



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

OBSAN DOSSIER 55

55

La médecine de famille en Suisse

Analyse et perspectives
sur la base des indicateurs du programme SPAM
(Swiss Primary Care Active Monitoring)

Nicolas Senn, Sonja Tiaré Ebert, Christine Cohidon

L'**Observatoire suisse de la santé (Obsan)** est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch.

Paraissent dans la série «**Obsan Dossier**» des rapports de recherche destinés aux spécialistes de la santé. La réalisation des rapports est assurée par l'Obsan ou confiée à des experts externes. Le contenu des rapports est de la responsabilité de leurs auteurs. Les Dossiers de l'Obsan ne sont normalement disponibles que sous forme électronique (pdf).

Impressum

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

Nicolas Senn, Sonja Tiaré Ebert, Christine Cohidon, (Policlinique médicale universitaire PMU, Lausanne)

Groupe d'accompagnement

- Bernard Burnand, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Lausanne
- Jacques Cornuz, Policlinique médicale universitaire (PMU), Lausanne
- Monika Diebold, Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel
- François Héritier, Société suisse de médecine générale interne et Médecins de famille et de l'enfance Suisse (SSMIG/MFE)

Direction du projet à l'Obsan

Monika Diebold

Série et numéro

Obsan Dossier 55

Référence bibliographique

Senn, N., Ebert, ST. & Cohidon, C. (2016). *La médecine de famille en Suisse. Analyse et perspectives sur la base des indicateurs du programme SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring)* (Obsan Dossier 55). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tél. 058 463 60 45
obsan@bfs.admin.ch
www.obsan.ch

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch→Publications
(ce document est disponible uniquement sous forme électronique)

Numéro de la publication

1038-1602-05

ISBN

978-2-940502-52-3

© Obsan 2016

La médecine de famille en Suisse

Analyse et perspectives sur la base
des indicateurs du programme SPAM
(Swiss Primary Care Active Monitoring)

Nicolas Senn, Sonja Tiaré Ebert, Christine Cohidon

Table des matières

Résumé	5
Zusammenfassung	8
1 Introduction	11
1.1 Caractéristiques générales du système sanitaire suisse et de la médecine de famille	11
1.2 De nouveaux défis pour la médecine de famille suisse.....	12
1.3 Connaissance du fonctionnement de la médecine de famille en suisse et perspective du programme SPAM	12
1.3.1 Contexte général	12
1.3.2 Une vision fragmentée et partielle du système.....	13
1.3.3 Des outils de mesures insuffisamment adaptés pour décrire spécifiquement le système suisse.....	14
1.3.4 Le programme SPAM	14
2 Développement méthodologique des indicateurs	16
2.1 Préambule: définition opérationnelle de la médecine de premier recours/médecine de famille	16
2.2 Elaboration du modèle conceptuel SPAM.....	16
2.3 Création d'un groupe d'experts SPAM.....	17
2.4 Définition des indicateurs SPAM	18
2.4.1 Sélection initiale des indicateurs	18
2.4.2 Processus de consensus RAND pour la définition finale des indicateurs du programme SPAM	18
2.4.3 Création d'une fiche descriptive (factsheet) pour les indicateurs	22
2.5 Recensement des données existantes pour l'alimentation des indicateurs prioritaires (sources identifiées).....	22
2.5.1 Étude QUALICOPC	22
2.5.2 Le réseau de médecins SPAM: collection de données.....	23
2.5.3 Collaboration PHAMEU	23
2.5.4 Statistiques nationales de la santé	24
2.5.5 Analyse de la qualité des données utilisées	24
3 Résultats et analyses	25
3.1 Accès à la médecine de famille	25
3.2 Financement de la médecine de famille	28
3.2.1 Evolution des coûts de la santé	30
3.2.2 Médecins de famille et réseaux de soins	30
3.2.3 Rémunération des médecins de famille	31
3.3 Organisation du recours aux soins.....	33
3.4 Développement des forces de travail en médecine de famille	36
3.5 Organisation des cabinets de médecine de famille	37
3.6 Offre de soins au cabinet	40
3.6.1 Suivis de patients en établissements médico-sociaux (EMS)	41
3.6.2 Implication d'un médecin spécialiste autre que le médecin de famille	42
3.7 État de santé des patients / mise en perspective avec l'offre de prise en charge	42
3.7.1 Prévention	43
3.7.2 Prescriptions d'antibiotiques	43
3.7.3 Maladies chroniques	43

3.7.4	Antibiotiques	46
3.7.5	Actes chirurgicaux	46
3.7.6	Maladies chroniques	46
3.7.7	Prévention	48
3.8	Satisfaction des patients	50
3.9	Equité en médecine de famille	52
4	Synthèse et discussion	54
4.1	Objectifs du monitoring SPAM	54
4.2	La MF en Suisse: une synthèse	54
4.3	Limites et forces du rapport	57
4.4	Conclusion et perspectives	59
5	Abréviations	61
6	Bibliographie	62
7	Annexe: Indicators Report	69

Résumé

Contexte

Le système de santé suisse est considéré comme excellent (Herzlinger et Parsa-Parsi 2004) et a été classé au second rang des systèmes les plus performants d'après le rapport sur les performances des systèmes de santé du Commonwealth Fund (Commonwealth health systems performance report) (Davis et al. 2014). Il se situe également en tête de liste des systèmes de santé les plus chers (11,1% du produit intérieur brut (PIB), moyenne des pays OCDE à 8,9% en 2013, OECD, 2015). Par ailleurs, l'enquête internationale sur les stratégies de santé toujours réalisée par le Commonwealth Fund en 2013 montrait que plus de 90% de la population suisse était satisfaite ou très satisfaite de l'offre de soins et de l'accès à la médecine de famille (MF). Les prestataires de soins exprimaient, quant à eux, une satisfaction également très élevée (Merçay 2016).

Cependant, en 2008 déjà, le rapport suisse sur la santé soulignait un paradoxe: le système de santé est décrit comme excellent, mais les données, notamment en lien avec la description de son fonctionnement, font défaut (Meyer 2008). Sur le plan international également, plusieurs rapports, comme celui de l'OCDE mentionnent l'excellence du système de santé en Suisse d'une part mais relèvent aussi d'autre part, le manque de données décrivant son fonctionnement ainsi que la relative inefficience du système (OECD/WHO 2011).

Face à ce constat, la Policlinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne a choisi de développer et de mettre en œuvre un projet de monitoring de la médecine de famille, le programme SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring). Ce programme vise trois objectifs: 1) Explorer avant tout les aspects de structure et de processus de la MF ainsi que certains aspects «d'outcomes»(ou résultats) ; 2) Adopter une perspective de recherche sur le système de santé et la MF afin de mieux comprendre son fonctionnement, sans volonté d'instaurer des éléments de contrôle et 3) S'appuyer sur des indicateurs issus de la confrontation de données de littérature et d'avis d'experts au travers d'une méthode de consensus adaptée.

De par la perspective adoptée, ce travail ne représente donc pas une évaluation directe de la qualité de la MF au niveau des cabinets individuels en Suisse, comme le fait par exemple le «Quality Outcome Framework» en Angleterre. En revanche, dresser un tableau descriptif global du fonctionnement de la MF en Suisse permet de mettre en avant les points forts du système et d'identifier des éléments d'amélioration ou d'évolution de la MF.

Méthode

Les indicateurs définis pour le monitoring ont été sélectionnés au cours de trois étapes de consensus RAND avec un panel de 24 experts nationaux et internationaux. Sur une présélection de 365 indicateurs, 56 ont été retenus comme indicateurs prioritaires et ont servi de base à l'analyse présentée dans ce rapport sur la MF (cf ch. 2).

Les indicateurs ont pu être alimentés, principalement par des données issues de l'enquête QUALICOPC réalisée en 2012¹ réalisée dans les cabinets de MF (200 médecins et 1790 patients), ainsi que par des données issues de différentes enquêtes et registres nationaux, parfois spécifiquement exploités pour ce travail. A noter que 14 indicateurs n'ont pu être renseignés, faute de données disponibles au moment de la rédaction du rapport.

Le tableau 1 présente 18 des 56 indicateurs prioritaires du programme SPAM ainsi que leurs tendances dans le temps et des comparaisons internationales. Ces indicateurs reflètent les principales caractéristiques de la MF en Suisse et offrent ainsi une vision synthétique de son fonctionnement.

¹ Rapport QUALICOPC «Médecine de famille en Suisse : les pratiques des médecins, l'expérience des patients»: www.obsan/publications/...

Synthèse des résultats (cf ch. 3)

- La MF en Suisse est basée essentiellement sur un modèle médico-centré où l'ensemble des activités en lien avec les patients (cliniques, sociales, voir administratives) sont gérées et souvent réalisées par les médecins de famille eux-mêmes, parfois en «tandem» avec des assistantes médicales. La palette des activités cliniques proposées est par ailleurs particulièrement large.
- La continuité relationnelle (lien direct patient-médecin, soins centrés sur le patient) peut-être qualifiée de bonne, notamment en lien avec un système de santé qui permet la réalisation de longues consultations en comparaisons internationales.
- Les coûts spécifiquement liés à la MF représentent environ 8% de l'ensemble des coûts de la santé et un quart des coûts des soins ambulatoires.
- Ce type de modèle fortement médico-centré exerce une forte pression sur la démographie médicale en MF, pour laquelle d'importants efforts sont déjà nécessaires afin uniquement d'assurer le renouvellement des forces de travail. Le tableau 2 présente la complexité d'évaluer le manque de médecins de famille et d'envisager les possibles solutions.
- Le manque de données, notamment sur les aspects de démographie médicale et d'adéquation des prestations réalisées auprès des patients, est important en Suisse, et représente certainement un blocage pour le développement de nouveaux modèles de MF.

Tableau 1 18 indicateurs clés sur le fonctionnement de la médecine de famille en Suisse

Indicateur	Valeur	Tendance	En comparaison internationale
Densité de médecins de famille en Suisse pour 100'000 habitants	105,5	stable	élevée
Nombre de médecins de famille par rapport au nombre d'autres médecins spécialistes	0,76	stable	faible
Age moyen des médecins de famille	54 ans	augmente	élevé
Part des coûts en médecine de famille par rapport au total des dépenses pour la santé	7,9%	inconnue	pas de données
Pourcentage des patients avec des contrats d'assurance type «médecin de famille»	37,4%	augmente	pas de données
Rapport entre le nombre de nouveaux droits de pratique délivrés en médecine de famille et le nombre total de droits de pratique délivrés	37%	stable	pas de données
Durée moyenne de travail hebdomadaire pour un médecin de famille (hors garde, indépendamment du taux d'activité)	46,6 h	diminue	similaire
Proportion de cabinets utilisant un dossier médical électronique (partagé ou non)	54,2%	augmente	faible
Proportion de médecins de famille travaillant en cabinet individuel (solo)	50,8	diminue	élevée
Proportion de médecins de famille travaillant en cabinet de groupe avec d'autres médecins spécialisés	10%	stable/augmente	faible
Durée moyenne de consultation en MF	19,6 min	augmente	élevée
Proportion de médecins de famille travaillant en cabinet avec équipement de radiologie conventionnelle	56,8%	stable	très élevée
Proportion de médecins de famille prenant en charge le traitement de patients résidant en EMS	77%	inconnue	pas de données
Proportion des consultations réalisées exclusivement par le médecin de famille sans intervention d'un spécialiste/autre professionnel de la santé	94,3%	stable	élevée
Proportion de médecins de famille pouvant réaliser des sutures de plaies	90,0%	diminue	élevée
Prescription d'antibiotiques en DDD chez les médecins de famille/1000 habitants par jour	6	stable	basse
Proportion de patients déclarant que leur médecin de famille a suffisamment de temps pour s'occuper d'eux	98,3%	inconnu	élevée
Pourcentage des patients qui ne se sont pas rendus chez leur médecin de famille au cours des 12 derniers mois, malgré la nécessité	9,5%	inconnu	Pas de données

Tableau 2 Raisons attribuables au manque de médecins de famille en Suisse

Origine du manque de médecins de famille	Possibles solutions
<p>Démographie médicale: Vieillessement des médecins Changements sociologiques du métier (temps partiels, activités plus variées hors MF)</p>	Renouvellement par des jeunes médecins de famille (formation, valorisation)
<p>Organisationnelle: Grande autonomie des médecins, MF centrée sur les médecins Activités cliniques de plus en plus complexes et nombreuses</p>	Nouveaux modèles en MF, notamment interprofessionnels
<p>Populationnelle: Augmentation des besoins de la population (multimorbidité, vieillissement,...)</p>	Mixte: -Nouveaux modèles en MF, notamment interprofessionnels -Nouveaux médecins de famille

Les points forts et points faibles de la médecine de famille en Suisse

Le tableau 3 présente les principaux points forts et points faibles de la MF en Suisse au travers des cinq principales dimensions caractérisant classiquement la médecine de premier recours: l'accès, les prestations proposées, les soins centrés sur le patient, la coordination et la continuité des soins(Starfield 1998).

Tableau 3 Principaux points forts et points faibles de la MF en Suisse

Domaine	Points forts	Points faibles
Accès	- Densité élevée de médecins de famille - Grande autonomie de pratique - Proximité géographique	- Vieillessement rapide de la population médicale - Des médecins qui travaillent «tout seuls» - Grande pression sur la démographie médicale - Données démographiques peu fiables - Renoncement aux soins non négligeable en Suisse
Prestations en MF	- Large éventail de prestations - Faible taux de prescription d'antibiotiques	- Manque de données sur l'adéquation des prestations pour répondre aux besoins - Faible taux de vaccination grippe - Globalement peu propice aux activités de prévention
Soins centrés sur le patient	- Grande satisfaction des patients - Médecins pouvant consacrer assez de temps à leurs patients	- Basés sur la satisfaction des patients plus que sur l'expérience de soins
Coordination des soins	- Bonne circulation de l'information entre médecins de famille et spécialistes	- Très peu de cabinets avec dossiers électroniques - Travail en équipes interprofessionnelles très peu développé (notamment gestionnaire de cas, «case manager»)
Continuité des soins	- Bonne continuité relationnelle (lien direct patient-médecin)	- Déficit en continuité de l'information et de gestion (modèle médico-centré)

Perspectives pour le monitoring de la MF en Suisse

- On note une grande hétérogénéité des sources d'information (et de leur qualité) permettant d'alimenter les indicateurs, reflet peut-être d'un système de santé lui-même très fragmenté. L'avenir du monitoring de la MF devra viser à l'amélioration en qualité, en représentativité et en exhaustivité des données. Certains domaines sous-explorés, notamment en lien avec l'adéquation des prestations réalisées auprès des patients, l'expérience de soins et l'équité de soins devront faire l'objet d'une attention particulière.
- Dans cette perspective, et dans la mesure des ressources disponibles, il est prévu de poursuivre le développement d'indicateurs avec une actualisation régulière de ceux-ci (tous les 1-3 ans selon les indicateurs). Il est également prévu de développer de plus amples collaborations avec des partenaires nationaux à même de fournir des données de qualité. Au travers d'une actualisation régulière des indicateurs avec des données de qualité, il sera alors possible de tirer pleinement les enseignements d'un monitoring longitudinal de la MF et ainsi contribuer réellement à dessiner la MF de demain.

Zusammenfassung

Hintergrund

Das Schweizer Gesundheitssystem gilt als hervorragend (Herzlinger & Parsa-Parsi, 2004) und erscheint im Commonwealth-Fund-Bericht zur Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme (Commonwealth Health Systems Performance Report) (Davis 2014) an zweiter Stelle der leistungsfähigsten Systeme. Gleichzeitig zählt es zu den teuersten Gesundheitssystemen (11,1% des Bruttoinlandprodukts (BIP); OECD-Durchschnitt 8,9% im Jahr 2013, OECD 2015). Ausserdem zeigt die ebenfalls vom Commonwealth Fund im Jahr 2013 durchgeführte internationale Erhebung zur Gesundheitspolitik, dass über 90% der Schweizer Bevölkerung zufrieden oder sehr zufrieden mit dem Angebot an und Zugang zur Hausarztmedizin (HAM) waren. Die Leistungserbringer brachten ebenfalls eine äusserst hohe Zufriedenheit zum Ausdruck (Merçay, 2016).

Jedoch wies der Nationale Gesundheitsbericht bereits 2008 auf einen Widerspruch hin: Das Gesundheitssystem wird als hervorragend bezeichnet, entsprechende Daten, unter anderem zu (ambulantem) Behandlungsprozessen, fehlen jedoch (Meyer, 2008). Auf internationaler Ebene erwähnen ebenfalls mehrere Berichte, beispielsweise jener der OECD, die gute Qualität des Schweizer Gesundheitssystems. Allerdings konstatieren sie auch einen Mangel an verfügbaren Daten sowie die relative Ineffizienz des Systems (OECD/WHO, 2011).

Aufgrund dieser Feststellung hat die Universitäre Medizinische Poliklinik (PMU) in Lausanne beschlossen, ein Monitoring der Hausarztmedizin zu entwickeln und einzuführen: das SPAM-Programm (Swiss Primary Care Active Monitoring). Dieses Programm strebt drei Ziele an: 1) schwergewichtig die strukturellen und prozeduralen Aspekte der HAM sowie gewisse «Outcome»-Aspekte (oder Ergebnisse) zu untersuchen; 2) aus einer Forschungsperspektive auf das Gesundheitssystem und die HAM deren Funktionsweise besser zu verstehen, ohne dabei Kontrollelemente einführen zu wollen; 3) sich auf Indikatoren zu stützen, die aus der Gegenüberstellung von Daten aus der Literatur und von Expertenmeinungen (Konsensverfahren) stammen.

Aufgrund der gewählten Perspektive stellt diese Arbeit keine direkte Evaluation der Qualität der Medizin auf Niveau der Hausarztpraxen dar, wie es beispielsweise beim «Quality Outcome Framework» in Grossbritannien der Fall ist. Die umfassende Darstellung der HAM-Funktionsweise in der Schweiz ermöglicht es jedoch, einerseits die Stärken des Systems hervorzuheben und andererseits, Verbesserungs- und Entwicklungsmöglichkeiten der HAM zu identifizieren.

Methode

Die Indikatoren wurden im Laufe der drei Etappen des RAND-Konsensverfahrens durch ein Panel von 24 nationalen und internationalen Expertinnen und Experten bestimmt. Aus einer Vorselektion von 365 Indikatoren wurden 56 als Hauptindikatoren ausgewählt, die als Analysegrundlage für diesen HAM-Bericht dienten (siehe Kap. 2).

Die Werte der Indikatoren beruhen hauptsächlich auf Daten der QUALICOPC-Studie, die 2012 in Hausarztpraxen durchgeführt wurde (200 Ärzt/innen sowie 1790 Patient/innen), sowie auf Daten aus verschiedenen Erhebungen und nationalen Registern, die mitunter eigens für diese Arbeit ausgewertet wurden. Dabei gilt es zu beachten, dass für 14 Indikatoren keine Werte angegeben werden konnten, da die benötigten Daten zum Zeitpunkt der Ausarbeitung des Berichts nicht verfügbar waren.

Tabelle 1 zeigt 18 der 56 Hauptindikatoren des SPAM-Programms, ihre zeitlichen Trends sowie internationale Vergleiche. Diese Indikatoren widerspiegeln die Hauptmerkmale der HAM in der Schweiz und bieten einen Gesamtüberblick über ihre Funktionsweise.

Zusammenfassung der Ergebnisse (siehe Kap. 3)

- Die HAM in der Schweiz basiert hauptsächlich auf einem ärztezentrierten Modell, in dem alle für die Patientinnen und Patienten zu erbringenden (klinischen, sozialen oder administrativen) Dienstleistungen von den Hausärztinnen und -ärzten selber organisiert und erbracht werden, teilweise zusammen mit medizinischen Praxisassistentinnen und -assistenten. Das Angebot an klinischen Dienstleistungen ist ausserdem äusserst gross.
- Die Betreuungskontinuität (direkte Arzt-Patienten-Beziehung, Patientenorientiertheit) ist gut, nicht zuletzt dank eines Gesundheitssystems, das im internationalen Vergleich lange Konsultationen ermöglicht.
- Die HAM-spezifischen Kosten belaufen sich auf rund 8% der gesamten Gesundheitskosten und auf einen Viertel der Kosten der ambulanten Versorgung.
- Dieses stark ärztezentrierte Modell übt einen grossen Druck auf die medizinische Demografie der HAM aus, für die bereits ein erheblicher Aufwand nötig ist, um nur schon die Erneuerung der Arbeitskräfte sicherzustellen. Tabelle 2 zeigt, wie schwierig es ist, den Hausärztemangel zu evaluieren und mögliche Lösungen auszuarbeiten.
- Der Datenmangel, insbesondere bezüglich der Aspekte der medizinischen Demografie und der Zweckmässigkeit der von den Patientinnen und Patienten in Anspruch genommenen Dienstleistungen, ist in der Schweiz beträchtlich und stellt sicherlich ein Hindernis für die Entwicklung neuer HAM-Modelle dar.

Tabelle 1 18 Schlüsselindikatoren zur Funktionsweise der Hausarztmedizin in der Schweiz

Indikator	Wert	Trend	Im internationalen Vergleich
Hausärztedichte in der Schweiz pro 100 000 Einwohner/innen	105,5	stabil	hoch
Anzahl Hausärzt/innen im Vergleich zur Anzahl anderer Fachärzt/innen	0,76	stabil	gering
Durchschnittsalter der Hausärzt/innen	54 Jahre	ansteigend	erhöht
Anteil der Kosten im Bereich Hausarztmedizin am Total aller Gesundheitsausgaben	7,9%	unbekannt	Daten fehlen
Anteil der Patient/innen, die in einem Hausarztmodell versichert sind	37,4%	ansteigend	Daten fehlen
Verhältnis der Anzahl Neuzulassungen für Hausärzt/innen zur Anzahl der insgesamt ausgestellten Zulassungen	37%	stabil	Daten fehlen
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit für Hausärzt/innen (ohne Bereitschaftsdienst, unabhängig vom Beschäftigungsgrad)	46,6 h	abnehmend	vergleichbar
Anteil der Praxen, die elektronische Patientendossiers verwenden (vernetzt oder nicht)	54,2%	ansteigend	gering
Anteil der in Einzelpraxen tätigen Hausärzt/innen	50,8	abnehmend	erhöht
Anteil der Hausärzt/innen, die zusammen mit anderen Fachärzt/innen in Gemeinschaftspraxen tätig sind	10%	stabil/ansteigend	gering
Durchschnittliche Konsultationsdauer in der HAM	19,6 min	ansteigend	erhöht
Anteil der Hausärzt/innen in Praxen mit herkömmlichen Radiologiegeräten	56,8%	stabil	stark erhöht
Anteil der Hausärzt/innen, die die Behandlung von in Alters- und Pflegeheimen wohnenden Patient/innen übernehmen	77%	unbekannt	Daten fehlen
Anteil der ausschliesslich von Hausärzt/innen ohne die Beteiligung von Fachärzt/innen oder anderen Gesundheitsfachkräften durchgeführten Konsultationen	94,3%	stabil	erhöht
Anteil der Hausärzt/innen mit der Möglichkeit zur Wundversorgung	90,0%	abnehmend	erhöht
Antibiotikaverschreibungen in DDD (defined daily doses) von Hausärzt/innen/1000 Einwohner/innen pro Tag	6	stabil	niedrig
Anteil der Patient/innen, die der Meinung sind, dass ihre Hausärzt/innen genügend Zeit für sie aufwenden	98,3%	unbekannt	erhöht
Anteil der Patient/innen, die trotz Behandlungsbedarf während den letzten zwölf Monaten keine Konsultation bei ihrer Hausärztin bzw. ihrem Hausarzt in Anspruch nahmen	9,5%	unbekannt	Daten fehlen

Tabelle 2 Gründe für den Hausärztemangel in der Schweiz

Gründe für den Hausärztemangel in der Schweiz	Mögliche Lösungen
Demografische: Alterung der Ärzt/innen Soziologische Veränderungen des Berufs (Teilzeit, abwechslungsreichere Tätigkeiten ausserhalb des HAM-Bereichs)	Erneuerung durch junge Hausärzt/innen (Ausbildung, Wertschätzung)
Organisatorische: Grosse Entscheidungsfreiheit der Ärzt/innen, Konzentration der HAM auf die Person des Arztes/der Ärztin, immer komplexere und zahlreichere klinische Dienstleistungen	Neue, insbesondere interprofessionelle HAM-Modelle
Bevölkerungsbezogene: Bedürfnisanstieg der Bevölkerung (Multimorbidität, Alterung usw.)	Verschiedene: - Neue, insbesondere interprofessionelle HAM-Modelle - Neue Hausärzt/innen

Stärken und Schwächen der HAM in der Schweiz

Tabelle 3 zeigt die wesentlichen Stärken und Schwächen der HAM in der Schweiz anhand der fünf für die Beschreibung der ärztlichen Grundversorgung gebräuchlichen Hauptdimensionen: Zugang, Leistungsangebot, Patientenorientiertheit, Koordination sowie Kontinuität der Gesundheitsversorgung (Starfield, 1998).

Tabelle 3 Die wichtigsten Stärken und Schwächen der HAM in der Schweiz

Bereich	Stärken	Schwächen
Zugang	- Hohe Hausärztedichte - Grosse Unabhängigkeit bei der Berufsausübung - Geografische Nähe	- Rasche Alterung der ärztlichen Population - «Allein arbeitende» Ärzt/innen - Grosse Druck auf die medizinische Demografie - Wenig verlässliche demografische Daten - Nicht unwesentlicher Verzicht auf ärztliche Dienstleistungen in der Schweiz
HAM-Leistungsangebot	- Grosse Leistungspalette - Tiefe Antibiotikaverschreibungsrate	- Mangel an Daten zur Zweckmässigkeit der Leistungen hinsichtlich Bedürfniserfüllung - Tiefe Grippeimpfungsrate - Insgesamt wenig förderlich für Präventionsarbeit
Patientenorientiertheit	- Grosse Zufriedenheit der Patient/innen - Ärzt/innen verfügen über genügend Behandlungszeit	- Stützt sich mehr auf die Zufriedenheit der Patient/innen als auf Erfahrungen
Koordination der Gesundheitsversorgung	- Guter Informationsfluss zwischen Hausärzt/innen und Fachärzt/innen	- Sehr wenige Praxen mit elektronischen Dossiers - Interprofessionelle Teamarbeit stark unterentwickelt (insbesondere Case Management)
Kontinuität der Gesundheitsversorgung	- Gute Betreuungskontinuität (direkte Arzt-Patienten-Beziehung)	- Defizit betreffend Kontinuität im Bereich Information und Verwaltung (ärztezentriertes Modell)

Zukunftsperspektiven für das HAM-Monitoring in der Schweiz

- Die Informationsquellen (und ihre Qualität), auf denen die Indikatoren beruhen, sind sehr heterogen, was möglicherweise auf das seinerseits sehr uneinheitliche Gesundheitssystem zurückgeführt werden kann. Das Ziel für die Zukunft des HAM-Monitorings muss darin bestehen, die Qualität, die Repräsentativität und die Vollständigkeit der Daten zu verbessern. Bestimmte, noch wenig untersuchte Bereiche, namentlich die Zweckmässigkeit der in Anspruch genommenen Leistungen, die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten sowie die Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, sollten besonders beachtet werden.
- Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen ist vorgesehen, die Entwicklung und regelmässige Aktualisierung der Indikatoren (je nach Indikator alle 1–3 Jahre) weiterzuführen. Ausserdem ist vorgesehen, eine stärkere Zusammenarbeit mit nationalen Partnern zu entwickeln, um qualitativ hochstehende Daten liefern zu können. Mittels einer regelmässigen Aktualisierung der auf qualitativ hochstehenden Daten beruhenden Indikatoren wird es möglich sein, Lehren aus dem Längsschnitt-Monitoring der HAM zu ziehen und somit einen tatsächlichen Beitrag zur HAM der Zukunft zu leisten.

1 Introduction

1.1 Caractéristiques générales du système sanitaire suisse et de la médecine de famille

Cette partie décrit succinctement les principales caractéristiques du système sanitaire suisse en se centrant sur la médecine de famille. D'autres éléments peuvent être présentés au sein des différentes sections du chapitre 3, en fonction des thèmes abordés.

Le système de santé suisse est un système libéral, tant du point de vue des médecins que des patients; c'est essentiellement selon ces deux abords que seront présentées ici les grandes caractéristiques du système. Pour ce qui est de la gouvernance sanitaire, les responsabilités se répartissent entre la confédération, les cantons et les échelons locaux communaux. Globalement, la confédération exerce un rôle dans la gouvernance de la plupart des domaines sanitaires tels que le financement du système, la sécurité sanitaire, la santé publique, la recherche et la formation. Les cantons délivrent les droits de pratique aux professionnels, garantissent les soins *via* la gestion des hôpitaux et sont chargés des politiques de prévention et de promotion de la santé (De Pietro et al. 2015).

La médecine de famille est une discipline dont la majorité des praticiens ont le titre d'«interniste généraliste» (depuis 2011). Il s'agit d'un titre de médecin spécialiste délivré par l'ISFM (Institut suisse pour la formation médicale post-graduée et continue). Il est obtenu après un minimum de cinq années de formation (formation post-graduée), passées dans des services accrédités et validées par un examen. Néanmoins, la pratique de la médecine de famille est également autorisée après trois années sans disposer du titre de spécialiste, mais avec une reconnaissance de l'ISFM comme «médecin praticien». L'autorisation d'exercer est délivrée par le canton et le médecin de famille est libre de s'installer, seul ou en cabinet de groupe, où il le souhaite. Cependant, certains cantons (18 sur les 26) ont instauré depuis 2002 une régulation pour l'ouverture des nouveaux cabinets, ce qui pourrait se prolonger jusqu'en 2019 selon une décision du parlement fédéral d'avril 2016.

Le médecin de famille suisse est rémunéré à l'acte et à la durée de consultation. Dans ce contexte, un système de tarification nationale uniforme, TARMED, sert à la facturation des prestations ambulatoires. Il recense et code plus de 4000 prestations. La valeur du point est négociée au niveau cantonal par les partenaires tarifaires et doit recevoir l'approbation des autorités compétentes. Par conséquent, la rémunération peut varier entre les cantons. Par ailleurs, certaines prestations, comme par exemple les activités de prévention, ne sont à l'heure actuelle pas prises en compte.

Pour ce qui concerne le patient, il bénéficie d'une couverture maladie universelle rendue obligatoire depuis l'introduction de la Loi sur l'assurance maladie, LAMal, en 1996. Dans ce cadre le patient contracte une assurance de base obligatoire auprès de sociétés d'assurance privées à but non-lucratif (il peut, s'il le souhaite, l'enrichir d'une assurance complémentaire). Le choix de l'assurance est libre et ces dernières fournissent les mêmes prestations à tous les assurés (indépendamment de leur risque), mais pas au même prix (dépendant du lieu de résidence et du modèle choisi). Les assurés doivent supporter une partie des dépenses de soins au travers d'une franchise (de montant variable avec répercussion sur le niveau de prime) et d'une quote-part (participation de 10% aux frais dépassant le montant de la franchise avec un plafonnement à 700 francs par année). Les assurés à faibles revenus bénéficient d'aides des cantons pour leur prime d'assurance. L'assurance de base couvre, entre autres, quasiment l'ensemble des soins ambulatoires dispensés par le médecin de famille.

Enfin, et caractéristique fondamentale du système suisse, le patient dispose du libre choix du médecin de famille qu'il consulte. Il a également le libre accès aux autres spécialités, sans avoir besoin de consulter un médecin de famille au préalable. Cependant, depuis quelques années, certains assureurs-maladie proposent des formules plus restrictives en termes de choix (liste de médecins imposés, accès aux spécialistes par un système de gatekeeping...) en contrepartie d'une réduction des primes d'assurance.

1.2 De nouveaux défis pour la médecine de famille suisse

Le système de santé suisse se trouve actuellement face à de nombreux défis, principalement en lien avec le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des patients multimorbides (Bachmann et al. 2015; Kringos et al. 2015). Cette augmentation des besoins de santé est, de surcroît, associée à une pénurie annoncée de médecins praticiens, (Cornuz et Pasquier 2014; Dutoit 2014; Bachmann et al. 2015), comme en témoigne déjà actuellement la difficulté croissante des médecins installés à trouver des successeurs, en particulier dans les zones rurales (Dutoit 2014). Par ailleurs, du fait d'une complexification des prises en charge, une profonde transformation du système de santé s'avère nécessaire et devrait, notamment, impliquer une évolution vers une pratique plus interdisciplinaire. C'est ce que s'accordent à dire les experts, auteurs du rapport «Les évolutions de la médecine de premier recours dans le canton de Vaud à l'horizon 2025». Ils soulignent aussi un nécessaire changement de pratiques pour les médecins de famille de plus en plus amenés à exercer dans des cabinets de groupe (Cornuz et Pasquier 2014). Enfin, les médecins de famille seront aussi à l'avenir de plus en plus sollicités pour des patients avec des problèmes de santé complexes, conséquence de la volonté de raccourcissement de la durée des séjours hospitaliers et de leur rôle central pour la coordination des soins que cela implique (Cornuz et Pasquier 2014; Kringos et al. 2015).

Dans ce contexte d'évolution rapide, la valorisation et la reconnaissance du rôle central de la MF dans le système de santé ont été au centre d'intenses discussions ces dernières années au niveau national, comme en témoigne l'initiative «Oui à la médecine de famille», lancée par les médecins eux-mêmes. Cette initiative populaire proposait d'ancrer dans la loi l'importance de la MF (Tschudi et Stricker 2015). Elle a finalement été retirée suite à de nombreux débats avec les autorités politiques, en faveur d'un contre-projet sur les soins de base et d'un «*Masterplan* de la médecine de famille et de la médecine de base», permettant de renforcer la position et la reconnaissance de la MF dans le système de santé. Cette approche impliquait la révision du système de rémunération des médecins (Tarmed), la mise à disposition de fonds d'enseignement et de recherche académique et l'adaptation de la rémunération des analyses de laboratoire. Une grande partie des objectifs a déjà été atteinte, notamment avec l'octroi d'un subside de 200 millions pour améliorer la rémunération de base des médecins de famille (OFSP 2015c).

L'ensemble de ces éléments reflète le contexte complexe actuel dans lequel se situe la médecine de premier recours et les médecins de famille afin de demeurer en bonne adéquation avec les besoins sanitaires de la population.

1.3 Connaissance du fonctionnement de la médecine de famille en suisse et perspective du programme SPAM

1.3.1 Contexte général

Les soins médicaux de base sont souvent considérés comme excellents en Suisse. Ce constat se base généralement sur des avis d'experts ou sur des analyses du système de santé dans son ensemble (OECD/WHO 2011; Petrini et Sturny 2013). En réalité, peu de données sont disponibles pour décrire en détails le fonctionnement de la médecine de famille. Il est notamment difficile de répondre aux questions suivantes: quelles sont les caractéristiques démographiques et organisationnelles des cabinets de MF ? Quelles sont les prestations médicales qui y sont fournies? Quelle est la qualité des prestations fournies ? Les patients sont-ils satisfaits de leurs recours aux soins en MF?

Dresser un tableau de la MF en Suisse et répondre spécifiquement à ce type de questions est l'objectif principal du travail de recherche présenté dans ce rapport. En effet, si la qualité des activités cliniques des médecins de famille est généralement centrale dans l'appréciation de la performance du système de santé, décrire le contexte au sens large dans lequel elles sont pratiquées, ce que l'on peut nommer l'organisation des processus de soins, est également nécessaire pour comprendre l'ensemble des mécanismes complexes qui sont en jeu dans le fonctionnement du système.

Par ailleurs, si les valeurs chiffrées d'indicateurs ont une signification limitée en elles-mêmes, leur mise en perspective critique au regard d'autres données nationales ou internationales permet de leur donner un sens et conduit à une analyse plus en profondeur du système.

C'est dans cette perspective que s'inscrit la démarche du programme SPAM (pour Swiss Primary Care Active Monitoring, voir ci-dessous), unique en son genre en Suisse. Elle fait suite notamment à une série d'observations mettant en évidence le manque de données pour décrire globalement le fonctionnement du système de santé (cf. 1.3.2.), et plus particulièrement les soins primaires. Ce rapport doit servir de référence en matière d'informations clés sur l'état du fonctionnement de la MF en Suisse et permettre ainsi l'amorce d'une réflexion sur son avenir.

1.3.2 Une vision fragmentée et partielle du système

Le système de santé suisse est considéré comme excellent (Herzlinger et Parsa-Parsi 2004) et se trouve au deuxième rang du rapport sur les performances des systèmes de santé du Commonwealth Fund (Commonwealth health systems performance report) (Davis et al. 2014). Il se situe également dans le «Top 5» des systèmes de santé les plus chers (11,4% du produit intérieur brut (PIB), moyenne des pays OCDE à 9,5% en 2009). Cependant, les macro-indicateurs de santé comme l'espérance de vie, souvent utilisés dans l'appréciation d'un système de santé, sont aussi largement influencés par des facteurs ne relevant pas directement du système de santé comme le niveau socio-économique du pays. Dès lors, juger un système de santé uniquement sur la base de ces indicateurs macroscopiques de santé ne donne qu'une image partielle, et probablement flatteuse pour ce qui concerne la Suisse, de ses performances.

L'enquête internationale sur les stratégies de santé réalisée par le Commonwealth Fund en 2013 démontre que plus de 90% de la population était satisfaite ou très satisfaite de l'offre de soins et de l'accès à la médecine de famille en Suisse. Les prestataires de soins exprimaient, quant à eux, une satisfaction également très élevée. La satisfaction, en premier lieu des usagers du système de soins, est certes désormais considérée comme un indicateur de qualité des soins, pour autant, il ne s'agit que d'un aspect du système de soins. Par ailleurs, les questionnaires de satisfaction sont souvent considérés comme peu sensibles. Enfin, notons aussi le récent rapport de l'Obsan (Merçay 2016), basé sur l'International Health Policy Survey 2015 du Commonwealth Fund réalisée dans plusieurs pays de l'OCDE, qui constitue une excellente source d'information sur l'organisation et la satisfaction auto-rapportée des médecins de premier recours. Cette enquête ne représente cependant qu'un volet spécifique du fonctionnement de la MF.

En 2008 déjà, le rapport suisse sur la santé (Meyer 2008) soulignait un paradoxe: le système de santé est décrit comme excellent, mais les données, notamment en lien avec les processus de soins, font défaut. Sur le plan international également, plusieurs rapports, comme celui de l'OCDE mentionnent l'excellence du système de santé en Suisse d'une part mais relèvent aussi d'autre part, le manque de données disponibles ainsi que la relative inefficience du système (OECD/WHO 2011).

Par ailleurs, lors de la participation de la Suisse au projet de comparaison de la MF en Europe *Primary Health Care Activity Monitor for Europe* (PHAMEU), la disponibilité et la qualité des données suisses ont pu être évaluées au travers d'une centaine d'indicateurs à renseigner. L'objectif de ce projet était le développement d'un outil de monitoring pour la comparaison du fonctionnement de la MF entre les différents pays européens. Le modèle de Donabedian décrivant les systèmes de santé (Donabedian 1980) a servi de base pour le cadre conceptuel de cet outil. Ce modèle est composé de trois domaines principaux: structure, processus et résultats (*outcome*). Il contient environ 100 indicateurs, regroupés en neuf sections: la gouvernance, l'économie, les forces de travail, l'accès, l'étendue des prestations, la continuité des soins, la coordination, la qualité et l'efficience. Lors de la réalisation de l'étude PHAMEU, le choix avait été fait de ne collecter aucune donnée spécifiquement pour renseigner les indicateurs, mais d'utiliser uniquement des informations existantes (notamment des statistiques nationales) (Kringos et al. 2010b; Nivel 2014). En l'absence de données, des groupes d'experts nationaux étaient responsables de renseigner les indicateurs par consensus. Il a alors été constaté en Suisse que, pour la moitié des indicateurs, c'est-à-dire 45 indicateurs sur 91, les

données faisaient défaut et la production de ces indicateurs ne pouvait donc reposer que sur des avis d'experts (Senn 2013).

Notons cependant que ces dernières années, des efforts ont été faits afin d'augmenter les données disponibles pour caractériser le fonctionnement du système de soins. Depuis 2009, la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) stipule dans l'article 22a que tous les fournisseurs de prestations de soins sont tenus de transmettre les données nécessaires à la surveillance de l'économicité et de la qualité des soins ainsi qu'à l'amélioration du pilotage et du développement du système de santé (Herren 2010). Ainsi un projet statistique, nommé Module Ambulatoire des Relevés de la Santé (MARS), a été lancé dans le but de disposer de plus d'informations statistiques publiques, également utilisables pour des travaux de recherche concernant les prestations médicales du secteur ambulatoire (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/00/06.html>). La stratégie «Santé 2020» adoptée par le conseil fédéral a souligné l'importance de ce projet.

1.3.3 Des outils de mesures insuffisamment adaptés pour décrire spécifiquement le système suisse

L'expérience de la participation au projet PHAMEU a également révélé un écueil sur les outils de mesures, ou indicateurs, utilisés pour décrire un système sanitaire. Dans un but de comparaison internationale, les exigences inhérentes à l'utilisation d'indicateurs génériques génèrent de nombreuses limites. En 2003, Marshall et al. (Marshall et al. 2003) ont souligné que la comparaison des systèmes de santé par des indicateurs devrait être faite avec prudence au vu des différences de culture professionnelle et de pratique clinique entre les pays. D'autres études ont également mis en évidence la nécessaire vigilance lors de comparaisons de ce type. Voici deux exemples relatifs à une comparaison entre les États-Unis et le Royaume-Uni d'une part et entre les États-Unis et la Hollande d'autre part. Dans ces deux cas de figure, entre 56% et 67% des indicateurs ont dû être adaptés afin de permettre une comparaison valide des systèmes de santé (Marshall et al. 2003; Engels et al. 2006; van der Ploeg et al. 2008).

Si l'outil de monitoring PHAMEU semble relativement approprié pour une appréciation comparative de la MF entre pays européens tout en limitant les problèmes précédemment mentionnés, la résultante est qu'il ne parvient que partiellement à intégrer les spécificités de la MF propres au contexte de chaque pays. En voulant préserver la comparabilité des indicateurs d'un pays à l'autre, leur formulation comporte souvent un caractère trop générique pour un monitoring local, spécifique d'un pays donné. Parmi les exemples, on peut mentionner l'indicateur mesurant les coûts du système de santé lié aux soins primaires. En effet, au-delà de la disponibilité des données, la définition de ce qui est inclus dans les soins de base varie d'un pays à l'autre rendant toute comparaison hasardeuse (parfois incluant la pédiatrie, la gynécologie ou la médecine dentaire).

Ce constat légitime le développement d'un outil de monitoring du système de santé approprié au contexte de la MF suisse et donc mieux à même de rendre compte de son fonctionnement et de son évolution.

1.3.4 Le programme SPAM

Afin de répondre aux besoins évoqués précédemment (besoin de mieux connaître le fonctionnement de la MF, manque de données, identifier des pistes pour l'avenir), le programme *Swiss Primary Care Active Monitoring*, SPAM a été initié en 2010.

Le programme SPAM vise d'une part à développer les indicateurs les plus pertinents pour décrire la MF en Suisse, et d'autre part à identifier, voire à générer les meilleures données possibles afin de les renseigner.

Le présent rapport constitue l'aboutissement du développement initial du programme avec un premier état des lieux du fonctionnement de la MF en Suisse. Il est basé sur 56 indicateurs prioritaires définis dans le cadre du programme SPAM et doit permettre de dresser un premier tableau du fonctionnement global de la MF en Suisse. Il offre un regard sur le contexte de pratique de la MF, les activités cliniques qui y sont

menées et propose quelques éléments sur l'état de santé des patients suivis en MF. Il ne s'agit pas de fournir une analyse en profondeur d'aspects spécifiques, mais bien d'avoir une vue d'ensemble de ce qu'est actuellement la MF en Suisse.

Il s'agit, d'une certaine manière, de décrire les performances de la MF. Par «performance», on entend la description de toutes les activités réalisées en MF en lien avec le contexte dans lequel elles sont réalisées et pour quel impact potentiel sur les patients. C'est ce que l'on peut nommer «l'effectivité» du système de santé («effectiveness» en anglais).

L'analyse présentée ici devrait fournir les informations nécessaires pour initier une réflexion globale sur le fonctionnement de la MF et éventuellement identifier des pistes d'améliorations pour la prise en charge des patients suivis en MF. En revanche, il ne s'agit pas d'émettre un jugement qualitatif sur des prestations individuelles des médecins.

Ce rapport ne constitue certainement pas une finalité en soi, mais bien plus une première esquisse générale du fonctionnement de la MF en Suisse et devrait servir de point de départ à un suivi longitudinal de cette dernière. Celui-ci passera nécessairement par une optimisation des indicateurs au fil du temps ainsi qu'une constante amélioration des données pour les renseigner.

2 Développement méthodologique des indicateurs

2.1 Préambule: définition opérationnelle de la médecine de premier recours/médecine de famille

Il n'existe pas, au sein de la littérature suisse et internationale, de consensus sur la définition du médecin de premier recours ni sur celle du médecin de famille. En se basant sur la littérature (Vanselow et al. 1995; Donaldson et Vanselow 1996; Künzi 2005; Dubach et Künzi 2008; OFSP 2010; Suisse 2011; Vilpert 2012) et après consultation du groupe d'experts SPAM (cf. f 2.3), la définition opérationnelle suivante a été adoptée pour le programme SPAM: ***un médecin de famille détient (au moins) un titre de l'Institut suisse pour la formation médicale post graduée et continue (ISFM) en Médecine générale (avant 2011), en Médecine Interne (avant 2011), en Médecine Interne Générale (depuis 2011) ou bien est un médecin praticien (reconnu par l'ISFM) et exerce son activité médicale principale dans son domaine de spécialité (par exemple pratique en cabinet).***

Les pédiatres ne sont donc pas inclus dans la population des médecins de famille telle que définie actuellement pour le programme SPAM.

2.2 Elaboration du modèle conceptuel SPAM

Lors du développement de l'outil de monitoring SPAM, destiné au suivi du fonctionnement de la médecine de famille en Suisse, un cadre conceptuel, ou modèle, a été élaboré. Ce dernier est non seulement indispensable pour l'identification et l'organisation des indicateurs selon différents domaines mais il permet aussi de définir conceptuellement les relations existant entre ces indicateurs. Pour ce faire, le modèle adopté dans le projet PHAMEU (Kringos et al. 2010b), lui-même inspiré par l'approche de Donabedian (Donabedian 1988), a été utilisé. Il a été secondairement enrichi à l'aide d'un modèle d'évaluation de la qualité des soins élaboré au Royaume-Uni par Campbell (Campbell et al. 2000).

Le cadre conceptuel de l'outil de monitoring SPAM, décrit dans la figure 2.1, est constitué de trois domaines principaux:

- I. la structure,
- II. les processus (outputs) et
- III. les résultats (outcomes).

La structure et les processus sont sous-divisés en deux sous-domaines:

- A. l'accessibilité et
- B. le contenu des soins.

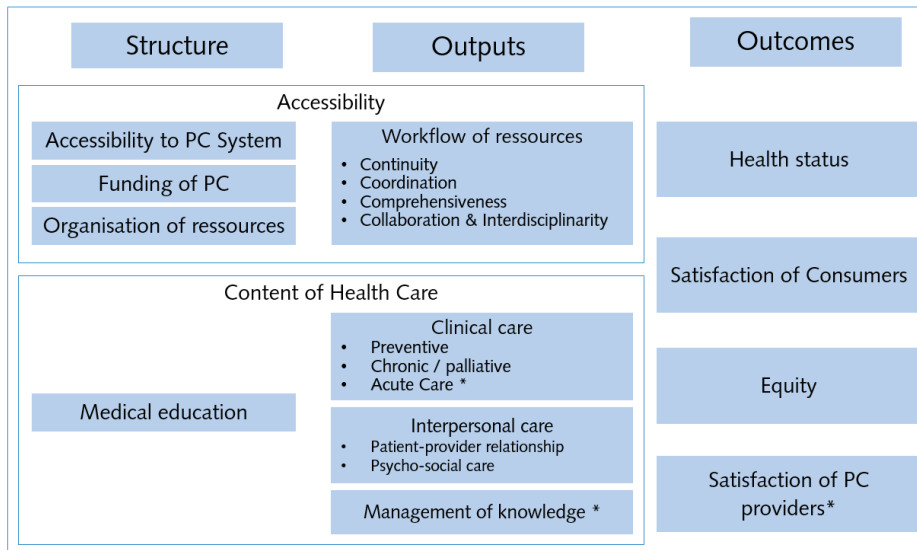
Par ailleurs, douze dimensions sont réparties dans l'ensemble de ce canevas de base:

1. l'accès à la médecine de famille (accessibility),
2. le financement de la médecine de famille (funding of primary care),
3. l'organisation des ressources (organisation of resources),
4. la formation médicale et paramédicale (medical education),
5. les processus de travail (workflow of resources),
6. les soins cliniques (clinical care),
7. les soins interpersonnels (interpersonal care),
8. la gestion des connaissances (management of knowledge),
9. l'état de santé (health status),
10. la satisfaction des consommateurs (satisfaction of consumers),
11. l'équité (equity),
12. la satisfaction des prestataires de soins en médecine de famille (satisfaction of PC providers).

Certains domaines comportent parfois plusieurs sous-dimensions (ex: dans «workflow of ressources» avec continuity, coordination,...).

Le modèle SPAM a été finalisé par des experts issus de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), de l'Institut de médecine de famille (IUMF), de la Policlinique Médicale Universitaire Lausanne (PMU) et de l'Observatoire Suisse de la Santé (OBSAN).

Figure 2.1 Cadre conceptuel du programme SPAM



* Dimensions et sous-dimensions sans indicateurs

Il faut également mentionner que le modèle conceptuel de départ utilisé PHAMEU considérait certains indicateurs décrivant ce qui est réalisé auprès des patients (taux de vaccination, taux de prescription d'antibiotiques...) comme des indicateurs de résultats, étant directement liés à l'état de santé des patients (outcomes). Cependant, dans d'autres modèles, ces mêmes indicateurs caractérisent des processus de soins, les indicateurs d'outcomes étant, quant à eux strictement réservés à l'état de santé des patients (taux d'infection, taux de fumeurs...). Nous nous sommes conformés, dans le développement de l'outil SPAM, au cadre conceptuel de PHAMEU et ce type d'indicateurs a donc été catégorisé en tant qu'indicateurs de résultats (ils sont présentés dans le chapitre «état de santé»).

2.3 Création d'un groupe d'experts SPAM

Un groupe d'experts a été constitué pour le programme SPAM. Il est composé de 24 experts nationaux et internationaux représentant les organisations suivantes: l'Office fédérale de la santé publique (OFSP), l'Observatoire Suisse de la Santé (OBSAN), le Collège de médecine de premier recours (CMPR), l'Association des médecins de famille et de l'enfance suisse (MFE), la Société suisse de médecine interne générale (SSMIG), l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP), l'Institut für Hausarztmedizin Basel (IHAMB), Santé Suisse, l'Institut Universitaire de Formation et Recherche en Soins (IUFRS), la Conférence Suisse des directeurs et Directrices de la santé (CDS), l'Institut en Economie et Management de la Santé (IEMS), l'Institut universitaire de médecine de famille de Lausanne (IUMF), l'Institut Tropical Suisse et de Santé Publique (Swiss TPH), l'Observatoire Valaisan de la santé (OVS) et l'Institut National de santé Publique du Québec (INSPQ).

Ce groupe d'experts a été consulté à plusieurs reprises, tout d'abord pour la définition de la médecine de famille retenue pour le programme, puis pour la validation du modèle conceptuel, et enfin, lors du processus de développement des indicateurs. Ce dernier s'est déroulé en trois cycles successifs détaillés ci-après (cf 2.4.2).

Par ailleurs, un comité de pilotage (Copil) pour le programme SPAM a aussi été créé en mai 2013. Sa composition est la suivante: Dr Monika Diebold (Obsan), Prof Bernard Burnand (IUMSP), Dr François Héritier (MFE et al.), Dr Charles Dvorak (commission des programmes Sentinella), Prof Jacques Cornuz (PMU), Dr Christian Ambord (médecin cantonal valaisan) et PD Dr Nicolas Senn (PMU). Ce Copil a pour mission de donner les orientations générales du programme SPAM.

2.4 Définition des indicateurs SPAM

2.4.1 Sélection initiale des indicateurs

Le set de base pour la sélection des indicateurs est dérivé du projet PHAMEU. Une recherche de littérature complémentaire a permis d'enrichir la sélection initiale avec des indicateurs issus d'autres domaines tels que la prévention, la formation médicale, et l'équité.

Trois cent soixante-cinq indicateurs ont ainsi été présélectionnés, couvrant les dimensions suivantes du cadre conceptuel (figure 2.1): l'accès à la médecine de famille, le financement (et la gouvernance) de la médecine de famille, l'organisation des ressources, les processus de travail (de soins cliniques), l'état de santé et la satisfaction des patients. Dans la dimension des soins cliniques, les indicateurs concernant la prévention ont été choisis entre autres sur la base de la publication de McColl et al. (McColl et al. 1998). Quelques indicateurs du domaine «équité» sont également issus du projet *Quality and Costs of Primary Care in Europe* (QUALICOPC) (Schafer et al. 2011) et des travaux réalisés par R. Rudd et coll. (School of Public Health, Harvard) (DeWalt et al. 2011 ; Schonlau et al. 2011). Il est à mentionner que les dimensions «gestion des connaissances», et «satisfaction des prestataires de soins» du modèle conceptuel ne sont actuellement pas développées car aucun indicateur validé n'était disponible au départ. Leur sélection nécessite un travail conséquent de revue de littérature qui sera réalisé ultérieurement afin de compléter le modèle.

2.4.2 Processus de consensus RAND pour la définition finale des indicateurs

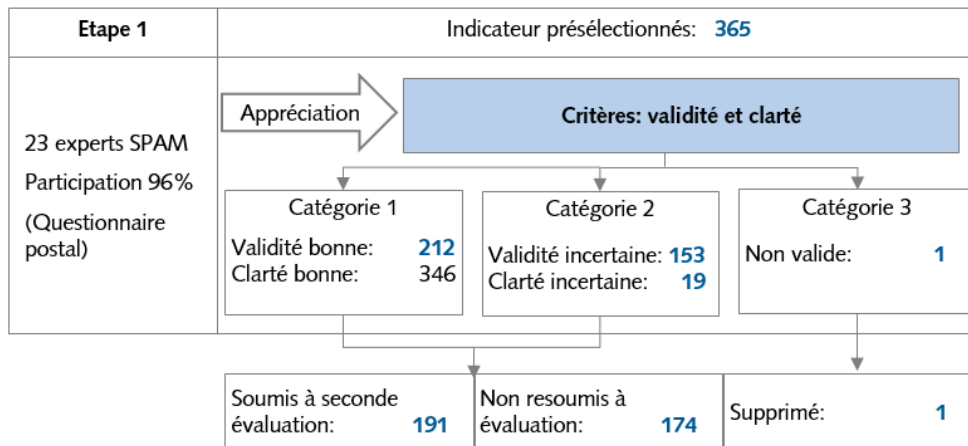
Ce processus de sélection et de validation s'est déroulé en trois étapes grâce à la collaboration des experts SPAM. Le processus RAND est une approche de consensus d'experts reconnue permettant d'aboutir à une décision collective (Fitch et al. 2001). Dans le contexte présent, il s'agissait de sélectionner les indicateurs SPAM. Globalement, cette démarche comporte plusieurs étapes comprenant des votes individuels et des discussions en groupe.

Etape 1 (figure 2.2)

Lors de la première étape du processus de validation, les 365 indicateurs présélectionnés ont été soumis au panel d'experts SPAM pour une évaluation qualitative. L'appréciation portait sur la validité et la clarté des indicateurs, mesurées selon une échelle de 1 à 9. La validité (notée de 1 à 9 avec 1= pas valide, 9= hautement valide) a été définie comme suit: «dans quelle mesure l'indicateur représente-t-il correctement le concept en question, et, l'indicateur représente-t-il une mesure adéquate pour évaluer le fonctionnement et la performance de la médecine de famille en Suisse ?». La clarté (notée de 1 à 9 avec 1= pas du tout claire, 9= très claire) a été définie comme suit: «dans quelle mesure la formulation des indicateurs est claire (non-ambigüe) ?». Par la suite, les résultats de validité et de clarté, exprimés en points, ont été classés en trois catégories en se basant à la fois sur les médianes des votes et le degré d'accord entre les experts. Les trois catégories de résultats d'évaluation étaient les suivantes: 1. l'indicateur était qualifié de valide et/ou clair quand la médiane des évaluations était située entre 7 et 9, sans désaccord ; 2. l'indicateur était qualifié de non valide et/ou non clair quand la médiane des évaluations était située entre 1 et 3, sans désaccord ; 3. l'indicateur a été qualifié de peu valide et peu clair quand la médiane était située entre 4 et 6 ou quand un désaccord était présent. Le désaccord était défini comme la situation où plus d'un tiers des évaluations se situaient dans les deux extrêmes de l'échelle.

Vingt-trois experts (sur 24) ont participé à cette première étape. Ils se sont prononcés sur les 365 indicateurs présélectionnés. Les résultats ont montré que 212 indicateurs (58%) étaient considérés comme valides et 346 (95%) comme clairs. Une validité incertaine a été attribuée à 153 indicateurs (42%). Dix-neuf (5%) indicateurs ont été jugés ambigus (clarté incertaine) et 1 indicateur a été estimé non-valide. Ce dernier a été supprimé. Globalement, les experts étaient en accord dans 82,5% des cas. Enfin, les experts pouvaient également apporter des commentaires écrits sur les indicateurs. Ceux-ci ont été pris en compte lors de la reformulation de certains indicateurs par la suite.

Figure 2.2 Diagramme de l'étape 1 de la définition des indicateurs



Seconde étape (figure 2.3)

La seconde étape d'évaluation des indicateurs reposait sur une conférence de consensus. Cependant, pour cette seconde étape, le processus RAND a été modifié au vu du nombre d'experts supérieur à ce qui est habituel pour cette méthode. Par ailleurs, le nombre d'indicateurs soumis à appréciation était également très élevé. Compte tenu de ces deux paramètres et afin d'améliorer la faisabilité du processus RAND, les indicateurs qui présentaient un haut niveau d'accord entre experts, de validité et de clarté, en fin de première étape, n'ont pas été resoumis lors de cette seconde étape. Ce sont donc 191 indicateurs qui ont été à nouveau soumis à évaluation pour la seconde étape.

Les experts réunis lors d'une journée, ont pu discuter en face à face des indicateurs et les reformuler si besoin. Ils ont ensuite voté ou revoté afin d'évaluer les indicateurs selon les mêmes critères qu'à la première étape.

A l'issue de la seconde étape, les indicateurs ayant obtenu une note élevée (7 à 9) en ce qui concerne la validité, la clarté et l'accord entre évaluateurs, ont été classés comme «indicateurs primaires». Les indicateurs ayant obtenu une moins bonne notation ont été définis comme «indicateurs secondaires». Les indicateurs primaires et secondaires ont ensuite été affinés par la création de sous-indicateurs si nécessaire (exemples de sous-indicateurs: distances et temps de déplacement du patient chez le médecin).

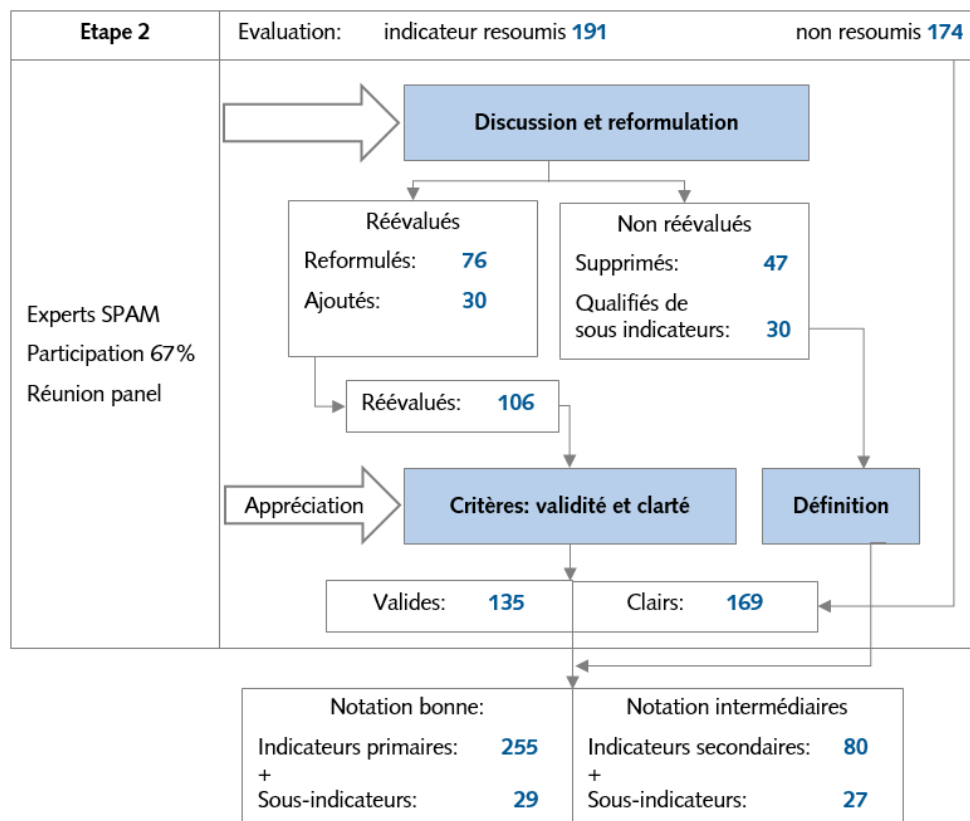
Ainsi, 47 indicateurs ont été supprimés et 76 reformulés. De plus, 30 nouveaux indicateurs ont été ajoutés et 30 autres indicateurs ont été classés comme sous-indicateurs (primaire ou secondaire). Ils n'ont cependant pas été évalués lors de cette seconde étape, mais simplement définis.

Le groupe d'experts, (taux de participation de 67%) a réévalué les 106 indicateurs reformulés ou ajoutés. Les résultats de cette deuxième évaluation ont été les suivants: 135 indicateurs (77,6%) ont été qualifiés de valides et 169 indicateurs (97,1%) de clairs. L'accord entre experts était de 61,5%.

Suite à ces deux premières étapes, 335 indicateurs ont été gardés pour le programme, 255 comme indicateurs primaires et 80 comme indicateurs secondaires (figure 2.3). Les experts ont demandé d'harmoniser les groupes d'indicateurs, c'est-à-dire d'améliorer la cohérence à l'intérieur de certains domaines. Par

exemple les mêmes spécialités médicales devraient être représentées dans les groupes d'indicateurs qui font partie de la coordination des soins. Les indicateurs ont donc été adaptés et leur nombre a augmenté au cours de cette seconde étape.

Figure 2.3 Diagramme de l'étape 2 de la définition des indicateurs



Par ailleurs, en collaboration avec l'IUMSP, le processus de sélection des indicateurs sur la base des évaluations des experts a été élaboré en utilisant un logiciel initialement développé pour des processus RAND et spécifiquement adapté pour le programme de Monitoring SPAM

Troisième étape (figure 2.4)

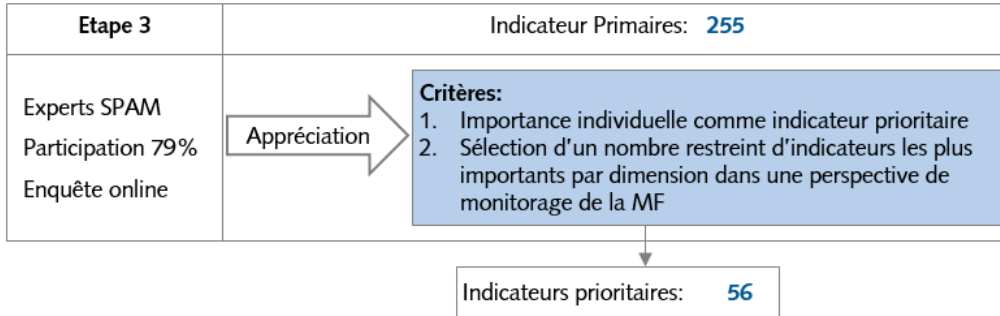
La troisième étape d'évaluation avait deux objectifs uniquement relatifs aux indicateurs primaires: 1) la validation globale de la structure de l'outil de monitoring; 2) la sélection d'un nombre restreint d'*indicateurs, qualifiés alors de prioritaires*, pour un monitoring continu de la médecine de famille en Suisse au cours du temps (grâce à une actualisation régulière des données).

A noter qu'une réévaluation des indicateurs secondaires a été prévue uniquement dans un deuxième temps.

Lors de cette troisième étape d'évaluation, (entre octobre 2013 et mars 2014), le groupe d'experts SPAM a répondu à une enquête «on-line» de type RAND-DELPHI (Dalkey 1969; Timbie et al. 2012; Ruiz-Canela-Caceres et al. 2014) via l'outil informatique SurveyMonkey®. Les indicateurs primaires ont été évalués de deux façons différentes: 1) appréciation de leur importance individuelle comme indicateur prioritaire (notée de 1 à 5: 1= essentiel, 2= important, 3=moyennement important 4= semble important, 5= pas très important) ; 2) sélection d'un nombre restreint d'indicateurs les plus importants par dimensions dans une perspective de monitoring de la MF (ex de question aux experts: «choisissez parmi les 10 indicateurs, les 3 les plus importants»). La sélection finale des indicateurs a été basée sur les médianes et interquartiles, analysés avec STATA® 13.

Pour cette troisième étape, les 255 indicateurs primaires ont été soumis à appréciation. Les experts SPAM (taux de participation 79%) ont voté en deux étapes (95% de questionnaires complétés). Les experts ont sélectionné au total 94 indicateurs, en se basant sur une médiane à la notation de 2 pour le critère d'importance (indicateur retenu comme prioritaire si médiane ≤ 2). Finalement, 56 indicateurs prioritaires ont été retenus, représentant tous les domaines et dimensions du cadre conceptuel pour lesquels des indicateurs avaient été présélectionnés, comme illustré dans l'annexe.

Figure 2.4 Diagramme de l'étape 3 de définition des indicateurs



A l'issue des trois étapes d'évaluation, 56 indicateurs prioritaires constituaient une liste principale dans laquelle toutes les dimensions et domaines sont représentés. La figure 2.6 décrit, par domaine, la proportion des indicateurs prioritaires parmi les indicateurs primaires. La figure 2.5 résume l'entier du processus de sélection des indicateurs.

Figure 2.5 Diagramme simplifié de la sélection des indicateurs

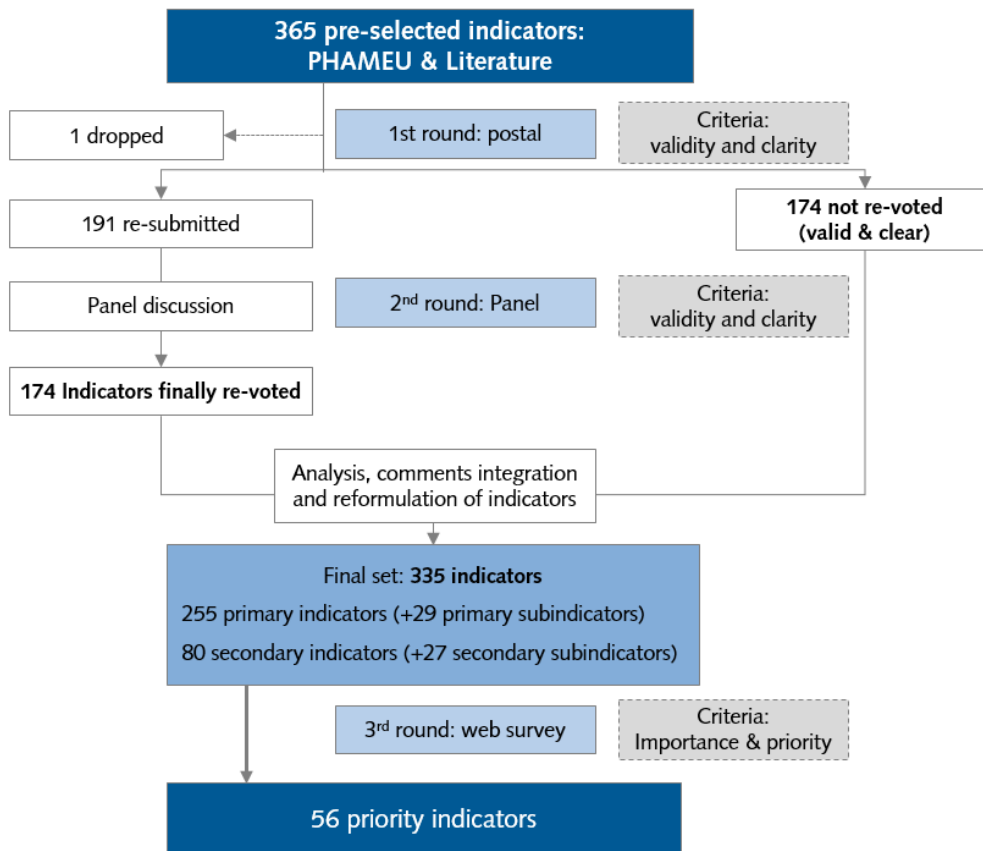
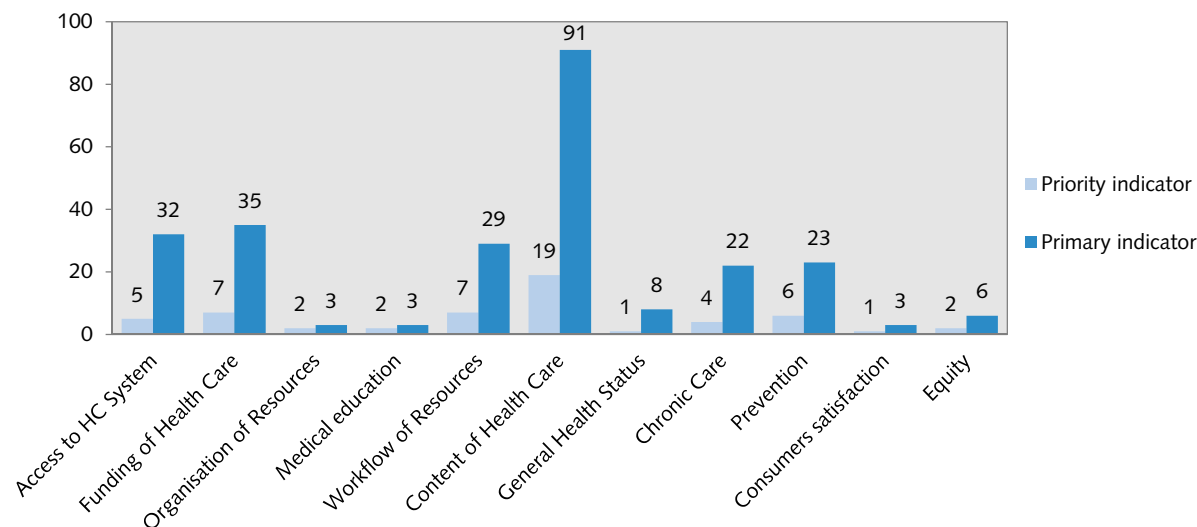


Figure 2.6 Nombre d'indicateurs prioritaires par domaine par rapport au nombre d'indicateurs primaires

2.4.3 Création d'une fiche descriptive (factsheet) pour les indicateurs

Une fiche descriptive a été créée pour chaque indicateur (Annexe). Elle contient la définition de l'indicateur, sa formulation mathématique (s'il y a lieu), sa valeur ainsi que la (ou les) source(s) permettant de le renseigner (année actuelle et dernière année fournissant des données). On y trouve enfin également des références de littérature.

2.5 Recensement des données existantes pour l'alimentation des indicateurs prioritaires (sources identifiées)

Comme mentionné dans l'introduction, la disponibilité des données concernant la médecine de famille ainsi que leur accessibilité sont limitées en Suisse. Ce constat met en lumière l'un des défis du programme SPAM qui est de pouvoir s'appuyer sur des données de haute qualité. A ce jour, aucune collecte de données n'est mise en œuvre de manière systématique dans le domaine de la médecine de famille en Suisse. Il est donc essentiel de pouvoir identifier des sources de données de bonne qualité et permettant de refléter avec justesse la médecine de famille.

Dans l'objectif d'alimenter les indicateurs SPAM, une première sélection de sources de données potentielles a été réalisée grâce au rapport 38 de l'OBSAN qui offre un inventaire de banques de données sur la santé en Suisse (Roth et Schmidt 2010). Plusieurs autres sources de données disponibles ont ensuite été recensées: l'étude QUALICOPC et le réseau des médecins SPAM (pour des données prospectives), l'étude PHAMEU, l'Office fédéral de la statistique (OFS), l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et ainsi que quelques autres sources plus marginales.

2.5.1 Étude QUALICOPC

L'étude QUALICOPC est une enquête observationnelle qui a pour objectif d'évaluer le fonctionnement et la performance de la médecine de famille en Europe, essentiellement sous l'angle de l'organisation de la MF ainsi que sous celui des attentes et de l'expérience des utilisateurs (les résultats bruts de l'enquête sont présentés dans le rapport supplémentaire QUALICOPC par Cohidon et coll.² Cette étude a été réalisée dans

² Rapport QUALICOPC «Médecine de famille en Suisse : les pratiques des médecins, l'expérience des patients»: www.obsan/publications/

34 pays, comprenant la plupart des pays européens (dont la Suisse), l'Australie, le Canada et la Nouvelle-Zélande. Au niveau international, 6830 médecins de famille et 65 348 patients ont été inclus dans l'étude. En 2012, la Suisse a participé à cette étude par la collecte de données prospectives, grâce au réseau de médecins SPAM (cf. 2.5.2) (Schafer et al. 2011; Schafer et al. 2013; Cohidon et al. 2015). Deux cents médecins de famille et 2 000 patients, ont participé à l'enquête. Le projet est piloté par le Nivel (Institut néerlandais pour la recherche sur les systèmes de santé). Les données de cette étude ont été utilisées pour renseigner une part importante des indicateurs de ce rapport (Figure 2.8).

2.5.2 Le réseau de médecins SPAM

Le réseau des médecins SPAM est un réseau de médecins de famille créé avec l'objectif de collecter des données sur le fonctionnement de la médecine de famille en Suisse. Il a été constitué en 2012 à l'occasion de la réalisation de l'enquête QUALICOPC (cf. point 2.5.1). Il s'agit d'un réseau de recherche (aussi appelé en anglais *practice-based research network*, PBRN) de 200 médecins de famille (Senn et al. 2013; Selby et al. 2015a). Ce réseau a été constitué à partir d'une présélection aléatoire et stratifiée par canton de 2 027 médecins, issus d'une liste de 7 000 membres de MFE et de la SSMIG. Pour tester la représentativité de l'échantillon de médecins ainsi formé, un groupe comparateur a été défini (à partir des 2027 médecins tirés au sort). Basé sur cette comparaison, le réseau SPAM a été estimé représentatif au niveau national pour le sexe, l'âge et la ruralité. Il constitue ainsi une source intéressante et pertinente pour investiguer la performance de la médecine de famille.

Figure 2.7 Distribution géographique des médecins SPAM



2.5.3 Collaboration PHAMEU

Le projet PHAMEU (cf. 1.3.) avait pour but de comparer l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé et de la médecine de famille en Europe. Trente-et-un pays européens étaient partenaires du projet. La Suisse y a participé en 2010. Les indicateurs étaient basés uniquement sur des données nationales existantes ou des avis d'experts. (Kringos et al. 2010b; Kringos et al. 2015). Le projet était également piloté par le Nivel.

2.5.4 Statistiques nationales de la santé

Certaines données issues de statistiques nationales ont pu être utilisées dans le cadre de ce rapport. Les institutions qui ont mis les données à disposition ou qui ont collaboré à l'analyse de données sont l'Office fédérale de la statistique (OFS 2015), l'Office fédérale de la santé publique (OFSP 2014-2016) et l'Observatoire Suisse de la santé (OBSAN 2014-2016).

Les données de ces offices sont soit mis à disposition «on-line» sous forme de rapports, de dossiers, ou de tableaux statistiques ou sont transmises sur demande sous forme d'extraits de données brutes. Elles ont été utilisées pour certains indicateurs (figure 2.8).

2.5.5 Analyse de la qualité des données utilisées

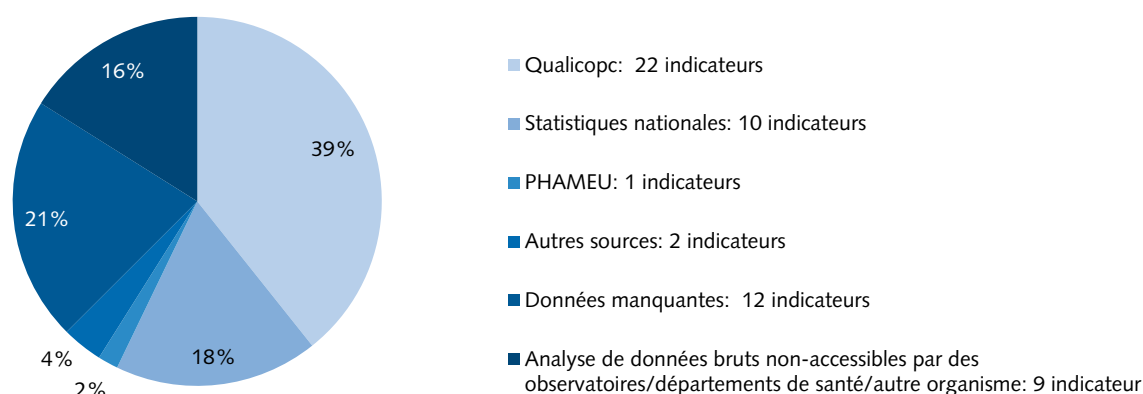
L'évaluation de la qualité des données utilisées pour renseigner les 56 indicateurs prioritaires de ce rapport est mentionnée dans les fiches descriptives des indicateurs. Cette évaluation a été réalisée selon les critères suivants, adaptés de la littérature dans le domaine (Petticrew et Roberts 2003; Guyatt 2008): niveau 1 = qualité faible, correspondant à des avis d'experts ou aux données qualitatives; niveau 2 = qualité limitée, correspondant aux données quantitatives non commentées; niveau 3 = bonne qualité, correspondant à la littérature grise locale, aux données quantitatives commentées ou aux données administratives ; niveau 4 = très bonne qualité, correspondant à la littérature grise nationale, niveau 5 = excellente qualité, correspondant aux enquêtes nationales (statistiques) ou à la littérature scientifique.

Globalement, 94 % des données utilisées pour ce rapport ont été considérées comme étant de bonne à très bonne qualité (niveau 3 ou plus). Plus spécifiquement, les données sur l'organisation des cabinets sont principalement issues des données de l'étude QUALICOPC dont le niveau de qualité peut être considéré comme bon (niveau 5) ou des statistiques nationales (35 indicateurs sur 56 soit 63 % des indicateurs, figure 2.8).

Ainsi, la construction de la majorité des 56 indicateurs prioritaires a été possible sur la base de la littérature existante ou avec l'aide d'une compilation de données spécifiques collectées.

Les données utilisées pour les indicateurs prioritaires proviennent des sources respectives suivantes (figure 2.8): étude QUALICOPC: n=22 (39%), Statistiques nationales: n=10 (18%), étude PHAMEU: n=1 (2%), autres sources: n=2 (4%) et l'analyse de données par des observatoires/ départements de santé: n=9 (16%). Malgré tout, 12 indicateurs (21 %) ne sont pas renseignés en raison de l'absence de données. La majorité de ces 12 indicateurs pourront cependant être renseignés à l'avenir au moyen d'enquêtes auprès des médecins du réseau SPAM.

Figure 2.8 Source de données pour les indicateurs prioritaires

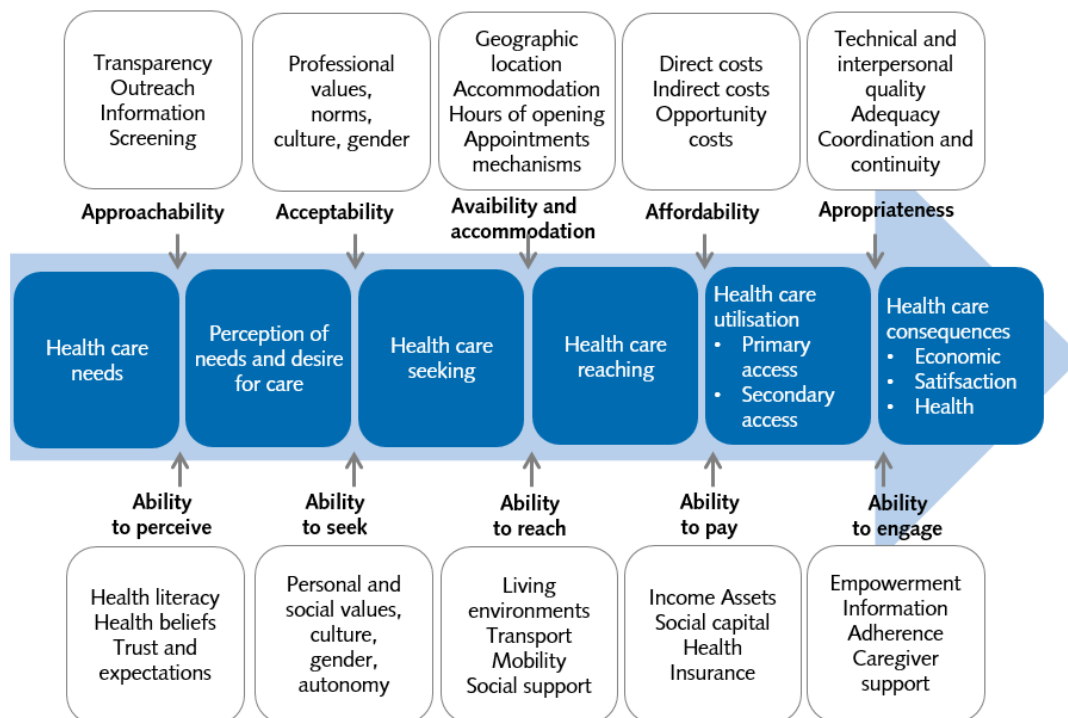


3 Résultats et analyses

3.1 Accès à la médecine de famille

L'accès aux soins et en particulier à la médecine de famille, est un domaine primordial dans le fonctionnement d'un système de santé mais complexe à définir, et *a fortiori*, à mesurer. D'après Pineault et coll. l'accessibilité (notion plus générale que l'accès au sens strict) aux soins se définit comme «la facilité avec laquelle un patient peut utiliser les services de santé» (Pineault et al. 2009). Du point de vue du patient, elle peut être définie comme «l'opportunité d'avoir ses besoins en santé couverts» (Levesque et al. 2013). Ces définitions très larges de l'accessibilité sous-entendent que de nombreux déterminants sont en jeu pour assurer un bon accès et peuvent donc être mesurés pour le caractériser. Ceux-ci relèvent avant tout des ressources disponibles (Chen 1979), le plus souvent mesurées par des densités médicales, et de leur mobilisation, décrite par exemple *via* les horaires d'ouverture des cabinets ou l'organisation de tours de garde. Mais les déterminants de l'accès relèvent aussi de la capacité pour les patients à rejoindre le système en fonction de différents critères, géographiques, financiers, ou sociaux. Il s'agit enfin d'éléments plus subjectifs découlant des besoins (en termes de soins) exprimés par les patients (ou demandes) et de l'adéquation avec l'offre qu'ils reçoivent. Ils sont, dans ce cas, généralement mesurés *via* des indicateurs d'expérience ou de satisfaction. La figure 3.1 publiée par Levesque et coll. illustre bien les multiples déterminants de l'accès (Levesque J. F., Harris M. F., et al. (2013). "Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations." *Int J Equity Health* 12: 18).

Figure 3.1 Déterminants de l'accès selon le patient (en-dessous) et le système de santé (en-haut)



Les indicateurs qui ont été retenus par les experts pour mesurer l'accès à la médecine de famille sont au nombre de cinq. Ce sont essentiellement des éléments de démographie médicale ou relatifs à la distance entre le domicile du patient et le cabinet. Des données sont disponibles en Suisse pour renseigner les quatre premiers indicateurs.

Tableau 3.1 Les indicateurs de l'accès

N°	Indicateur	Résultat	Source
1	Variation annuelle de la densité de médecins de famille en %	+ 1%	FMH (2013-2014)
2	Densité de médecins de famille en Suisse pour 100 000 habitants	105,5	FMH (2014)
3	Rapport du nombre de médecins de famille par rapport au nombre d'autres médecins spécialistes	0,76	FMH (2014)
4	Age moyen des médecins de famille en Suisse (en années)	54 ans	FMH (2014)
5	Durée moyenne de déplacement du domicile du patient au cabinet du MF en zone rurale	Pas de données	

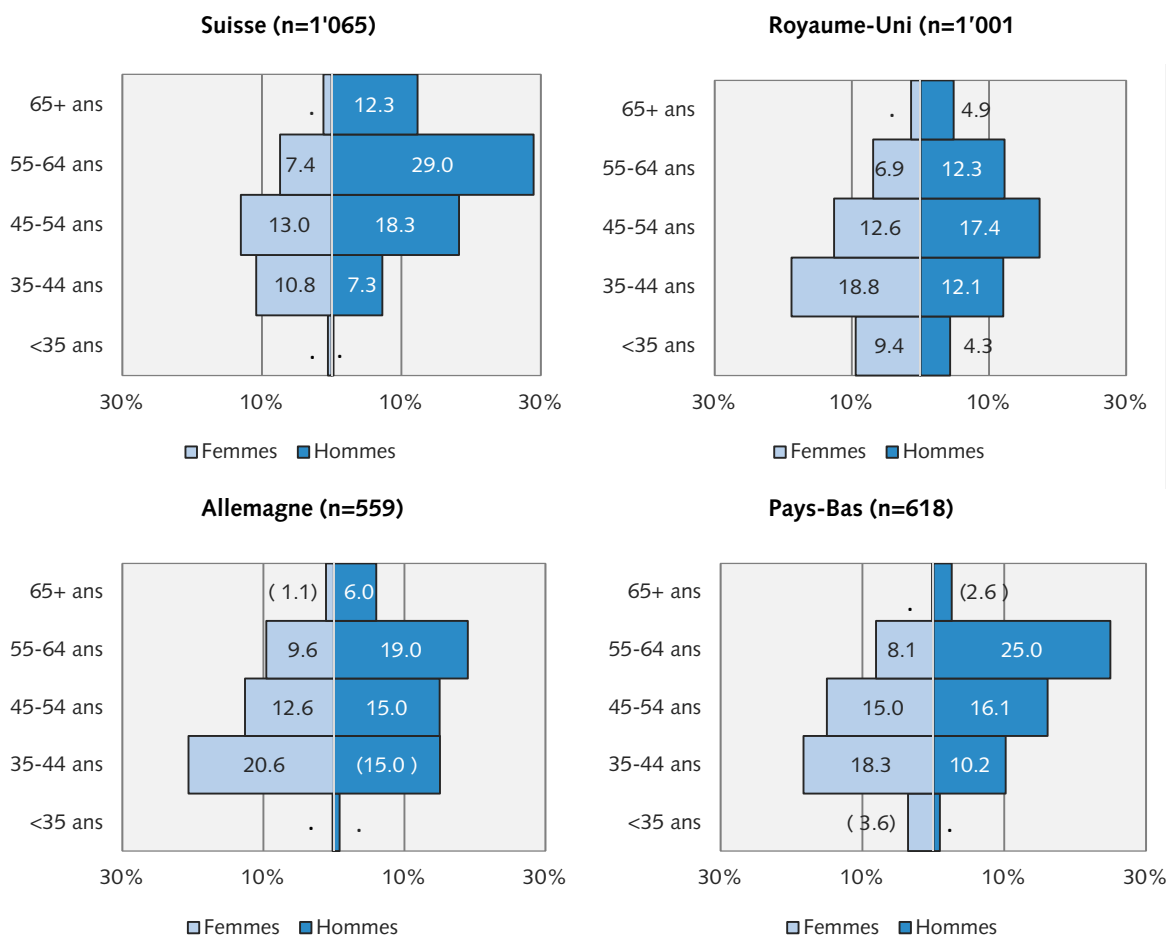
On constate une légère augmentation de la densité médicale entre 2013 et 2014 d'environ 1% (passant de 104,5 à 105,5 médecins pour 100 000 habitants). Ce chiffre est cependant à considérer avec prudence, car il n'existe aucun registre médical complètement à jour actuellement en Suisse. Par ailleurs, la périodicité d'une année de cet indicateur n'est peut-être pas la plus pertinente pour observer des tendances solides. Nous avons utilisé ici les données statistiques de la FMH, considérées comme les plus fidèles à la réalité. Une autre base de données a récemment été créée dans le domaine de la démographie médicale, le registre des professions médicales (MedReg) sous l'égide de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) et gérée par la Confédération. Elle rassemble les bases de données cantonales liées aux droits de pratique. Cette base de données est toutefois imparfaite, les cantons n'ayant pas la possibilité de vérifier si les médecins sont toujours en activité ou sont en possession d'un double titre. Une estimation réalisée à la PMU dans le cadre du programme SPAM montre que cette base comporte environ un tiers de médecins n'exerçant plus ou ayant une double activité. Selon une analyse de l'OBSAN en 2014 les données de la FMH présentent une relativement bonne fiabilité, même si elle n'est pas parfaite, l'enregistrement se faisant, pour le moins en partie, sur un mode volontaire (Dutoit 2014). Depuis 2015 désormais, tous les médecins de famille ont l'obligation de s'y enregistrer pour pouvoir faire reconnaître leurs formations.

Afin d'avoir une idée plus fine de l'offre, les données de densité médicale présentées ici devraient être complétées de données sur le taux d'activité des médecins de famille. Sachant qu'une tendance à la diminution du taux d'activité est observée, le nombre hebdomadaire d'heures travaillées par les médecins ayant diminué de 10 heures en moyenne sur ces 20 dernières années (cf. indicateur 17 chapitre 3.5), il est possible que l'augmentation du nombre de médecins ne compense que partiellement la diminution du taux d'activité. Cette tendance est probablement également accentuée par l'augmentation des tâches administratives.

De plus, ces chiffres devraient aussi être mis en regard de l'augmentation du recours aux soins due, entre autres, au vieillissement de la population et à la tendance au maintien à domicile des patients. On estimait en effet en 2006 que d'ici 2030 le recours aura augmenté de 13% en médecine ambulatoire, soit environ 3 millions de consultations en plus par an (Seematter-Bagnoud et al. 2008). Il s'agit là d'un facteur important à considérer dans la planification des ressources comme aussi mentionné dans plusieurs rapports (OECD/WHO 2011).

Enfin, un autre facteur alarmant vient aussi contrebalancer la discrète augmentation de densité et pourrait se traduire rapidement par une diminution de l'offre: il s'agit de l'âge élevé des médecins de famille avec une moyenne actuelle de 54 ans. Comparativement, entre 1993 et 2012, la médiane a augmenté de 10 ans passant de 46 à 56 ans (Cohidon et al. 2015). Parmi les médecins de l'enquête QUALICOPC, un quart seulement des médecins avaient moins de 50 ans et un quart d'entre eux plus de 61 ans (donc potentiellement à la retraite actuellement en 2016). La figure 3.2 ci-dessous reflète bien cet état de fait en comparaisons internationales avec un regroupement des médecins dans la tranche d'âge des 55-64 ans.

Figure 3.2 Structure d'âge en comparaison européenne



Source: OBSAN Dossier 50, 2015 (Mercay 2015)

L'indicateur 3 décrivant le rapport MF/autres médecins spécialistes est lui aussi relativement stable entre 2013 et 2014, passant de 0,75 à 0,76. Il est cependant difficile de tirer des conclusions sur la base de cette très modeste augmentation sur une aussi brève période.

Concernant le temps de déplacement du patient pour accéder au médecin de famille (indicateur 5), nous ne disposons pas de données pour la Suisse spécifiquement pour les zones rurales. Ces chiffres seraient cependant très utiles pour évaluer la couverture et l'accessibilité à la MF dans les régions très décentralisées, probablement les plus rapidement touchées par un déficit géographique de l'offre. Nous avons cependant des données issues de l'enquête QUALICOPC plutôt rassurantes quant à l'accès géographique des patients. En effet, trois quart des patients ayant participé à cette enquête indiquaient arriver chez leur médecin de famille dans les 20 minutes et seulement 3% en plus de 40 minutes.

Les comparaisons internationales montrent que la densité des médecins de famille en Suisse peut être considérée comme assez élevée. En effet, le rapport PHAMEU décrit en 2010 une densité de médecins de famille maximale en Autriche (153/100 000 habitants) et minimale en Pologne (21/100 000 habitants) (Kringos et al. 2015) comparé à 103 en Suisse (et 105,5 en 2014). La moyenne d'âge des médecins de famille est par contre plus élevée en Suisse qu'à l'étranger, ce qui demeure un sujet d'inquiétude (figure 3.2). L'évolution vers une pénurie de médecins de famille est souvent évoquée dans notre pays, notamment suite au rapport de l'Obsan qui prévoit une offre largement insuffisante dans l'avenir (Seematter-Bagnoud et al. 2008) en regard des besoins. Selon ce rapport, environ 12 millions de consultations ne pourraient pas être réalisées en raison du déficit de ressources en MF en 2030. Même si cette estimation est un signal d'alerte sérieux, et l'importante augmentation de la moyenne d'âge des médecins de famille décrite dans ce rapport va dans ce sens, d'autres facteurs en lien avec l'organisation de la médecine de famille, doivent

entrer en ligne de compte avant de parler de pénurie uniquement sur la base de l'estimation de la densité médicale. En effet, les médecins ont plus tendance à travailler à temps partiel, voient moins de patients et les voient en moyenne plus longtemps. Le même nombre de médecins ne fournit donc pas nécessairement le même «volume» de travail (Cohidon et al. 2015). Dans ce contexte, il est frappant de constater que les Pays-Bas, avec une densité médicale de moins de la moitié de la Suisse (47/100'000 habitants) n'estiment pas être en situation de pénurie plus marquée qu'en Suisse; certains experts la considèrent même comme absente (Kringos et al. 2015). Une grande part de cette différence entre les deux pays est due à l'existence de modèles de travail plus interdisciplinaires au Pays-Bas, incluant des professions non-médicales dans les cabinets comme les infirmières praticiennes.

Comme rappelé en introduction de ce chapitre, d'autres facteurs permettent de caractériser l'accès à la MF. Ainsi la facilité de prise de rendez-vous pour un contrôle ou comme nouveau patient est un important indicateur d'accessibilité. En 2012, près de 25% des médecins de famille suisses n'acceptaient plus de nouveaux patients, une tendance qui devrait s'accroître du fait du vieillissement des médecins. Du point de vue des patients, un tiers des personnes interrogées lors de l'enquête QUALICOPC signalaient avoir eu une certaine difficulté à prendre rendez-vous chez leur médecin.

Enfin, il est intéressant aussi de constater que lorsque l'accès à la MF est mesuré de façon plus globale, c'est-à-dire en intégrant plusieurs facteurs clés de l'accès comme le volume et le type de prestations fournies, l'accès géographique et les barrières financières, sous la forme d'un score d'accès comme réalisé dans l'étude PHAMEU, la Suisse montre des performances inférieures à la majorité des pays européens, figurant au 21^{ème} rang sur 31. (Kringos et al. 2015).

Quintessence chapitre 3.1: Accès à la médecine de famille

- On comptait, en 2014, 0,76 médecins de famille pour 1 médecin spécialiste, ce qui est très peu en comparaisons internationales et stable par rapport à 2013 (0,75)
- La densité des médecins de famille en Suisse est plus élevée que la moyenne des pays européens avec 105,5 médecins par 100 000 habitants. Paradoxalement, l'accès global à la MF, décrit *via* un indicateur composite, est considéré comme moins bon par rapport à la majorité des pays qui nous entourent. L'absence de nouveaux modèles de soins en MF incluant d'autres professionnels de la santé peut être l'une des raisons de ce paradoxe. Cela exerce une pression supplémentaire sur les médecins dont dépendent, pratiquement exclusivement, les soins primaires.
- Le vieillissement rapide des médecins de famille, avec une moyenne d'âge ayant augmenté de 10 ans en seulement 20 ans, est un risque sérieux pour le système de santé suisse.
- L'accès géographique à la MF ne semble pas représenter actuellement un enjeu majeur pour une majorité des patients, 97% d'entre eux habitant à moins de 40 minutes de leur médecin de famille.
- Il est crucial d'améliorer rapidement la qualité des données de démographie médicale (et ses déterminants comme le temps de travail effectif) en Suisse afin d'être mieux à même d'estimer l'offre en MF.
- Les discordances observées entre des indicateurs pris isolément, des indices composites et la vision des utilisateurs soulignent la complexité de mesurer l'accès à la MF.

3.2 Financement de la médecine de famille

Le financement de la médecine de famille repose, pour l'essentiel, sur un système de paiement à l'acte et au temps, régulé par TARME. Il s'agit d'un mécanisme complexe qui attribue un certain nombre de points en fonction de prestations prédéfinies répertoriées dans un catalogue. La valeur du point est rediscutée chaque année dans les différents cantons et représente donc un enjeu politique majeur. Il en a été question notamment dans l'initiative populaire «Oui à la Médecine de famille», finalement retirée au profit du Contre-projet sur les soins médicaux de base et du *Masterplan*, établi dans le cadre de la stratégie «Santé 2020» du Conseil fédéral (OFSP). Il y est fait mention que le financement et la rémunération des médecins

de famille sont des facteurs importants pour l'attractivité de la profession pour des jeunes médecins. Le sujet est d'autant plus important que l'évolution démographique laisse pressentir une pénurie de médecins de famille, en particulier dans les zones rurales (cf. ch. 3.1). Dans le cadre de cette stratégie, les prestations des médecins de famille ont été réévaluées dans le système de tarification TARMED à partir de 2015 par l'introduction d'une revalorisation forfaitaire de 9 francs supplémentaires par consultation réalisée. Les analyses de laboratoire effectuées dans les cabinets médicaux ont également été revalorisées. Au total, ce sont 200 millions de francs qui ont été alloués par la confédération pour cette revalorisation.

Du point de vue de la population, il est obligatoire pour chaque citoyen de souscrire une assurance maladie de base auprès d'une compagnie privée (à but non-lucratif). Cette assurance couvre les soins de base de la médecine ambulatoire et des soins stationnaires. Chaque personne choisit une prime d'assurance en fonction de la franchise qu'elle souhaite (de 300 francs à 2500 francs pour les adultes), plus la franchise est basse plus la prime est élevée. Le patient paie l'entièreté des frais médicaux jusqu'à concurrence de la franchise puis une quote-part de 10% jusqu'à 700 francs par année maximum. Chaque personne est libre de changer d'assurance en fin d'année ou en juillet pour les franchises ordinaires avec libre choix du prestataire et selon un délai de résiliation de 3 mois. Il est également possible de souscrire une assurance complémentaire privée (couvrant certaines médecines complémentaires ou des séjours hospitaliers en chambre privée), souvent auprès des mêmes compagnies.

Les enjeux autour des coûts de la médecine sont majeurs, notamment en ce qui concerne la médecine ambulatoire, comme en témoigne les intenses discussions concernant le moratoire sur l'installation de nouveaux médecins. Cette mesure, parmi d'autres, visait avant tout à freiner l'augmentation des coûts de la santé, que cela soit à charge de l'état ou directement des citoyens. Néanmoins, si l'enjeu apparaît essentiellement financier, les répercussions de telles mesures sur le fonctionnement du système de santé dans son ensemble peuvent être considérables (accès aux soins, prestations fournies, organisation des structures). Même si ce sont plus spécifiquement les spécialistes autres que les médecins de famille qui sont visés par ces mesures, elles concernent néanmoins aussi ces derniers et il est donc important de pouvoir caractériser le mieux possible les coûts qui leur sont directement liés. On notera à cet égard que jusqu'à récemment, les coûts liés à la médecine ambulatoire ne distinguaient pas les spécialités entre elles, ce qui pouvait générer une certaine confusion sur leur interprétation. Il apparaît dès lors crucial d'avoir une analyse plus fine de la situation.

Les indicateurs retenus par les experts pour décrire le financement de la MF, concernent essentiellement ses coûts globaux, la rémunération des médecins de famille en comparaison avec d'autres médecins spécialistes, l'investissement dans la prévention et la contribution financière des patients.

Tableau 3.2 Les indicateurs du financement

N° Indicateur	Résultat	Source
6 Part des coûts en médecine de famille par rapport au coût total de la santé	7,9 %	OFS (Obsan sur la base du pool de données de SASIS SA)
7 Part des coûts pour la prévention par rapport au coût total de la santé, 2013	2,2%	OFS (2015)
8 Proportion de médecins de famille salariés d'une organisation de soins intégrés	Manque de données	
9 Revenu annuel médian des médecins de famille en Suisse, 2009 (en francs)	192 400	Künzi <i>et al.</i> BASS (2012)
10 Rapport du revenu annuel médian des médecins de famille comparé à celui des autres spécialistes	Pas de données	
11 Part du co-paiement des patients pour les visites chez le médecin de famille par rapport au total des coûts pour les visites chez le médecin de famille (franchise + quote-part «out-of-pocket», hors primes d'assurance)	Pas de données	
12 Proportion de patients avec assurance complémentaire	41%	Obsan (2013)

3.2.1 Evolution des coûts de la santé

En 2013 les coûts de la santé représentent 10,9% du produit intérieur brut (PIB) suisse et les coûts par résidant sont estimés à 713 francs par mois. Sur quatre ans, on constate une légère augmentation de ces chiffres avec seulement 9,8% du PIB et 632 francs par mois par résident suisse en 2008 (OFS 2014c). En comparaison avec les autres pays de l'OCDE, la Suisse se trouve parmi les 10 pays où les soins sont, proportionnellement au PIB, les plus chers. Les Etats-Unis sont en haut de l'échelle avec 17,4% du PIB investi (Moyenne OCDE à 9,6% du PIB) (OECD/WHO 2011).

Les coûts des prestataires de service ambulatoires s'élevaient en 2013 en Suisse à 31,6% (21,84 milliards) des coûts totaux de la santé dont 18% (12,49 milliards) attribués aux médecins et 7,9% spécifiquement pour les médecins de famille (indicateur 6). Ce chiffre est une extrapolation établie sur une analyse de l'Obsan, car les données publiées ne font pas la différence entre spécialités. Dans ce cas, l'estimation de la répartition entre médecins de famille (médecins internistes généralistes, médecins praticiens, médecins en cabinets de groupe comme défini pour le présent mandat) et les autres spécialités médicales a été calculée sur la base de la répartition du pool de données de la SASIS SA de 2013. En se basant sur cette répartition des coûts de l'assurance obligatoire des soins, 44% des 12,49 milliards peuvent être attribués aux médecins de famille, soit 5,5 milliards de francs (sur un total des 69,2 milliards) (OFS 2015; SASIS 2016).

Les coûts des mesures préventives (indicateur 7), dont les domaines principaux concernent la consommation d'alcool et de drogues ainsi que la prévention en milieu scolaire, représentaient quant à eux 2,2% (1,45 milliards) des coûts de santé en 2013; ce qui correspond à une baisse relative de 0,2% par rapport à 2008 mais si les coûts totaux ont augmentés. Ce constat est inquiétant car la prévention revêt une importance primordiale pour l'état sanitaire d'une population et génère, à termes, des économies substantielles pour le système de soins. Une étude coûts-bénéfices a ainsi montré qu'un franc Suisse investi dans des mesures de prévention ciblées, permettait une économie de 41 francs à la société (OFSP 2012).

La fragmentation du financement du système de santé entre patients, assureurs et instances publiques limite la vision globale de sa gestion financière et amène, comme ici, à des décisions qui peuvent être contradictoires dans une perspective de gouvernance globale.

3.2.2 Médecins de famille et réseaux de soins

Certaines études tendraient à montrer que les réseaux de soins, particulièrement dans les cas de patients multimorbides, ont un effet favorable sur l'accès aux soins, leur continuité et leur économicité (WHO 2015a, b). Selon l'Art 41c de la LAMal, un réseau de soins est défini comme: «Un groupe de fournisseurs de prestations qui s'assemble, dans le but de coordonner la couverture des soins médicaux». D'après l'étude QUALICOPC, en 2012, 56% des médecins de famille déclaraient participer à un réseau de soins. Ces derniers prédominent cependant en Suisse allemande. Ceci est en accord avec les données du Forum Managed Care (FMC 2014) qui dénombrait 4500 médecins de famille (environ la moitié des médecins de famille en Suisse) et 812 médecins spécialistes faisant partie d'un réseau de soins en 2014. Il faut cependant noter que ces réseaux sont de nature très diverse et ne correspondent souvent pas à la définition donnée par la LAMal mentionnée plus haut. On constate en effet que les réseaux existants sont généralement très peu contraignants. Le plus souvent, les médecins qui y participent conservent une pratique autonome et adhèrent simplement à certains principes de bonnes pratiques (en signant une charte par exemple) sur un mode volontaire et non-contrôlant.

En outre, en 2014, 24% des assurés étaient suivis par un médecin faisant partie de l'un des 75 réseaux de soins recensés en Suisse (FMC 2014).

Nous n'avons pas de données à disposition par rapport au schéma de rémunération des médecins individuels à l'intérieur des réseaux (indicateur 8). Nous savons cependant que l'immense majorité des médecins de famille suisses sont en pratique libérale et rémunérés à l'acte. Cela n'a guère changé depuis 1993 où quasiment tous les médecins de famille étaient déjà indépendants (99%) (Cohidon et al. 2015). On peut cependant entrevoir une tendance chez les jeunes médecins de famille à vouloir plus souvent travailler

comme salariés «d'une entreprise» qui n'est pas la leur. Selon la littérature, une évolution vers un salariat des médecins de famille aurait un impact plutôt négatif sur l'accès aux soins des patients et sur la qualité des soins. L'accès semblerait en effet plus difficile quand les médecins de famille sont employés, car l'incitatif est moins grand pour voir un nombre important de patients (Aakvik et Holmas 2006). D'autre part, une étude réalisée au Royaume-Uni réalisée dans le cadre du Quality and Outcomes Framework (QOF) a montré que le taux de recours aux urgences des patients diminuait lorsque les médecins de famille étaient rémunérés à la performance pour certaines prestations (Harrison et al. 2014).

3.2.3 Rémunération des médecins de famille

Lors de l'étude PHAMEU en 2010 (Kringos et al. 2015), les experts du système de santé suisse estimaient que les médecins de famille percevaient une rémunération approchant 80% du salaire moyen des autres spécialistes. L'étude de Künzi et al., menée sur un échantillon de médecins en 2009, présente les médianes des revenus annuels des médecins suisses selon les spécialités (Tableau 3.3). Celles-ci varient entre 107 400 pour les pédopsychiatres et 414 650 pour les neurochirurgiens (Künzi et Strub 2012). Avec une médiane à 192 400 Cfrancs par année (indicateur 9), les médecins de famille ont un revenu inférieur à celui de la majorité des spécialistes. Ces données étaient corrigées en fonction du taux d'occupation, de la fonction et du lieu de travail. Ces données doivent cependant être interprétées avec prudence car l'échantillon de médecins est essentiellement issu du secteur privé et ne tient pas compte des médecins en pratique hospitalière. Or la répartition publique/privée des médecins varie selon leur spécialité.

Tableau 3.3 Revenus selon la discipline médicale en 2009, adapté de Künzi et coll. (Künzi et Strub 2012)

Rang	Spécialité principale	Q.25	Médiane	Q.75	n
1	Neurochirurgie	224 725	414 650	588 475	26
2	Gastroentérologie	217 125	374 350	565 175	128
3	Ophthalmologie	217 850	345 150	518 575	356
4	Radiologie	164 600	339 700	511 250	105
5	Médecine Intensive	201 650	333 400	468 550	69
6	Angiologie	155 125	321 250	545 525	62
7	Cardiologie	192 375	314 350	476 600	198
8	Autres spécialités chirurgicales	153 750	284 200	579 850	33
9	Urologie	158 700	278 300	460 850	101
10	Oto-rhino-laryngologie	177 625	269 350	409 250	194
11	Anesthésiologie	108 050	264 300	443 400	165
12	Chirurgie orthopédique	98 450	260 550	452 075	272
13	Chirurgie de la main	137 100	256 650	467 025	70
14	Oncologie	133 975	250 350	480 250	80
15	Gynécologie et Obstétrique	153 750	236 000	355 750	612
16	Dermatologie et Vénérologie	139 400	228 100	338 300	183
17	Réhabilitation et médecine phys.	110 850	206 300	278 450	45
18	Rhumatologie	123 400	206 300	304 300	204
19	Allergologie/Immunologie	136 725	199 300	308 625	74
20	Médecine Générale	133 800	197 500	279 425	2436
21	Chirurgie	62 500	196 000	361 100	241
	MEDECINE DE FAMILLE*		192400		3886
22	Pneumologie	115 000	191 500	292 000	91
23	Médecine Interne	119 100	189 600	278 500	1209

Rang	Spécialité principale	Q.25	Médiane	Q.75	n
24	Autres spécialités	99 600	187 000	382 100	55
25	Néphrologie	53 850	184 900	319 350	41
26	Chirurgie plastique	96 750	181 200	289 075	38
27	Neurologie	107 150	176 100	262 700	125
28	Pédiatrie et Médecine de l'adolescent	108 750	173 000	248 600	508
29	Autres spécialités chirurgicales	70 100	169 300	239 900	55
30	Endocrinologie/Diabétologie	102 350	164 300	263 125	58
31	Pas de spécialité principale	90 200	153 300	232 000	243
32	Psychiatrie et Psychothérapie	83 900	130 100	184 400	1351
33	Médecin praticien	67 700	125 600	216 350	241
34	Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent	64 650	107 400	151 400	217

* Combinaison de médecine interne, médecine générale et médecin praticien

Le rapport international de l'étude PHAMEU souligne les difficultés d'analyse des coûts de la santé et des revenus des médecins de famille dans un objectif de comparaisons internationales. Ceci résulte de l'hétérogénéité des données disponibles. De nombreux éléments peuvent en effet être ou ne pas être pris en compte pour définir la composition des coûts de fonctionnement et des revenus, comme par exemple les coûts fixes du cabinet, les coûts personnels, les frais de laboratoire, les taxations différentes d'un pays à l'autre, etc. En 2010 en Europe, toujours d'après PHAMEU, les revenus annuels variaient entre 17 500 Euros (Estonie) et 133 000 Euros (Royaume-Unis). Le revenu moyen du médecin de famille en Suisse y était alors estimé à 126 006 Euros.

Contribution financière des patients

En 2013, 61% du financement du système de santé provenaient des ménages privés (source de financement) dont 18% étaient des paiements «out-of-pocket» (dépenses des ménages privés pour des biens et services de santé non couverts par les assurances) (OFS 2015). Selon les comparaisons internationales, la Suisse est un des pays avec les coûts «out-of-pocket» les plus élevés. Il faut cependant faire attention dans ces comparaisons, les définitions de ce qui est considéré comme «out-of-pocket» étant différent selon les sources, notamment entre OCDE et OFS. En effet, l'OFS le définit comme étant les coûts directs payés par les ménages au-delà de la participation aux coûts (franchise + quote-part + contribution en cas d'hospitalisation), tandis que l'OCDE a une définition plus large de ce qui est supporté par les ménages. Ainsi, l'OCDE estimait une part «out-of-pocket» de 26% pour 2013 pour la Suisse (OECD 2013), assez différente des 18% de l'OFS mentionnés plus haut. En comparaison, et toujours selon les estimations de l'OCDE, la France est à 7%, les Pays-Bas à 5% et l'Allemagne à 13% (OECD 2013). En outre, le système de remboursement/paiement des frais médicaux en MF étant très complexe (différents mode de d'assurance selon les cantons en tiers garant ou tiers payant), il est impossible actuellement d'avoir une idée précise des coûts payés par les patients pour la MF (indicateur 11). Notamment, nous savons que les patients payant directement leurs factures ne les envoient pas systématiquement à l'assurance si la franchise n'est pas atteinte. Les données fournies par les assureurs, montrent qu'environ un quart des factures (23,4%) qu'ils reçoivent sont payées en finalité par les patients (SASIS 2016). Finalement, et au vu des différentes définitions de ce qui est considéré comme «out-of-pocket», l'indicateur 11 devra être certainement adapté à l'avenir.

En 2010 en Suisse, 99% de la population était assurée (assurance maladie obligatoire selon LAMal), leur garantissant l'accès aux prestations de base en MF (Pool de données, Santésuisse) et un peu moins de la moitié des assurés (41%) avait une assurance complémentaire privée en 2013 (indicateur 12). Par ailleurs, en 2010, 30% des primes d'assurance maladie étaient payées par les services sociaux (Santésuisse 2011). Certaines prestations ambulatoires ne sont pas couvertes par l'assurance de base, comme la psychothérapie pour les thérapeutes non-médecins (à l'exception de la psychothérapie déléguée), les médecines complémentaires (sauf l'acupuncture, la médecine anthroposophique, la médecine traditionnelle chinoise, l'homéopathie et la phytothérapie) ou la médecine dentaire. A cet égard, 51,2% des participants de l'enquête

suisse sur la santé en 2012 indiquaient qu'ils ont conclu une assurance complémentaire pour les médecines complémentaires (OFS 2012a).

Comme mentionné au chapitre 3.9, le système de financement des soins ambulatoires en Suisse pourrait restreindre l'accès aux soins en MF pour une partie de la population (OECD/WHO 2011). De plus, les coûts mensuels de l'assurance maladie ne dépendent pas du revenu du citoyen, comme par exemple en Allemagne. Ceci pourrait défavoriser des personnes avec un revenu modeste, mais pas suffisamment bas pour bénéficier de la réduction des primes.

Quintessence chapitre 3.2: Financement de la MF

- En 2013, on estimait les coûts attribuables aux médecins de famille à 5,5 milliards de francs, soit 7,9% des coûts totaux de la santé en Suisse.
- Les données actuelles sur le financement de la médecine ambulatoire ne permettent cependant qu'imparfaitement d'attribuer les coûts spécifiques à la médecine de famille, les soins ambulatoires n'étant, dans la statistique sur les coûts et le financement de la santé, pas différenciés par spécialité.
- On note une baisse relative de la part du budget de la santé alloué à la prévention en Suisse sur ces dernières années. Cela pourrait se traduire à long terme par une augmentation de la charge de travail (et des coûts) en médecine de famille notamment afin de réaliser des interventions de prévention. Par ailleurs, le mode actuel de rémunération des médecins de famille est peu propice à favoriser les activités de prévention. Ce qui ne fait qu'accentuer le déficit de prévention globale en Suisse.
- La rémunération des médecins de famille en Suisse est inférieure à celle de la majorité des spécialistes sans qu'aucun facteur structurel ou formatif ne permette clairement de le justifier. Cependant, les informations relatives aux salaires des médecins sont anciennes et leur mise à jour serait bienvenue.
- Comme pour d'autres secteurs d'activités de soins, la part financière supportée directement par les patients est élevée et peut représenter un frein à l'accès aux soins. La part payée directement par les patients spécifiquement pour la MF n'est cependant pas connue.
- Les données disponibles pour caractériser cette dimension demeurent cependant fragmentaires et entachées de nombreuses limites. Leur interprétation doit être prudente.

3.3 Organisation du recours aux soins

En Suisse, où plus de 90% des personnes déclarent avoir un médecin de famille, celui-ci sert fréquemment de porte d'entrée dans le système de santé (OFS 2012a). Il gère l'immense majorité des situations médicales lui-même et réfère parfois à un spécialiste ou à d'autres soignants.

La manière dont le système de santé organise le recours aux soins de la population constitue un élément essentiel de son fonctionnement. A cet égard, notons que la tendance générale internationale va vers un système articulé autant que possible autour de la médecine de premier recours, comme en témoigne notamment la publication de l'OMS en 2008 «Primary Health Care: Now More Than Ever» (WHO 2008).

Actuellement, le système de santé Suisse garantit le libre accès direct à tous les spécialistes. Cependant, un modèle plus contraignant d'organisation du système obligeant les patients à voir leur médecin de famille avant d'être éventuellement référés à un spécialiste est défendu par nombre d'experts (Bhat 2005; Levaggi et Rochaix 2007). Ce modèle réfère au concept de «gatekeeping» et pourrait avoir un impact positif sur les coûts de la santé en évitant la multiplication des consultations chez plusieurs médecins ainsi que la répétition d'examen déjà effectués. Ce modèle est en place dans de nombreux pays, comme par exemple en France ou dans la majorité des pays anglo-saxons. En Suisse, une forme d'équivalence au système de gatekeeping existe. C'est le modèle dit «médecin de famille» qui oblige les patients qui y souscrivent à voir leur médecin de famille en premier lieu en cas de problème de santé. En contrepartie, les patients obtiennent une réduction des primes d'assurance maladie de 10-15% selon les modèles d'assurance.

Notons par ailleurs que lors de l'enquête suisse sur la santé en 2012, les citoyens Suisses ont clairement signalé leur attachement au libre choix du médecin, puisque 73% d'entre eux jugeaient ce point très ou assez important (OFS 2012a; Cornuz et Pasquier 2014). Cela expliquerait selon certains experts pourquoi le système de santé n'est pas organisé dans son ensemble autour du «gatekeeping», même si ces deux concepts (libre choix et gatekeeping) ne sont pas incompatibles. On peut en effet penser que les patients peuvent accepter certaines contraintes d'accès (voir son généraliste en premier lieu) sans pour autant renoncer complètement au choix du prestataire (médecin de famille et/ou spécialiste).

Dans le cadre du monitoring SPAM, les experts ont choisi des indicateurs décrivant de façon globale l'organisation du recours aux soins pour les patients ainsi que la proportion de patients souscrivant à un modèle «médecin de famille».

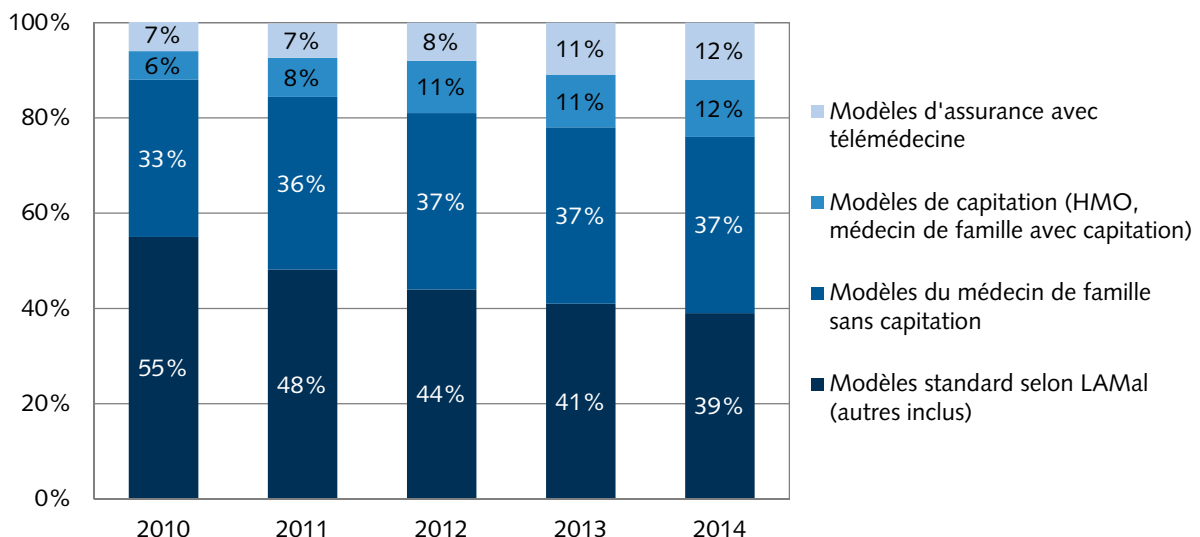
Tableau 3.4 Indicateurs «Gatekeeping»

N°	Indicateur	Résultat	Source
13	Proportion des patients avec des contrats d'assurance type «médecin de famille»	37,4%	SASIS (2015)
14	Proportion des patients qui ont consulté des spécialistes en accès direct, sans passer chez leur médecin de famille, dans les 12 derniers mois	Pas de données	

Malgré le fort attachement au libre choix du médecin décrit plus haut, une part de plus en plus importante de la population contracte des modèles d'assurance particuliers qui restreignent l'accès aux spécialistes, comme le montre la figure 3.3 ci-dessous.

En 2014, 37 % des assurés ont en effet choisi des modèles de médecin de famille sans capitation (indicateur 13) et 12% des modèles avec capitation (HMO, médecin de famille avec capitation) (SASIS 2015). L'évolution est rapide, puisque seuls 39% des citoyens ont choisi des modèles standards avec libre accès alors qu'ils étaient encore plus de 50% à y souscrire en 2010.

Figure 3.3 Modèles d'assurance alternatifs comparés au modèle standard, 2010–2014



Source: Pool de données SASIS, données annuelles, selon la date de décompte, relevé des données:24.04.2015

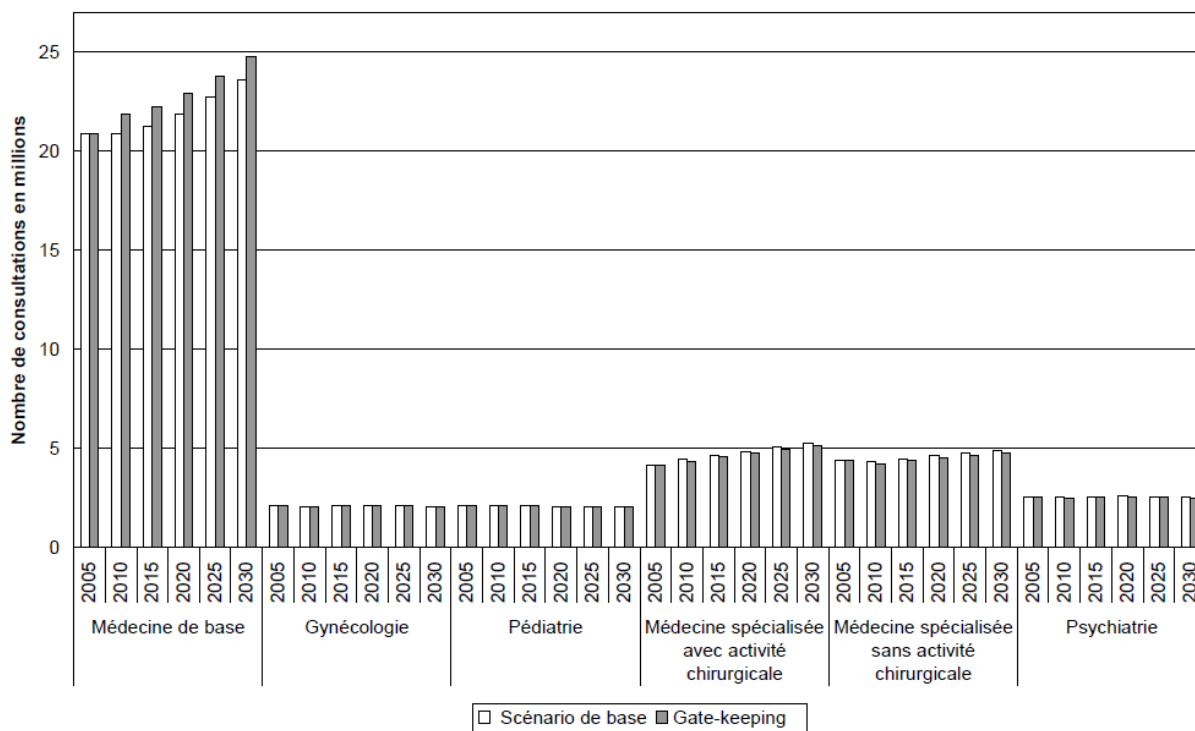
©2015 SASIS AG Solothurn

L'étude de Tandjung et al. (Tandjung et al. 2015) réalisée en Suisse en 2014, montre que 94,3% des consultations en MF sont gérées sans référer à un spécialiste. Globalement, les visites chez des médecins spécialistes sont fréquentes en Suisse puisque 58% des patients affirmaient en 2012, lors de leur participa-

tion à l'étude QUALICOPC, qu'ils ont vu un spécialiste durant l'année, soit directement, soit *via* leur médecin de famille. Par ailleurs, toujours parmi les patients participant à l'étude QUALICOPC en 2012, seulement 4,3% avaient pour motif de consultation spécifique d'être adressé à un médecin spécialiste, ce qui semble indiquer que l'accès direct au médecin spécialiste est fortement ancré dans les habitudes de la population.

Plusieurs études en Suisse se sont penchées sur la question du rôle de «gatekeeper» du médecin de famille dans le système de santé (Seematter-Bagnoud et al. 2008 ; Cornuz et Pasquier 2014). L'introduction d'un accès au système de santé *via* un «gatekeeper» pourrait se traduire par une augmentation des consultations en MF de 2,4% (0,9 Mio de consultations supplémentaires en 2030, Figure 3.4) (Seematter-Bagnoud et al. 2008). Mais parallèlement, cela pourrait légèrement diminuer le recours aux consultations chez les médecins spécialistes (cf Figure 3.4). L'impact financier pour le système de santé resterait cependant largement à évaluer. Un autre obstacle important à l'introduction d'un tel système en Suisse est la pénurie anticipée des médecins de famille.

Figure 3.4 Projection du recours (scénario gatekeeping) entre 2005 et 2030, par catégorie de spécialité, par paliers de 5 ans



Source: (Seematter-Bagnoud et al. 2008)

Quintessence chapitre 3.3: Organisation du recours aux soins

- Malgré un attachement fort de la population suisse au libre choix du médecin, une tendance très marquée vers une augmentation des modèles d'assurance contraignants de type «gatekeeping» choisis par les patients est observée ces dernières années. Il est à noter que selon les modèles d'assurance actuels, un système de gatekeeping n'est pas incompatible avec le libre choix du prestataire.
- La consultation d'un médecin spécialiste autre que le médecin de famille est fréquente en Suisse, probablement essentiellement par un accès direct sans passer par le médecin de famille.

3.4 Développement des forces de travail en médecine de famille

La formation des nouveaux médecins de famille, est cruciale pour pouvoir garantir une relève et un bon accès à la médecine de famille. Dans le but de la renforcer, le *Masterplan* de la Confédération (*Faktenblatt Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung*, 19.06.2012) (OFSP 2015b) a soutenu l'intégration de la formation en médecine de famille dans la loi sur les professions médicales (Art. 8 und Art.17 MedBG). L'intégration structurelle de la médecine de famille dans les universités suisses, notamment au travers de la création de chaires universitaires de médecine de famille et de stages pré-gradués dans les cabinets médicaux vise à sensibiliser et encourager les étudiants à s'intéresser à cette discipline. Les stages en cabinet de MF devraient être rendus également obligatoires à l'avenir dans toutes les facultés suisses. Des incitatifs financiers sont également prévus pour les cabinets de MF acceptant des étudiants et des médecins-assistants en formation post-graduée. Un autre élément important du *Masterplan* est la promotion de la recherche en médecine de famille. Elle est soutenue notamment par un fond de recherche pour les cinq instituts de médecine de famille depuis 2012 et octroyé par la Conférence Universitaire Suisse (CUS).

Les deux indicateurs qui ont été retenus par les experts pour mesurer le développement des ressources en MF concernent l'évolution des titres en médecine interne générale et les droits de pratique (cantonaux) attribués aux médecins de famille en comparaison avec les autres médecins spécialistes.

Tableau 3.5 Indicateurs relève médicale

N°	Indicateur	Résultat	Source
15	Rapport entre le nombre de titres délivrés en médecine de famille (médecine interne générale et médecins praticiens) et le nombre total de titres de spécialistes délivrés en Suisse	0,42	FMH (2014)
16	Rapport entre le nombre de nouveaux droits de pratiques délivrés en médecine de famille et le nombre total de droits de pratique délivrés	0,37	OFSP (2014)

On constate que 42% des titres de spécialistes délivrés en 2014 sont des titres en médecine interne générale, dont la grande majorité va se consacrer à la pratique ambulatoire comme médecin de famille (indicateur 15) ; ce chiffre est relativement stable par rapport à l'année précédente (44%). Par ailleurs, de manière similaire, la plupart des nouveaux droits de pratique délivrés en 2014 l'ont été pour des spécialistes autres que la MF (37% en MF, indicateur 16). L'obtention d'un droit de pratique ne signifie pas nécessairement l'ouverture immédiate d'une pratique privée, certains médecins préférant rester, au moins pour un certain temps, dans une structure hospitalière ou ambulatoire publique dont l'activité n'est pas nécessairement en lien avec la MF. Aucune donnée ne permet toutefois de quantifier ce phénomène mais il est sans doute marginal. De ce fait, l'indicateur 16 (sur les droits de pratique) ne reflète que partiellement l'arrivée de forces vives pour la prise en charge des patients en médecine de premier recours et surestime probablement légèrement l'offre nouvelle. Par ailleurs, ces données sont extraites du répertoire Medreg (OFSP 2014) et donc à considérer avec prudence en raison de leur origine hétérogène et de leur qualité variable (récolte et mise à disposition des données par les cantons de manière non-systématique, cf. 3.1). De plus, un médecin installé pourrait posséder plusieurs droits de pratique dans différents cantons, voir n'être que peu ou pas du tout actif en MF. Ce taux de droits de pratique octroyés n'est donc qu'une mesure imparfaite des médecins en activité.

Dans le rapport 2015 de l'OCDE, la proportion moyenne de médecins généralistes en activité entre les pays se situe à 29% et un taux de 28% était rapporté pour la Suisse (OECD 2015). Notons cependant, que pour certains pays ayant une proportion basse de médecins généralistes, une part importante des médecins n'a pas de spécialité précisée, jusqu'à 40% pour le Danemark et la Norvège par exemple. Il est probable qu'une bonne partie de ces médecins sont néanmoins des généralistes, sous-estimant par la même la proportion de médecins de famille. A titre de comparaison, les Pays-Bas ont une proportion de médecins généralistes de 44%, l'Australie 45% et le Canada 47% dans ce même rapport. Ces pays sont par ailleurs reconnus pour avoir un système organisé principalement autour des soins primaires. A l'autre extrême, les Etats-Unis,

qui ont principalement organisé leur système de santé autour d'une médecine hautement spécialisée, n'ont un taux de médecins généralistes que de 12%.

Il est par ailleurs clairement reconnu qu'un système de santé centré sur les soins primaires (et la MF) plutôt que sur la médecine spécialisée ou hospitalière est plus efficace, moins cher et plus équitable (WHO 2008). Dans ce contexte, le rapport entre médecins de famille et spécialistes est un bon reflet de cet état de fait, même si un rapport «idéal» est impossible à définir (Shi 2012).

Plusieurs facteurs peuvent influencer négativement le choix d'une spécialisation en MF et de l'installation en cabinet. Il s'agit notamment d'une rémunération moindre par rapport à d'autres disciplines (cf. indicateur 9, chapitre 3.2) et d'un investissement en temps important avec une obligation de disponibilité pour des gardes et des visites à domicile. La complexité des situations cliniques et la charge de travail administrative importante sont probablement aussi d'autres facteurs limitant (BMA 2015; Meyer et al. 2016). A titre d'exemple, dans l'étude QUALICOPC les médecins de famille déclarent consacrer environ 80% de leur temps de travail aux soins directs (consultations, visites à domicile, consultations téléphoniques).

En Europe, l'étude PHAMEU a étudié la place de la MF dans le cursus de formation universitaire (Kringos et al. 2015). La conclusion est que la formation en MF est trop peu présente et structurée dans les études pré- et post-graduées comparés à d'autres domaines médicaux (Kjaer et al. 2010; West et Dupras 2012). En Autriche par exemple, tous les médecins passent d'abord par un parcours post-gradué en MF, avant d'envisager une spécialité. Les places de formation post-gradué dans une spécialité autre que la MF sont limitées et soumises à un concours d'entrée. Ces contraintes ont pour effet de limiter l'orientation vers d'autres spécialités ce qui se traduit par une densité rapportée plus élevée de médecins de famille que dans d'autres pays européens, comme discuté dans le chapitre 3.1. En Suisse, d'après environ un tiers des étudiants en médecine pensent s'orienter vers la MF, sans qu'il soit précisé s'ils prévoient de s'installer en cabinet dans le futur (Sütterlin et al. 2016).

En comparaison européenne, et malgré les problèmes de pénurie mentionnés plus haut, la Suisse se trouve dans le tiers supérieur des pays pour le développement des ressources en MF (10^{ème} sur 31 pays), le Royaume-Uni et les Pays-Bas étant en tête de classement, l'Islande et le Luxembourg en queue de liste. Ce classement est établi d'après un score composite comprenant un grand nombre d'indicateurs comme la densité médicale ou l'existence de structures de formation en MF (Kringos et al. 2014).

Quintessence chapitre 3.4: Développement des forces de travail en médecine de famille

- L'octroi de titres de spécialiste et de droits de pratique est majoritairement le fait de disciplines autres que la médecine de famille et cette tendance est stable sur les dernières années.
- Si une proportion idéale entre médecins de famille et spécialistes est difficile à définir, un système de santé centré sur les soins primaires devrait favoriser une proportion équilibrée. A titre d'exemple les Pays-Bas, le Canada ou l'Australie sont proche de la parité entre médecins de famille et médecins spécialistes contre seulement 37% en Suisse.
- Il est possible que les effets des mesures prises pour revaloriser la médecine de famille (notamment le *Masterplan* en 2012) ne se traduisent par une augmentation du nombre de médecins de famille que dans quelques années.

3.5 Organisation des cabinets de médecine de famille

L'organisation des cabinets et des consultations médicales peut avoir un impact important sur la qualité de la prise en charge des patients. Nous savons par exemple que l'utilisation de plans de soins individualisés (prise en charge et objectifs définis entre l'équipe soignante et le patient) pour les patients complexes où le travail en équipe multidisciplinaires peut amener à une meilleure coordination des soins en MF avec un impact par exemple sur la satisfaction des patients ou le recours aux urgences (Powell Davies et al. 2008).

Dans une perspective de monitoring, il est dès lors important de pouvoir décrire les éléments organisationnels principaux de la médecine de famille.

Les sept indicateurs retenus par les experts SPAM concernant l'organisation des cabinets sont essentiellement liés aux forces de travail présentes dans les cabinets, au mode de consultation ainsi qu'à l'interaction des médecins de famille avec d'autres médecins spécialistes.

Tableau 3.6 Indicateurs organisation des cabinets de médecine de famille

N° Indicateur	Résultat	Source
17 Durée de travail hebdomadaire pour un médecin de famille (moyenne en heures, hors garde)	46,6 heures	QUALICOPC (2012)
18 Proportion de médecins de famille utilisant un dossier médical électronique (partagé ou non)	55,1 %	Obsan (2015)
19 Proportion de médecins de famille recevant généralement un compte-rendu après une consultation chez un spécialiste	96,5%	QUALICOPC (2012)
20 Proportion de médecins de famille travaillant en cabinet individuel (solo)	50,8%	FMH (2014)
21 Proportion de médecins de famille travaillant en groupe avec d'autres médecins spécialistes	10%	QUALICOPC (2012)
22 Durée moyenne d'une consultation en MF	19,6 min	QUALICOPC (2012)
23 Nombre moyen de consultations chez le médecin de famille par habitant et par an	2,4	Enquête suisse sur la santé (2012)

Le temps de travail est un élément important de l'organisation des cabinets de médecine de famille, puisqu'il a des répercussions non seulement sur l'offre de soins proposée aux patients mais aussi sur la qualité de vie des médecins et, par conséquent, sur l'attractivité du métier. Dans cette perspective, les projections mettent en évidence un éventuel manque de couverture régionale des cabinets de MF en Suisse. Ces prévisions suscitent des discussions sur l'évolution de l'organisation du travail au sein des cabinets, avec l'apparition possible de nouveaux métiers, comme par exemple les gestionnaires de cas pour certains patients complexes, pouvant éventuellement atténuer l'effet d'une pénurie de médecins (cf. 3.1) (Ochs et al. 2015).

Actuellement, la durée hebdomadaire de travail des médecins de famille suisses est en moyenne de 47 heures (temps consacré aux patients hors garde et formation). Cette moyenne issue des données QUALICOPC (Cohidon et al. 2015) ne tient pas compte du taux d'activité. Il est en effet impossible de déterminer un taux d'activité pour des professionnels travaillant majoritairement comme indépendants et n'ayant, par définition, pas de temps de travail à respecter. Il faut donc faire attention à l'interprétation de ce chiffre. Une moyenne hebdomadaire de 47 heures par semaine constitue une charge de travail conséquente, et ce d'autant plus, que la répartition des heures n'est pas nécessairement régulière sur 5 jours. Par ailleurs, la moyenne s'élève à 51 heures hebdomadaires lorsque l'on prend en compte les heures de garde et le travail en dehors des horaires d'ouverture du cabinet. Là encore, il faut signaler des différences importantes entre médecins, certains faisant beaucoup de garde et d'autres aucune. Une comparaison de ces données avec celles de 1993 montre que cette durée de travail a diminué de plus de 13 heures par semaine avec 64 heures en 1993 (Cohidon et al. 2015). En comparaison internationale, dans l'étude PHAMEU (où le nombre d'heures de travail était calculé légèrement différemment) la Suisse présentait une moyenne à 44 heures (hors garde) exactement dans la moyenne des pays Européens (Kringos et al. 2014). On sait également que globalement les médecins de famille ont une charge de travail plutôt élevée comparé à d'autres spécialistes pour une valorisation considérée comme moindre (Shi 2012).

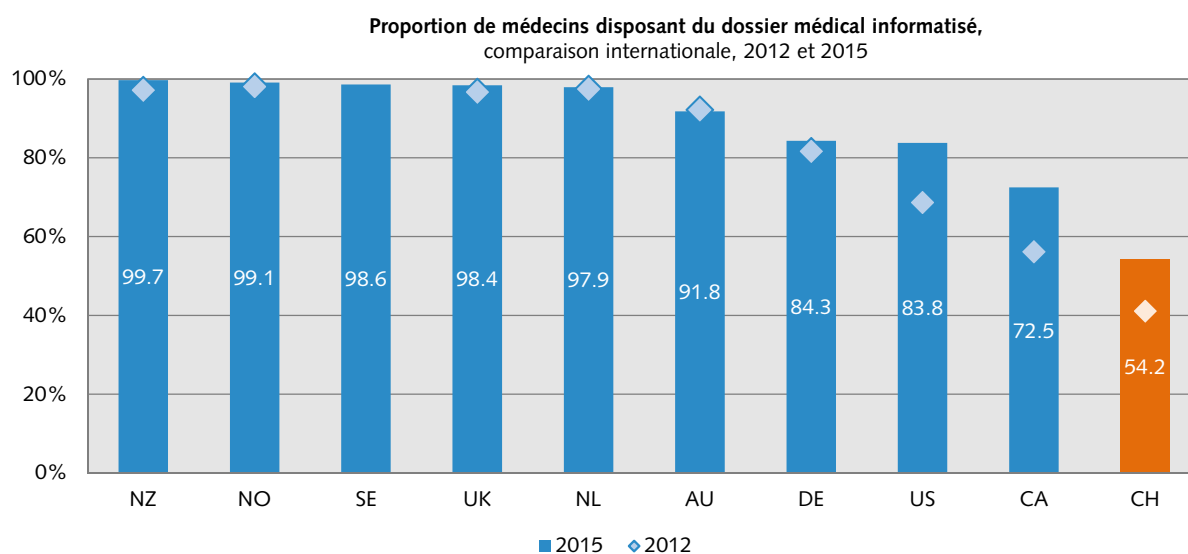
L'utilisation d'un dossier médical électronique partagé a le potentiel de faciliter l'échange d'informations et la coordination des soins, entre les soignants d'une même structure, lors de l'orientation du patient depuis le médecin de famille jusqu'au spécialiste ou à l'hôpital ou encore lors du retour à domicile (Graetz et al. 2014; Kringos et al. 2014). La première étape consiste en la mise en place d'un dossier électronique du

patient dans les cabinets. Actuellement, en Suisse, seule la moitié des médecins de famille utilisent un dossier électronique au cabinet. De plus ce dernier, quand il existe, n'est généralement pas connecté à d'autres professionnels de la santé (hôpitaux inclus) en dehors du cabinet. En comparaisons internationales, la Suisse accuse un retard quant à la proportion de médecins de famille qui recourent à des dossiers électroniques.

Il reste donc de nombreux défis à relever, autant techniques que de mise en œuvre et d'acceptabilité de ces nouvelles pratiques (Ludwick et al. 2010; O'Malley et al. 2010; Banfield et al. 2013).

Dans ce domaine, la Suisse se trouve loin derrière la plus part de pays industrialisés comme le montre la figure 3.5 ci-dessous (Osborn et al. 2015).

Figure 3.5 Utilisation des dossiers électroniques



Source: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2012 et 2015

© Obsan 2015

En 2014, la moitié des cabinets de MF (indicateur 20) était occupée par un seul médecin (dit «cabinet solo»), travaillant presque systématiquement avec une ou plusieurs assistantes médicales (Cohidon et al. 2015). Cette proportion de cabinets solo est élevée en comparaisons internationales. En Angleterre par exemple, cette proportion n'excède pas 20% (FMH 2012; Kringos et al. 2014). Ces dernières années, la tendance évolue malgré tout en Suisse vers la constitution de cabinets de groupe de médecins de famille. Ceux-ci sont en revanche encore rarement interdisciplinaires (indicateur 21). Ce développement, même s'il est relativement peu structuré, va dans le sens de la littérature scientifique qui montre qu'un cabinet de groupe, notamment lorsqu'il comprend des équipes interdisciplinaires, voir interprofessionnelles, composées de médecins de famille et d'autres professionnels de la santé, peut être bénéfique pour la prise en charge des patients porteurs de maladies chroniques (Katon et al. 2010; Cramm et Nieboer 2012a, b; Moore et al. 2012).

La prévalence des maladies chroniques et de la multimorbidité augmente dans la population suisse (Bachmann et al. 2015). De ce fait, la prise en charge des patients par le médecin de famille s'intensifie et se complexifie. Ceci pourrait expliquer en partie l'augmentation de la durée moyenne de consultation (indicateur 22) de 15 à 20 minutes au cours des dix dernières années (Cohidon et al. 2015). Par ailleurs, le mode de rémunération suisse, valorisant le temps passé avec le patient plutôt que les actes effectués, n'incite pas les médecins à réaliser de courtes et nombreuses consultations (cf. chapitre 3.2). Ceci explique donc aussi l'importance de la durée moyenne d'une consultation comparée à d'autres pays, comme par exemple l'Angleterre où elle n'est que d'environ 10 minutes (Deveugele et al. 2002) sans parler de la Chine où les consultations en MF, certainement réalisées dans un contexte très différent, durent 2 minutes (Jin et al. 2015). Quelques études ont exploré le lien entre la durée de la consultation et la qualité de la prise en charge et ont globalement montré un impact positif sur la santé de consultations plus longues. (Wilson et

Childs 2002) Il est en outre intéressant de noter que l'association britannique de médecine (British Medical Association) milite ouvertement pour des consultations de 15 à 20 minutes, comme en Suisse. Il sera certainement important de préserver autant que possible ce temps privilégié avec les patients, notamment dans la perspective des réformes tarifaires de TARMED qui vont avoir lieu ces prochaines années.

Quintessence chapitre 3.5: Organisation des cabinets de médecine de famille

- Avec en moyenne 47 heures par semaine (sans les gardes), la charge de travail des médecins de famille est élevée en Suisse mais comparable aux autres pays européens. Une évaluation du temps de travail en fonction du taux d'activité ne semble pas pertinente pour une profession exercée principalement comme indépendant et donc par définition sans référence de temps de travail.
- Le dossier électronique du patient est encore peu implanté en Suisse en comparaisons internationales et encore plus rarement sous une forme interconnectée. Même si les défis relatifs à son implantation sont importants, il semble essentiel de poursuivre son développement le plus rapidement possible.
- Le cabinet «solo» reste très présent en Suisse et les cabinets de groupe sont rarement pluridisciplinaires et encore plus rarement pluriprofessionnels. Au vu de l'évolution des prises en charge de plus en plus complexes de patients multimorbides, il semble essentiel de repenser les modèles de cabinet de MF.
- La durée relativement longue des consultations en Suisse (presque 20 minutes) comparée à l'immense majorité des pays nous entourant est une plus-value importante pour la prise en charge des patients qu'il sera important de conserver.

3.6 Offre de soins au cabinet

Préambule

L'offre de certaines prestations réalisées directement dans les cabinets de MF est parfois perçue par le patient comme un facteur de qualité de la prise en charge. Par ailleurs, une large palette de services proposés peut éviter un transfert vers un autre prestataire de service ou vers un médecin spécialiste (Starfield 2006; Lee et al. 2007).

L'objectif de ce chapitre est de décrire, à travers les indicateurs choisis, la disponibilité et l'accès direct à certaines infrastructures techniques dans les cabinets ainsi que les principaux éléments de l'offre de soins en MF en Suisse. Il est cependant important de noter que sont concernées ici uniquement les activités proposées en médecine de famille (indicateurs de processus) et non celles qui sont effectivement réalisées. Ces dernières peuvent, quant à elles, être mesurées *via* des indicateurs d'état de santé de la population (indicateurs de résultats), faisant l'objet du chapitre suivant. Par exemple plus 90% des médecins de famille déclarent proposer la vaccination contre la grippe, mais seule 27% de la population cible était vaccinée durant la saison 2013/14 (Office fédéral de la santé publique et DemoSCOPE Research&Marketing 2014). Nous avons donc choisi, par souci de clarté et afin d'éviter des redondances, de réunir les indicateurs relatifs aux activités proposées en MF avec les indicateurs d'état de santé des patients, dans le chapitre suivant 3.7. La mise en relation avec ce qui est effectivement réalisé auprès des patients donne une indication de l'impact, de l'utilité (ou «effectiveness» en anglais) de la MF (Bureau of Health Information 2014).

Seuls sont donc présentés ici les indicateurs d'offre de soins relatifs aux infrastructures disponibles en cabinet de MF ainsi que l'offre proposée par la MF par rapport aux EMS et à la médecine spécialisée.

Tableau 3.7 Indicateurs offre de soins au cabinet

N°	Indicateur	Résultat	Source
24	Proportion de médecins de famille travaillant dans un cabinet avec un équipement de radiologie conventionnelle	57%	QUALICOPC (2012)
25	Proportion de médecins de famille travaillant dans un cabinet équipé d'un laboratoire	66%	QUALICOPC (2012)
26	Proportion de médecins de famille travaillant dans un cabinet équipé d'un appareil à ECG	99%	QUALICOPC (2012)
27	Proportion de médecins de famille ayant une licence pour la dispensation de médicaments (DM)	49%	FMH (2014)
32	Proportion de médecins de famille prenant en charge le traitement de patients résidant en EMS	77%	QUALICOPC (2012)
34	Proportion des consultations réalisées exclusivement par le médecin de famille sans intervention d'un spécialiste/autre professionnel de la santé	94%	Tandjung 2015

Globalement, on constate une offre importante de prestations techniques directement délivrées au cabinet.

En 2012, 57% des médecins de famille ayant participé à l'étude QUALICOPC indiquent avoir accès à un appareil de radiologie conventionnelle directement dans leur cabinet et 42% y ont un accès aisé en dehors du cabinet. Par ailleurs, environ un tiers des médecins de famille disposent d'un appareil d'échographie au cabinet. Cette proportion est importante, mais les données actuelles ne permettent pas de décrire l'utilisation qui en est faite. L'offre de radiologie proposée directement au cabinet est donc importante, couvrant certainement largement les besoins. Cette situation est, de plus, relativement unique en comparaisons internationales. Ceci soulève malgré tout la question de la surutilisation potentielle qui pourrait en être faite ainsi que la qualité des examens et leur interprétation.

L'accès aux analyses de laboratoire est également bon, puisque 66% des médecins interrogés ont la possibilité d'effectuer des examens sanguins de base au cabinet et 34% disent avoir un accès aisé aux analyses en dehors du cabinet. Parmi les médecins ayant un laboratoire, le dosage de l'hémoglobine peut se faire directement chez 90% d'entre eux, le dosage du cholestérol chez 85% et une formule sanguine chez 81%.

La dispensation des médicaments (DM), soit le fait de pouvoir vendre directement des médicaments aux patients dans les cabinets médicaux, est autorisée dans 17 des 26 cantons suisses (avec restrictions dans trois d'entre eux), tous en Suisse alémanique. Il n'y pas de possibilité d'identifier exactement aujourd'hui le nombre de médecins avec une autorisation de DM car les licences sont distribuées aux adresses des cabinets et non pas à titre individuel. Selon la FMH, 49% des médecins ont une autorisation de DM, dont 96% sont des MF (FMH 2014). La DM au cabinet représente 24,4% du volume de marché de vente en gros de médicaments en Suisse, le complément étant essentiellement réalisé par les quelques 1743 pharmacies recensées en Suisse en 2013 (Interpharm 2014; pharmaSuisse 2014; Interpharm 2015). Certains experts, notamment des pharmaciens, considèrent que les DM pourraient générer des problèmes de sécurité et inciter à la sur prescription (Simoens et Giuffrida 2004). Notons enfin que l'enjeu est également financier, puisque une part non-négligeable du revenu des médecins avec droit de DM est issue de la vente directe de médicaments aux patients. Une intéressante analyse réalisée en 2012 par Verdon montrait que la DM était positivement corrélée (odds ratio =11) avec un haut revenu des médecins de famille (Verdon 2012).

3.6.1 Suivis de patients en établissements médico-sociaux (EMS)

Environ trois-quarts des médecins de famille déclarent prendre en charge des patients résidant en EMS. En Suisse, il y avait en 2012 au total 1558 EMS, permettant une disponibilité moyenne de 68 places pour 1000 habitants de 65 ans et plus (OFS 2014b). Il apparaît donc que les soins médicaux aux résidents d'EMS sont une activité importante des médecins de famille en Suisse. Cette tendance devrait en outre se renforcer du

fait du vieillissement de la population et une attention particulière devrait être portée à la formation des médecins dans ce domaine.

3.6.2 Implication d'un médecin spécialiste autre que le médecin de famille

En Suisse l'accès à un spécialiste peut se faire sans passer par le médecin de famille, bien que certains modèles d'assurance demandent cependant au patient de choisir un médecin de famille comme «gate-keeper». En 2012, 58% des patients affirmaient, lors de leur participation à l'étude QUALICOPC qu'ils ont vu un spécialiste durant l'année, soit directement, soit en ayant passé par le médecin de famille (cf. chapitre 3.3). Malgré cela, l'immense majorité des problèmes de santé entraînant une consultation en MF sont gérées quasi exclusivement par le médecin de famille (94,3%, indicateur 34) (Tandjung et al. 2015). En comparaisons internationales, il semble que les médecins de famille suisses soient particulièrement autonomes dans les prises en charge. L'enquête PHAMEU révèle en effet que dans de nombreux pays, les suivis en MF sont plus fréquemment assurés conjointement avec des spécialistes, comme en Allemagne où seuls 77% des contact-patients en MF sont réalisés uniquement par les médecins de famille alors que ce chiffre est de 70% en Autriche. A cet égard, la Suisse se rapproche des Pays-Bas (96%) ou de la Norvège (95%). Cette forte autonomie des médecins de famille suisses peut-être le reflet d'un système de santé avec peu de contraintes dans la pratique clinique et d'une formation particulièrement longue par rapport aux pays voisins.

Enfin, et contrairement à d'autres pays, l'implication d'autres professionnels de santé dans les prises en charge est rare, notamment en cas de suivi ou de prévention des maladies chroniques, domaines pour lesquels un travail en équipe pluridisciplinaire s'est montré bénéfique (Bachmann et al. 2015; Ebert et al. 2015).

Il est dès lors essentiel de tenir compte de cette grande autonomie des médecins de familles «qui font tout» dans la perspective d'évaluer les besoins en médecins de la Suisse. On peut aussi se demander si cette approche est la plus efficiente pour le système de santé (Stille et al. 2005).

Quintessence chapitre 3.6: Offre de soins au cabinet

- L'accès à des équipements lourds (radiologie, laboratoire) peut-être qualifié d'excellent en MF en Suisse, la majorité des cabinets y ayant accès dans leur structure même.
- Les médecins de famille suisses sont particulièrement autonomes dans la gestion des problèmes de santé, posant la question de l'efficacité d'un système basé sur le médecin «qui fait tout».
- La plupart des médecins de famille sont engagés dans les soins gériatriques dans les EMS.

3.7 État de santé des patients / mise en perspective avec l'offre de prise en charge

Préambule

Comme expliqué en préambule du chapitre 3.6, les indicateurs d'offre de soins relatifs aux activités proposées dans les cabinets par les médecins de famille ont été joints aux indicateurs d'état de santé. La mise en perspective de ces deux sous-chapitres, l'un décrivant les processus, l'autre les résultats, permet d'apprécier l'impact global (ou effectiveness en anglais) de la MF (Bureau of Health Information 2014).

Les indicateurs retenus pour ce sous-chapitre concernent la dispensation d'antibiotiques, la réalisation d'actes techniques chirurgicaux, la prise en charge des maladies chroniques à travers certaines pathologies ainsi que la prévention en MF.

Comme mentionné dans le chapitre 2.2, les indicateurs du présent chapitre apparaissent comme des mesures d'état de santé des patients alors qu'ils réfèrent plutôt à des processus de soins réalisés auprès des

patients. Ceci est lié au fait que le modèle conceptuel de départ utilisé pour ce travail, PHAMEU, les considérait comme des indicateurs d'outcomes (Kringos et al. 2010b).

3.7.1 Prévention

Il est bien démontré que les activités de prévention, notamment réalisées en MF, améliorent l'état de santé de la population en diminuant la prévalence des maladies évitables et en réduisant leur sévérité (Sans-Corrales et al. 2006; Starfield 2006; Wilhelmsson et Lindberg 2007). Une densité élevée de médecins de famille semble ainsi être associée à l'augmentation des diagnostics précoces et de dépistage de différents cancers (p.ex. du cancer du sein, du colon, de l'utérus ou de la peau). Un bon accès à la MF semble être également lié à la réalisation plus importante de soins préventifs (Starfield et al. 2005). Enfin, la littérature semble également indiquer qu'un système de santé menant des actions de prévention en MF plutôt que dans un système développé autour d'une médecine hautement spécialisée conduit à un meilleur impact sur la santé (Starfield et al. 2005). Les indicateurs sur les activités de promotion de la santé et de prévention et de dépistage permettent d'observer si ces aspects sont suffisamment intégrés dans la prise en charge des patients et si les médecins de famille ont les moyens nécessaires pour offrir ces prestations (en termes de formation et de ressources humaines etc.).

En Suisse, la vaccination contre la grippe est recommandée pour les personnes de moins de 65 ans présentant un risque accru de complications et pour tous les adultes dès 65 ans. Chaque année, entre 100 000 et 300 000 personnes sont touchées par l'épidémie de grippe, à l'origine de 1000 à 5000 hospitalisations et jusqu'à 1500 décès (personnes de plus de 60 ans dans 90% des cas). Les coûts directs ainsi engendrés pour le système de santé s'élèvent à environ 100 millions de francs par an. Les coûts indirects liés à la grippe s'élevaient à près de 300 millions de francs en 2009 (Lang 2010).

3.7.2 Prescriptions d'antibiotiques

Les antibiotiques sont parmi les médicaments les plus souvent prescrits en MF. La résistance aux antibiotiques représente par ailleurs un enjeu de santé publique majeur et, dans ce cadre, une stratégie nationale de lutte contre l'antibiorésistance a été proposée par l'OFSP en 2015 (OFSP 2015d). Globalement, on note une augmentation des résistances aux antibiotiques de certains micro-organismes, comme par exemple la résistance aux fluoroquinolones d'*Escherichia coli*, pouvant aller jusqu'à 10% sur 10 ans. Le taux de prescription d'antibiotiques en ambulatoire influence clairement l'émergence de germes résistants. Actuellement, la dispensation globale d'antibiotiques est classiquement mesurée par la «Defined Daily Dose» (DDD) qui correspond au nombre moyen de doses prescrites par jour pour 1000 habitants. Cette estimation est réalisée sur la base des ventes d'antibiotiques en pharmacie (WHO 2009). Ces données sont disponibles depuis peu en Europe (y compris la Suisse) mais englobe l'ensemble de la médecine ambulatoire sans spécifier la part dispensée en MF.

3.7.3 Maladies chroniques

L'allongement de la durée de vie et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques renforcent la place de première ligne des médecins de famille, que ce soit, pour leur diagnostic, leur traitement et leur suivi ainsi que pour leur prévention et dépistage lorsque c'est possible. Les paragraphes suivants présentent les différentes pathologies chroniques retenues par les experts SPAM pour caractériser les défis de la MF, en raison de leur importance en termes de santé publique et du rôle majeur à jouer pour le médecin de famille.

La prévalence actuelle du *diabète* dans la population générale en Suisse est de 7,4%, en forte augmentation puisque qu'elle était estimée à 4% en 2012 (OFS 2012a). Parmi les patients diabétiques, 90% d'entre eux présentent un diabète de type II (prédominant chez les adultes) et 10% de type I. Une prise en charge

médicale et un accompagnement thérapeutique adéquat peuvent diminuer les risques de complications et permettre un meilleur contrôle de la maladie. A ce titre, la MF est amenée à jouer un rôle primordial.

Les patients présentant une *BPCO* ont un risque accru de développer des infections pulmonaires et les décompensations respiratoires peuvent engendrer des hospitalisations récurrentes. En 2012, 3,4% de la population féminine (donnée stable depuis 2002) et 2,6% de la population masculine (diminution de 0,6% depuis 2002) étaient touchés par une *BPCO* et/ou un emphysème pulmonaire (OFS 2012a). Lors du diagnostic, une consultation chez un spécialiste peut être indiquée, mais le suivi est généralement réalisé par le médecin de famille (p.ex. adaptation du traitement, prévention secondaire notamment de l'insuffisance cardiaque) (GOLD 2016).

Les *douleurs lombaires* représentent l'une des affections les plus fréquentes en médecine de famille (Pasche et al. 2011). Environ 70% des patients adultes consultent leur médecin de famille au moins une fois durant leur vie pour des lombalgies et 15% de ces situations nécessitent des investigations supplémentaires (Pasche et al. 2011).

En 2007, 19% des Suisses déclaraient dans l'enquête suisse sur la santé avoir eu des *symptômes de type dépressifs*. Par ailleurs, selon Schuler et al. 2012 (Schuler et Burla 2012), environ la moitié (45%) des diagnostics de dépression sont posés chez le médecin de famille et 75% d'entre-eux sont traités avec des antidépresseurs, des anxiolytiques ou les deux à la fois (Schuler et Burla 2012).

D'après l'OCDE, la population suisse a une *consommation d'alcool* plus élevée que la moyenne des autres pays européens (OECD/WHO 2011; WHO 2014). En Suisse, 8% de la population de 15 ans et plus présentent une consommation d'alcool nocive ou abusive et 4,2% une dépendance à l'alcool.(OECD 2015) Enfin, 50% des patients ayant une consommation d'alcool à risque sont dépistés en MF, mais seulement 10% des patients avec une dépendance à l'alcool sont traités.

Le *tabagisme* est un facteur de risque majeur pour la santé, notamment pour les maladies cardio-vasculaires, les pathologies pulmonaires et les cancers. En Suisse il est responsable de 9000 décès (un dixième de l'ensemble des décès, et 16000 cas d'invalidité par année (OFSP 2012). La stratégie nationale sur la prévention de tabagisme a comme objectif de diminuer sa prévalence dans la population générale de 6% (de 29% à 23%) entre 2007 et 2016. Selon les statistiques suisses de la santé en 2012 (Marquis 2013). 60% des fumeurs souhaitaient arrêter de fumer et 28% disaient avoir essayé d'arrêter pendant plus de 14 jours. Les cabinets de MF sont les lieux privilégiés pour de telles actions de prévention secondaire (Kringos et al. 2015).

Plus de 1000 décès par an sont liés au *cancer du sein* et environ 5500 nouveaux diagnostics sont posés chaque année en Suisse. Dans le cadre du dépistage du cancer du sein, une mammographie est recommandée en Suisse pour les femmes de 50 à 70 ans, tous les deux ans. En 2012, des programmes de mammographie existaient dans 9 des 26 cantons et une nouvelle stratégie fédérale a été lancée en 2014 dans le but d'implémenter le programme de prévention du cancer du sein au niveau national.

En 2014, 240 femmes ont développés un *cancer du col de l'utérus* en Suisse. La mortalité pour ce cancer a été réduite d'environ 20% lors de ces 50 dernières années en Suisse (Krebsliga 2015). Ce progrès semble principalement lié au dépistage par frottis cervical («Pap test» = test de coloration Papanicolaou). Les experts suisses de l'étude PHAMEU (Kringos et al. 2015) estimaient que le dépistage du cancer de l'utérus n'était que rarement ou jamais abordé lors d'une consultation chez le médecin de famille et que le Pap test était principalement réalisé par les gynécologues. Il est par ailleurs recommandé en Suisse que les femmes entre 11 et 26 ans soient vaccinées contre l'Human Papilloma Virus (HPV), principale cause du cancer de l'utérus (Krebsliga 2015). Selon les Statistiques de santé de l'OFSP en 2014, environ 60% des femmes suisses avaient consulté un gynécologue lors de l'année précédente (OFS 2014d).

Enfin, le *mélanome* est au quatrième rang des cancers les plus fréquents en Suisse. Chaque année environ 25 nouveaux cas pour 100 000 habitants sont diagnostiqués et le mélanome est responsable de 2% des décès par cancers (300/année) (OFS 2012b, 2014a).

Tableau 3.8 Indicateurs de l'offre des cabinets et de l'état de santé des patients

N°	Indicateur	Résultat	Source
<i>Indicateurs caractérisant l'offre</i>			
28	Proportion de médecins de famille impliqués dans la prise en charge initiale de patients avec des problèmes psycho-sociaux	86,4	QUALICOPC (2012)
29	Proportion de médecins de famille impliqués dans la prise en charge initiale de patients souffrant d'un syndrome de dépendance à l'alcool	70,2	QUALICOPC (2012)
30	Proportion de médecins de famille prenant en charge des patients avec lombalgies	Pas de données	
31	Proportion de médecins de famille prenant en charge le traitement de patients souffrant de dépression	96,9%	QUALICOPC (2012)
33	Proportion de médecins de famille pouvant réaliser des sutures de plaies	90,0%	QUALICOPC (2012)
35	Proportion de médecins de famille proposant des conseils individuels en cas d'obésité	Presque toujours ou très souvent	Phameu Avis d'expert
36	Proportion des médecins de famille proposant des conseils en matière de tabagisme	98,5%	QUALICOPC (2012)
37	Proportion de médecins de famille proposant des conseils en matière de consommation d'alcool problématique	97,5%	QUALICOPC (2012)
38	Proportion de médecins de famille proposant un screening pour le cancer de la peau	Pas de données	
39	Proportion de médecins de famille proposant la vaccination contre la grippe pour les patients à risque	95,5%	QUALICOPC (2012)
40	Proportion de médecins de famille proposant un contrôle de la glycémie	Pas de données	
41	Proportion de médecins de famille notant le poids de leurs patients dans le dossier médical	97,5%	QUALICOPC (2012)
42	Proportion de médecins de famille proposant un bilan de cholestérol	100 %	QUALICOPC (2012)
<i>Indicateurs d'état de santé</i>			
43	Nombre moyen de doses d'antibiotiques prescrites (DDD) en médecine ambulatoire /1000 habitants par jour	6	OFSP (2013)
44	Proportion de patients de plus de 35 ans diabétiques en surpoids ou obèses chez lesquels le BMI a été calculé au cours des derniers 12 mois	Données manquantes	
45	Proportion de patients présentant une BPCO ayant eu une visite de contrôle chez un médecin de famille au cours des derniers 12 mois	Données manquantes	
46	Proportion de patients hypertendus ayant eu un contrôle de la tension artérielle au cours des derniers 12 mois	Données manquantes	
47	Proportion de patients présentant une insuffisance cardiaque et ayant une prescription d'un Inhibiteur de l'enzyme de conversion (IECA)	Données manquantes	
48	Proportion de la population à risque vaccinée contre la grippe	27%	OFSP (2015)
49	Proportion de femmes de 50 à 70 ans ayant réalisé au moins une mammographie lors des deux dernières années	49%	Enquête suisse santé (2012)
50	Proportion de femmes, pour lesquelles la recommandation existe, ayant réalisé au moins un Pap test au cours des trois dernières années	76%	Enquête suisse santé (2012)
51	Proportion de patients porteurs de maladie coronarienne et sous traitement par aspirine	Données manquantes	
52	Proportion de patients pour lesquels le statut tabagisme est noté dans le dossier médical	Données manquantes	
53	Proportion de patients fumeurs qui ont reçu des conseils sur l'arrêt du tabac ou un traitement de substitution	Données manquantes	

3.7.4 Antibiotiques

Une étude publiée en 2006 (Filippini 2006) décrit que l'utilisation des antibiotiques dans le secteur ambulatoire Suisse est très faible en comparaison européenne avec 8,5 DDD /1000habitants vs. 18,8 en moyenne en Europe. Nous n'avons par contre pas de chiffre de comparaisons internationales concernant la prescription spécifique des médecins de famille. Nous savons cependant que la grande majorité des antibiotiques prescrits le sont en MF comme en témoigne l'estimation de 6 DDD pour la MF en Suisse utilisée pour l'indicateur 43.

3.7.5 Actes chirurgicaux

La plupart des médecins de famille effectuent des actes de petite chirurgie. En 2012, 90% des médecins de famille déclarent être équipés de matériel de suture (indicateur 33) et fréquemment suturer des plaies pour 76% d'entre eux. Plus de 91 % d'entre eux effectuent de la petite chirurgie (ongle incarné, ablation de kyste sébacé, excision de verrues et sutures). C'est moins qu'en 1993, où tous les médecins déclaraient effectuer des actes chirurgicaux (Cohidon et al. 2015). Cette diminution des actes chirurgicaux en médecine de famille est certainement multifactorielle, mais notons que les médecins de famille sont probablement de moins en moins formés à cette activité, le passage en chirurgie n'étant plus nécessaire pour obtenir le titre en médecine interne générale. Au niveau européen et au-delà, la réalisation d'actes techniques chirurgicaux (de la petite chirurgie à la pose de dispositifs intra-utérins) par les médecins de famille est très variable. Dans certains pays, notamment dans l'Est de l'Europe, les médecins de famille n'effectuent pratiquement aucun acte de ce type à l'opposé de certains pays du Nord de l'Europe (Finlande, et Suède notamment) où les médecins réalisent un grand nombre d'activités médico-chirurgicales. Selon la comparaison internationale de PHAMEU, la Suisse se trouve en milieu de classement pour ce qui concerne la réalisation d'actes techniques. (Kringos et al. 2014)

3.7.6 Maladies chroniques

Diabète et obésité

La quasi-totalité des médecins de famille se déclarent impliqués dans le suivi des patients avec un diabète de type II non-complicé (Cohidon et al. 2015). Cette implication est inchangée depuis les dix dernières années. En 2012, 20% des médecins de famille proposaient des consultations spécifiques à leurs patients diabétiques (QUALICOPC - report) et 80% d'entre eux utilisaient des recommandations cliniques pour la prise en charge de ces patients. Par ailleurs, pratiquement tous les médecins de famille (98%) dans l'enquête QUALICOPC déclaraient disposer de moyens pour mesurer la glycémie au cabinet mais nous ne disposons pas de chiffres sur la réalisation effective de tels contrôles (indicateur 40). Enfin, dans 20% des cabinets, une assistante médicale ou une infirmière peut effectuer ces mesures directement en routine chez les patients connus pour des maladies chroniques. Une étude observationnelle réalisée en 2011 en Suisse a montré que si les recommandations pratiques de prise en charge de routine des patients diabétiques étaient en général bien réalisées, les aspects plus large de prévention chez ces patients étaient souvent moins bien réalisés (vaccination, activité physique,...) et rarement dans une perspective multi-professionnelle (Peytremann-Bridevaux et al. 2013). Par ailleurs, en 2013 en Suisse, seuls 12 programmes ont été recensés pour la prise en charge de patients diabétiques (Ebert et al. 2015). Ces programmes sont cependant de petite ampleur impliquant un nombre limité de patients et couvrant une infime partie des besoins. Ils n'impliquent souvent que partiellement les médecins de famille et sont centrés sur une seule pathologie (remarque valable pour d'autres maladies comme la BPCO). Or de tels programmes de prise en charge spécifique devraient avoir une approche beaucoup plus globale des patients qui présentent souvent de multiples pathologies et non une seule et unique maladie (Smith et al. 2012).

Si la mesure du poids fait partie de la routine en MF, 97,5% des médecins déclarent le faire, (indicateur 41), peu de choses sont en revanche connues sur les moyens mis en œuvre par les médecins pour prendre en charge les patients obèses. Nous ne disposons pas non plus d'informations pour renseigner l'indicateur 44 sur le pourcentage de patient diabétique ou obèse ayant eu un calcul du BMI dans l'année écoulée. En

revanche, d'après l'enquête QUALICOPC, 98,5% des médecins de famille déclarent conseiller leurs patients en matière d'alimentation.

Maladies cardiovasculaires

Les recommandations Suisses préconisent la réalisation d'un bilan cardio-vasculaire chez tous les hommes à partir de 35 ans et toutes les femmes dès 45 ans, voire plus tôt dans la vie si un autre facteur de risque est présent (Rodondi 2011). Tous les médecins de famille déclarent proposer, à un moment ou un autre, une mesure du taux de cholestérol sanguin chez leurs patients (indicateur 42). Plus spécifiquement, 75% des médecins de famille proposent un bilan si les circonstances cliniques le suggèrent (p.ex. facteurs de risque cardio-vasculaire), 53% d'entre eux le font sur demande du patient et 37 % d'entre eux le font en routine indépendamment du contexte clinique. D'après l'enquête suisse sur la santé, 17% de la population a bénéficié de la recherche d'une hyperlipidémie une fois dans leur vie (OFS 2012a) alors que la population cible représenterait cependant près de 50% de la population suisse (Rodondi et al. 2012). Ceci suggère qu'une marge d'amélioration importante en termes de couverture est possible, spécialement en MF où ce test est en général réalisé. Pour ce qui concerne le suivi de l'hypertension artérielle, la quasi-totalité des dossiers médicaux gérés par les médecins de famille contiennent des informations sur la tension artérielle (dans 99,5% des cas) (QUALICOPC - report). La mesure de la tension artérielle des patients est un acte de routine pour 80 % des médecins de famille, ce qui représente une proportion relativement stable au cours des derniers 20 ans (Cohidon et al. 2015). En revanche, nous ne pouvons pas renseigner l'indicateur 46 sur le contrôle de la tension durant l'année écoulée parmi les patients hypertendus.

Comme nous l'avons vu, nous n'avons pas de données à disposition sur le suivi de patients présentant un diabète, une MCV ou encore une BPCO (indicateurs 44 à 47 et 51). Ces indicateurs reflèteraient la prise en charge de patients en lien potentiellement avec l'adhésion aux recommandations cliniques. Dans d'autres pays, ils sont fréquemment utilisés comme critère de mesure de la qualité des soins, notamment dans des systèmes de rémunération à la performance comme par exemple au Royaume-Uni (Quality Outcome Framework, QoF). S'ils peuvent être utiles dans un système normatif de prise en charge rémunérée (afin de définir des cibles à atteindre notamment), ils ne sont qu'indirectement liés à l'état de santé des patients. L'expérience anglaise montre en effet qu'après 10 ans d'introduction du QoF, l'amélioration pour ce qui est des cibles à atteindre a été démontrée pour la majorité des maladies chroniques (Doran et al. 2011); cependant, l'impact général sur la prise en charge des patients est plus contrastée, avec notamment un impact négatif sur la continuité des soins (Campbell et al. 2009; Campbell et al. 2010; Gillam et al. 2012) ou sur la prise en charge des populations vulnérables (Alshamsan et al. 2012). Si ces indicateurs sont donc effectivement des éléments importants à prendre en compte pour évaluer les performances de la MF, il ne s'agit pas d'une finalité en soit et ils devraient être intégrés dans un contexte plus large d'évaluation (Houle et al. 2012).

Enfin, bien que nous n'ayons pas de données spécifiques sur les suivis de recommandations cliniques en MF, une étude réalisée en 2011 dans des centres universitaires de médecine générale en Suisse (contexte proche de la MF) à toutefois montré que l'adhésion aux recommandations pour la prévention et la prise en charge des MCV est relativement bonne avec respectivement 69% et 83% d'adhésion dans ces deux domaines (Collet et al. 2011).

Lombalgies

Malgré l'importance de la prévalence des lombalgies, il est frappant de noter le peu de données disponibles en Suisse pour caractériser leur prise en charge en MF. Si l'indicateur 30 n'est pas renseigné, on peut malgré tout facilement imaginer que l'immense majorité des médecins prennent en charge les lombalgies. A cet égard, notons que la radiographie lombaire standard est fréquemment demandée dans ce cadre, occasionnant des coûts importants pour le système de santé, alors que cet acte est reconnu comme inutile dans la majorité des cas dans les premières semaines de la maladie (Selby et al. 2015b). Cette affection a également un impact important sur le système social, puisque les attributions de rente invalidité (AI) pour affection lombaire représentent presque le double des attributions pour d'autres causes d'invalidité professionnelles

(71% vs 44% d'autres causes d'invalidité professionnelles entre 1992 et 1996). Il serait donc nécessaire et intéressant de disposer de données sur cette symptomatologie.

Symptômes psychiques

L'indicateur 31 reflète bien l'importance des problèmes de santé mentale en MF, puisque pratiquement tous les médecins ayant répondu à l'enquête QUALICOPC rapportent prendre en charge des patients dépressifs (96,9%)(Cohidon et al. 2015). Parallèlement, une très large majorité de médecins de famille déclarent représenter le premier contact pour leurs patients en cas de problème psycho-sociaux (86%, indicateur 28).

3.7.7 Prévention

Comportements à risque, hygiène de vie

Presque tous les médecins de famille (97,5%, indicateur 37) participant à l'étude QUALICOPC en 2012 déclarent être impliqués dans le conseil en matière de problème d'alcool auprès de leurs patients. Cependant seulement 70% d'entre eux considèrent qu'ils seraient le premier contact pour leurs patients en cas de dépendance à l'alcool (indicateur 29). Par ailleurs, ils déclarent ne jamais être inclus dans des programmes ou groupes d'accompagnement thérapeutique. Cette situation reflète le fait que la prise en charge de ces patients est complexe et peut-être moins volontiers entreprise par les médecins de famille. Ces chiffres, mis en perspective avec l'importance de ce comportement à risque en Suisse évoquée au début de chapitre soulignent probablement la nécessité d'une meilleure prise en charge de ce problème, en particulier en MF.

En 2012, d'après l'enquête QUALICOPC, 98,5% des médecins de famille déclarent délivrer des conseils à propos du tabagisme (indicateur 37) à leurs patients. En revanche, du côté de ces derniers (et toujours d'après la même source), 60% d'entre eux disent avoir discuté avec leur médecin de famille de mesures permettant d'améliorer l'hygiène de vie, dont le tabagisme. Par ailleurs, les patients fumeurs déclarent à 47% qu'ils iraient voir leur médecin de famille pour arrêter de fumer. Nous ne disposons cependant pas de données sur le pourcentage de patients fumeurs ayant effectivement reçu de tels conseils (indicateur 53). Enfin, il faut néanmoins souligner l'importance accordée à ce facteur de risque par les médecins de famille puisque 97,7% d'entre eux déclarent noter le statut tabagique de leurs patients dans le dossier médical (QUALICOPC - report).

Vaccination

En 2012 pratiquement tous les médecins de famille déclarent proposer la vaccination contre la grippe au cabinet pour les groupes à risque (95,5%, indicateur 39). De plus, 72% de leurs patients pensent que leur médecin de famille peut leur offrir cette prestation (QUALICOPC - report). Pour autant, la couverture vaccinale de la population cible reste basse avec 27%, (indicateur 48) en 2014 (OFSP 2015a). L'efficacité modérée du vaccin (50-60%), le besoin de le refaire chaque année et certaines représentations souvent erronées de la maladie sont des facteurs importants qui réduisent l'acceptabilité de la vaccination par la population. Il est par ailleurs intéressant de constater que 85% de la population de plus de 65 ans dit être bien informée sur les mesures préventives de la grippe (OFSP 2015a). La marge d'amélioration est donc importante, même s'il l'on connaît bien les difficultés d'augmenter la couverture vaccinale dans ce domaine.

Prévention des cancers

En 2012 49% des participantes de l'enquête sur la santé, âgées de 50 à 70 ans, disaient avoir eu une mammographie au cours des deux dernières années (indicateur 49, (OFS 2012a). Le taux de mammographies effectués en Suisse semble relativement bas (ce taux est comparable à celui de l'enquête précédente en 2007, 47% de femmes ayant eu une mammographie) et stable sur les dix dernières. Ceci pourrait être

lié à l'absence de programmes de dépistage dans la majorité des cantons. En comparaison internationale, ce taux est de plus de 80% en France (PHAMEU, données non publiées). Le rôle du médecin de famille dans ce domaine reste cependant largement à explorer, n'étant pas impliqué directement dans les programmes de dépistage comme cela peut être le cas pour le dépistage du cancer colorectal (dans le canton de Vaud par exemple). Ceci est d'autant plus vrai que les médecins de famille semblent être l'une des personnes de contact principale lors de suspicion de cancer du sein, 40% d'entre eux déclarant être toujours ou souvent la première personne de contact pour les femmes de 50 ans qui consultent pour un nodule mammaire (QUALICOPC - report). Par ailleurs, le taux de dépistage de cancer du col de l'utérus est dans l'ensemble bon avec plus de 75% des femmes de plus de 40 ans ayant suivi la recommandation de dépistage (indicateur 50).

Enfin, si 35% de la population Suisse de plus de 15 ans déclarent avoir fait un dépistage de cancer de la peau une fois dans la vie, aucune donnée n'est disponible sur les pratiques de dépistage de ce cancer en MF (indicateur 38).

En résumé pour ce qui concerne les activités de prévention, il ressort que le médecin de famille est un acteur central de la prévention avec toutefois une grande variabilité d'implication et de réalisation. Si la prévention du tabagisme semble être bien ancrée dans les pratiques en MF, une importante marge d'amélioration subsiste dans d'autres domaines comme la prévention des problèmes liés à l'alcool, la vaccination contre la grippe, ou le dépistage de certains cancers, même si les causes d'une faible couverture sont multifactorielles pas systématiquement attribuables aux pratiques médicales. Il s'agirait aussi d'optimiser des approches complémentaires, comme pour le dépistage des cancers gynécologiques où le médecin de famille pourrait travailler en collaboration plus étroite avec les gynécologues et dans le cadre de programmes populationnels.

Notons enfin que le mode de rémunération de ces activités de prévention devrait être largement repensé, car ces activités médicales impliquent une forte vision populationnelle de la santé des patients, difficile à valoriser dans un système de paiement à l'acte tel que nous le connaissons actuellement.

Quintessence chapitre 3.7: Etat de santé des patients / mise en perspective avec l'offre de prise en charge

- Les prescriptions des antibiotiques en MF en Suisse est très basse en comparaisons internationales.
- Une meilleure implication des médecins de famille dans les programmes de prévention pourrait éventuellement augmenter la couverture populationnelle. Le mode de rémunération (par exemple avec une part de financement par capitation) pourrait permettre d'adopter une perspective populationnelle dans les cabinets.
- Peu d'informations sont disponibles en Suisse pour décrire l'adhésion des médecins de famille aux recommandations cliniques de prévention et de prise en charge des maladies chroniques. Ces indicateurs, s'ils sont importants, ne sont que le reflet indirect et partiel de l'état de santé des patients et devraient être interprétés dans un contexte plus large d'évaluation des performances de la MF, prenant en compte notamment d'autres dimensions comme l'équité ou la continuité des soins.
- Moins de 30% des habitants suisses à risque sont vaccinés contre la grippe alors que quasi tous les médecins de famille se disent impliqués dans cette activité. Même si les résistances de la population sont nombreuses par rapport à cette activité une marge d'amélioration est certainement possible, notamment en repensant certains éléments structurels comme le mode de rémunération ou l'organisation des cabinets (pluriprofessionnalité).
- Les activités médico-chirurgicales restent largement pratiquées en MF malgré une tendance à une diminution de leur pratique ces dernières années.
- Les activités de base de prévention cardiovasculaire, des comportements à risque et des maladies infectieuses sont largement proposées en MF. La réalisation au niveau populationnelle de ces différentes activités reste cependant largement inférieure à ce à quoi l'on pourrait s'attendre.

3.8 Satisfaction des patients

La qualité des soins peut être divisée en deux domaines principaux: clinique et non-clinique (Campbell et al. 2000). La notion de qualité «non-clinique» des soins fait référence à ce que les anglo-saxons nomment «health systems' responsiveness», et que l'on pourrait traduire imparfaitement par «capacité du système de santé à répondre aux besoins de la population». L'OMS y définit 8 domaines principaux à explorer: 1) dignité, 2) confidentialité, 3) autonomie, 4) communication, 5) choix du prestataire, 6) prise en charge / accès rapide, 7) qualité des infrastructures et 8) soutien social (durant les soins). Une large enquête populationnelle de l'OMS réalisée il y a une dizaine d'années révélait que les éléments les plus importants à prendre en compte étaient la rapidité de prise en charge, la dignité et la communication avec les patients (Valentine et al. 2008). Lorsque l'on évalue ces différents domaines, il faut distinguer la satisfaction, qui est une notion très subjective (ex: «Selon vous le temps d'attente était-il trop important?»), de l'expérience de soins qui implique moins le ressenti propre du patient mais décrit plus factuellement le vécu d'une situation (p.ex: «Combien de temps avez-vous attendu en salle d'attente?»). Par ailleurs, la satisfaction est souvent étudiée au travers d'outils globaux alors que l'expérience, en faisant référence à des situations précises, permet d'évaluer un large ensemble de situations considérées une par une. Aussi, bien que cela soit encore remis en cause par certains auteurs, le domaine de l'expérience des soins est désormais considéré comme un véritable outil de mesure de la qualité des soins (Manary et al. 2013). Un autre domaine est également pris en considération dans le champ de la satisfaction des patients: il s'agit des attentes ou valeurs («values» en anglais) des patients par rapport au système de soins (QUALICOPC 2014). La satisfaction peut alors être considérée comme l'adéquation entre les attentes des patients et l'expérience des soins qu'ils auront eus (Groenewegen et al. 2005).

Dans la perspective de monitorer la MF en Suisse, il a été décidé de se focaliser d'une part sur une appréciation générale de la satisfaction des patients et d'autre part sur la relation patient-médecin. En médecine de famille, la relation patient-médecin a en effet une influence importante sur la qualité de la prise en charge des patients, notamment en termes d'adhésion thérapeutique et d'état de santé auto-évalué des patients, comme l'a montré l'étude de Kringos et al en 2013, en terme (Kringos et al. 2013). La relation médecin-patient fait partie des dimensions classiquement explorées dans le domaine de l'expérience de soins des patients au travers des sous-dimensions telles que la communication (comprenant des aspects de communication générale, respect, partage de décisions, continuité relationnelle...), la confiance et l'implication du patient (Wong et Haggerty 2013). Dans ce dernier champ, le concept de «patient enablement» en anglais ou «capacité du patient à faire face à ses problèmes de santé après avoir consulté son médecin» fait l'objet d'un corpus de littérature spécifique; certaines études ayant rapporté une association avec une amélioration des symptômes ou de la santé perçue parmi des malades chroniques (Frost et al. 2015).

La qualité de la relation médecin-patient a globalement aussi été montrée comme particulièrement importante par certaines études dans le cadre de la prise en charge de maladies chroniques et de dépendances. (Van der Feltz-Cornelis et al. 2004). Un outil de mesure a été spécialement développé pour mesurer la qualité de cette interaction et comprend 9 items retenus comme indicateurs (Patient-Doctor Relationship Questionnaire, ou PDRQ-9), (Van der Feltz-Cornelis et al. 2004; Kringos et al. 2010a).

Tableau 3.9 Indicateurs satisfaction patients

N°	Indicateur	Résultat	Source
54	Proportion de patients satisfaits de leur relation avec leur médecin de famille	Données manquantes	
54.1	Proportion de patients déclarant être aidés par leur médecin de famille	Données manquantes	
54.2	Proportion de patients déclarant que leur médecin de famille est dédié	Données manquantes	
54.3	Proportion de patients déclarant que leur médecin de famille a suffisamment de temps pour s'occuper d'eux	98,3%	QUALICOPC (2012)
54.4	Proportion de patients déclarant avoir confiance en leur médecin de famille	Données manquantes	
54.5	Proportion de patients déclarant se sentir compris par leur médecin de famille	Données manquantes	
54.6	Proportion de patients se déclarant en accord avec leur médecin de famille sur leurs symptômes médicaux	Données manquantes	
54.7	Proportion de patients déclarant pouvoir facilement discuter avec leur médecin de famille	Données manquantes	
54.8	Proportion de patients globalement satisfaits par traitement réalisé par leur médecin de famille	93.7	Commonwealth Fund (2013)
54.9	Proportion de patients déclarant que l'accès au médecin de famille est facile	Données manquantes	

Nous ne disposons pas de données décrivant spécifiquement la qualité de la relation entre les patients et leur médecin de famille (indicateur 54). En revanche, en 2013, d'après l'enquête «International Health Policy Survey», du Commonwealth Fund, la très grande majorité des patients suisses (93,7%, indicateur 54.8) se disaient très satisfaits ou satisfaits de leur prise en charge en médecine de premier recours lors de l'année écoulée (Petrini et Sturny 2013). Ce résultat plaçait la Suisse en tête des pays occidentaux pour cet indicateur. Parmi les autres pays où les patients exprimaient une grande satisfaction, on trouve l'Australie et la Nouvelle Zélande. A l'autre extrême, on retrouve notamment les pays nordiques comme la Suède et la Norvège. Cette grande satisfaction en Suisse est par ailleurs concordante avec les données de l'étude QUALICOPC, dans laquelle 98% d'entre eux recommanderaient leur médecin de famille (QUALICOPC - report).

Bien que l'étude QUALICOPC n'ait pas couvert tous les aspects du PDRQ-9 sur la relation médecin-patient, elle montre dans l'ensemble que la communication (pour les éléments évalués) est considérée comme très bonne. Ainsi l'attitude du médecin envers le patient a été ressentie par l'ensemble des patients (99%) comme courtoise avec une écoute attentive. Très peu de patients (moins de 1%) ont estimé avoir été l'objet de discriminations liés au sexe ou à l'origine ethnique, ou encore avoir été victime d'un comportement négatif de la part du médecin. Les mesures de décisions partagées ont donné satisfaction aux patients dans la plupart des consultations (92%). Notons cependant qu'environ 10% des patients ont rapporté ne pas avoir compris ce qu'avait expliqué le médecin. On voit donc que globalement le niveau de satisfaction des patients par rapport à leur relation avec le médecin de famille est très élevé. Ceci est possiblement en lien avec, d'une part, la durée importante des consultations, propice à une meilleure qualité de la communication (indicateur 22), et, d'autre part, la relative liberté du choix du médecin. Enfin, une étude récente montre que les médecins de famille en Suisse ont tendance à sous-estimer la satisfaction des patients et à surestimer leurs attentes par rapport à la médecine de famille (Sebo et al. 2015).

Quintessence chapitre 3.8: Satisfaction des patients

- Globalement les patients sont très satisfaits de la prise en charge offerte par les médecins de famille.
- Des données complémentaires sur l'expérience de soins plus que sur la satisfaction des patients seraient utiles pour mieux comprendre les enjeux relatifs à la qualité non-clinique des prises en charge en MF.

3.9 Équité en médecine de famille

L'équité des soins fait essentiellement référence à la notion de justice dans le système sanitaire et principalement à travers l'accès au système de santé. Il s'agit d'une notion complexe et qu'il est difficile de réduire à une seule dimension tant elle dépend de multiples facteurs à la fois liés aux besoins des patients (état de santé, éloignement géographique, niveau socio-économique..) et ainsi qu'aux caractéristiques du système de santé pour y répondre (mode de financement, disponibilité des prestations de soins,..). Une abondante littérature est consacrée à ce champs complexe (Allin et al. 2009).

Une manière de mesurer l'équité autour de l'accès au système de santé est d'évaluer la proportion de la population devant renoncer aux soins. Cela signifie que certains patients renoncent à consulter quand cela serait nécessaire pour des motifs qui peuvent être très différents, allant de l'incapacité à payer les soins à des éléments plus d'ordre sociologiques comme une trop grande distance pour se rendre au cabinet ou encore en raison de difficultés à comprendre les informations médicales (littéracie en santé). Les groupes populationnels définis de cette manière sont ainsi préterités dans un accès équitable aux soins. La **figure 9** (cf chapitre 3.1) illustre certains domaines dans lesquels le renoncement aux soins peut intervenir en lien avec l'accès (Levesque et al. 2013). Une mesure très globale du renoncement aux soins consiste donc à évaluer la proportion de patients qui disent ne pas avoir consulté alors que cela aurait été nécessaire (besoins ressentis), indicateur retenu par les experts pour explorer ce volet.

Comme on le voit, les facteurs sociaux jouant un rôle important dans l'équité d'accès aux soins, il apparait dès lors essentiel que le médecin de famille s'intéresse également à l'environnement psycho-social de son patient, et ce, d'autant plus que certaines études montrent que le patient identifie le médecin de famille comme une source de soutien par rapport à ses problèmes (QUALICOPC 2014). L'indicateurs 56 sur les mesures prises dans les cabinets pour répondre aux besoins psycho-sociaux des patients fait implicitement référence aux aspects de littéracie en santé (Schonlau et al. 2011). Parmi les mesures pouvant être prises, on peut par exemple avoir la mise en place dans le cabinet de notice d'aides à la compréhension des informations médicales adapté à certains types de populations (personnes de langue étrangère, autre culture,..).

Tableau 3.10 Indicateurs Équité

N°	Indicateur	Résultat	Source
55	Proportion de patients en MF qui ne se sont pas rendus chez leur médecin de famille au cours des 12 derniers mois, malgré la nécessité	9,5%	QUALICOPC (2012)
56	Proportion de médecins de famille ayant mis en place des procédures pour répondre aux besoins psycho-sociaux des patients	Données manquantes	

L'accès au système de santé en Suisse est garanti à tous les habitants au travers de l'obligation de contracter une assurance maladie, comme décrit dans le chapitre 3.2. Notons cependant qu'en comparaisons internationales, la Suisse se situe dans la moyenne des pays concernant le renoncement aux soins, 6,5% des personnes interrogées déclarant renoncer à des soins pour des raisons financières, alors qu'ils ne sont que 2,5% au Royaume-Uni et à l'opposé 27,5% aux Etats-Unis (Petrini et Sturny 2013). Une étude publiée en 2012 en Suisse a également montré que malgré l'assurance obligatoire, de multiples raisons (socio-économiques, professionnelles, difficultés de transport,..) pouvaient inciter certains patients à ne pas consulter quand il aurait été nécessaire de le faire (Wolff et al. 2011) (Guessous et al. 2012). Une autre étude menée en Suisse rapporte que le renoncement aux soins est jusqu'à 2,5 fois plus élevé chez les personnes en difficultés financières ou sociales par rapport à la population générale (OFS 2013).

Quand nous regardons ce qu'il en est parmi les patients se rendant au cabinet de MF (donc des personnes ayant déjà accédé au système de santé), environ un patient sur dix déclarait dans l'enquête QUALICOPC (QUALICOPC - report) ne pas avoir consulté son médecin de famille au cours des 12 derniers mois alors que cela aurait été nécessaire. Mais seuls 4-5% d'entre eux y ont renoncé pour des motifs financiers, la majorité ne s'étant pas rendus chez leur médecin pour d'autres raisons, notamment par manque de temps.

Malgré tout, les médecins de famille suisses ont estimé en 2015 qu'environ 9% des patients avaient souvent des difficultés à payer leurs frais de médicaments ou d'autres frais de santé (Merçay 2016).

Le renoncement aux soins est par conséquent une mesure importante d'équité d'accès en lien avec les besoins des patients et est moins rare en Suisse que ce que l'on pourrait le penser. Cet apparent paradoxe entre une couverture universelle et un accès inéquitable au système de santé est toutefois fréquemment observé dans les systèmes de santé basés, comme en Suisse, sur un modèle assurantiel et où le paiement direct du patient (out-of-pocket) est important, par opposition à des systèmes sanitaires publiques (Gelormino et al. 2011). La disponibilité de la médecine ambulatoire pourrait également jouer un rôle limitatif par le fait qu'elle n'est pas toujours adaptée aux besoins des patients (p.ex.: organisation des cabinets avec heures adaptées au rythme de travail pour certains patients).

La littérature souligne par ailleurs l'importance de l'anamnèse psycho-sociale en MF dans un modèle bio-psychosocial de prise en charge (Vaucher et al. 2012; Bodenmann et al. 2014). Les patients participant à l'étude QUALICOPC en 2012, décrivaient que les questions posées par le médecin étaient dans 96% des cas axées sur des problèmes de santé. Cependant, dans la plupart des consultations (75%), les médecins de famille interrogeaient aussi le patient sur des thèmes autres que le motif de la consultation et finalement la plupart des patients (62%) disaient que leur médecin de famille les soutenait dans des problèmes personnels de nature psychosociale par exemple. Ceci souligne l'importance de mettre en œuvre des moyens adéquats pour prendre en charge des patients en tenant compte de facteurs psycho-sociaux (et notamment de littéracie en santé). Malheureusement, aucune information n'est disponible à ce sujet en Suisse pour renseigner de façon directe ou indirecte l'indicateur 56.

Quintessence 3.9: Équité en médecine de famille

- Le renoncement aux soins, notamment pour des raisons financières, n'est pas rare en Suisse et ceci malgré un accès qui semble garanti à l'immense majorité de la population.
- Même si l'assurance maladie obligatoire est un élément crucial pour l'accès aux soins, d'autres éléments, notamment en lien avec les caractéristiques sociodémographiques des patients et organisationnelles du système et des cabinets, sont essentiels à considérer dans une perspective d'équité des soins.

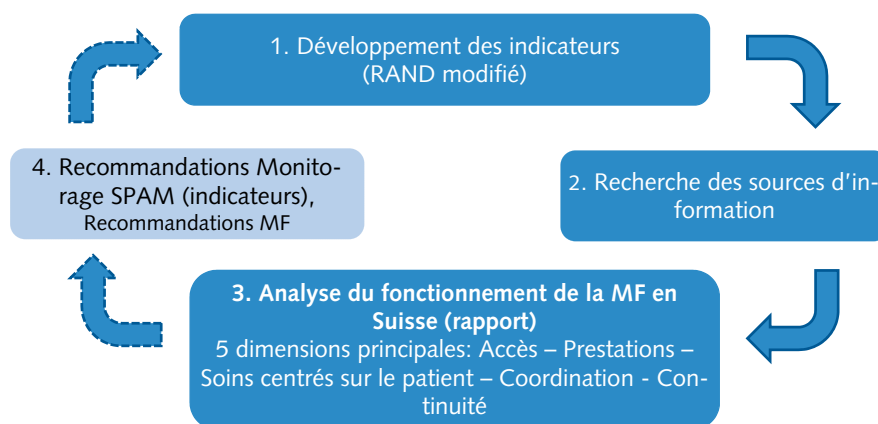
4 Synthèse et discussion

4.1 Objectifs du monitoring SPAM

Lorsque l'on établit un monitoring du système de santé, il est important de bien définir le cadre du monitoring, ce qui peut être synthétisé par trois questions (Lester et Roland 2009): 1) Quels aspects de la MF souhaite-t-on monitorer ? 2) Quelle perspective adopter ? 3) Quelles bases scientifiques du monitoring (sélection des indicateurs) et quelles sources d'information utiliser ? En ce qui concerne le présent rapport basé sur les indicateurs SPAM: 1) Il explore surtout les aspects de structure et de processus de la MF ainsi que certains aspects d'outcome (ou résultats) ; 2) Il adopte la perspective de l'analyse du système de santé dans son ensemble afin de mieux comprendre son fonctionnement (et sans volonté d'instaurer des éléments de contrôle) et 3) Il s'appuie sur des indicateurs élaborés sur la base d'avis d'experts au travers d'une méthode de consensus RAND modifiée. Sur ce dernier point, il est largement reconnu que l'approche consensuelle est de loin la plus adéquate pour ce type de développement (Campbell et al. 2003).

De par la perspective adoptée, ce travail ne représente donc pas une évaluation directe de la qualité de la MF en Suisse au niveau individuel des cabinets, comme le fait par exemple le «Quality Outcome Framework» en Angleterre. Dresser un tableau descriptif global du fonctionnement de la MF en Suisse permet en revanche de mettre en exergue les points forts et les points faibles, ceux susceptibles d'être améliorés. La **figure 4.1** illustre le processus de développement du monitoring SPAM.

Figure 4.1 Processus de développement du monitoring SPAM



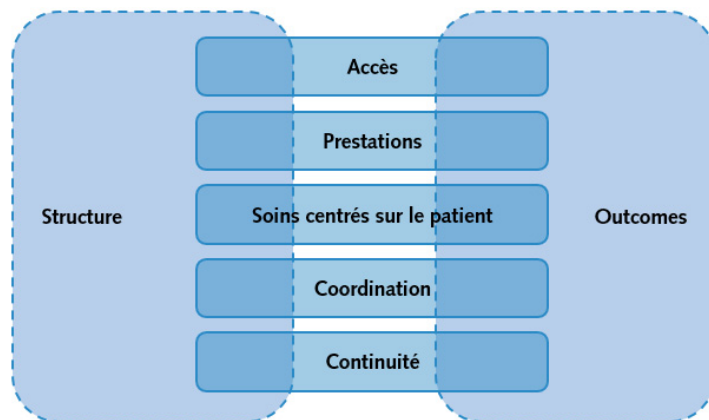
4.2 La MF en Suisse: une synthèse

Le chapitre 3 a détaillé neuf domaines relatifs au fonctionnement de la MF sur la base du cadre conceptuel développé pour le programme SPAM. Afin de permettre une vision cette fois plus transversale du fonctionnement de la MF, une autre grille d'analyse peut être adoptée mettant en perspective les informations issues des différents domaines. Il s'agit de décrire la MF au travers des dimensions qui font sa spécificité au sein du système de santé et qui sont décrites par de nombreux auteurs comme étant au cœur d'évaluation des performances de la MF (Starfield 1998; Lester et Roland 2009). Les cinq dimensions considérées sont: 1) l'accès pour la population et les patients ; 2) l'offre de prestations à même de répondre aux besoins des patients ; 3) les soins centrés sur les patients ; 4) la coordination des soins pour les patients ; et 5) la continuité des soins dans le suivi longitudinal des patients. D'autres domaines sont également parfois décrits comme caractéristiques de la MF: l'intégration des aspects biopsychosociaux des problèmes de santé, l'importance accordée à la prévention et à la promotion de la santé et enfin parfois le rôle de défense des droits des patients dans le système de santé («patients' advocacy» en anglais).

La figure 4.2 présente ces différents domaines. Même s'ils décrivent essentiellement les processus de la MF, ils sont évidemment en relation étroite avec les aspects de structure et d'outcome décrits plus en détails

dans le chapitre 3. Cette synthèse se concentre cependant sur ces cinq domaines, les plus spécifiques de la MF.

Figure 4.2 Les dimensions fondamentales de la MF (adapté de Lester et coll. (Lester et Roland 2009))



Accès

Comme nous l'avons vu, la possibilité des patients à accéder à la MF quand ils en ont le besoin (et au système de santé), et en retour l'aptitude du système à répondre à leurs besoins (ressentis et réels), dépend de nombreux facteurs, à la fois structurels (disponibilité des ressources, densité médicale,...), organisationnels des cabinets (heures d'ouvertures, prestations disponibles,...) et sociaux des patients (capacité à payer pour les soins, littéracie en santé,...). Ces différents éléments font également référence à la notion d'équité des soins comme décrit dans le chapitre 3.9.

En termes de disponibilité des médecins de famille, la densité (105/100'000 habitants) peut être considérée comme élevée en comparaisons internationales tandis que le temps de travail est identique à ce que l'on trouve dans d'autres pays (47h en moyenne). Par ailleurs, l'accessibilité géographique est excellente sur l'immense majorité du territoire (97% des patients accèdent à leur médecin de famille en moins de 40 minutes). La source d'inquiétude majeure vient du vieillissement des médecins et des changements sociologiques du métier (volonté de diversifier les activités, travail à temps partiel) avec de nombreux départs à la retraite ces prochaines années sans que l'on note une augmentation importante du nombre de jeunes médecins choisissant cette spécialité comparativement à d'autres spécialités (42% des titres ISFM accordés en 2014 par rapport à l'ensemble des titres, stable sur de nombreuses années). Parallèlement, le nombre d'autres spécialistes est élevé comparativement à d'autres pays. On peut dès lors se demander si les mesures prises pour former plus de médecins dans les facultés (afin de répondre à la pénurie ressentie en MF) n'aboutiront pas à une augmentation du nombre de médecins dans toutes les spécialités, «diluant» ainsi les efforts réalisés. Ces mesures devraient dès lors s'accompagner d'une revalorisation globale du métier (reconnaissance sociale, salaire,...).

Un autre aspect qui ressort des indicateurs est que les médecins de famille suisses offrent une large palette de prestations et traitent l'immense majorité des situations tout seuls et souvent en cabinets «solo». Cet état de fait accentue la pression sur une MF pratiquement exclusivement médico-centrée (i.e. centrée sur le médecin «qui fait tout») et augmente la perception largement répandue d'une pénurie présente ou à venir. Il serait en effet nécessaire de se pencher sur les nouveaux modèles de soins en MF, par ailleurs déjà largement implantés à l'étranger, pour lesquels d'autres professionnels sont également nécessaires. Les approches interdisciplinaires sont de plus en plus indispensables pour la prise en charge de patients complexes, fréquents en MF. On pourrait résumer la situation ainsi: la pénurie de médecins de famille est certainement inéluctable si le modèle médico-centré actuel de fonctionnement des cabinets se poursuit, car le nombre absolu actuel de médecins de famille n'est pas un problème en soi, hormis la nécessité de garantir le remplacement des futurs départs à la retraite et accompagner les changements sociologiques du métier comme mentionné plus haut. Diminuer la pression sur les médecins de famille en élargissant les activités en MF à d'autres professionnels devrait être une priorité.

Hormis ces facteurs structurels concernant l'accès à la MF, relevons une autre barrière: la compréhension des propos des médecins, à savoir la littéracie en santé. Par exemple, 10% des patients interrogés dans l'enquête QUALICOPC disaient ne pas comprendre ce que disait leur médecin.

Plus généralement concernant l'accès à la MF, on note en Suisse que le renoncement aux soins n'est pas négligeable. En effet près de 10% des patients ne se rendent pas chez leur médecin quand ils en auraient besoin. Cela peut être pour des motifs financiers (franchises élevées,...) mais également pour des raisons d'organisation de la MF, comme des heures d'ouvertures trop restrictives.

Prestations en MF

Les chapitres 3.6 et 3.7 révèlent qu'un large éventail de prestations sont fournies en MF, avec la présence d'infrastructures techniques importantes (laboratoire, radiologie,...), des activités cliniques variées (y compris chirurgicales) et bon nombre de médecins pratiquant à l'extérieur de leur cabinet, comme dans les EMS. La question qui se pose est de savoir si toutes ces prestations sont en adéquation avec les besoins des patients (une prestation est adéquate quand elle répond à un besoin ressenti du patient) et si le médecin est la meilleure personne pour y répondre (délégation d'activités). Peu d'informations sont en effet disponibles à ce sujet en Suisse, notamment nous n'avons pratiquement pas d'informations sur le suivi de recommandations cliniques pour la prise en charge de maladies fréquentes (diabète, maladies cardio-vasculaires,...) qui sont une façon de mesurer si les prestations fournies permettent de répondre aux besoins réels. Cet état de fait est également constaté dans la récente étude de Djalali et al. (Djalali et al. 2015). Les seuls indicateurs disponibles relèvent de la prévention, comme la vaccination contre la grippe ou le taux de couverture pour la mammographie. Globalement, cela semble indiquer que les activités de prévention ont une marge d'amélioration en Suisse. A cet égard, notons que le système actuel de financement de la MF n'est certainement pas favorable à cette pratique. Ce constat vient corroborer le fait qu'en Suisse la part des dépenses de santé dédiées à la prévention (2,2%) est inférieure à la moyenne de l'OCDE. Notons finalement que le taux de prescription d'antibiotiques en MF est l'un des plus bas d'Europe, probable signe d'une excellente formation dans ce domaine.

Soins centrés sur le patient

Les soins centrés sur le patient peuvent se définir par opposition à des soins centrés sur la maladie. En fonction des indicateurs disponibles, il apparaît que le fonctionnement décrit plus haut du médecin autonome «faisant tout» est plutôt propice à une médecine centrée sur le patient. Cela se reflète à travers le taux élevé de satisfaction des patients vis-à-vis de la MF et dans le fait qu'une large proportion des patients considère que leur médecin leur consacre assez de temps (indicateur 54.3). Plus généralement, cet état de fait est plutôt propice à une bonne communication patients-médecin, ce que confirment les enquêtes menées en Suisse.

Il faut cependant relever, comme indiqué dans le chapitre 3.8, que les indicateurs basés sur la satisfaction plus que sur l'expérience de soins ont leurs limites interprétatives.

Coordination des soins

De nombreuses définitions de la coordination des soins existent. Cependant, dans le cadre d'un travail de revue de la littérature sur les interventions innovantes à même d'améliorer la coordination des soins en MF (Ochs et al. 2015), la définition suivante était proposée: «La coordination des soins est l'organisation volontaire des soins du patient entre deux personnes ou plus (incluant le patient) impliquées dans la prise en charge de ce dernier afin de faciliter l'utilisation appropriée des services de santé. Cette organisation nécessite le déploiement de personnel et d'autres ressources nécessaires au bon déroulement des soins et est souvent assurée par l'échange d'informations entre les différents prestataires», cette définition est une adaptation de McDonald et coll. (McDonald et al. 2007; Ochs et al. 2015). Nous voyons qu'en matière de coordination, la circulation de l'information est prépondérante et concerne à la fois un contenu (information médicale), des moyens techniques (fax, dossier électronique,...) ainsi que des acteurs (patients, soignants

et entourage). Le premier point semble bien fonctionner en Suisse, notamment puisque l'immense majorité des médecins de famille déclarent recevoir presque toujours des rapports de consultations de la part des spécialistes (indicateur 19). Ce résultat est aussi en accord avec les données du rapport du Commonwealth Fund de 2015 (Merçay 2016).

Concernant les moyens de communication, considérés comme des leviers importants de la coordination, le dossier électronique du patient (interconnecté ou non), reste largement sous-implanté en Suisse, où à peine 50% des cabinets en sont équipés. La multiplicité des systèmes d'exploitation les rend par ailleurs souvent incompatibles entre eux. Il s'agit là d'un frein sérieux à une coordination efficiente. Actuellement, dans les faits, la coordination repose sur les soignants et les patients eux-mêmes. En effet, la MF suisse fonctionne sur un modèle essentiellement médico-centré, peu d'interactions existant avec d'autres spécialités médicales (indicateur 21, 10% de cabinets partagés avec d'autres spécialistes) et pratiquement pas de cabinets interprofessionnels (infirmières, assistantes sociales,...) se sont développés. En revanche, les assistantes médicales pourraient par ailleurs jouer à l'avenir un rôle plus important dans la coordination des soins, notamment *via* la création récente d'un brevet en coordination en médecine ambulatoire. L'amélioration de la coordination en MF, amène à se poser la question du développement de nouvelles fonctions comme par exemple, les gestionnaires de cas, actuellement inexistantes en Suisse. De nombreux systèmes de santé ont introduit ces nouveaux rôles et certaines études ont montré leur importance pour la prise en charge de patients complexes, usagers fréquents des services de soins (Hudon et al. 2015). Le rapport du Commonwealth Fund 2015 relève bien ce grave déficit en Suisse, où, loin derrière tous les autres pays de l'OCDE, seul 14% des médecins de familles déclarent collaborer avec des gestionnaires de cas au sein même du cabinet.

Notons finalement que la limite des ressources dans ce domaine peut exercer une pression très importante sur les médecins, obligés d'accomplir des tâches pouvant éventuellement être réalisées par d'autres soignants.

Continuité des soins

Fortement liée aux aspects de coordination, la continuité des soins s'exprime souvent à travers trois dimensions: 1) la continuité d'information ; 2) la continuité de gestion et 3) la continuité relationnelle. Comme nous l'avons vu, la MF en Suisse est essentiellement centrée sur les activités réalisées par le médecin avec peu d'intervenants au niveau de la gestion quotidienne des patients, indépendamment de leur complexité. Ce modèle favorise clairement la continuité relationnelle (le même médecin s'occupe du même patient), d'autant plus qu'un système de financement plus axé sur la valorisation du temps que sur l'acte abouti à de longues consultations (20 minutes), favorable à cet aspect de la continuité. En revanche, les autres aspects de la continuité peuvent rapidement s'avérer compliqués dans un tel système, notamment pour les patients les plus complexes. En effet, la limitation des moyens techniques (dossier électronique) et le manque de ressources pouvant favoriser la continuité de gestion (accompagnement des patients lors d'hospitalisation, coordination de multiples intervenants,...) sont clairement des éléments en défaveur d'une bonne continuité des soins «au-delà du médecin».

4.3 Limites et forces du rapport

L'objectif de ce rapport était de proposer une analyse complète et approfondie de la MF en Suisse, au travers d'indicateurs et de données disponibles en Suisse pour les renseigner. Il s'agissait d'un exercice particulièrement ambitieux et à l'issue de ce travail quelques limites doivent être soulignées.

Une première limite concerne l'exhaustivité de l'analyse. Tout d'abord, notons que deux dimensions définies dans le cadre conceptuel du programme SPAM n'ont pas pu faire l'objet du travail d'expertise pour définir des indicateurs. Il s'agit des dimensions «gestion des connaissances» et «satisfaction des prestataires de soins». Faute d'indicateurs validés préexistants dans la littérature, il a été décidé que la définition de ces

derniers ferait l'objet d'un travail ultérieur spécifique. Notons cependant que la publication récente de l'enquête du Commonwealth Fund sur la satisfaction des utilisateurs comble certaines lacunes (Merçay 2016). Par ailleurs, on constate à la lecture du chapitre 3, que certaines dimensions du cadre conceptuel ne sont explorées que partiellement par les indicateurs retenus par les experts. Ainsi, les indicateurs de la dimension «formation» ne décrivent que le problème de la relève en MF. D'autres dimensions essentielles de la MF, telles que par exemple la coordination ou la continuité des soins, reposent sur un nombre limité d'indicateurs, malgré leur importance cruciale comme discuté au chapitre 4.2.

Ce regard focalisé sur certains sujets, découle du choix de confronter et d'adapter un modèle conceptuel général à des avis d'experts, qui vont recentrer l'évaluation du système vers les aspects qui leur paraissent les plus importants; ce qui constitue finalement une des richesses de ce travail.

Dans certains cas, on constate aussi que les indicateurs proposés, bien qu'ils reflètent largement la dimension à évaluer ne sont pas suffisants pour une analyse fine et complète. Ceci est particulièrement frappant pour la dimension «accès». Malgré la présence d'indicateurs très classiques de démographie médicale (densité médicale, âge des médecins...) retenus par les experts, il ressort de l'analyse que d'autres informations, comme par exemple les horaires d'ouverture des cabinets, la disponibilité pour les demande urgentes, le lien entre services d'urgence & MF ou le temps de travail, sont aussi nécessaires pour appréhender finement la situation. D'autres dimensions devraient être également plus développées pour permettre une vision plus globale de la MF, comme l'équité des soins ou le financement du système.

Dans ce cas, une mise en perspective de plusieurs chapitres et de nombreuses dimensions est nécessaire. Bien qu'un morcellement par catégorie d'indicateurs soit inévitable pour une présentation claire et systématique des différents éléments du rapport, un regard plus global et une mise en perspective de différentes dimensions est indispensable pour une meilleure compréhension du système. Ceci est d'ailleurs proposé pour les 5 éléments fondamentaux de la MF comme décrit dans le chapitre 4.2 de la synthèse de résultats (accès, prestations, soins centrés sur le patient, coordination et continuité). Enfin, certains indicateurs ne peuvent être renseignés du fait de l'absence actuelle de données. Le choix a été fait de définir en premier lieu les indicateurs souhaités pour évaluer le fonctionnement de la MF et de chercher, dans un second temps, les données pour les alimenter. Une démarche inverse aurait pu être considérée, à savoir recenser les données disponibles *via* les enquêtes et statistiques nationales et construire, dans un second temps, les indicateurs sur cette base. Cependant, la démarche retenue est probablement la plus rigoureuse méthodologiquement permettant une description à la fois basée sur un cadre conceptuel internationalement reconnu et sur le travail d'experts pour une meilleure adéquation au contexte suisse. Par ailleurs, si certaines données ne sont pas immédiatement disponibles, elles pourraient l'être à l'avenir, soit par exemple *via* de nouvelles sollicitations du réseau de médecins de famille SPAM, soit avec la disponibilité de nouvelles statistiques nationales comme par exemple avec la mise en place du projet Mars de L'OFS (cf chapitre 2).

La seconde limite concerne la qualité des données utilisées pour alimenter les indicateurs. Ainsi, pour ce qui concerne les données issues d'échantillons, la représentativité de ces derniers par rapport à la population cible (patients et médecins) est la première question à se poser. La source la plus importante utilisée dans ce rapport est l'étude QUALICOPC (cf chapitre 2) qui a permis d'alimenter 43% des indicateurs. Basée sur un échantillon aléatoire de 200 médecins de famille dans chacun des pays, les principales limites de l'étude portent sur la petite taille de l'échantillon et surtout sur sa représentativité par rapport à l'ensemble des médecins de famille. En effet, malgré un tirage au sort, la participation des médecins de famille demeure basée sur le volontariat et, en Suisse (mais ceci est globalement valable pour les autres pays), l'acceptation de participer a été autour de 10%. Ce faible taux de participation suggère l'existence de biais de sélection relatifs aux participants sans qu'il soit possible d'en estimer les conséquences sur les résultats. La représentativité de l'échantillon suisse a cependant pu être étudiée, sur les caractéristiques de genre, d'âge et de répartition rurale/urbaine des médecins, et a été considérée comme bonne, même si les régions francophone et italophone sont plutôt surreprésentés dans cette échantillon (Selby et al. 2015a). Il est impossible de faire de telles vérifications sur chacune des caractéristiques pouvant éventuellement impacter les réponses des médecins mais la vérification sur ces trois critères d'importance majeure est déjà rassurante. Cette limite est probablement moindre sur l'échantillon de patients ayant accepté de répondre à l'enquête puisque la participation est voisine de 50%. Ces problèmes de représentativité et d'extrapolation secondaire

des résultats sont aussi valables pour des enquêtes sur échantillons beaucoup plus importants comme l'enquête suisse sur la santé par exemple. On sait que dans ces enquêtes, une partie de la population, correspondant à des groupes socioculturels, socioéconomiques ou socioprofessionnels spécifiques, est généralement sous représentée.

La limite relative à la représentativité ne se pose pas pour les données exhaustives mais celles-ci peuvent pour autant présenter une fiabilité et une validité contestables. Par exemple, pour ce qui est des données démographiques, le recours à la base de données Medreg sur les droits de pratique a montré l'existence de nombreux doublons et un manque de mise à jour. Les données d'ordre financier, aussi généralement exhaustives, sont aussi souvent à considérer avec prudence en raison de l'origine déclarative de ces données et de la sensibilité du sujet.

Enfin, les données disponibles peuvent aussi parfois concerner une population cible sensiblement différente de la population générale et il faut alors en tenir compte pour l'interprétation des résultats. Cette situation est illustrée dans le chapitre sur l'équité d'accès aux soins où l'indicateur de renoncement aux soins est issu des données de QUALICOPC. Or la population concernée dans cette enquête est sélectionnée sur l'accès au soin lui-même. Ceci est clairement mentionné dans le chapitre mais il s'agit de faire attention donc, à des interprétations trop rapides.

De manière générale, chaque source de données comporte des limites intrinsèques et il n'existe pas de données parfaites. Mais on peut raisonnablement penser que les données sur lesquelles s'appuie ce rapport sont solides et globalement fiables. De plus, la présentation des résultats a été faite en toute transparence pour ce qui concerne les sources de données et leur qualité. Un indice de qualité des sources a été proposé en partie méthode (cf chapitre 2) afin que le lecteur puisse apprécier la qualité de chacune des sources de données utilisées. Par ailleurs, chaque fiche d'indicateur reprend également cet indice. La définition de ce dernier peut être considérée comme arbitraire, néanmoins elle se base sur la littérature scientifique dans le domaine (cf chapitre 2). Par ailleurs, les sources principales sont aussi présentées en détails en partie méthode (cf chapitre 2) et citées en regard de chacun des indicateurs dans le chapitre 3. Le lecteur peut ainsi juger par lui-même, s'il le souhaite, de la qualité des données au cas par cas. Enfin, lors de la présentation et de la discussion des résultats pour chacune des dimensions au sein du chapitre 3, lorsque cela s'avérait nécessaire, une attention particulière a été portée aux limites inhérentes aux données utilisées et à leur interprétation.

Notons finalement que la majorité des indicateurs sont centrés sur les activités des médecins et non sur les soins primaires dans leur ensemble. Ce choix délibéré a été fait pour des raisons de faisabilité. Il n'est néanmoins pas exclu qu'à l'avenir, le monitoring soit étendu à d'autres activités de soins primaires, d'autant plus si l'on constate l'émergence de nouveaux modèles interprofessionnels.

4.4 Conclusion et perspectives

Ce rapport tente de dresser un premier état des lieux global du fonctionnement de la MF en Suisse en mettant en lumière ses forces et ses faiblesses à travers 56 indicateurs considérés comme prioritaires. Les éléments centraux qui en ressortent sont les suivants:

Perspectives pour la MF en Suisse

- La MF en Suisse est basée essentiellement sur un modèle médico-centré où l'ensemble des activités en lien avec les patients (cliniques, sociales, voir administratives) sont généralement réalisées par les médecins de famille eux-mêmes, souvent en «tandem» médecin-assistante médicale. La palette des activités cliniques proposées est par ailleurs particulièrement large.
- Ce type de modèle exerce une forte pression sur la démographie médicale en MF, pour laquelle d'importants efforts sont nécessaires afin d'assurer uniquement le renouvellement des forces de travail.

- La continuité relationnelle (lien direct médecin-patient, soins centré sur le patient) peut-être qualifiée de bonne, notamment en lien avec un système de santé qui permet la réalisation de longues consultations en comparaisons internationales.
- Le manque de données, notamment sur les aspects de démographie médicale et d'adéquation des prestations réalisées auprès des patients, est important en Suisse, et représente certainement un blocage pour le développement de nouveaux modèles de MF.
- Les coûts spécifiquement liés à la MF représentent seulement 8% de l'ensemble des coûts de la santé et un quart des coûts des soins ambulatoires.
- La réflexion sur l'avenir de la MF en Suisse devrait considérer avec urgence la nécessité de développer de nouveaux modèles des soins, notamment interprofessionnels, mieux à même de répondre aux défis que représentent les patients multimorbides complexes. Une meilleure connaissance «populationnelle» des patients des cabinets au travers de listes de patients médico-administratives devraient notamment faire partie de ces réflexions.

Perspectives pour le monitoring

- Concernant le développement du monitoring, on note une grande hétérogénéité des sources d'information (et de leur qualité) permettant d'alimenter les indicateurs, reflet peut-être d'un système de santé lui-même très fragmenté.
- L'avenir du monitoring de la MF devra également viser à l'amélioration en qualité, en représentativité et en exhaustivité des données. Certains domaines sous-explorés, notamment en lien avec l'adéquation des prestations réalisées auprès des patients, l'expérience de soins et l'équité de soins devront faire l'objet d'une attention particulière.
- Dans cette perspective, et dans la mesure des ressources disponibles, il est prévu de poursuivre le développement des indicateurs SPAM avec une actualisation régulière des indicateurs (tous les 1-3 ans selon les indicateurs), notamment via un plateforme web. Il est également prévu de développer de plus amples collaborations avec des partenaires nationaux à même de fournir des données nationales de qualité. Au travers d'une actualisation régulière des indicateurs avec des données de qualité, il sera alors possible de tirer pleinement les enseignements d'un monitoring longitudinal de la MF et ainsi contribuer réellement à dessiner la MF de demain.

Remerciements

Nous remercions chaleureusement Dre Regula Cardinaux pour sa méticuleuse relecture du rapport. Nous tenons également à remercier vivement les différentes personnes qui ont relu attentivement ce rapport, Prof Bernard Burnand de l'IUMSP, Prof Jacques Cornuz de la PMU, Dr Monika Diebold, Mme Isabelle Sturny, Mme Danielle Fallot et M. Marcel Widmer de l'Obsan et Dr François Héritier de la SSMIG et MFE. Nous remercions également les institutions partenaires du programme SPAM: L'IUMF et l'Obsan, ainsi que les institutions soutenant: la SSMIG, MFE et l'OFSP. Pour leurs contributions et conseils, nous remercions également le panel d'experts du programme SPAM: Prof Thomas Bischoff, Prof Olivier Bugnon, Prof Bernard Burnand, Dr Ignazio Cassis, Dr Arnaud Chiolero, Prof Don de Savigny, Dre Monika Diebold, Dr Yves Egli, Dr Ueli Grüninger, Dr Reto Guetg, Dr Patricia Halfon, Dr Lilli Herzig, Mme Maria Hodel, Dr Hélène Jaccard Ruedin, Prof Jean-Frédéric Levesque, Dre Ewa Mariéthoz, Prof Diane Morin, Dr Remo Osterwalder, Prof Isabelle Peytremann-Bridevaux, Dr Pierre-Yves Rodondi, M. Marcel Widmer, Dr Kaspar Wyss, Dr Andreas Zeller, Fr Brigitte Zirbs-Savigny.

Certains chiffres de ce rapports sont issus de l'exploitation des données de l'Enquête européenne QUALICOPE, coordonnée par le NIVEL (Institut Néerlandais de recherche sur les systèmes de santé) et financée par la Commission Européenne dans le cadre du septième programme-cadre (FP7/ 2007-2013) sous le numéro d'agrément 242141.

5 Abréviations

Abbréviation	Définition
SPAM	Swiss Primary Care Active Monitoring
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OFS	Office fédéral de la statistique
CMPR	Collège de médecine de premier recours
OFSP	Office fédéral de la santé publique
FMH	Fédération suisse des médecins
MFE	Association suisse des médecins de famille et de l'enfance
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
ASMAV	Association suisse des médecin-assistant-e-s et chef-fe-s de cliniques
ISFM	Institut suisse pour la formation médicale post graduée et continue
SSMIG	Société suisse de Médecine Interne Générale
MedReg	Registre des professions médicales
IUFRS	Institut universitaire pour la formation et la recherche en soins
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Swiss TPH	Swiss Tropical and Public Health Institute
PHAMEU	Primary Health Care Activity Monitor for Europe
NIVEL	Netherlands Institute for Health Service Research
IUMF	Institut universitaire de médecine de famille
IHAMB	Institute of Family Medicine, University Basel
QOF	Quality and Outcomes Framework
QUALICOPC	Quality and Costs in Primary Care
ZSR =RCC	Zahlstellenregister, registre des codes-créanciers. Le numéro ZSR est le code créancier du créancier (médecin, cabinet de groupe, hôpital) qui facture des prestations LAmal ou LCA.
GLN	Le numéro GLN (Global location number) est un numéro unique qui identifie le médecin.
MPR	Médecine de premier recours
MF	Médecine de famille
P4P	Pay for performance: Système de rémunération des médecins dépendant de l'atteinte d'une cible de performance, prédéfini par les autorités sanitaires.

6 Bibliographie

- Aakvik A. et Holmas T. (2006). "Access to primary health care and health outcomes: the relationships between GP characteristics and mortality rates." *J Health Econ* 25: 1139 - 1153.
- Allin S., Hernandez-Quevedo C., et al. (2009). *Measuring equity of access to health care. Performance Measurement for Health System Improvement: experiences, challenges and prospects*, Cambridge University Press.
- Alshamsan R., Lee J. T., et al. (2012). "Effect of a UK Pay-for-Performance Program on Ethnic Disparities in Diabetes Outcomes: Interrupted Time Series Analysis." *The Annals of Family Medicine* 10(3): 228-234.
- ARCH-Vet et anresis.ch (2015). "Joint report 2013." de <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/14226/index.html?lang=de>.
- Bachmann N., Burla L., et al. (2015). *La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques. Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé. O. s. d. l. s. (OBSAN)*. Berne, OBSAN: 268.
- Banfield M., Gardner K., et al. (2013). "Unlocking information for coordination of care in Australia: a qualitative study of information continuity in four primary health care models." *BMC Fam Pract* 14: 34.
- Bhat V. (2005). "Institutional arrangements and efficiency of health care delivery systems." *Eur J Health Econ* 6: 215 - 222.
- BMA (2015). *Cohort study of 2006 medical graduates: Ninth report*. B. M. Association. London, Health policy and economic research unit.
- Bodenmann P., Favrat B., et al. (2014). "Screening primary-care patients forgoing health care for economic reasons." *PLoS One* 9(4): e94006.
- Bureau of Health Information (2014). *Healthcare in Focus 2013: Spotlight on Measurement*. Sydney (NSW), BHI.
- Campbell S. M., Braspenning J., et al. (2003). "Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care." *BMJ* 326(7393): 816-819.
- Campbell S. M., Kontopantelis E., et al. (2010). "Changes in patient experiences of primary care during health service reforms in England between 2003 and 2007." *Ann Fam Med* 8(6): 499-506.
- Campbell S. M., Reeves D., et al. (2009). "Effects of pay for performance on the quality of primary care in England." *N Engl J Med* 361(4): 368-378.
- Campbell S. M., Roland M. O., et al. (2000). "Defining quality of care." *Soc Sci Med* 51(11): 1611-1625.
- Chen M. K. (1979). "Measuring need for health services: a proposed model." *Med Care* 17(2): 210-214.
- Cohidon C., Cornuz J., et al. (2015). "Primary care in Switzerland: evolution of physicians' profile and activities in twenty years (1993-2012)." *BMC Fam Pract* 16(1): 107.
- Collet T. H., Salamin S., et al. (2011). "The quality of primary care in a country with universal health care coverage." *J Gen Intern Med* 26(7): 724-730.
- Cornuz J. et Pasquier M. (2014). *Les évolutions de la médecine de premier recours dans le canton de Vaud à l'horizon 2025*. Lausanne, Department of ambulatory and community medicine, University of Lausanne.
- Cramm J. M. et Nieboer A. P. (2012a). "In the Netherlands, rich interaction among professionals conducting disease management led to better chronic care." *Health Aff (Millwood)* 31(11): 2493-2500.
- Cramm J. M. et Nieboer A. P. (2012b). "Relational coordination promotes quality of chronic care delivery in Dutch disease-management programs." *Health Care Manage Rev* 37(4): 301-309.
- Dalkey N. C. (1969). "The DELPHI METHOD: An experimental study of group opinion." *Memorandum of the RAND Corporation(RM-5888_PR)*.
- Davis K., Stremikis K., et al. (2014). *Mirror, Mirror on the wall. The Commonwealth Fund Update*. New York.
- De Pietro C., Camenzind P., et al. (2015). *Switzerland, Health system review. Health Systems in Transition*. R. Busse, European Observatory on Health Systems and Policies. 17(4): 1-288.
- Deveugele M., Derese A., et al. (2002). "Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries." *BMJ* 325(7362): 472.

- DeWalt D. A., Broucksou K. A., et al. (2011). "Developing and testing the health literacy universal precautions toolkit." *Nurs Outlook* 59(2): 85-94.
- Djalali S., Meier T., et al. (2015). "Primary care in Switzerland gains strength." *Fam Pract* 32(3): 348-353.
- Donabedian A. (1980). Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Donabedian A. (1988). "The quality of care. How can it be assessed?" *JAMA* 260(12): 1743-1748.
- Donaldson M. S. et Vanselow N. A. (1996). "The nature of primary care." *J Fam Pract* 42(2): 113-116.
- Doran T., Kontopantelis E., et al. (2011). "Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework." *BMJ* 342.
- Dubach P. et Künzi K. (2008). "Tätigkeitsstruktur der Ärzte/innen mit Praxistätigkeit – Wer erbringt welche Leistungen in der Grundversorgung? Eine Analyse von TARMED-Daten, Bureau BASS, OFSP."
- Dutoit L. e. a. (2014). "Etablissement du recensement des médecins actifs en Suisse." *OBSAN Dossier* 28.
- Ebert S., Peytremann-Bridevaux I., et al. (2015). Les programmes de prise en charge des maladies chroniques et de la multimorbidité en Suisse. *Obsan Dossier* 44. O. s. d. l. s. (Obsan). Neuchâtel.
- Engels Y., Dautzenberg M., et al. (2006). "Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices." *Fam Pract* 23(1): 137-147.
- Filippini M., Masiero G., et al. (2006). "Socioeconomic determinants of regional differences in outpatient antibiotic consumption: Evidence from Switzerland." *Health Policy* 78(1): 77-92.
- Fitch K., Bernstein S. J., et al. (2001). "The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual." RAND Europe, RAND Health.
- FMC (2014). Studie des Forum Managed Care: Jeder Vierte ist in einem Ärztenetz. P. Berthold. Neuägeri.
- FMH (2012). "Commonwealth Fund International Health Policy Survey: enquête sur les médecins de premier recours " *FMH*.
- FMH (2014). "Statistique médicale de la FMH " 24.03.2015. de <http://aerztestatistik.myfmh2.fmh.ch/>.
- FMH, MFE, et al. (2012). "Positionspapier zur ärztlichen Medikamentenabgabe (Selbstdispensation)." de http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27_Positionspapier_DMA.pdf.
- Frost J., Currie M. J., et al. (2015). "An Integrative Review of Enablement in Primary Health Care." *J Prim Care Community Health* 6(4): 264-278.
- Gelormino E., Bamba C., et al. (2011). "The effects of health care reforms on health inequalities: a review and analysis of the European evidence base." *Int J Health Serv* 41(2): 209-230.
- Gillam S. J., Siriwardena A. N., et al. (2012). "Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework--A Systematic Review." *Ann Fam Med* 10(5): 461-468.
- GOLD (2016). GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.
- Graetz I., Reed M., et al. (2014). "The next step towards making use meaningful: electronic information exchange and care coordination across clinicians and delivery sites." *Med Care* 52(12): 1037-1041.
- Groenewegen P. P., Kerssens J. J., et al. (2005). "What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views." *BMC Health Serv Res* 5(1): 16.
- Guessous I., Gaspoz J. M., et al. (2012). "High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: a population-based study in a region with universal health insurance coverage." *Prev Med* 55(5): 521-527.
- Guyatt G. (2008). "GRADE: going from evidence to recommendations." *BMJ* 336: 1049-1051.
- Harrison M. J., Dusheiko M., et al. (2014). "Effect of a national primary care pay for performance scheme on emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: controlled longitudinal study." *BMJ* 349: g6423.
- Herren D. (2010). "L'article 22a LAMal ou «Le chien des Baskerville»." *BMS* (91:36).
- Herzlinger R. E. et Parsa-Parsi R. (2004). "Consumer-driven health care: lessons from Switzerland." *JAMA* 292(10): 1213-1220.
- Houle S. K., McAlister F. A., et al. (2012). "Does performance-based remuneration for individual health care practitioners affect patient care?: a systematic review." *Ann Intern Med* 157(12): 889-899.

- Hudon C., Chouinard M.-C., et al. (2015). "Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience." *The Annals of Family Medicine* 13(6): 523-528.
- Interpharm (2014). "Pharma-Markt Schweiz." *Interpharm* 21: 18-25.
- Interpharm (2015). "Gesundheitswesen Schweiz 2015." *Interpharm* 34: 76-77.
- IUMG (2012). "La médecine de famille dans les études." de http://www.pmu-lausanne.ch/pmu_home/pmu-iumg/pmu-iumg-enseignement-medecine-famille.htm.
- Jin G., Zhao Y., et al. (2015). "The Length and Content of General Practice Consultation in Two Urban Districts of Beijing: A Preliminary Observation Study." *PLoS ONE* 10(8): e0135121.
- Katon W. J., Lin E. H., et al. (2010). "Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses." *N Engl J Med* 363(27): 2611-2620.
- Kjaer N. K., Kodal T., et al. (2010). "The role of general practice in postgraduate basic training." *Med Teach* 32(10): e448-452.
- Krebsliga S. (2015, 27.04.2015). "Information sur le cancer ". de http://www.liguecancer.ch/fr/a_propos_du_cancer/les_chiffres_du_cancer/.
- Kringos D., Boerma W., et al. (2015). Building primary care in a changing Europe. *Observatory Studies Series, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies*. 38.
- Kringos D., Boerma W., et al. (2010a). "The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions." *BMC Health Serv Res* 10(1): 65.
- Kringos D. S., Boerma W., et al. (2013). "Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending." *Health Aff (Millwood)* 32(4): 686-694.
- Kringos D. S., Boerma W. G., et al. (2010b). "The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators." *BMC Fam Pract* 11: 81.
- Kringos D. S., Boerma W. G., et al. (2014). Building primary care in changing Europe. *Observatory Studies Series*.
- Künzi K. (2005). "Grundversorgungsmedizin»in der Schweiz; Bureau BASS im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit. ." (Bericht Nr 15).
- Künzi K. et Strub S. (2012). "Revenus des médecins indépendants: analyse des données 2009 de Medisuisse." *Bulletin des médecins suisses*(2012;93: 38).
- Lang P. O., Michel J.P. (2010). "La vaccination: le programme de toute une vie." *Revue Médicale Suisse* 270(6:2118-2124).
- Lee A., Kiyu A., et al. (2007). "Improving health and building human capital through an effective primary care system." *J Urban Health* 84(3 Suppl): i75-85.
- Lester H. et Roland M. (2009). Performance measurement in primary care. *Performance Measurement for Health System Improvement*. P. Smith, E. Mossialos, I. PapanicolasetS. Leatherman, Cambridge University Press.
- Levaggi R. et Rochaix L. (2007). "Exit, Choice or Loyalty: Patient Driven Competition in Primary Care." *Annals of Public and Cooperative Economics* 78: 501 - 535.
- Levesque J. F., Harris M. F., et al. (2013). "Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations." *Int J Equity Health* 12: 18.
- Ludwick D., Manca D., et al. (2010). "Primary care physicians' experiences with electronic medical records: implementation experience in community, urban, hospital, and academic family medicine." *Can Fam Physician* 56(1): 40-47.
- Manary M. P., Boulding W., et al. (2013). "The patient experience and health outcomes." *N Engl J Med* 368(3): 201-203.
- Marquis J.-F. (2013). "Etat de santé, renoncement aux soins et pauvreté." *Actualité OFS* 14 Santé(1338-1300).
- Marshall M. N., Shekelle P. G., et al. (2003). "Can health care quality indicators be transferred between countries?" *Qual Saf Health Care* 12(1): 8-12.
- McColl A., Roderick P., et al. (1998). "What do health authorities think of population based health outcome indicators?" *Qual Health Care* 7(2): 90-97.
- McDonald J., Davies G., et al. (2007). "What can the experiences of primary care organisations in England, Scotland and New Zealand suggest about the potential role of Divisions of General Practice

- and Primary Care Networks/Partnerships in addressing Australian challenges?" *Aust J Prim Health* 13: 46 - 55.
- Mercay C. (2015). Médecins de premier recours- Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale. OBSAN Dossier. O. s. d. l. s. (OBSAN). Neuchâtel, OBSAN 50.
- Merçay C. (2016). Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale, Observatoire suisse de la santé (Obsan).
- Meyer B., Rohner B., et al. (2016). "Hausse continue des tâches administratives." *Bulletin des médecins suisses* 97(1): 6-8.
- Meyer K. (2008). *La santé en Suisse, Rapport national sur la santé 2008*. Observatoire suisse de la santé. Neuchâtel.
- Moore A., Patterson C., et al. (2012). "Interprofessional and integrated care of the elderly in a family health team." *Can Fam Physician* 58(8): e436-441.
- Nivel (2014). "Raw data of the Phameu Study (online)."
- O'Malley A. S., Grossman J. M., et al. (2010). "Are electronic medical records helpful for care coordination? Experiences of physician practices." *J Gen Intern Med* 25(3): 177-185.
- OBSAN (2014-2016). "Homepage." de <http://www.obsan.admin.ch/fr/lobsan>.
- Ochs N., Cornuz J., et al. (2015). "Médecine de famille et coordination des soins: revue de la littérature et perspectives pour le canton de Vaud." de <http://www.pmu-lausanne.ch/pmu-recherche-publications-coordination-soins-vaud.pdf>.
- OECD (2013). "Health expenditure and financing: Health expenditure indicators." de <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>.
- OECD (2015). *Health at a glance 2015: OECD Indicators*. Paris.
- OECD/WHO (2011). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011*.
- Office fédéral de la santé publique et DemoSCOPE Research&Marketing (2014). "Enquête téléphonique visant à déterminer le taux de vaccination contre la grippe pour la saison 2013/2014.".
- OFS (2012a). *Enquete Suisse sur la santé 2012*. Neuchatel, Bundesamt für Statistik.
- OFS (2012b). *Le mélanome de la peau: état des lieux et prévention*. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- OFS (2013). "Etat de santé, renoncement aux soins et pauvreté: Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) 2011." OFS.
- OFS (2014a). *Cancer - Données, indicateurs*. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- OFS (2014b). "Etat et structure de la population – Indicateurs." STATPOP. de http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/raeumliche_verteilung/kantone_gemeinden.html.
- OFS (2014c, 28.10.2014). "Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungen und Finanzierungsregimes 2012." de http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/perspektive_der_direktzahler.html.
- OFS (2014d). "Statistiques de la santé 2014." *Statistique de la Suisse* 1291-1400(14 Santé).
- OFS (2015, 18.04.2016). "Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungen und Finanzierungsregimes 2013." de http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/perspektive_der_direktzahler.html.
- OFSP (2010). "Situation actuelle de la médecine de premier recours." *Rapport du Conseil fédéral en exécution du postulat de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS- CE) 07 3279*
- Revalorisation de la médecine de famille» ainsi que du postulat de même teneur de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-CN) 07.356.
- OFSP (2012). "Monitoring Suisse des Addictions." de <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/index.html?lang=fr>.
- OFSP (2014). *Gesundheitsberufe- Berufsausübungsbewilligungen 2013*. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- OFSP (2014-2016). "Homepage." de <http://www.bag.admin.ch/>.
- OFSP (2015a). *BAG Bulletin B. f. Gesundheit*. Bern, OFSP. 37/15.

- OFSP (2015b). "Faktenblatt „Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung“." Santé 2020. de <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/13932/13933/14198/index.html?lang=fr>.
- OFSP (2015c). "Gesundheitsberufe." de <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/>.
- OFSP (2015d). Stratégie Antibiorésistance. B. f. Gesundheit. Bern.
- Osborn R., Moulds D., et al. (2015). "Primary Care Physicians In Ten Countries Report Challenges Caring For Patients With Complex Health Needs." *Health Aff (Millwood)* 34(12): 2104-2112.
- Pasche O., Staeger P., et al. (2011). "La lombalgie aiguë en médecine de premier recours." *Rev Med Suisse* 7: 2343-2346
- Petrini L. et Sturny I. (2013). *Erfahrungen der Allgemeinbevölkerung im Gesundheitssystem: Situation in der Schweiz und internationaler Vergleich. OBSAN Dossier 26. OBSAN. Neuchâtel, Schweizer Gesundheitsobservatorium. 26.*
- Petticrew M. et Roberts H. (2003). "Evidence, hierarchies, and typologies: horses for courses." *J Epidemiol Community Health* 57(7): 527-529.
- Peytremann-Bridevaux I., Bordet J., et al. (2013). "Diabetes care in Switzerland: good, but perfectible: a population-based cross-sectional survey." *BMC Health Serv Res* 13: 232.
- pharmaSuisse (2014). "Pharmacies suisses 2014." *Pharm World Sci*: 30-35.
- Pineault R., Levesque J.-F., et al. (2009). *Accessibility and continuity of care: a study of primary healthcare in Québec. Research report presented to the Canadian institutes of health research and the Canadian health services research foundation. Lemoyne, Gouvernement du Québec et Centre de recherche de l'Hôpital Charles. 86.*
- Powell Davies G., Williams A. M., et al. (2008). "Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review." *Med J Aust* 188(8 Suppl): S65-68.
- QUALICOPC (2014). *Pleins feux sur les aspects de soins primaires les plus appréciés par les patients actuels de nos pratiques de soins primaires. Rapport. QUALICOPC(qualité et coûts des soins primaires) Canada. Ottawa, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.*
- Rodondi N. (2011). "[Dyslipidemias: is it necessary to treat or not treat? An approach based on scientific evidence in 2011]." *Rev Med Suisse* 7(294): 1037-1038.
- Rodondi N., Auer R., et al. (2012). "Atherosclerosis screening by noninvasive imaging for cardiovascular prevention: a systematic review." *J Gen Intern Med* 27(2): 220-231.
- Roth M. et Schmidt V. (2010). "Inventaire d'une sélection des banques de données sur la santé en Suisse." *OBSAN Obsan Rapport* 38.
- Ruiz-Canela-Caceres J., Aquino-Llinares N., et al. (2014). "Indicators for childhood asthma in Spain, using the Rand method." *Allergol Immunopathol (Madr)*.
- Sans-Corrales M., Pujol-Ribera E., et al. (2006). "Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs." *Fam Pract* 23: 308 - 316.
- Santésuisse (2011). "Assureurs maladies - Fait et chiffres." Santésuisse.
- SASIS (2015). "Alternative insurance models compared to standard insurance models, 2010-2014 ". Consulté le 22.02.2016, de <https://www.sasis.ch/fr/document/14485>.
- SASIS (2016). "Datenpool." de <https://www.sasis.ch/de/472>.
- Schafer W. L., Boerma W. G., et al. (2011). "QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care." *BMC Fam Pract* 12: 115.
- Schafer W. L., Boerma W. G., et al. (2013). "Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries." *Qual Prim Care* 21(2): 67-79.
- Schonlau M., Martin L., et al. (2011). "Patients' literacy skills: more than just reading ability." *J Health Commun* 16(10): 1046-1054.
- Schuler D. et Burla L. (2012). "La santé psychique en Suisse." *OBSAN Rapport* 52 52: 40-48.
- Sebo P., Herrmann F. R., et al. (2015). "How do GPs in Switzerland perceive their patients' satisfaction and expectations? An observational study." *BMJ Open* 5(6): e007085.
- Seematter-Bagnoud L., Junod J., et al. (2008). *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030 (Obsan Document de travail 33). Neuchâtel: Observatoire Suisse de la santé.*
- Selby K., Cornuz J., et al. (2015a). "Establishment of a Representative Practice-based Research Network (PBRN) for the Monitoring of Primary Care in Switzerland." *J Am Board Fam Med* 28(5): 673-675.

- Selby K., Gaspoz J. M., et al. (2015b). "Creating a list of low-value health care activities in Swiss primary care." *JAMA Intern Med* 175(4): 640-642.
- Senn N. (2013). "Le programme SPAM: développement d'un outil pour investiguer le fonctionnement de la médecine de premier recours." *Revue Médicale Suisse* 9: 19-21.
- Senn N., Ebert S. T., et al. (2013). "SPAM Network of family physicians: towards a better understanding of primary care in Switzerland." Oral presentation, Annual Conference of the North American Primary Care Researcher Group.
- Shi L. (2012). "The impact of primary care: a focused review." *Scientifica (Cairo)* 2012: 432892.
- Simoens S. et Giuffrida A. (2004). "The impact of physician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system: An international comparison." *Appl Health Econ Health Policy* 3: 39 - 46.
- Smith S. M., Soubhi H., et al. (2012). "Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings." *Cochrane Database Syst Rev* 4: Cd006560.
- Starfield B. (1998). *Primary care, Balancing Health Needs, Services and Technologies* Oxford University Press.
- Starfield B. (2006). "State of the Art in Research on Equity in Health." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 31: 11 - 32.
- Starfield B., Shi L., et al. (2005). "Contribution of primary care to health systems and health." *Milbank Q* 83: 457 - 502.
- Stille C., Jerant A., et al. (2005). "Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: A key role for the generalist in practice." *Ann Intern Med* 142: 700 - 708.
- Suisse C. f. (2011). "Rapport explicatif sur le contre-projet direct à l'initiative populaire "Oui à la médecine de famille", "
- Sütterlin B., Burgermeister L., et al. (2016). "Evaluation de la formation postgraduée." *Bulletin des médecins suisses* 97(5): 168-171.
- Tandjung R., Hanhart A., et al. (2015). "Referral rates in Swiss primary care with a special emphasis on reasons for encounter." *Swiss Med Wkly* 145: w14244.
- Timbie J., Damberg C., et al. (2012). "A conceptual framework and protocol for defining clinical decision support objectives applicable to medical specialties." *BMC Medical Informatics and Decision Making* 12(1): 93.
- Tschudi P. et Stricker B. (2015). *Mut zur Wut - Die Geschichte der Volksinitiative "Ja zur Hausarztmedizin" 2006-2014*, EMH Schweizer Aertzeverlag.
- Valentine N., Darby C., et al. (2008). "Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries." *Soc Sci Med* 66(9): 1939-1950.
- Van der Feltz-Cornelis C. M., Van Oppen P., et al. (2004). "A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation." *Gen Hosp Psychiatry* 26(2): 115-120.
- van der Ploeg E., Depla M. F., et al. (2008). "Developing quality indicators for general practice care for vulnerable elders; transfer from US to The Netherlands." *Qual Saf Health Care* 17(4): 291-295.
- Vanselow N. A., Donaldson M. S., et al. (1995). "From the Institute of Medicine." *JAMA* 273(3): 192.
- Vaucher P., Bischoff T., et al. (2012). "Detecting and measuring deprivation in primary care: development, reliability and validity of a self-reported questionnaire: the DiPCare-Q." *BMJ Open* 2(1): e000692.
- Verdon F. (2012). "Revenus médicaux suisses en pratique privée: évolution sur vingt ans." *Bulletin des médecins suisses* 93(22): 830-833.
- Vilpert S. (2012). "Médecins de premier recours – Situation en Suisse et comparaison internationale." *OBSAN Obsan Dossier* 22.
- West C. P. et Dupras D. M. (2012). "General medicine vs subspecialty career plans among internal medicine residents." *JAMA* 308(21): 2241-2247.
- WHO (2008). *The World Health Report: Primary Health Care - Now More Than Ever*.
- WHO (2009). "Definition of DDD." de http://www.whocc.no/ddd/definition_and_general_considera/.
- WHO (2014, 06.02.2015). "Global Health Observatory Data Repository." Online tool. de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.3?lang=en>.

- WHO (2015a). People-centred and integrated health services: an overview of the evidence Geneva, WHO. WHO interim report March 2015
- WHO (2015b). WHO global strategy on people-centred and integrated health services WHO. Geneva, WHO. WHO/HIS/SDS/2015.6 and 2015.7
- Wilhelmsson S. et Lindberg M. (2007). "Prevention and health promotion and evidence-based fields of nursing - a literature review." *Int J Nurs Pract* 13: 254 - 265.
- Wilson A. et Childs S. (2002). "The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review." *Br J Gen Pract* 52(485): 1012-1020.
- Wolff H., Gaspoz J. M., et al. (2011). "Health care renunciation for economic reasons in Switzerland." *Swiss Med Wkly* 141: w13165.
- Wong S. T. et Haggerty J. (2013). *Measuring patient experiences in primary health care*. Vancouver, UBC Centre for Health Services and Policy Research.

7 Annexe: Indicators Report

Index of indicators

1	Accessibility	73
1.1	Access to the Health Care System	73
1.1.1	Development of Workforce Supply	73
	1 % by which the density of GPs has increased or reduced over the most recent available 1 year period?	73
1.1.2	Density available PC workforce	75
	2 Density of GPs per 100'000 population	75
1.1.3	GP – Specialist Ratio.....	77
	3 Ratio of GPs / other medical specialists.....	77
1.1.4	Age distribution of GPs	79
	4 Mean age of practicing GPs on NATIONAL LEVEL	79
1.1.5	Social Accessibility.....	80
	5 Average time for patients to travel from their home to their GPs independently of the mean of transport in RURAL AREAS.....	80
1.2	Funding of Healthcare.....	82
1.2.1	Total PC Expenditure	82
	6 Ratio of total expenditure on FM / total expenditure on health	82
1.2.2	Expenditure on prevention and public health	84
	7 Ratio of total expenditure on prevention / total expenditure on health.....	84
1.2.3	Social Accessibility.....	86
	8 % of practicing GPs that are salaried by an INTEGRATED CARE ORGANIZATION.....	86
1.2.4	Income of GPs	88
	9 Annual median income of a GP on NATIONAL level.....	88
1.2.5	Financial status of GPs compared to specialists	89
	10 Ratio of annual median income of GPs / the annual median income of other SPECIALISTS	89
1.2.6	Cost-sharing for GP care.....	90
	11 % of patients co-payment (frankness + quote-part) for visit to GP as a ratio of total cost for visit to the GP	90
1.2.7	Medical insurances.....	92
	12 % of patients with complementary insurance	92
1.3	Organization of resources	94
1.3.1	Gate keeping system.....	94
	13 % of patients with "family medicine model" insurance contracts	94
	14 % of patients accessing other medical disciplines without referral of GP in the previous 12 months	96
2	Health Care	98
2.1	Medical education.....	98
2.1.1	Medical graduate trained in family medicine.....	98
	15 Ratio of federal titles in General Internal Medicine and medical practitioners / total number of federal titles.....	98
2.1.2	New family medicine practices	100
	16 Ratio of specialists with federal titles in General Internal Medicine or medical practitioners with a new practice licence / total number of physicians with a new practice licence.....	100

3	Workflow of resources	102
3.1	Workload of GPs	102
	17 Mean number of working hours per week of GPs	102
	18 % of GPs keeping (or reporting to keep) electronic medical records for all patient contacts	103
	19 % of specialists' communication back to referring GP after an episode of treatment	105
3.2	Shared practice	106
	20 % of GPs working in solo practice	106
	21 % of GPs in PC group practices with other medical specialists	108
3.3	Duration of consultation	110
	22 Mean consultation length of GPs'	110
3.4	GP consultations	111
	23 Number of GP consultations per capita per year	111
4	Content of Health Care	112
4.1	Clinical care	112
4.1.1	Medical equipment available	112
	24 % of GPs in PC practices having the following equipment: RADIOLOGY EQUIPMENT (X-Ray)	112
	25 % of GPs in PC practices having the following equipment: Laboratory	114
	26 % of GPs in PC practices having the following equipment: ELECTROCARDIOGRAPH (ECG	115
	27 % of GPs fully licensed for DRUG DISPENSARY	116
4.1.2	First Contact Care	117
	28 % of GPs providing first contact care for patients with psychosocial problems (eg: women aged 50)	117
	29 % of GPs providing first contact care for patients with alcohol addiction problems (eg: 52 years old men)	119
4.1.3	Treatment and follow up of Diseases	121
	30 % of GPs providing treatment/follow-up care for patients with lower back pain	121
4.1.4	Treatment and follow up of Diseases	123
	31 % of GPs providing treatment/follow-up care for patients with depression	123
	32 % of GPs providing treatment/follow-up care for patients living in a home for elderly	125
4.1.5	Medical Technical Procedures	127
	33 % of GPs providing wound suturing	127
4.1.6	GP Contacts without Referral	129
	34 % of total patient contacts handled solely by GPs without referrals to other providers	129
4.1.7	Health Promotion	131
	35 % of GPs who offer individual counseling in case of obesity to their patients	131
	36 % of GPs who offer health education to their patients concerning smoking	132
	37 % of GPs who offer health education to their patients concerning problematic alcohol consumption	134
4.1.8	Preventive Care	136
	38 % of GPs providing:SKIN SCREENING (FOR SKIN CANCER)c	136
	39 % of GPs providing: INFLUENZA VACCINATION FOR GROUPS AT RISK	137
	40 % of GPs providing: BLOOD SUGAR CONTROL	139
	41 % of GPs keeping record of WEIGHT	140

42 % of GPs providing: CHOLESTEROL LEVEL CONTROL	141
5 Status of Patient's Health.....	143
5.1 General	143
5.1.1 Antibiotics consumption.....	143
43 Defined daily doses of antibiotic (DDD) prescription in ambulatory care per 1000 inhabitants per day	143
5.2 Chronic Care	145
5.2.1 Diabetes care	145
44 % of diabetic patients aged >35 years with overweight or obesity and BMI measured in the last 12 months	145
5.2.2 COPD Care.....	147
45 % of patients with COPD that have had a follow-up visit in primary care during the last year	147
5.2.3 Control of Hypertension	149
46 % of patients identified as hypertensive whose BP was recorded in the last 12 months	149
5.2.4 Use of angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE) in patients with heart failure	151
47 % of patients with heart failure who have a prescription for ACE inhibitors.....	151
5.3 Prevention.....	153
5.3.1 Influenza Vaccination of at Risk Patients	153
48 % population at risk vaccinated against influenza.....	153
5.3.2 Breast Cancer Screening.....	155
49 % of the recommended female population who had at least 1 mammogram in the past 2 years.....	155
5.3.3 Cervical Cancer Screening.....	157
50 % of the recommended population of who had at least 1 Pap test in the last 3 years.....	157
5.3.4 Aspirin for Patients at high Risk of Coronary or Ischemic Cerebrovascular Events	159
51 % of patients with diagnosis of ischemic heart disease (IHD) who take Aspirin	159
5.3.5 Smoking Cessation.....	160
52 % of patients whose smoking status is recorded.....	160
53 % of patients who are current smokers and have received advice on smoking cessation or nicotine replacement therapy by their GP.....	161
5.4 Patients satisfaction	163
5.4.1 Patient satisfaction with the GP (PDRQ-9).....	163
54 % of patients who are satisfied with their relation with their GPs	163
6 Equity.....	165
6.1 Access	165
6.1.1 Restriction of access to GP	165
55 % of patients who postponed or abstained from a visit to his or another GP when it was needed in the past 12 months.....	165
6.1.2 Psychological needs asked by GP	167
56 % of GP practices having elaborated and/ or adopted procedures to meet the psycho-social needs of patients.....	167

1 Accessibility

1.1 Access to the Health Care System

1.1.1 Development of Workforce Supply

1	% by which the density of GPs has increased or reduced over the most recent available 1 year period?
Descriptive Definition	This indicator describes the evolution of the General practitioners' (GPs') density over time in Switzerland.
Results	
Indicator 2014	↑1% over one year (2013-2014)
Indicator raw data	2014: Swiss Population, permanent residents in Switzerland (OFS 2014) = 8,24 Mio ; Active GPs (FMH 2014): n=1421(MP)+7274 (GIM)=8695 ; GPs/100'000 population =105,5 2013: Swiss Population, permanent residents in Switzerland (OFS 2014) =8,14 Mio; Active GPs (FMH 2014) n=1271(MP)+7233 (GIM)=8504; GPs/100'000 population =104,5
Data Source	myFMH Online tool (FMH 2014) Federal Office of Statistics (OFS) (OFS 2014)
Quality of Data Source	4
Previous results	2,2%↑ over one year (2012-2013) 2012: Swiss Population, permanent residents in Switzerland [n x103] (OFS 2014): n=8039,1; Active GPs (FMH 2014) n=1092 (MP) +7126 (GIM) =8218 ; GPs/100'000 population =102,2
Graphic chart	
Indicator Rationale	Literature indicates that population health outcomes are positively associated with a good access to PC providers(Starfield et al. 2005; Glazier 2007; Lee et al. 2007; Kringos et al. 2010). Demographic evolution scenarios of the ageing health care provider and population indicate that intensified strategies to secure sufficient provider supply are an urgent need in the next 10 years(OECD/WHO 2011).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs (year2 - year1)}}{\text{Number of GPs (year1)}/100'000 \text{ population}}$
	Descriptive Definition Total number of GPs in Switzerland per 100'000 population, evolution over the previous year
	Inclusions GPs: GP with at least one of the following federal specialist title: Medical practitioner (MP), General Internal Medicine (GIM) (ambulatory). Population: Permanent residents in Switzerland including asylum applicants staying for at least a 12 months period in Switzerland Data of the previous year
	Exclusions Physicians with other federal specialist titles Hospital GPs Population: Not registered community, people with tourist- or short stay-visas
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process

Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	The indicator allows an analysis of the national evolution and international comparison of GPs' density, the offer of health care and its tendencies over time. It is a common way to describe access to PC, but there are limitations in the interpretation of the data if presented as a physician to population ratio as neither population or patient population are characterized (Bellan et Buske 2007; Kringos et al. 2010)
Notes	<p>Definition of Terms</p> <p>PC =Primary Care; PHC= Primary Health Care; GP = general practitioner with a professional license (specialist title in general internal medicine and medical practitioner). GIM= physician with a professional license and federal specialist title in General Internal Medicine (before 2011: Internal Medicine and General Medicine) ; MP = physician with a federal specialist title and professional license as a medical practitioner .Professional license means that the physician has a license to work independently in a private practice. The level of activity of each licensed GP cannot be established with the available data. The count is a "per head" count.</p> <p>The availability of Data before 2012 is limited. The Data Sources from 2008-2011 from the Swiss Medical Association (FMH) contain only in the association registered members and are based on their voluntary data provision. From 2012, the statistic of medical doctors from the FMH is partially based on the members database and in some fields automatic updates between MedReg (registry of medical professions) and the FMH database are conducted (e.g. federal titles). Concerning the main activity of a doctor, the data is based either on auto-declaration or, if missing, the last acquired federal title chosen. Activity is stated if: approbation as doctor, valid professional address, existing contracts with the basic health insurance, registered in the corresponding member category .For the population data, the method changed in 2011(1970 - 2010: ESPOP; from 2011: STATPOP) which permitted to have more reliable data and less estimated or extrapolated data.</p>

References

- Bellan L. et Buske L. (2007). "Ophthalmology human resource projections: are we heading for a crisis in the next 15 years?" *Can J Ophthalmol* 42(1): 34-38.
- FMH (2014). "Statistique médicale de la FMH " 24.03.2015. de <http://aerztstatistik.myfmh2.fmh.ch/>.
- Glazier R. H. (2007). "Balancing equity issues in health systems: perspectives of primary healthcare." *Healthc Pap* 8 Spec No: 35-45.
- Kringos D. S., Boerma W. G., et al. (2010). "The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions." *BMC Health Serv Res* 10: 65.
- Lee A., Kiyu A., et al. (2007). "Improving health and building human capital through an effective primary care system." *J Urban Health* 84: i75 - i85.
- OECD/WHO (2011). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011*.
- OFS (2014). "Etat et structure de la population – Indicateurs." STATPOP. de http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/raeumliche_verteilung/kantone__gemeinden.html.
- Starfield B., Shi L., et al. (2005). "Contribution of primary care to health systems and health." *Milbank Q* 83: 457 - 502.

1.1.2 Density available PC workforce

2 Density of GPs per 100'000 population	
Descriptive Definition	This indicator describes the density of GPs in Switzerland.
Results	
Indicator 2014	105,5 GPs/100'000 population
Indicator raw data	2014: Swiss Population, permanent residents in Switzerland (OFS, 2014): 8,24 Mio ; Active GPs (FMH, 2014) n=1421(MP)+7274 (GIM)=8695 ; GPs/100'000 population =105,5
Data Source	myFMH Online tool 2014 (FMH, 2014) Federal Office of Statistics (OFS); 31.12. of the noted year (OFS, 2014)
Quality of Data Source	4
Previous results	104,5 GPs/100'000 population 2013: Swiss Population, permanent residents in Switzerland (OFS, 2014): 8,14 Mio; Active GPs (FMH, 2014) n=1271(MP)+7233 (GIM)=8504; GPs/100'000 population =104,5
Graphic chart	
Indicator Rationale	Literature indicates that population health outcomes are positively associated with a good access to PC providers(Glazier, 2007; Kringos et al., 2010; Lee et al., 2007; Starfield et al., 2005). Demographic evolution scenarios of the ageing health care provider and population indicate that intensified strategies to secure sufficient provider supply are an urgent need in the next 10 years(OECD/WHO, 2011)
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs}}{100'000 \text{ population}}$
Numerator	Descriptive Definition Total number of GPs in Switzerland Inclusions GPs: GP with at least one of the following federal specialist title: Medical practitioner (MP), General Internal Medicine (GIM) (ambulatory). Data of the previous year Exclusions Physicians with other federal specialist title Hospital GPs
Denominator	Descriptive Definition Total Population of Switzerland as registered in National Statistics Inclusions Permanent residents in Switzerland including asylum applicants staying for a 12 months period in Switzerland. Data of the previous year Exclusions Not registered community, tourist- or short stay-visas
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator

Interpretation The indicator allows an analysis of the national evolution and international comparison of GPs' density, the offer of health care and its tendencies over time. It is a common way to describe access to PC, but there are limitations in the interpretation of the data if presented as a physician to population ratio as neither population or patient population are characterized (Bellan & Buske, 2007; Kringos et al., 2010)

Notes

Definitions of Terms

PC =Primary Care; PHC= Primary Health Care; GP = general practitioner with a professional license (specialist title in general internal medicine and medical practitioner). GIM= physician with a professional license and federal specialist title in General Internal Medicine (before 2011: Internal Medicine and General Medicine) ; MP = physician with a federal specialist title and professional license as a medical practitioner .Professional license means that the physician has a license to work independently in a private practice. The level of activity of each licensed GP cannot be established with the available data. The count is a "per head" count. Foreign titles which have been recognized by the ISFM are counted as federal titles.

The availability of Data before 2012 is limited. The Data Sources from 2008-2011 from the Swiss Medical Association (FMH) contain only in the association registered members and are based on their voluntary data provision. From 2012, the statistic of medical doctors from the FMH is partially based on the members database and in some fields automatic updates between MedReg (registry of medical professions) and the FMH database are conducted (e.g. federal titles). Concerning the main activity of a doctor, the data is based either on auto-declaration or, if missing, the last acquired federal title chosen. Activity is stated if: approbation as doctor, valid professional address, existing contracts with the basic health insurance, registered in the corresponding member category .For the population data, the method changed in 2011(1970 - 2010: ESPOP; from 2011: STATPOP) which permitted to have more reliable data and less estimated or extrapolated data.

References

- Bellan, L. & Buske, L. (2007). Ophthalmology human resource projections: are we heading for a crisis in the next 15 years? *Can J Ophthalmol*, 42(1): 34-38.
- FMH (2014). Statistique médicale de la FMH 24.03.2015. <http://aerztstatistik.myfmh2.fmh.ch/> (Consulté).
- Glazier, R.H. (2007). Balancing equity issues in health systems: perspectives of primary healthcare. *Healthc Pap*, 8 Spec No: 35-45.
- Kringos, D.S., Boerma, W.G., Hutchinson, A., van der Zee, J. & Groenewegen, P.P. (2010). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *BMC Health Serv Res*, 10: 65.
- Lee, A., Kiyu, A., Milman, H. & Jimenez, J. (2007). Improving health and building human capital through an effective primary care system. *J Urban Health*, 84: i75 - i85.
- OECD/WHO (2011). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011* (Nr. ISBN 978-92-64-12090-7).
- OFS (2014). Etat et structure de la population – Indicateurs. *STATPOP*: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/bfs/raeumliche_verteilung/kantone__gemeinden.html (Consulté).
- Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 83: 457 - 502.

1.1.3 GP – Specialist Ratio

3	Ratio of GPs / other medical specialists
Descriptive Definition	This indicator describes the proportion of practicing GPs compared to all other medical specialties.
Results	
Indicator 2014	0,76
Indicator raw data	2014: All federal medical specialists n=20141; GPs n= 8695; physicians with other federal medical specialist titles n=11446
Data Source	myFMH Online tool 2014 (FMH, 2014)
Quality of Data Source	4
Previous findings	0,75 2013: All federal medical specialists n=19738; GPs n=8504; physicians with other federal medical specialist titles n= 11234
Graphic chart	
Indicator Rationale	Literature indicates that population health outcomes are positively associated with a good access to PC providers (Glazier, 2007; Kringos et al., 2010; Lee et al., 2007; Starfield et al., 2005).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Total number of GPs}}{\text{Number of all other medical specialists}}$
Numerator	<p>Descriptive Definition Total number of GPs in Switzerland</p> <p>Inclusions GPs: GP with at least one of the following federal specialist title: Medical practitioner (MP), General Internal Medicine (GIM) (ambulatory). Data of the previous year</p> <p>Exclusions Physicians with other federal medical specialist titles</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of physicians with other federal specialist titles than MP and GIM in Switzerland</p> <p>Inclusions All physicians with other federal specialist title</p> <p>Exclusions GPs: GP with at least one of the following federal specialist title: Medical practitioner (MP), General Internal Medicine (GIM) (ambulatory)</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process.
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	The indicator allows an analysis of the national evolution and international comparison of GPs to other specialists' ratio, the offer of health care and its tendencies
Notes	Foreign titles which have been recognized by the ISFM are counted as federal titles.

References

- FMH (2014). Statistique médicale de la FMH 24.03.2015. <http://aerztestatistik.myfmh2.fmh.ch/> (Consulté).
- Glazier, R.H. (2007). Balancing equity issues in health systems: perspectives of primary healthcare. *Healthc Pap*, 8 Spec No: 35-45.
- Kringos, D.S., Boerma, W.G., Hutchinson, A., van der Zee, J. & Groenewegen, P.P. (2010). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *BMC Health Serv Res*, 10: 65.
- Lee, A., Kiyu, A., Milman, H. & Jimenez, J. (2007). Improving health and building human capital through an effective primary care system. *J Urban Health*, 84: i75 - i85.
- Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 83: 457 - 502.

1.1.4 Age distribution of GPs

4	Mean age of practicing GPs on NATIONAL LEVEL
Descriptive Definition	The indicator describes the evolution of the GP's mean age.
Results	
Indicator 2014	54 years
Indicator raw data	2014: GPs registered in myFMH-online tool; mean age 2014: 54,1 years
Data Source	myFMH Online tool 2014 (FMH 2014); special extraction by FMH (27.04.2015)
Quality of Data Source	5
Previous findings	53,9 years in 2013 52,8 years in 2010 myFMH Online tool 2014 (FMH 2014); special extraction by FMH (27.04.2015)
Graphic chart	
Indicator Rationale	Many GP's approach the age of retirement and have to be replaced. They have difficulties to find successors. Women retire in general in Switzerland with 64, men with 65 years.
Method of Calculation	
Formula	Mean age of GPs in myFMH Online tool
	Inclusions GPs registered in myFMH Online tool
	Exclusions All other federal specialist titles
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	Primary indicators: Median age of practicing GPs by linguistic region, canton, urban and rural areas.
Interpretation	The indicator contributes to the analysis of actual demographic characteristics of qualified GPs.
Notes	The FMH (Swiss Medical Association database contains data from their members and subscribed doctors who update their data in an online questionnaire. The availability of Data before 2012 is limited. The Data Sources from 2008-2011 from the Swiss Medical Association (FMH) contain only in the association registered members and are based on their voluntary data provision. From 2012, the statistic of medical doctors from the FMH is partially based on the members database and in some fields automatic updates between MedReg (registry of medical professions) and the FMH database are conducted (e.g. federal titles). All specialists with a federal specialist title need to be registered in the database to update their information about mandatory continuing education.

References

FMH (2014). "Statistique médicale de la FMH " 24.03.2015. de <http://aerztstatistik.myfmh2.fmh.ch/>.

1.1.5 Social Accessibility

5	Average time for patients to travel from their home to their GPs independently of the mean of transport in RURAL AREAS
Descriptive Definition	The indicator describes patients' accessibility to PC in rural areas. The distance is estimated by the patients in minutes, independently of the mean of transport.
Results	
Indicator 2014	NO DATA
Indicator raw data	
Data Source	
Quality of Data Source	
Similar findings	<p>< 20min on National level in 80% of the patients in 2012</p> <p>2012: Patients of the SPAM GPs network were asked the question: How long does it usually take you to travel from your home to this practice? (independent of mean of travel and area). $n_{tot} = 1791$ patients; Answers: "no data" $n = 6$ (0.3%); "< 20 min" $n = 1435$ (80.1%); "20-40 min" $n = 297$ (16,6%); "40-60min" $n = 47$ (2,6%); "> 1h" $n = 6$ (0.3%). (QUALICOPC Switzerland 2012 - report)</p>
Graphic chart	
Indicator Rationale	From the PHAMEU study: "Accessibility of care and consultation time are associated with improvements in the level of population health" (Sans-Corrales et al. 2006)" (Kringos et al. 2010). "The distance is part of the social accessibility as the need of transportation to reach a GP's practice might discriminate patients with lack of transportation equipment or financial resources for long distance public transport" (Schafer et al. 2011).
Method of Calculation	
Formula	Average time for patients to travel from their home to their GPs independently of the mean of transport by RURAL AREAS [min]
Numerator	<p>Descriptive Definition</p> <p>Sum of all travel times in minutes for patients to travel from their home to their GPs in the last 12 months.</p> <p>Inclusions</p> <p>GP's patients participating in the underlying survey</p> <p>All mean of transports (preferred or usually used mean of transport: walk, bike, car, bus, train.)</p> <p>Time calculated with normal traffic</p> <p>Independent of the reason for the visit</p> <p>Door to door-time</p> <p>Exclusions</p> <p>–</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition</p> <p>Total number of patients visits at their GPs in the last 12 months</p> <p>Inclusions</p> <p>GP's patients participating in the underlying survey</p> <p>Independent of the reason for the visit</p> <p>Exclusions</p> <p>–</p>

Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process; Secondary indicator with sub indicators (cf. notes)
Indicator sub-categories	<ol style="list-style-type: none"> 1. Average time for patients to travel from their home to their GPs independently of the mean of transport by RURAL AREAS ≤ 20 min 2. Average time for patients to travel from their home to their GPs independently of the mean of transport by RURAL AREAS ≥ 21 to 40 min 3. Average time for patients to travel from their home to their GPs independently of the mean of transport by RURAL AREAS ≥ 41 to 60 min 4. Average time for patients to travel from their home to their GPs independently of the mean of transport by RURAL AREAS ≥ 61 min
Interpretation	The Length of the travel time from the patient's home to the PC might present a barrier in terms of accessibility of care when needed. It might reflect a relative shortage of GPs in rural area.
Notes	Two distinct measurements for the description of the distance are used (the time necessary to go the distance from home to the PC (min) and the area covered around a practice (km)). The use of time to describe a distance provides valuable information in regions with difficulties of access, such as rural areas. The data about the area covered by a practice is often described in km.

References

- Kringos D. S., Boerma W. G., et al. (2010). "The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions." *BMC Health Serv Res* 10: 65.
- Sans-Corrales M., Pujol-Ribera E., et al. (2006). "Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs." *Fam Pract* 23: 308 - 316.
- Schafer W. L., Boerma W. G., et al. (2011). "QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care." *BMC Fam Pract* 12: 115.

1.2 Funding of Healthcare

1.2.1 Total PC Expenditure

6 Ratio of total expenditure on FM / total expenditure on health	
Descriptive Definition	Description of the financial expenditures of FM in regards to the total costs of the Health Care System in Switzerland.
Results	
Indicator 2013	7,94%
Indicator raw data	<p>2013:</p> <p>Total costs of the Health care System: 69'226,7 Mio</p> <p>Ambulatory costs: 21'846,0 Mio (31,6%)</p> <p>Total costs physicians (ambulatory): 12'491,0 Mio (18,0%) (MHI Costs of General Internal Medicine 2'796 Mio (34,6%), Medical practitioner 369 Mio (4,6%), group practices: 387 Mio (4,8%) (SASIS)) ;</p> <p>Estimate of costs attributed to FM out of all ambulatory medical costs (SASIS, analyses Obsan): 44%</p> <p>Costs of FM [CHF] = 5' 496,0 Mio (=12'491,0 Mio x 0,44)</p>
Data Source	Federal Office of Statistics (OFS) 23.02.2016; special data extraction OBSAN/SASIS (26.02.2015)
Quality of Data Source	4
Previous findings	<p>7,77%</p> <p>2007: Costs of PC care (ambulatory) [CHF]: 4'290,9 Mio = if estimated as 44% of the total expenditures on health (SASIS 2016)</p> <p>Total costs of the Health care System= 55'214,9 Mio</p> <p>Physicians (ambulatory): 9'752,2 Mio (17,7%)</p> <p>Physicians care: 7'856,3 Mio (14,2%)</p> <p>2010: PHAMEU study Switzerland (Kringos D. 2015) original: Office fédéral de la statistique(OFS 2014)</p>
Graphic chart	
Indicator Rationale	In the literature, an association of a good coverage of PC services and lower costs for the health system is discussed. This might be related to a positive impact on preventive care measures and reduction of hospital admissions (Starfield et al. 2005).
Method of Calculation	
Formula	Total cost of FM / total cost of Health care [CHF]
Numerator	<p>Descriptive Definition</p> <p>Amount of national expenditure for PC</p> <p>Inclusions</p> <p>Expenditure on PC physicians (GP with at least one of the following federal specialist title: Medical practitioner (MP), General Internal Medicine (GIM), group practices (ambulatory) Treatment and other costs by a GP</p> <p>Exclusions</p> <p>Treatment by specialists in- or outpatient hospital care</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition</p> <p>Amount of national expenditure on health care (Federal budget)</p> <p>Inclusions</p> <p>Expenditure on physicians in ambulatory care</p>

	<p>All hospital inpatient and outpatient related expenditures</p> <p>Dental care</p> <p>Physio- and Psychotherapy</p> <p>Nursing service</p> <p>Other paramedical services</p> <p>Laboratory, Radiology, transport, drug costs</p> <p>Preventive care</p> <p>Administrative charges (Social and private insurances, government financing, private expenditures, invalidity and pension expenditures)</p>
	Exclusions
Stratification	Primary and priority indicator
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	It allows to determine the share of PC costs in the country's total expenditure in health costs.
Notes	The total cost is presented as absolute costs. The stake of the basic insurance is considered, calculated by SASIS (GP specific or other stakeholder specific calculation possible) for this purpose (which wouldn't include data about social insurance costs, government costs,, private insurer). Out of pocket payment is not included and depending of the frankness and tendencies to contract with higher frankness's, the result of the calculation could be biased from year to year.

References

- SASIS (2016). "Datenpool." de <https://www.sasis.ch/de/472>
- Kringos D. B. W., Hutchinson A., Saltman R. (2015). Building primary care in a changing Europe. Observatory Studies Series, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies. 38.
- OFS (2014). "Statistiques de la santé 2014." Statistique de la Suisse 1291-1400(14 Santé)
- Starfield B., Shi L., et al. (2005). "Contribution of primary care to health systems and health." Milbank Q 83: 457 - 502.

1.2.2 Expenditure on prevention and public health

7	Ratio of total expenditure on prevention / total expenditure on health
Descriptive Definition	Description of the financial expenditures on prevention and public health in regards to the total costs of the Health Care System in Switzerland.
Results	
Indicator 2013	2,2%
Indicator raw data	2013: Costs of prevention [CHF] 1'536,0 Mio; Total costs of the Health care System: 69'226,7 Mio
Data Source	Federal Office of Statistics (OFS) (OFS 2015)
Quality of Data Source	4
Previous findings	2,1% 2012: Costs of prevention [CHF] 1'451,5 Mio; Total costs of the Health care System: 67'533 Mio Federal Office of Statistics (OFS)(OFS 2014)
Graphic chart	
Indicator Rationale	Preventive measures increase long term health of a population and might reduce costs for a Health system. This indicator might give an inside in the costs of preventive measures and the related financial investment.
Method of Calculation	
Formula	Total cost of prevention and public health / total cost of Health care [CHF]
Numerator	<p>Descriptive Definition Expenditure on prevention and health promotion</p> <p>Inclusions Preventive measures (illnesses)v: alcohol, drugs, school health, control of nutrition, health promotion, professional incapacity, accidents and others</p> <p>Exclusions Expenditures related to regular and follow-up care Administrative charges (Social and private insurances, government financing, private expenditures, invalidity and pension expenditures)</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Amount of national expenditure on health care (Federal budget)</p> <p>Inclusions Expenditure on physicians in ambulatory care All hospital inpatient and outpatient related expenditures Dental care Physio- and Psychotherapy Nursing service Other paramedical services Laboratory, Radiology, transport, drug costs Preventive care Administrative charges (Social and private insurances, government financing, private expenditures, invalidity and pension expenditures)</p> <p>Exclusions</p>
Stratification	Primary and priority indicator.

Indicator sub-categories

Interpretation It allows to determine the share of prevention costs in the country's total expenditure in health costs.

Notes In Switzerland, public health expenditures are considered as administrative costs and are therefore not included in this indicator (it represents 0.5% of total health costs)

References

OFS (2014, 28.10.2014). "Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungen und Finanzierungsregimes 2012." de
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/perspektive_der_direktzahler.html.

OFS (2015, 18.04.2016). "Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungen und Finanzierungsregimes 2013." de
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/perspektive_der_direktzahler.html.

1.2.3 Social Accessibility

8	% of practicing GPs that are salaried by an INTEGRATED CARE ORGANIZATION
Descriptive Definition	The indicator describes the percentage of GPs which are salaried by an integrated care organization.
Results	
Indicator	NO DATA
Indicator raw data	
Data Source	
Quality of Data Source	
Previous findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	<p>The WHO definition of Integrated care is as follows: “The management and delivery of health services so that clients receive a continuum of preventive and curative services, according to their needs over time and across different levels of the health system.” (Waddington et Egger 2008)</p> <p>« Integrated services are an important factor to guarantee access, particularly for people in rural areas to health care, universal coverage and might improve the health status of patients.... The rising burden of morbidity and mortality attributable to chronic disease-related to higher costs- might require a better coordination of care concerning prevention, psycho-social care. » (WHO 2015)</p> <p>Integrated care models might also decrease the impact of the foreseen Health professionals shortage (Cornuz et Pasquier 2014).Managed/Integrated has been embedded in Swiss legislation (Art. 41c LAMal Soins intégrés) in 2011, defining conditions and context of financing and the delivery of managed care in Switzerland.</p>
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of practicing GPs that are salaried by an Integrated care organization}}{\text{Number of all practicing GPs}}$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of practicing GPs that are salaried by an Integrated care organization</p> <p>Inclusions GPs participating at the underlying survey</p> <p>Exclusions All other medical specialist titles Hospital GPs</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of GPs</p> <p>Inclusions GPs participating at the underlying survey</p> <p>Exclusions All other medical specialist titles</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process;
Indicator sub categories	6 related primary indicators in the same subsection, investigating the employment status of the GP: University or regional hospital, private clinic, salaried under other physicians, a health insurance fund or self-employment.

Interpretation

Notes Structure of the integrated care organization is not specified. No data about the financing scheme in the integrated care organization.

References

Cornuz J. et Pasquier M. (2014). Les évolutions de la médecine de premier recours dans le canton de Vaud à l'horizon 2025. Lausanne, Department of ambulatory and community medicine, University of Lausanne.

Waddington C. et Egger D. (2008). INTEGRATED HEALTH SERVICES- WHAT AND WHY ? Technical Brief WHO. No.1, 2008

WHO (2015). People-centred and integrated health services: an overview of the evidence Geneva, WHO. WHO interim report March 2015

1.2.4 Income of GPs

9	Annual median income of a GP on NATIONAL level
Descriptive Definition	This indicator describes the GPs' income on a national level
Results	
Indicator	192'400 CHF
Indicator raw data	2009: Median incomes (ambulatory) of Medical practitioners (125'600 CHF, n=241), General practitioners (197'500 CHF, n=2436) and Internal Medicine (189'600 CHF, n=1209).
Data Source	Data from BASS office, special data extraction / calculation Künzi K. et al. 2012 (Künzi et Strub 2012)
Quality of Data Source	4
Previous findings	191'000 CHF in 2008 Data from BASS office, special data extraction / calculation Künzi K. et al. 2011 (Künzi et al. 2011)
Graphic chart	
Indicator Rationale	The choice of a specialty by a postgraduate physician and a GP's satisfaction with the working conditions are influenced by the (expected) salary (Nelson et al. 2003). International comparisons show, that the GP's income is nearly always below the other specialists' income (Kringos D. 2015)
Method of Calculation	
Formula	Annual median income of a GP on a national level [CHF]
	Descriptive Definition Median taxed income of GPs over the last 12 months
	Inclusions All GPs in a private practice discounting for their pension insurance via Medisuisse Taxed income Independent of their employment status
	Exclusions Physicians with other specialist titles Hospital GPs Retreated GPs GPs with particularly low income
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process;
Indicator sub categories	No sub indicator
Interpretation	It allows an analysis whether there is a shift of income and further salary evolutions in the PHC –sector
Notes	3 related secondary indicators distinguishing the income variations in cantonal, urban and rural area.

References

- Kringos D. B. W., Hutchinson A., Saltman R. (2015). Building primary care in a changing Europe. Observatory Studies Series, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies. 38.
- Künzi K. et Strub S. (2012). "Revenus des médecins indépendants: analyse des données 2009 de Medisuisse." Bulletin des médecins suisses(2012;93: 38).
- Künzi K., Strub S., et al. (2011). "Revenus des médecins en exercice." Bulletin des médecins suisses(2011;92: 36).
- Nelson B., Simic S., et al. (2003). "Multimodal assessment of the primary healthcare system of Serbia: a model for evaluating post-conflict health systems." Prehosp Disaster Med 18: 6 - 13.

1.2.5 Financial status of GPs compared to specialists

10	Ratio of annual median income of GPs / the annual median income of other SPECIALISTS
Descriptive Definition	This indicator describes the remuneration of GPs compared to other medical specialists in the PHC.
Results	
Indicator	NO DATA
Indicator raw data	
Data Source	
Quality of Data Source	
Previous findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	The choice of a specialty by a postgraduate physician and the satisfaction with the working conditions might be influenced by the expected salary. International comparisons show, that the GP's income is nearly always below the specialist's income (Kringos D. 2015)
Method of Calculation	
Formula	Annual median income of a GP / Annual median income of other specialists [CHF]
	Descriptive Definition Median taxed income of GPs over the last 12 months Median income of all medical specialists over the last 12months
	Inclusions All GPs in a private practice discounting All physicians with a specialist title in a private practice Taxed income Independent of their employment status
	Exclusions Physicians with other specialist titles Hospital GPs Retreated GPs GPs with particularly low income
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub categories	12 related primary indicators in the same subsection, describing the salary difference of a GP to the following specialists: gynecologist/ obstetrician, pediatrician, psychiatrist, dermatologist, lung specialist, ophthalmologist, ENT specialist, radiologist, cardiologist, neurologist, surgeon, community pharmacist. Stratification by age and years of experience might be possible. 6 related secondary indicators comparing non-medical professions income (ambulatory health sector): GP nurse, specialized nurse, home care nurse, physiotherapist, midwife, speech therapist
Interpretation	The indicator highlights salary differences in between medical professions and might indicate reevaluation of remuneration schemes.
Notes	

References

Kringos D. B. W., Hutchinson A., Saltman R. (2015). Building primary care in a changing Europe. Observatory Studies Series, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies. 38.

1.2.6 Cost-sharing for GP care

11	% of patients co-payment (frankness + quote-part) for visit to GP as a ratio of total cost for visit to the GP
Descriptive Definition	These indicators describe the financial participation of the patient as a complement to compulsory insurance fees.
Results	
Indicator	NO DATA
Data Source	
Quality of Data Source	
Previous similar findings	
Graphic chart	
Similar Findings	<p>23,72% in 2014 and 24,14% in 2013 of patients co-payment (Frankness and quote-part 10%) of bills submitted to the health insurer; Special data extraction by SASIS in 02/2015</p> <p>2014: Patients co-payment (Frankness and quote-part 10%) of bills submitted to the health insurance [CHF]: General Internal Medicine: 661'119'412; Medical practitioner: 95'614'729; Total billing to the basic insurance for GP treatment: 3'190'549'488</p> <p>2013: Patients co-payment (Frankness and quote-part 10%) of bills submitted to the health insurance [CHF]: General Internal Medicine: 674'690'925; Medical practitioner: 89'434'431; Total billing to the basic insurance for GP treatment: 3'165'549'096</p> <p>Special data extraction by SASIS (Datenpool) in 02/2015</p>
Indicator Rationale	The basic insurance covers GP costs in Switzerland. Patients have to make a co-payment of individual frankness (300–2500 CHF / year for adults) .When the maximum frankness amount is reached, patients have to execute a payment of 10% for all further bills, until a total amount of 700 CHF is reached. Additional costs are fully covered by insurance. "In 30%, Health insurance is paid by social services. The co-payment might present a restriction to access to PC for some patients or an inhibiting factor for patients' compliance (Wolff et al. 2011). In international comparison, Switzerland is one of the countries with the highest "out-of-pocket" payment, which might present an access restriction to health care (OECD/WHO 2011). The out-of-pocket payment in 2013 is accounted with 18,1% of the total health budget in Switzerland (OFS 2015).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Annual amount of patients co-payment for visit to GP}}{\text{Total annual cost for the patient to visit to the GP}}$
Numerator	<p>Descriptive Definition Annual amount of patients co-payment for visit to GP</p> <p>Inclusions GP's patients Cost of GPs visit in the last insurance contract period</p> <p>Exclusions Costs of GP consultation coverage by insurance Insurance fees paid by patient</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total annual cost for the patient to visit to the GP</p> <p>Inclusions Costs of GP consultation coverage by insurance Patients co-payment for GP consultations</p>

	Deductible rates
	Exclusions
	Hospital costs
	Costs related to other specialists' visits
	Insurance fees payed by patient
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub categories	No sub indicator
Interpretation	
Notes	In this indicator, only FM is considered, excluding group practices (as for example in the indicator 6)

References

- Kringos D., et al. (2015). Building primary care in a changing Europe: Case studies. Observatory studies series European Observatory on Health Systems and Polities. 40: 275-284.
- OECD/WHO (2011). OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011. O. Publishing.
- OFS (2015). "Coût et financement du système de santé en 2013." 20.10.2015.
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/01/new/nip_detail.html?gnplD=2015-451.
- Wolff H., Gaspoz J. M., et al. (2011). "Health care renunciation for economic reasons in Switzerland." Swiss Med Wkly 141: w13165.

1.2.7 Medical insurances

12 % of patients with complementary insurance	
Descriptive Definition	These indicators describe the financial participation of the patient as a complement to compulsory insurance fees.
Results	
Indicator	41%
Indicator raw data	2013: Participants at the International Health Policy Survey 2013 of the Commonwealth Fund answered the question: "Next to your obligatory basis insurance, do you have contracted with a complementary insurance package, paid by yourself/your family, employer or other association?" "YES": 41%, "no": 55,6%, "NA":3,3%
Data Source	Commonwealth Fund, Health Policy Survey, OBSAN Dossier 26 (Petrini et Sturny 2013)
Quality of Data Source	5
Previous findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	In Switzerland, all residents have to give proof of a basic health insurance contract. The basic insurance coverage is the same for every patient, independent of his initial health status or the health insurance company he contracted with. The patient can change the basic insurance every year if she/he wishes. The access to complementary insurances might be restricted, as their fees depend on patient's health status at conclusion and some health profiles or illnesses might be excluded if the person belongs to a risk group. In 2013, 7.2% of the Health costs are covert by private insurers and 36.6% by the basic insurance (OFS 2015).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of inhabitants with complementary insurance}}{\text{Total number of inhabitants}}$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of inhabitants with complementary insurance</p> <p>Inclusions Inhabitants > 18years Participants at the Commonwealth International Health Policy Survey Patients with any model of complementary insurance Patients with private, or half-private insurance Period: Last year before the survey</p> <p>Exclusions -</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of inhabitants</p> <p>Inclusions Inhabitants > 18 years Participants at the Commonwealth International Health Policy Survey Patients with any model of insurance and uninsured Period: Last year before the survey</p> <p>Exclusions -</p>

Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	This indicator can give information about the coverage of the population with complementary insurance and indicate a need of supplementary coverage of services in the basic insurance or evaluation of access barriers to needed care.
Notes	

References

- OFS (2015, 20.10.2015). "Coût et financement du système de santé en 2013." de http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/01/new/nip_detail.html?gnplD=2015-451.
- Petrini L. et Sturny I. (2013). *Erfahrungen der Allgemeinbevölkerung im Gesundheitssystem: Situation in der Schweiz und internationaler Vergleich*. OBSAN Dossier 26. OBSAN. Neuchatel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. 26.

1.3 Organization of resources

1.3.1 Gate keeping system

13 % of patients with "family medicine model" insurance contracts	
Descriptive Definition	The indicator describes the patient population having opted for a gatekeeping contract "family medicine" (without capitation) with their insurance company.
Results	
Indicator	37,4%
Indicator raw data	2014: Alternative insurance models compared to standard insurance models [patients]: Total all insurance models: n= 8'152'708; Standard-model (LAMal) n=3'125'627; Unknown n=15'574; Bonus-insurance n=4'626; Telemedicine-model n= 956'724; Capitation model (HMO, Family medicine) n= 1'004'060; Family medicine model without capitation n= 3'046'097
Data Source	SASIS 2015 web site and special extraction by the SASIS (Datenpool) (SASIS 2015)
Quality of Data Source	4
Previous findings	37,7 % 2013: Alternative insurance models compared to standard insurance models [patients]: Total all insurance models: n= 8'051'134; Standard-model (LAMal) n=3'270'215; Unknown n=16'493; Bonus-insurance n=4'822; Telemedicine-model n= 908'590; Capitation model (HMO, Family medicine) n= 897'166; Family medicine model without capitation n= 2'953'849 SASIS 2015 web site and special extraction by the SASIS (Datenpool)(SASIS 2015)
Graphic chart	
Indicator Rationale	<p>There is no legislative basis for a gatekeeping system in Switzerland but insurance companies can offer contracts with lower fees, where they impose to the patient to have a GP who advises them whether another specialist's consultation, hospital admission or surgical interventions might be necessary.. This model is called "family medicine model. The GP steers the chain of treatment.</p> <p>The Swiss system might develop towards a gatekeeping system due to an attended lack of GPs, rising costs in the Health system also related to the fragmentation of health care. The population is actually opposed against a mandatory gatekeeping system and appreciates the free choice (Cornuz et Pasquier 2014).Several publications discuss and analyse the impact of a gatekeeping system on quality of health care and costs. gatekeeping systems with GPs as gatekeeper seem more efficient (Bhat 2005) in terms of costs and information transfer, independently of the remuneration scheme (Levaggi et Rochaix 2007).</p>
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of patients with Family Medicine model insurance contracts(without capitation)}}{\text{Total number of patients}} \times 100 [\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of patients with Family Medicine model insurance contracts without capitation</p> <p>Inclusions Swiss population 12 previous months Contracted with a basic insurances GP model insurance contracts without capitation</p> <p>Exclusions Not insured and private Payers</p>

	All complementary, private, half-private insurances
Denominator	Descriptive Definition Total number of patients
	Inclusions Swiss population 12 previous months Contracted with a basic insurances
	Exclusions Not insured and private Payers All complementary, private, half-private insurances
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process;
Indicator sub categories	No sub indicator
Interpretation	
Notes	One related priority and one related primary indicator

References

- Bhat V. (2005). "Institutional arrangements and efficiency of health care delivery systems." *Eur J Health Econ* 6: 215 - 222.
- Cornuz J. et Pasquier M. (2014). *Les évolutions de la médecine de premier recours dans le canton de Vaud à l'horizon 2025*. Lausanne, Department of ambulatory and community medicine, University of Lausanne.
- Levaggi R. et Rochaix L. (2007). "Exit, Choice or Loyalty: Patient Driven Competition in Primary Care." *Annals of Public and Cooperative Economics* 78: 501 - 535.
- SASIS (2015). "Alternative insurance models compared to standard insurance models, 2010-2014 ". Consulté le 22.02.2016, de <https://www.sasis.ch/fr/document/14485>.

14	% of patients accessing other medical disciplines without referral of GP in the previous 12 months
Descriptive Definition	Percentage of patients accessing other disciplines without referral of GP in the previous 12 months.
Results	
Indicator	NO DATA
Indicator raw data	
Data Source	
Quality of Data Source	
Previous findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	<p>There is no legislative basis for a gatekeeping system in Switzerland but insurance companies can offer contracts with lower fees, where they impose to the patient to have a GP and visit him to ask for a referral to a specialist if the services shall be paid by the insurance company. The Swiss system might develop towards a gatekeeping system due to an attended lack of GPs, rising costs in the Health system also related to the fragmentation of health care. The population is actually opposed against a mandatory gatekeeping system and appreciates the free choice.(Cornuz et Pasquier 2014).</p> <p>Several publications discuss and analyse the impact of a gatekeeping system on quality of health care and costs. Gatekeeping systems with GPs as gatekeeper seem more efficient (Bhat 2005) in terms of costs and information transfer, independent of the remuneration scheme (Levaggi et Rochaix 2007).</p>
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of patients accessing other medical disciplines without referral of GP}}{\text{Total number of patients}} \times 100 [\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of patients accessing other medical disciplines without referral of GP in the previous 12 months</p> <p>Inclusions GP's patients participating in the underlying survey All basic insurances, complementary, private, half-private insurances</p> <p>Exclusions Not insured and private payers</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of patients</p> <p>Inclusions GP's patients participating in the underlying survey Any model of insurance</p> <p>Exclusions Not insured and private payers</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process;
Indicator sub categories	No sub indicator

Interpretation	It allows identifying ways to improve the continuity of patients' treatment and follow-up.
Notes	One related priority and one related primary indicator

References

Bhat V. (2005). "Institutional arrangements and efficiency of health care delivery systems." *Eur J Health Econ* 6: 215 - 222.

Cornuz J. et Pasquier M. (2014). *Les évolutions de la médecine de premier recours dans le canton de Vaud à l'horizon 2025*. Lausanne, Department of ambulatory and community medicine, University of Lausanne.

Levaggi R. et Rochaix L. (2007). "Exit, Choice or Loyalty: Patient Driven Competition in Primary Care." *Annals of Public and Cooperative Economics* 78: 501 - 535.

2 Health Care

2.1 Medical education

2.1.1 Medical graduate trained in family medicine

15	Ratio of federal titles in General Internal Medicine and medical practitioners / total number of federal titles
Descriptive Definition	The indicator describes the proportion of new General Internal Medicine (GIM) and medical practitioner (MP) titles compared to all other specialties.
Results	
Indicator	0,42
Indicator raw data	2014: New GIM –titles n=540, new medical practitioner titles n=140 , all new federal specialist titles n=1640
Data Source	myFMH Online tool 2014 (FMH 2014)
Quality of Data Source	5
Previous findings	0,44 2013: New GIM –titles n=511, new medical practitioner titles n=212 , all new federal specialist titles n=1645 myFMH Online tool 2014 (FMH 2014)
Graphic chart	
Indicator Rationale	It's unknown but unlikely that the next generation of physicians contains a sufficient number of GPs to cover population's needs. Other medical specialists career plans are more common than those for GPs and studies propose that GP training in postgraduate basic training should be integrated for all physicians , even if the benefit is actually unknown. (Kjaer et al. 2010; West et Dupras 2012).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{GIM} + \text{MP specialist-titles}}{\text{All specialist titles}}$
Numerator	Descriptive Definition Number of new federal GP (GIM and MP) titles delivered in the previous 12 months Inclusions GIM and MP federal specialist titles Title delivery in the previous 12 months Exclusions All other federal medical specialist titles
Denominator	Descriptive Definition Total number of delivered federal medical specialist titles Inclusions All federal medical specialist titles Exclusions –
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub categories	No sub indicators

Interpretation	This information on the new physicians in general medicine is information on the inflow, together with stock and outflow, a picture of the GP development can be reached.
Notes	Foreign titles which have been recognized by the ISFM are counted as federal titles.

References

FMH (2014). "Statistique médicale de la FMH" 24.03.2015. de <http://aerztestatistik.myfmh2.fmh.ch/>.

Kjaer N. K., Kodal T., et al. (2010). "The role of general practice in postgraduate basic training." *Med Teach* 32(10): e448-452.

West C. P. et Dupras D. M. (2012). "General medicine vs subspecialty career plans among internal medicine residents." *JAMA* 308(21): 2241-2247.

2.1.2 New family medicine practices

16	Ratio of specialists with federal titles in General Internal Medicine or medical practitioners with a new practice licence / total number of physicians with a new practice licence
Descriptive Definition	These indicators describe the proportion of GPs with a new practice licence in the last 12 months, compared to other medical specialists.
Results	
Indicator	0,37
Indicator raw data	2014: Register of Medical professions OFS: new practice licenses for General Internal Medicine and medical practitioners n = 746 (37%) , new practice licenses for other medical specialists, n=1261 (63%) , Total number of new practice licenses: n=2007
Data Source	MedReg OFSP 2015 (OFSP 2015)
Quality of Data Source	4
Previous findings	0,32 2013: Register of Medical professions OFS new practice licenses for General Internal Medicine and medical practitioners n = 1181 (32%) , new practice licenses for other medical specialists, n =2525 (68%), Total number of new practice licenses: n=3706 (OFSP 2014)
Graphic chart	
Indicator Rationale	Different authors discuss in the Literature that the foreseen shortage of GPs might be related to a lack of integration of family Medicine in the pre- and postgraduate medical training. (Kjaer et al. 2010; West et Dupras 2012) Career options and career plans seem to be focused on other medical specialisations.
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of new practice licences delivered to in GIM and MP per year}}{\text{Total number of all new practice licenses to all medical specialists}}$
Numerator	Descriptive Definition Number of specialists in GIM and MP with a new practice licence in the last 12 months Inclusions Practice license for general Internal Medicine Practice license for medical practitioner Last 12 months Exclusions All other medical specialist practice licenses
Denominator	Descriptive Definition Total number of physicians with a specialist title starting with a new practice licence in the last 12 months Inclusions All practice licenses Last 12 months Exclusions Dentists
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicators

Interpretation This information might help understanding problems such as the shortage of GPs in some areas of Switzerland and identify ways to improve undergraduate teaching in Family Medicine. This reflects the importance of Family Medicine given by Universities compared to other specialties.

Notes –

References

- Kjaer N. K., Kodal T., et al. (2010). "The role of general practice in postgraduate basic training." *Med Teach* 32(10): e448-452.
- OFSP (2014). *Gesundheitsberufe- Berufsausübungsbewilligungen 2013*. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- OFSP (2015). *Berufsausübungsbewilligungen an Ärztinnen und Ärzte mit anerkanntem oder eidgenössischem Diplom*. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- West C. P. et Dupras D. M. (2012). "General medicine vs subspecialty career plans among internal medicine residents." *JAMA* 308(21): 2241-2247.

3 Workflow of resources

3.1 Workload of GPs

17	Mean number of working hours per week of GPs
Descriptive Definition	This indicator describes the workload of GPs counted as the number of working hours/week (excluding on-call duty).
Results	
Indicator	46,6 h/week
Indicator raw data	2012: GPs of the SPAM network were asked the question: How many hours per week do you work as a GP (excluding additional jobs and on-call or out-of-hours services)?; GP _{ntot} = 196: range [16,72] hours per week; median = 48,5 hours per week; SD = 11,6
Data Source	QUALICOPC study Switzerland (Cohidon et al. 2015)
Quality of Data Source	5
Previous findings	51 h/week 1993: European study of tasks profiles of general practitioners (Cohidon et al. 2015)
Graphic chart	
Indicator Rationale	The workload of a GP is a relevant indicator in the evaluation of GPs shortage and attractiveness of the specialty for graduates. It might be a factor to consider in evaluating quality of care as patients might get back to their GP when they didn't have enough time to discuss all medically relevant questions. It also has an impact on patient's satisfaction.
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of working hours as GP in one week}}{\text{Total number of GPs}}$
	Descriptive Definition Number of working hours as GP in an average working week
	Inclusions Working hours on weekdays when practice is regularly open Hours for keeping up to date and for administration Clinical contact 5 working days per 7 day week (Monday-Friday) GPs of the SPAM network
	Exclusions Additional jobs and on-call or out-of-hours services Continuing education Week-end
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	Estimation of workload of GPs can contribute to the understanding of patients' access restrictions to PC, shortage of GP's and attractiveness of the specialty.
Notes	Most GP practices in Switzerland are closed on Thursdays (half-day or full day) to permit physicians to participate at continuing educations.

References

Cohidon C., Cornuz J., et al. (2015). "Primary care in Switzerland: evolution of physicians' profile and activities in twenty years (1993-2012)." *BMC Fam Pract* 16(1): 107.

18	% of GPs keeping (or reporting to keep) electronic medical records for all patient contacts
Descriptive Definition	This indicator describes existence and use of electronic medical records in a GP's practice.
Results	
Indicator	55,1%
Indicator raw data	2015: PC physicians participating at the Commonwealth fund survey in Switzerland n=1065 (specialists in General internal medicine n=851, medical practitioner n=89, Pediatricians n=125 answered the question "Do you have electronic medical record?": answer "yes": General Internal Medicine n= 455 (53,5 %), Medical practitioner n=63 (71%); Pediatrician n=59 (47,2%). Family physician estimate (GIM+MP) n= 518 (55,1%)
Data Source	Commonwealth fund survey 2015, Obsan dossier 50 (Merçay 2016)
Quality of Data Source	5
Previous findings	41% in 2012 (Schoen et al. 2012) 6% in 1993 (Cohidon et al. 2015)
Graphic chart	
Indicator Rationale	Electronic medical records are an important source of data, needed for the evaluation of the functioning of PC on a system level. It is an important component regarding continuity of care and transmission of clinical information in case of referral to other health care providers (Rosemann et al. 2010; Schoen et al. 2012).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs routinely keeping electronic clinical records for all patient contacts}}{\text{Number of all GPs}} \times 100 [\%]$
Numerator	Descriptive Definition Number of practicing GPs that keep electronic clinical records Inclusions GPs participating at the underlying survey Last year before the survey Exclusions
Denominator	Descriptive Definition Total number of GPs of the SPAM network Inclusions GPs participating at the underlying survey Last year before the survey Exclusions
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	Related secondary indicator with sub indicators concerning information technologies use
Interpretation	This indicator can give information helping to understand the existence of organizational structures facilitating continuity of care and estimating workload of GPs.
Notes	The translation of the questionnaires in the three languages could change the orientation of the physician. The English and German version state clearly "electronic medical record", the French and Italian version state the "electronic system to manage medical records". This might influence the interpretation of the results.
Reference	

- Cohidon C., Cornuz J., et al. (2015). "Primary care in Switzerland: evolution of physicians' profile and activities in twenty years (1993-2012)." *BMC Fam Pract* 16(1): 107.
- Merçay C. (2016). Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale, Observatoire suisse de la santé (Obsan).
- Rosemann T., Marty F., et al. (2010). "Utilisation of information technologies in ambulatory care in Switzerland." *Swiss Med Wkly* 140: w13088.
- Schoen C., Osborn R., et al. (2012). "A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other areas." *Health Aff (Millwood)* 31(12): 2805-2816.

19	% of specialists' communication back to referring GP after an episode of treatment
Descriptive Definition	This indicator describes the interaction in the GPs referral systems in terms of communication with other specialists, exchange of patients' information and patients' choices.
Results	
Indicator	96,5%
Indicator raw data	2012: GPs of the SPAM network were asked the question: To what extent do medical specialists inform you after they have finished the treatment or diagnostic of your patients? GP n= 199; answers: "always" or "usually" n = 192 (96,5%).
Data Source	QUALICOPC Switzerland 2012 - raw unpublished data
Quality of Data Source	5
Previous findings	Always (experts opinion) 2010: PHAMEU study, Kringos et al. (Kringos D. 2015)
Graphic chart	
Indicator Rationale	The coordination of care has an influence on patients health and the communication of another medical specialist back to the GP is an important factor in the continuity of care (Starfield et al. 2005). In this context the presence of electronical medical records influences the coordination of care (Ochs, N 2016)
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GP's being informed by medical specialists after patient's referral}}{\text{Number of all GPs}}$
Numerator	Descriptive Definition Number of GPs being informed by medical specialists after patient's referral consultation Inclusions GPs of the SPAM Network Exclusions
Denominator	Descriptive Definition Total number of GPs of the SPAM network Inclusions GPs of the SPAM Network Exclusions
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	Two related primary indicators concerning GP and specialists interaction.
Interpretation	It allows identifying ways to improve the continuity of patients' treatment and follow-up.
Notes	

References

- Kringos D. B. W., Hutchinson A., Saltman R. (2015). "Building primary care in a changing Europe." Observatory Studies Series, WHO 38.
- Kringos D. S., Boerma W. G., et al. (2010). "The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators." BMC Fam Pract 11: 81.
- Starfield B., Shi L., et al. (2005). "Contribution of primary care to health systems and health." Milbank Q 83: 457 - 502.

3.2 Shared practice

20	% of GPs working in solo practice
Descriptive Definition	The indicator describes whether a GP works alone in his practice or shares it with other GPs or physicians with a specialist title.
Results	
Indicator	50,8%
Indicator raw data	2014: Structure of GPs practices: Total number of GPs: n= 6887 (women n= 2256, men = 4631), Single handed n= 3501 (women n= 795, men n=2706), Mixed/group n=3386 (women n=1461, men n= 1925)
Data Source	My FMH Online tool 2014; special data extraction by FMH (27.04.2015)
Quality of Data Source	4
Previous findings	58,9% 2008: FMH Medical statistic (FMH 2009)
Graphic chart	
Indicator Rationale	Adapted from the PHAMEU study (Kringos et al. 2010): It has been shown that a good team work and culture of discussions in the team have a benefice for the quality of care in chronic disease, e.g. diabetes(Bower et al. 2003). This is positively influenced by the size of the practice team (not too big) and whether there is a diversity in health professionals (e.g. group practice , interdisciplinary teams) (Stille et al. 2005; Ashworth et Armstrong 2006; Xyrichis et Lowton 2008)
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs in a single handed practice}}{\text{Total number GPs in private practices}} \times 100 [\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of GPs in a single handed practice</p> <p>Inclusions GPs registered in the myFMH Online tool giving information about the structure of their practice GPs in a single handed practice</p> <p>Exclusions Practices with another medical specialists or medical practitioners in the same location</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of GPs in private practices</p> <p>Inclusions GPs registered in the my FMH Online tool giving information about the structure of their practice All organizational practice models with more than one physician</p> <p>Exclusions</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	None
Interpretation	This indicator describes the practice structure and gives indications about possibilities for local interaction with other GPs or specialists.
Notes	One related priority indicator: mixed practices with other medical specialists; Two related primary indicators: two , three or four or more GPs in the same location

References

- Ashworth M. et Armstrong D. (2006). "The relationship between general practice characteristics and quality of care: a national survey of quality indicators used in the UK Quality and Outcomes Framework, 2004-5." *BMC Fam Pract* 7: 68.
- Bower P., Campbell S., et al. (2003). "Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study." *Quality & Safety in Health Care* 12: 273 - 279.
- FMH (2009). "Statistique Médicale." FMH.
- Kringos D. S., Boerma W. G., et al. (2010). "The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions." *BMC Health Serv Res* 10: 65.
- Stille C., Jerant A., et al. (2005). "Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: A key role for the generalist in practice." *Ann Intern Med* 142: 700 - 708.
- Xyrichis A. et Lowton K. (2008). "What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review." *Int J Nurs Stud* 45: 140 - 153.

21	% of GPs in PC group practices with other medical specialists
Descriptive Definition	The indicator describes whether a GP shares his practice with other GPs and other physicians with a specialist title.
Results	
Indicator	10%
Indicator raw data	2012: GPs of the SPAM network were asked the question: Do you work alone or in shared accommodation with one or more GPs and/or medical specialists? GP $n_{\text{tot}} = 199$; answers: "with other GP(s) in shared accommodation" $n = 96$ (48,3%); "with other specialist(s) in shared accommodation" $n = 20$ (10,1%) (12 of the mentioned GPs share a location with a specialist and a GP); "without sharing the accommodation, the GP works alone" $n = 95$ (47,8%).
Data Source	QUALICOPC study Switzerland - raw unpublished data
Quality of Data Source	5
Similar findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	Adapted from the PHAMEU study (Kringos et al. 2010): It has been shown that a good team work and culture of discussions in the team have a benefice for the quality of care in chronic disease, e.g. diabetes (Bower et al. 2003). This is positively influenced by the size of the practice team (not too big) and whether there is a diversity in health professionals (e.g. group practice, interdisciplinary teams) (Stille et al. 2005; Ashworth et Armstrong 2006; Xyrichis et Lowton 2008)
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs in PC practices that are mixed practices with GP and other medical specialist}}{\text{Total number of GPs in PC practices}} \times 100 [\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of GPs in PC practices that are practices with GPs and other medical specialists</p> <p>Inclusions GPs of the SPAM Network GP practices: shared All other physicians with a specialist title</p> <p>Exclusions GP practices: solo handed</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of PC practices</p> <p>Inclusions GPs of the SPAM Network All organizational practice models: solo and shared</p> <p>Exclusions Dentist</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	These indicators describe the practice size & structure and possibilities for local interaction with other specialists

Notes One related priority indicator: Solo handed GP practices; two related primary indicators: two, three or four or more GPs in the same location

References

- Ashworth M. et Armstrong D. (2006). "The relationship between general practice characteristics and quality of care: a national survey of quality indicators used in the UK Quality and Outcomes Framework, 2004-5." *BMC Fam Pract* 7: 68.
- Bower P., Campbell S., et al. (2003). "Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study." *Quality & Safety in Health Care* 12: 273 - 279.
- Kringos D. S., Boerma W. G., et al. (2010). "The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions." *BMC Health Serv Res* 10: 65.
- Stille C., Jerant A., et al. (2005). "Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: A key role for the generalist in practice." *Ann Intern Med* 142: 700 - 708.
- Xyrichis A. et Lowton K. (2008). "What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review." *Int J Nurs Stud* 45: 140 - 153.

3.3 Duration of consultation

22	Mean consultation length of GPs'
Descriptive Definition	The indicator specifies the duration of a GP's consultation in the average.
Results	
Indicator	19,6 minutes
Indicator raw data	2012: GPs of the SPAM network were asked the question: How long does a regular patient consultation in your office usually take? GP $n_{tot} = 197$; answers: range [8, 40] minutes; mean = 19,6 minutes; SD = 5,80
Data Source	QUALICOPC study Switzerland (Cohidon et al. 2015)
Quality of Data Source	5
Previous findings	15,1 minutes 1993: Cohidon et al. (Cohidon et al. 2015)
Graphic chart	
Indicator Rationale	From the PHAMEU-study (Kringos et al. 2010): „Patient enablement and centeredness are positively correlated with average consultation length (Wilson et Childs 2003). Faster GPs (average consultation length of less than 7 minutes) record sparser medical histories. Slower GPs arrange follow-up consultations in fewer consultations than faster GPs. Re-consultation rates within four weeks of the index consultation are also lower (Wilson et Childs 2003). The number of patients seen per hour is positively associated with prescribing volume, and prescribing quality is positively associated with longer consultation length (Wilson et Childs 2003). User satisfaction is positively related to consultation time (Sans-Corrales et al. 2006).”
Method of Calculation	
Formula	Mean consultation length of GPs
	Descriptive Definition Duration of consultation at a GPs practice in minutes
	Inclusions GPs of the SPAM Network
	Exclusions
Stratification	
	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	
	No sub indicator
Interpretation	
	This indicator describes the consultation length at a GP's practice and could contribute to a better knowledge of GPs' availability.
Notes	
	One related primary indicator (telephone consultations)

References

- Cohidon C., Cornuz J., et al. (2015). "Primary care in Switzerland: evolution of physicians' profile and activities in twenty years (1993-2012)." *BMC Fam Pract* 16(1): 107.
- Kringos D. S., Boerma W. G., et al. (2010). "The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators." *BMC Fam Pract* 11: 81.
- Sans-Corrales M., Pujol-Ribera E., et al. (2006). "Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs." *Fam Pract* 23: 308 - 316.
- Wilson A. et Childs S. (2003). "The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review." *Br J Gen Pract* 52: 1012 - 1020.

3.4 GP consultations

23	Number of GP consultations per capita per year
Descriptive Definition	The indicator describes the average number of patient consultations at GPs per year.
Results	
Indicator	2,4 / year
Indicator raw data	2012: Participants to the Swiss Health survey ($\geq 15y$), who already answered 'Yes' (n= 20'807) to the question that they visited a physician (including their family practitioner) in the previous 12 months, were asked the question: "In the past 12 months, how often did you visit your GP or any other GP"
Data Source	Swiss Health Survey 2012 (OFS 2012)
Quality of Data Source	5
Previous findings	2,3 year 2007: Participants to the Swiss Health survey ($\geq 15y$) in the general population, who already answered 'Yes' (n= 17'742) to the question that they visited a GP (including their family practitioner) in the previous 12 months, were asked the question: "In the past 12 months, how often did you visit your GP or any other GP" Swiss Health Survey 2007 (OFS 2010)
Graphic chart	
Indicator Rationale	In 2012, 78% of the population visited a physician and 67% saw their GP. 36% went to an ambulatory consultation of a specialist – 6% of them without having seen their GP before (OFS). Medical consultation gets more frequent with age and morbidity. The consultation frequency with specialists increases since 1997 and the one at the GPs decreases.
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Sum of all patient consultations at GPs' practices}}{\text{Total number of patients' population}}$
	Descriptive Definition Number of patient consultations in the previous 12 months
	Inclusions Participants at the Swiss Health survey Participants that confirmed having consulted a physician in the previous 12 months Consultation with any GP
	Exclusions
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	This indicator describes consultation frequency of patients at a GP's practices and could contribute to a better knowledge concerning planning of health care demands and coverage.
Notes	One related primary indicator (consultations by phone)

References

- OFS (2010). Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007, Enquête suisse sur la santé. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- OFS (2012). Enquete Suisse sur la santé 2012. Neuchatel, Bundesamt für Statistik.

4 Content of Health Care

4.1 Clinical care

4.1.1 Medical equipment available

24	% of GPs in PC practices having the following equipment: RADIOLOGY EQUIPMENT (X-Ray)
Descriptive Definition	This indicator characterizes if radiology equipment is present in a GP's practice.
Results	
Indicator	56,8%
Indicator raw data	2012: GPs of the SPAM network were asked the question: How do you have access to X-ray facilities? GP $n_{\text{tot}} = 197$; answers: "within my practice/centre" $n = 113$
Data Source	QUALICOPC study Switzerland 2012- raw unpublished data
Quality of Data Source	5
Previous findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	Adapted from the PHAMEU study (Kringos et al. 2010): The extent to which a wide range of services are provided by PC providers is associated with better health outcomes at lower costs. It is benefic for the achievement of objectives like self reported health outcomes (Starfield 2006; Lee et al. 2007).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs in PC practices with radiology equipment}}{\text{Number of all GPs}}$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of GPs in PC practices with radiology equipment</p> <p>Inclusions Radiology equipment without specification</p> <p>Exclusions Ultrasound, Computerized tomography, Magnetic resonance imaging</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of all GPs</p> <p>Inclusions GP practices of the SPAM Network</p> <p>Exclusions</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub categories	No sub indicator
Interpretation	The indicator allows an analysis of possible interventions in a practice which are independent from referral.
Notes	

References

- Kringos D. S., Boerma W. G., et al. (2010). "The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions." *BMC Health Serv Res* 10: 65.
- Lee A., Kiyu A., et al. (2007). "Improving health and building human capital through an effective primary care system." *J Urban Health* 84(3 Suppl): i75-85.
- Starfield B. (2006). "State of the art in research on equity in health." *J Health Polit Policy Law* 31(1): 11-32.

25	% of GPs in PC practices having the following equipment: Laboratory
Descriptive Definition	This indicator characterizes GP practices with access to laboratory facilities.
Results	
Indicator	66,2%
Indicator raw data	2012: GPs of the SPAM network were asked the question: "How do you have access to laboratory facilities?" GP $n_{\text{tot}} = 198$; answers: "within my practice/centre" $n = 131$
Data Source	QUALICOPC study Switzerland 2012- raw unpublished data
Quality of Data Source	4
Previous findings	-
Graphic chart	-
Indicator Rationale	Adapted from the PHAMEU study (Kringos et al. 2010): The extent to which a wide range of services are provided by PC providers is associated with better health outcomes at lower costs. It is benefic for the achievement of objectives like self-reported health outcomes (Starfield 2006; Lee et al. 2007).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs in PC practices with access to a laboratory}}{\text{Number of all GP practices}}$
Numerator	<p>Descriptive Definition PC practices with access to a Laboratory</p> <p>Inclusions GPs in PC practices of the SPAM Network Any kind of standard laboratory equipment</p> <p>Exclusions</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition All GP practices</p> <p>Inclusions All GPs in PC practices of the SPAM Network</p> <p>Exclusions</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub categories	No sub indicator
Interpretation	The indicator allows an analysis of the possible interventions in a practice which are independent from referral.
Notes	-

References

- Kringos D. S., Boerma W. G., et al. (2010). "The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions." *BMC Health Serv Res* 10: 65.
- Lee A., Kiyu A., et al. (2007). "Improving health and building human capital through an effective primary care system." *J Urban Health* 84(3 Suppl): i75-85.
- Starfield B. (2006). "State of the art in research on equity in health." *J Health Polit Policy Law* 31(1): 11-32.

26	% of GPs in PC practices having the following equipment: ELECTROCARDIOGRAPH (ECG)
Descriptive Definition	This indicator characterizes GP practices equipped with an ECG
Results	
Indicator 2014	98,9%
Indicator raw data	2012: GPs of the SPAM network were asked the question: "Please tick the equipment used in your practice by yourself or your staff". GP $n_{tot} = 199$ answered: "ECG" = 197
Data Source	QUALICOPC study Switzerland 2012 - raw unpublished data
Quality of Data Source	5
Previous findings	(Almost) always 2010: PHAMEU study (Kringos D. 2015)
Graphic chart	
Indicator Rationale	ECG is a common diagnosis test available in GP practices. Its uses are: baseline check-up, follow-up of cardiovascular diseases and in emergency situations for suspected myocardial infection (e.g.). It is not an inventory obligation in Switzerland for a GP practice
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs in PC practices with ECG}}{\text{Total number of GP practices}}$
Numerator	Descriptive Definition Number of practices of the SPAM network with ECG Inclusions GPs in PC practices of the SPAM network All kind of ECG without specification Exclusions Defibrillator only
Denominator	Descriptive Definition Total number of private practices in the SPAM network Inclusions GPs in PC practices of the SPAM network Exclusions All other practices
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process.
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	It allows an analysis of the possible interventions in a practice which are independent from referral.
Notes	

References

Kringos D. B. W., Hutchinson A., Saltman R. (2015). Building primary care in a changing Europe. Observatory Studies Series, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies. 38.

27 % of GPs fully licensed for DRUG DISPENSARY	
Descriptive Definition	This indicator characterizes GP practices that are directly dispensing drugs to their patients.
Results	
Indicator 2014	49%
Indicator raw data	2014: GPs registered in the myFMH Online tool (n=6847) were asked the question: Are you fully licensed for a drug dispensary? Response rate = 44%; GPs answered the question: n _{tot} = 3006. Answers: "yes" n= 1473 (49%); "no" n=1533 (51%); of those who are not fully licensed have a "partial license" n =153 (10%)
Data Source	myFMH Online tool (FMH 2014), special data extraction by FMH (27.04.2015)
Quality of Data Source	4
Previous findings	49% 2013: GPs registered in the myFMH Online tool (n= 6764) were asked the question: Are you fully licensed for a drug dispensary? Response rate=41%; GPs answered the question n _{tot} = 2747. Answers: "yes" n = 1346 (49%); "no" n = 1401 (51%); of those who are not fully licensed have a "partial license" n=140 (10%)
Graphic chart	
Indicator Rationale	Drug dispensaries in PC practices offer cheaper and easier access for the patients in some regions with a low Health Care services coverage. A higher treatment compliance is discussed.(FMH et al. 2012).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs with a drug dispensary license}}{\text{Total number of all GPs}} \times 100 [\%]$
Numerator	Descriptive Definition Number of GPs with drug dispensaries license Inclusions GPs in myFMH Online tool , licensed for drug dispensaries (in purpose to sell drugs to the patients) Exclusions Delivery of samples of drugs
Denominator	Descriptive Definition Total number of GPs in Switzerland Inclusions GPs registered in the myFMH Online tool Exclusions All other federal specialist titles
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process.
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	It allows an analysis of the possible interventions in a practice which are independent from referral.
Notes	

References

- FMH (2014). "Statistique médicale de la FMH " 24.03.2015. de <http://aerztstatistik.myfmh2.fmh.ch/>.
- FMH, MFE, et al. (2012). "Positionspapier zur ärztlichen Medikamentenabgabe (Selbstdispensation)." de http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27_Positionspapier_DMA.pdf.

4.1.2 First Contact Care

28	% of GPs providing first contact care for patients with psychosocial problems (eg: women aged 50)
Descriptive Definition	This indicator characterizes how frequently GPs are the first contact for 50 year old women with psychosocial problems
Results	
Indicator 2014	86,4%
Indicator raw data	2012: GPs of the SPAM network were asked the question: "To what extent will patients in your practice population (people who normally apply to you for primary medical care) contact you as the first health care provider?" GP $n_{tot} = 198$; "50 year old women with psychosocial problems" answers: "(almost) always" $n = 64$ (32,32%); "usually" $n = 107$ (54.04%); "occasionally" $n = 25$ (12,63%); "seldom or never" $n = 2$ (1,01%)
Data Source	QUALICOPC study 2012 - raw unpublished data
Quality of Data Source	5
Previous findings	Almost always 2010: Phameu-study Switzerland (Kringos D. 2015)
Graphic chart	
Indicator Rationale	Adapted from the PHAMEU study (Kringos et al. 2010): Psychosocial care is estimated to be one of the main aspects of patients consulting a GP. Psychosocial problems, influencing the patients' health, are better recognized by a physician in case of previous knowledge of the patient, being an aspect of the continuity of care (Starfield et al. 2005).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs providing always or usually first care for 50y old female patients for psychosocial problems}}{\text{Number of all GPs}} \times 100 [\%]$
Numerator	Descriptive Definition Number of GPs that act (almost) always or usually as first care provider for 50 year old female patients visiting for psychosocial problems Inclusions GPs of the SPAM Network Exclusions Discussion of psychosocial problems is not necessarily an exclusive consulting reason, but must be mentioned
Denominator	Descriptive Definition Total number of GPs of the SPAM network Inclusions GPs of the SPAM Network Exclusions -
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	It allows an analysis of the services provided by GPs and might indirectly reflect needs of patients in PC (discussion of psychosocial problems gender and age-related). An estimation concerning potential needs for GPs training and specialisation could be associated.
Notes	

References

- Kringos D. B. W., Hutchinson A., Saltman R. (2015). Building primary care in a changing Europe. Observatory Studies Series, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies. 38.
- Kringos D. S., Boerma W. G., et al. (2010). "The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions." *BMC Health Serv Res* 10: 65.
- Starfield B., Shi L., et al. (2005). "Contribution of primary care to health systems and health." *Milbank Q* 83: 457 - 502.

29	% of GPs providing first contact care for patients with alcohol addiction problems (eg: 52 years old men)
Descriptive Definition	This indicator characterizes how frequently GPs are the first contact for 52 years old male patients with alcohol addiction problems.
Results	
Indicator 2014	70,2 %
Indicator raw data	2012: GPs of the SPAM network were asked the question: "In case of the following health problems, to what extent will patients in your practice population (people who normally apply to you for primary medical care) contact you as the first health care provider: 52 year old man with alcohol addiction problems?" GP n _{tot} = 198; answers: "(almost) always" n = 43 (21,5%); "usually" n = 96 (48%); "occasionally" n = 54 (27%); "seldom or never" n = 5 (2,5%)
Data Source	Qualicopc study Switzerland (Cohidon et al. 2015)
Quality of Data Source	5
Previous findings	"Usually" 2010: PHAMEU study Switzerland (Kringos D. 2015) 76,2% "always" or "usually" 1993: European study of tasks profiles of general practitioners (Cohidon et al. 2015)
Graphic chart	
Indicator Rationale	In Switzerland 20-33% of the GPs' patients have a history of alcohol abuse and a third of these patients a harmful consumption or alcohol dependence. Switzerland has a higher prevalence of alcohol abuse and dependence than the average rate in other European countries and a higher alcohol consumption than the OECD average (OECD/WHO 2011; WHO 2014). Only 50% of patients with an elevated consumption are recognized by the GPs and only 10% of alcohol dependant patients are treated. The indicator highlights the importance of the GPs' role as a gatekeeper.
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs providing first contact care for 52 year old men with alcohol addiction problems}}{\text{Number of all GPs}} \times 100 [\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of GPs providing first contact care (almost) always / usually to male patients 52 years old with alcohol addiction problems</p> <p>Inclusions GPs of the SPAM Network</p> <p>Exclusions For the patients: alcohol addiction problems are not necessarily an exclusive consulting reason, but must be mentioned Physicians with other specialist titles</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of GPs of the SPAM network</p> <p>Inclusions All GPs of the SPAM Network</p> <p>Exclusions Physicians with other specialist titles</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process

Indicator sub-categories No sub indicator

Interpretation It allows an analysis of the services provided by GPs and might indirectly reflect needs of patients in PC (discussion of alcohol addiction problems gender and age- related). An estimation concerning potential needs for GPs training and specialisation could be associated.

Notes

References

Cohidon C., Cornuz J., et al. (2015). "Primary care in Switzerland: evolution of physicians' profile and activities in twenty years (1993-2012)." *BMC Fam Pract* 16(1): 107.

Kringos D. B. W., Hutchinson A., Saltman R. (2015). Building primary care in a changing Europe. *Observatory Studies Series, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies*. 38.

OECD/WHO (2011). OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011. *OECD Publishing*.

WHO (2014, 06.02.2015). "Global Health Observatory Data Repository." *Online tool*. de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.3?lang=en>.

4.1.3 Treatment and follow up of Diseases

30	% of GPs providing treatment/follow-up care for patients with lower back pain
Descriptive Definition	This indicator characterizes how frequently GPs are involved in the acute care and follow-up care of patients with lower back pain.
Results	
Indicator 2014	NO DATA
Indicator raw data	
Data Source	
Quality of Data Source	
Previous findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	Lower back pain is one of the most frequently condition encountered in the GPs practice. Around 70% of the consulting adults complain about lower back pain at least once in life and 15% need further investigation (Pasche et et 2011). In 2012, 40% of the Swiss population \geq 15 years complained about back pain (OBSAN 2012). 7,3% of them describe it as acute pain, 32,7% as light pain. In 2012, 3,4% of the hospitalisations in specialized clinics or rehab-facilities were motivated by lower back pain (23,4% of all motifs for hospitalisation in these establishments), (OFS 2014). The numbers of occupational disabled people in relation to lower back pain were nearly progressing twice as much as the invalidity cases related to all other illnesses and accidents (71% vs. 44% between 1992-1996) in Switzerland. There is a correlation between psychiatric conditions, such as depression and sleeping disorders, and lower back pain (Lampert 2003; OBSAN 2011)
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs providing treatment or follow-up care for lower back pain}}{\text{Number of all GPs}} \times 100 [\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition GPs providing treatment or follow-up care for lower back pain (without specification)</p> <p>Inclusions GPs participating at the underlying survey</p> <p>Exclusions Lower back pain problems are not necessarily an exclusive consulting reason, but must be mentioned or investigated. All other medical specialist titles Hospital GPs</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of GPs</p> <p>Inclusions GPs participating at the underlying survey</p> <p>Exclusions All other medical specialist titles</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator

Interpretation	It allows an analysis of the services provided by GPs and might indirectly reflect needs in PC for patients with lower back pain. An estimation concerning potential needs for GPs training and specialisation could be associated.
-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Notes

References

- Lampert O. (2003). Travail et santé ; Mortalité et invalidité en rapport avec l'activité professionnelle. Rapport de l'Office fédérale de la statistique 2003. OFS. Neuchatel, OFS, Office fédérale de la statistique
- OBSAN (2011). La santé en Suisse latine. Rapport OBSAN. Neuchatel, Swiss Health Observatory 48.
- OBSAN (2012). "Proportion de la population souffrant de maux de dos ou de reins, Evolution par canton 1992-2012." <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/04/01/blank/blank/blank/01/03.html>.
- OFS (2014, 03.2014). "Statistique médicale des hôpitaux 2012." Encyclopédie statistique de la Suisse http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/02.html.
- Pasche O. et et a. (2011). "La lombalgie aiguë en médecine de premier recours." Rev Med Suisse 7: 2343-2346

4.1.4 Treatment and follow up of Diseases

31	% of GPs providing treatment/follow-up care for patients with depression
Descriptive Definition	This indicator characterizes how frequently GPs are involved in the treatment and follow-up care of patients with depression
Results	
Indicator 2014	96,9%
Indicator raw data	2012: GPs of the SPAM network were asked the question: "To what extent are you involved in the treatment and follow-up of patients in your practice population with the following diagnoses ("practice population" means: people who normally apply to you for primary medical care): depression?" GP n _{tot} =198; answers: "(almost) always" n = 104 (52,3%); "usually" n = 88 (44,2%); "occasionally" n = 6 (3%)
Data Source	QUALICOPC study Switzerland 2012 (Cohidon et al. 2015)
Quality of Data Source	5
Previous findings	(Almost) always 2010: PHAMEU study Switzerland (Kringos D. 2015) 96,9% "always-usually" 1993: European study of tasks profiles of general practitioners (Cohidon et al. 2015)
Graphic chart	
Indicator Rationale	Major depression is estimated to have a prevalence of 6,9% in Europe and takes the first place of DALYs with 7,2% in Switzerland (unipolar depression). One out of 4 to 5 Swiss inhabitants are estimated to suffer from a major depression once in a lifetime. 2,5 of 1000 inhabitants were treated in a hospital context for depression, the main psychiatric diagnosis treated in Swiss hospitals. In 2007, 19% of the participants in the Swiss Health survey described depressive symptoms. 26% of elderly living in nursing homes suffered from depression in 2008. 21% of the patients in treatment for a psychiatric disorder (Smith et al.) are treated by their GP. 45% of the diagnostic of depression are posed in the GPs office and 54% at the psychiatrist. 75% of the patients with a diagnosis of depression in a GPs office are treated by the GP either with anti-depressants, psychotherapy or both (D. et L. 2012).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs providing treatment or follow-up care for patients with depression}}{\text{Total number of GPs}} \times 100 [\%]$
Numerator	Descriptive Definition Number of GPs providing treatment or follow-up care for patients with depression (all types, not specified) Inclusions GPs of the SPAM Network Exclusions Discussion of depression is not necessarily an exclusive consulting reason, but must be mentioned All other physicians with a specialist title
Denominator	Descriptive Definition Total number of GPs of the SPAM network Inclusions GPs of the SPAM Network Exclusions

All other physicians with a specialist title	
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	It allows an analysis of the services provided by GPs (for chronic diseases) and might indirectly reflect needs in PC for patients with depression. An estimation concerning potential needs for GPs training and specialisation could be associated.
Notes	

References

- Cohidon C., Cornuz J., et al. (2015). "Primary care in Switzerland: evolution of physicians' profile and activities in twenty years (1993-2012)." *BMC Fam Pract* 16(1): 107.
- D. S. et L. B. (2012). "La santé psychique en Suisse." *OBSAN Rapport* 52 52: 40-48.
- Kringos D. B. W., Hutchinson A., Saltman R. (2015). Building primary care in a changing Europe. *Observatory Studies Series, WHO*, European Observatory on Health Systems and Policies. 38.
- Smith B. H., Elliott A. M., et al. (2004). "Is chronic pain a distinct diagnosis in primary care? Evidence arising from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception study." *Fam Pract* 21(1): 66-74.

32	% of GPs providing treatment/follow-up care for patients living in a home for elderly
Descriptive Definition	This indicator characterizes how frequently GPs are implicated in the acute and follow-up care of patients living in a home for elderly.
Results	
Indicator 2014	76,6%
Indicator raw data	2012: GPs of the SPAM network were asked the question: "In a normal working week, how many patients do you see in homes for the elderly? " GP $n_{\text{tot}}=197$; patients seen: $n = 151$ (76,6%); No patients seen: $n = 46$ (23,4%)
Data Source	QUALICOPC study Switzerland- raw unpublished data
Quality of Data Source	5
Previous findings	(Almost) always 2010: PHAMEU study Switzerland (Kringos D. 2015)
Graphic chart	
Indicator Rationale	In 2012, 8% of the population age ≥ 65 years had a long term stay in a home for elderly [1558 (nursing) homes all over] in Switzerland; 68 places/1000 inhabitants age ≥ 65 years) (OFS 2014). The GPs visit every week about 2 patients in the median at nursing homes (SD 6,4 ; [0 ;30]). Out of office visits have an impact on the workload and disponibilities of GPs. Additional paid activities in teaching and nursing homes, seem to have tripled in the GPs population of the QUALICOPC study Switzerland in 2012, compared to 1993(Cohidon et al. 2015). If the demographical changes towards an ageing society are considered in strategic planning, the increase of those out-of-office consultations have to be taken in account
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs providing treatment or follow-up care for patients admitted to a home for elderly}}{\text{Total number of GPs}} \times 100 [\%]$
Numerator	Descriptive Definition Number of GPs of the SPAM network providing treatment/follow-up care (not specified) for patients admitted to a home for elderly (all kinds of establishments) Inclusions GPs of the SPAM Network Exclusions Physicians with other specialist titles All other institutions (e.g. hospital)
Denominator	Descriptive Definition Total number of GPs of the SPAM network Inclusions GPs of the SPAM Network Exclusions Physicians with a other specialist titles
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator

Interpretation It allows an analysis of the services provided by GPs for patients with a loss of autonomy in everyday life and basic care in a GPs consultation. An estimation concerning potential needs for GPs' training and specialisation could be associated.

Notes

References

Cohidon C., Cornuz J., et al. (2015). "Primary care in Switzerland: evolution of physicians' profile and activities in twenty years (1993-2012)." *BMC Fam Pract* 16(1): 107.

Kringos D. B. W., Hutchinson A., Saltman R. (2015). Building primary care in a changing Europe. *Observatory Studies Series, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies*. 38.

OFS (2014). "Etat et structure de la population – Indicateurs." *STATPOP*. de
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/raeumliche_verteilung/kantone__gemeinden.html.

4.1.5 Medical Technical Procedures

33	% of GPs providing wound suturing
Descriptive Definition	This indicator characterizes if GPs are providing wound suturing as a service to their patients
Results	
Indicator 2014	90%
Indicator raw data	GPs of the SPAM network were asked the question: To what extent are the following activities carried out in your practice population by you (or your staff) and not by a medical specialist: wound suturing? $n_{\text{tot}}=198$; answers: “(almost) always” $n = 106$ (53,3%); “usually” $n = 44$ (22,1%); “occasionally” $n = 29$ (14,6%); “seldom or never” $n = 19$ (9,6%)
Data Source	QUALICOPC study Switzerland (Cohidon et al. 2015)
Quality of Data Source	5
Previous findings	Usually 2010: PHAMEU-study Switzerland (Kringos D. 2015) 100% 1993: European study of tasks profiles of general practitioners(Cohidon et al. 2015)
Graphic chart	
Indicator Rationale	In 2013, 14% of the specialists in the ambulatory sector had a surgical title, 6% were gynecologists, 5% pediatricians, 17% psychiatrists or psychotherapists and 39% were GPs and 19% had another specialist titles without surgical occupations. Has a GP the knowledge and practice to do wound suturing, referral to other specialists might be reduced, which improves continuity of care and might lower costs.
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs performing wound suturing}}{\text{Number of all GPs}} \times 100 [\%]$
Numerator	Descriptive Definition Number of GPs providing wound suturing Inclusions GPs of the SPAM Network All kind of wound suturing (not specified) Frequency: (almost) always/usually Exclusions –
Denominator	Descriptive Definition Total number of GPs of the SPAM network Inclusions GPs of the SPAM Network Exclusions –
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator

Interpretation It allows an analysis of the surgical services provided by GPs and might indirectly reflect needs of patients in PC. An estimation concerning potential needs for GPs training and specialisation and a possible adjustment of the general medical equipment could be associated. The need of nearby referral options to specialists could also be identified.

Notes

References

Cohidon C., Cornuz J., et al. (2015). "Primary care in Switzerland: evolution of physicians' profile and activities in twenty years (1993-2012)." *BMC Fam Pract* 16(1): 107.

Kringos D. B. W., Hutchinson A., Saltman R. (2015). Building primary care in a changing Europe. Observatory Studies Series, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies. 38.

4.1.6 GP Contacts without Referral

34	% of total patient contacts handled solely by GPs without referrals to other providers
Descriptive Definition	This indicator identifies how many patients are handled solely by GPs without patient's referring to another medical specialist.
Results	
Indicator 2014	94,3%
Indicator raw data	2013: GPs $n_{\text{tot}}=90$, consultations: $n=24\,42\,890$; reasons for encounter: $n=42\,890$; referral in RFE: $n=2\,427$ RFE (in consultations $n=2\,341$); referral rate: based on consultations: 9,44%, based on the number of RFE: 5,65% (Tandjung et al. 2015)
Data Source	Tandjung et al. 2015
Quality of Data Source	2010: Experts of the PHAMEU study were asked the question: % of total patient contacts are handled solely by GPs without referrals to other providers: 99% (Kringos D. 2015)
Previous findings	99%
Graphic chart	
Indicator Rationale	The implication of GPs in specialized health care (instead of seeing patients only as gatekeepers) has been shown beneficiary for patients' health and health care costs (Stille et al. 2005)
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs' patient contacts handled solely by the GP}}{\text{Number of all patients' contacts of the GP}} \times 100 [\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of patients handled solely by a GP</p> <p>Inclusions Patient's contacts where the patient wasn't sent to another medical specialist's consultation GPs in the study cohort</p> <p>Exclusions Physicians with other specialist titles</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of patients' contacts by GPs</p> <p>Inclusions GPs in the study cohort</p> <p>Exclusions Physicians with other specialist titles</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	It allows an estimation of the level of autonomy of GPs. Note: Even if there is no referral, there can be a second physician (or more) involved.
Notes	Access to a specialist is independent from referral by a GP in Switzerland. Some insurances and GP networks propose health care plans with a GP as a gatekeeper.

In 2012, 36% of the Swiss population age >15 y consulted a specialist in the previous 12 months(Altwegg et Marquis 2012)

References

- Altwegg D. et Marquis J.-F. (2012). Statistiques de la santé Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. 1291-1200.
- Kringos D. B. W., Hutchinson A., Saltman R. (2015). Building primary care in a changing Europe. Observatory Studies Series, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies. 38.
- Stille C., Jerant A., et al. (2005). "Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: A key role for the generalist in practice." *Ann Intern Med* 142: 700 - 708.
- Tandjung R., Hanhart A., et al. (2015). "Referral rates in Swiss primary care with a special emphasis on reasons for encounter." *Swiss Med Wkly* 145: w14244.

4.1.7 Health Promotion

35	% of GPs who offer individual counseling in case of obesity to their patients
Descriptive Definition	This indicator describes patients counselling concerning obesity within a GP's consultation.
Results	
Indicator 2014	(Almost) always
Indicator raw data	2010: Experts of the PHAMEU study were asked the question: "To what extent do GPs provide the following individual counseling if this would be needed in the practice population?" answers: (almost) always / usually / occasionally / seldom or never. "Counseling in case of obesity"
Data Source	PHAMEU study Switzerland 2010 (Kringos 2015)
Quality of Data Source	1
Previous findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	41% of the Swiss population is overweighted or obese; this represents a 4% increase over 5 years, despite a federal policy for overweight prevention (OBSAN 2012). When GPs are involved in preventive health care, a better cost-effectiveness and an improvement of populational health has been associated (Kringos et al. 2010)
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs providing obesity counseling}}{\text{Number of all GPs}} \times 100 [\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of GPs providing obesity counseling</p> <p>Inclusions GPs in Switzerland</p> <p>Exclusions Other diet related disorders than obesity Physicians with other specialist titles</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of GPs</p> <p>Inclusions GPs in Switzerland</p> <p>Exclusions Physicians with a specialist title</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	The indicator allows evaluating how frequently GPs are involved in counselling in case of obesity.
Notes	

References

- Kringos D., et al. (2015). Building primary care in a changing Europe: Case studies. Observatory studies series European Observatory on Health Systems and Polities. 40: 275-284.
- Kringos D. S., Boerma W. G., et al. (2010). "The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions." *BMC Health Serv Res* 10: 65.
- OBSAN (2012). "Indicateurs de la santé- Facteurs de risque." <http://www.obsan.admin.ch/fr/themes-de-sante/facteurs-dinfluence-sur-la-sante>.

36	% of GPs who offer health education to their patients concerning smoking.
Descriptive Definition	These indicators describe patients' health education concerning tobacco use within a GP's consultation.
Results	
Indicator 2014	98,5%
Indicator raw data	2012: GPs of the SPAM network were asked the question: "To what extent are you involved in health education as regards the following topic: smoking?" GP $n_{\text{tot}} = 199$; answers: "not involved" $n = 3$ (1,51 %); "involved" $n = 196$ (98,49 %)
Data Source	QUALICOPC study Switzerland 2012 - raw unpublished data
Quality of Data Source	5
Previous findings	Usually 2010: PHAMEU study- Switzerland (Kringos D. 2015)
Graphic chart	
Indicator Rationale	Tobacco abuse is responsible for 9000 deaths and 16'000 invalidity cases in Switzerland per year. Cost-benefit studies showed that 1.- CHF invested in preventive measures, brings a benefit of 41.- CHF to the society.(OFS 2012). When GPs are involved in preventive health care, a better cost-effectiveness and an improvement of populational health has been associated (Kringos et al. 2010)
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs providing health education to patients concerning smoking}}{\text{Number of all GPs}} \times 100 [\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of GPs providing health education to adult patients concerning smoking</p> <p>Inclusions GPs of the SPAM Network Any kind of smoking counseling / intervention</p> <p>Exclusions Discussion of smoking is not necessarily an exclusive consultation reason, but must be mentioned –</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of GPs of the SPAM network</p> <p>Inclusions GPs of the SPAM Network</p> <p>Exclusions –</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	The indicator allows evaluating whether health education concerning smoking is a topic that is (sufficiently) embedded in the consultation.
Notes	

References

- Kringos D. B. W., Hutchinson A., Saltman R. (2015). Building primary care in a changing Europe. Observatory Studies Series, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies. 38.
- Kringos D. S., Boerma W. G., et al. (2010). "The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions." *BMC Health Serv Res* 10: 65.
- OFS (2012). "Monitoring Suisse des Addictions."
<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/index.html?lang=fr>.

37	% of GPs who offer health education to their patients concerning problematic alcohol consumption
Descriptive Definition	This indicator describes patients' health education concerning alcohol consumption, within a GPs consultation.
Results	
Indicator 2014	97,5%
Indicator raw data	2012: GPs of the SPAM network were asked the question: "To what extent are you involved in health education as regards of the following topic: problematic alcohol consumption?" GP n _{tot} =199; answers: "not involved" n = 5 (3,51%); "involved" n = 194 (97,49%)
Data Source	QUALICOPC study Switzerland 2012- raw unpublished data
Quality of Data Source	5
Previous findings	Usually 2010: PHAMEU study Switzerland (Kringos 2015)
Graphic chart	
Indicator Rationale	In Switzerland 8% of the population age >15y present an alcohol use disorder and 4,2% an alcohol dependence (Global report on alcohol and health, WHO 2014). It is estimated that only 10% of the alcohol dependant patients are treated in Switzerland. The national policy supports prevention and treatment measures in case of harmful alcohol consumption. 19% of the population (age >15y) are drunk once amonth.12-17% of the accidents needing medical attention are related to alcohol use.(OFS 2012). When GPs are involved in preventive health care, a better cost-effectiveness and an improvement of populational health has been associated (Kringos et al. 2010)
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs providing health education to patients concerning problematic alcohol consumption}}{\text{Number of all GPs}} \times 100 [\%]$
Numerator	Descriptive Definition Number of GPs of the SPAM network offering health education to adult patients concerning problematic alcohol consumption Inclusions GPs of the SPAM Network All type of health education /intervention Exclusions Discussion of alcohol consumption is not necessarily an exclusive consulting reason, but must be mentioned –
Denominator	Descriptive Definition Total number of GPs of the SPAM network Inclusions GPs of the SPAM Network Exclusions –
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process

Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	The indicator allows evaluating whether health promotion concerning problematic alcohol consumption is a topic that is (sufficiently) embedded in the consultation.
Notes	

References

- Kringos D., et al. (2015). Building primary care in a changing Europe: Case studies. Observatory studies series European Observatory on Health Systems and Polities. 40: 275-284.
- Kringos D. S., Boerma W. G., et al. (2010). "The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions." *BMC Health Serv Res* 10: 65.
- OFS (2012). "Monitorage Suisse des Addictions."
<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/index.html?lang=fr>.

4.1.8 Preventive Care

38	% of GPs providing: SKIN SCREENING (FOR SKIN CANCER)c
Descriptive Definition	This indicator describes the practice of patients' skin cancer screening within a GP's consultation.
Results	
Indicator 2014	NO DATA
Indicator raw data	
Data Source	
Quality of Data Source	
Previous findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	The Melanoma is ranking 4th on the list of most frequent cancer in Switzerland. Every year, 1000 new cases are diagnosed (23,4 - 26,4 cases/100'000 population 2007-2011). The melanoma is responsible for 2% of cancer deaths (2,1 – 36/300 deaths in a population of 100'000 2007-2011), (OFS 2012, 2014). 35% of the Swiss population age >15y declared to have had a skin cancer screening once in a lifetime. Litterature discusses the positive association of GPs density and early detection of cancers e.g. skin cancer as on patient's health status compared to interventions by physicians with another specialist title. (Starfield et al. 2005).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs providing skin cancer screening}}{\text{Total number of GPs}} \times 100 [\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of GPs providing skin cancer screening</p> <p>Inclusions GPs participating at the underlying survey All types of skin cancer screening</p> <p>Exclusions Physicians with other specialist titles</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of GPs</p> <p>Inclusions GPs participating at the underlying survey</p> <p>Exclusions Physicians with other specialist titles</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	The indicator allows evaluating whether skin cancer screening is an intervention that is sufficiently embedded in the consultation of GPs.
Notes	

References

- OFS (2012). Le mélanome de la peau: état des lieux et prévention. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- OFS (2014). Cancer - Données, indicateurs. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Starfield B., Shi L., et al. (2005). "Contribution of primary care to health systems and health." *Milbank Q* 83: 457 - 502.

39	% of GPs providing: INFLUENZA VACCINATION FOR GROUPS AT RISK
Descriptive Definition	This indicator describes the practice of seasonal influenza vaccination for high risk groups within a GP's consultation.
Results	
Indicator 2014	95,5%
Indicator raw data	2012: GPs of the SPAM network were asked the question: "Are you or your practice staff involved in the following activities: influenza vaccination (as part of a programme)?" GP n _{tot} = 199; answers: "yes" n = 190 (95,5%)
Data Source	QUALICOPC study Switzerland 2012 - raw unpublished data
Quality of Data Source	5
Previous findings	Almost always 2010: PHAMEU study Switzerland (Kringos D. 2015)
Graphic chart	
Indicator Rationale	In Switzerland the influenza vaccination is recommended for the population at risk age ≤65y and for all adults age ≥65y. Risk groups are e.g: chronic illnesses of the heart, lungs, some neurological disorders, liver and kidney malfunction, patients with immunodeficiency, pregnant women, 100'000 – 300'000 people are concerned by the influenza epidemic every year.. It causes 1000-5000 hospitalizations and up to 1500 deaths (> 90% age >60 y).Direct costs of the infection for the health system are up to 100 million CHF per year. Indirect costs are estimated to touch the sum of 300 million CHF (Lang 2010).In PC , and particularly GPs , are involved in preventive health care, a cost-effectiveness and improvement of populational health has been reported (Kringos et al. 2010)
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs providing influenza vaccination for high risk groups}}{\text{Total number of all GPs}} \times 100 [\%]$
Numerator	Descriptive Definition Number of GPs of the SPAM network providing seasonal Influenza vaccination for high-risk groups Inclusions GPs of the SPAM Network All types of seasonal influenza vaccination Exclusions –
Denominator	Descriptive Definition Total number of GPs of the SPAM network Inclusions GPs of the SPAM network Exclusions –
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	The indicator allows evaluating whether active influenza vaccination for high risk groups is an intervention that is sufficiently embedded in the PC practice.
Notes	

References

- Kringos D. B. W., Hutchinson A., Saltman R. (2015). Building primary care in a changing Europe. Observatory Studies Series, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies. 38.
- Kringos D. S., Boerma W. G., et al. (2010). "The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions." *BMC Health Serv Res* 10: 65.
- Lang P. O., Michel J.P. (2010). "La vaccination: le programme de toute une vie." *Revue Médicale Suisse* 270(6:2118-2124).

40 % of GPs providing: BLOOD SUGAR CONTROL	
Descriptive Definition	This indicator describes the practice of patients' care, blood sugar control, within general practice.
Results	
Indicator 2014	NO DATA
Indicator raw data	
Data Source	
Quality of Data Source	
Previous findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	<p>The prevalence of diabetes is of 7,4% and counts about 225'000 patients with diabetes II. The Swiss study group for lipid and atherosclerosis (AGLA) recommends testing for cardiovascular risk factors by adults age ≥ 40y. For adults age 18-40y are it is recommended to get tested every three years if a BMI >25 is associated with a cardiovascular risk factor. Blood sugar (venous plasmatic) screening is the first choice test (AGLA 2014). 97,5% of the GPs can perform blood sugar controls in their practice (QUALICOPC study 2012- raw unpublished data).</p> <p>When GPs are involved in preventive health care, a better cost-effectiveness and an improvement of populational health has been associated (Kringos et al. 2010)</p>
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs providing blood sugar control}}{\text{Number of all GPs}} \times 100[\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of GPs providing blood sugar control</p> <p>Inclusions GPs participating at the underlying survey All types of blood sugar control (glycemia, HbA1c, etc.)</p> <p>Exclusions</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of GPs</p> <p>Inclusions GPs participating at the underlying survey</p> <p>Exclusions</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	The indicator allows evaluating whether blood sugar control, is a topic that is sufficiently embedded in the consultation.
Notes	
References	
AGLA (2014, 18.05.2015). "Prévention de l'athérosclérose." de http://www.agla.ch/empfehlungen/praevention .	
Kringos D. S., Boerma W. G., et al. (2010). "The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions." BMC Health Serv Res 10: 65.	

41 % of GPs keeping record of WEIGHT	
Descriptive Definition	This indicator describes patients' weight control within a GPs consultation.
Results	
Indicator 2014	97,5%
Indicator raw data	2012: GPs of the SPAM network were asked the question: "Do your medical files normally include the following information: patient's weight and height?" GP n _{tot} = 199; answers: "yes" n = 194 (97,5%); "no" n = 6 (2,5%)
Data Source	QUALICOPC study Switzerland 2012- raw unpublished data
Quality of Data Source	5
Previous findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	In 2012, 51% of the male Swiss population and 32% of the female Swiss population presented overweight. It might be related to a decrease of physical activity and to nutrition changes. The proportion of obese people doubled in 20 years (OFS 2012). A study in the adolescent population (F. et al. 2002) states that 16% describe hyperphagia and 3% bulimic eating disorders.
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs keeping record of weight}}{\text{Number of all GPs}} \times 100 [\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of GPs keeping record of weight control in the medical file</p> <p>Inclusions GPs of the SPAM network All type of weight control (e.g. weight, BMI..)</p> <p>Exclusions –</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of GPs of the SPAM network</p> <p>Inclusions GPs of the SPAM network</p> <p>Exclusions –</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	The indicator contributes to the evaluation, whether the recognizing of weight problems might sufficiently be embedded in the consultation. This could lead to a diagnostic process and counselling concerning eating disorders (e.g. denutrition, obesity, anorexia).
Notes	
References	
F. N. et al. e. (2002). Santé et styles de vie des adolescents âgées à 16 à 20 ans en Suisse. <i>Raisons de santé</i> . Lausanne. 95a.	
OFS (2012). "Système d'indicateurs MONET." http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/21/02/ind32.indicator.70209.3202.html .	

42	% of GPs providing: CHOLESTEROL LEVEL CONTROL
Descriptive Definition	This indicator describes the practice of cholesterol level controls within a GPs consultation
Results	
Indicator 2014	100%
Indicator raw data	2012: GPs of the SPAM network were asked the question: When do you, or your staff, measure blood cholesterol level? GP $n_{\text{tot}} = 199$; answers: "in connection with relevant clinical conditions" $n = 150$ (75,4%); "on request" $n = 105$ (52,8%); "routinely in office contacts with adults (regardless of the reason for visit)" $n = 73$ (36,7%); "in adults invited for this purpose" $n = 96$ (48,2%); "no such measures" $n = 0$ (0%)
Data Source	QUALICOPC study Switzerland- raw unpublished data
Quality of Data Source	5
Similar findings	13,7% routine measurement of Cholesterol 1993: European study of tasks profiles of general practitioners (Cohidon et al. 2015)
Previous findings	Almost always 2010: PHAMEU study Switzerland (Kringos D. 2015)
Graphic chart	
Indicator Rationale	Cardiovascular prevention by dyslipidemia treatment could reduce the risk of cardiovascular events by 28% and mortality by 17%.17% of the population had been tested for high cholesterol levels once in their lives and 10% needed a follow-up in the previous 12 months. In Switzerland, it is recommended that all men age >35y and women age >45y .and younger patients if any cardiovascular risk factor is present should be tested for dyslipidemia.(Rodondi 2011) When GPs are involved in preventive health care, a better cost-effectiveness and an improvement of populational health has been associated (Kringos et al. 2010)
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs providing Cholesterol level control}}{\text{Number of all GPs}} \times 100 [\%]$
Numerator	Descriptive Definition Number of GPs providing Cholesterol level control Inclusions GPs of the SPAM Network All types of Cholesterol level control independent of periodicity Exclusions Physicians with a specialist title
Denominator	Descriptive Definition Total number of GPs of the SPAM network Inclusions GPs of the SPAM Network Exclusions Physicians with a specialist title
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator

Interpretation The indicator allows evaluating whether Hypercholesterolemia- screening is generally provided by the GPs.

Notes

References

- Cohidon C., Cornuz J., et al. (2015). "Primary care in Switzerland: evolution of physicians' profile and activities in twenty years (1993-2012)." *BMC Fam Pract* 16(1): 107.
- Kringos D. S., Boerma W. G., et al. (2010). "The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions." *BMC Health Serv Res* 10: 65.
- Rodondi N. (2011). "[Dyslipidemias: is it necessary to treat or not treat? An approach based on scientific evidence in 2011]." *Rev Med Suisse* 7(294): 1037-1038.
- Schafer W. L., Boerma W. G., et al. (2011). "QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care." *BMC Fam Pract* 12: 115.
- Schafer W. L., Boerma W. G., et al. (2013). "Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries." *Qual Prim Care* 21(2): 67-79.

5 Status of Patient's Health

5.1 General

5.1.1 Antibiotics consumption

43	Defined daily doses of antibiotic (DDD) prescription in ambulatory care per 1000 inhabitants per day
Descriptive Definition	This indicator describes the prescription rate of antibiotics in the GPs' practice.
Results	
Indicator	6 DDD
Indicator raw data	OFSP_Joint report 2013 ARCH-Vet/anresis.ch (ARCH-Vet et anresis.ch 2015)
Data Source	
Quality of Data Source	5
Previous findings	<p>6 DDD in 2007</p> <p>2007: Raw data: Calculated on the basis of extrapolation of locale figures from 3 regions of Switzerland (Fribourg, Neuchâtel and Valais). "control group" value of a quality project on drugs prescriptions by PC physicians (GP's) in 2007 =6; intervention group=6,7(only three cantons (Fribourg, Neuchâtel, Valais) Estimated population coverage of the intervention group as a ratio of the control group: 0,21; control group GPs n=1533; intervention group GPs n=320</p> <p>5,6 DID in 2003</p> <p>4,9 DID in 2002</p> <p>Source: Contribution of pharmacies on the good use of antibiotics by PC physicians, PhD thesis, Pharmacy of the Department of ambulatory Care, Lausanne /Faculty of Science, University of Geneva,2010; published by reprography Lausanne University hospital and cited in the PHAMEU study Switzerland for Kringos et al. 2015 (Kringos D. 2015)</p>
Graphic chart	
Indicator Rationale	Antibiotics are part of the most prescribed drugs in PC. Antibiotic resistance is a major issue in public health. A national strategy concerning antibiotic resistance management "StAR" and a surveillance system are in place in Switzerland (70% of data in ambulatory medicine missing).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of daily doses of antibiotics prescribed in the PHC practice}}{1000 \text{ inhabitants}} \times 100 [\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition</p> <p>Number of daily doses of antibiotics prescribed in the GP's practice</p> <p>Inclusions</p> <p>Any antibiotic</p> <p>Independent from the drug dosage, application form or pill count</p> <p>Outpatient consultations, independent from physicians specialty</p> <p>Prescription orders collected by PharmaSuisse</p> <p>Exclusions</p> <p>All other Swiss cantons</p> <p>Self-dispensing physicians</p> <p>Not by PharmaSuisse collected prescription orders</p>

Denominator	Descriptive Definition Swiss inhabitants per 1000
	Inclusions Independent from inhabitants residence permit or registered residence
	Exclusions All other Swiss cantons
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	The indicator gives information about Antibiotic prescriptions. Evolution could be analyzed over time and compared internationally.
Notes	DID= Defined daily dose (DDD) per 1'000 inhabitant per day DDD= average daily dose of a drug (more specific: the principal substance) in its usual indication for an adult of 70 kg weight. GPs are in the underlying study defined as physicians with a specialist title in General Internal Medicine. It is not known whether Medical practitioners were included as GPs.

References

- ARCH-Vet et anresis.ch (2015). Joint report 2013. OFSP. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- Kringos D. B. W., Hutchinson A., Saltman R. (2015). Building primary care in a changing Europe. Observatory Studies Series, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies. 38.

5.2 Chronic Care

5.2.1 Diabetes care

44	% of diabetic patients aged >35 years with overweight or obesity and BMI measured in the last 12 months
Descriptive Definition	This indicator describes the prevalence of diabetes with key control parameters in the patients' population of GPs.
Results	
Indicator	NO DATA
Indicator raw data	
Data Source	
Quality of Data Source	
Previous findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	<p>Switzerland has a prevalence of diabetes of 7,4 % and counts about 225'000 patients with diabetes. Obesity is a risk factor for diabetes. 16% of obese or 6% of overweight patients suffer from diabetes vs. 2% of patients with a normal weight. 9% of the physical inactive patients have developed a diabetes vs. 4% of active persons (OFS 2012). 41% of the population have overweight or are obese. Obesity increases with age and half of the men age >35y are concerned.</p> <p>80% of the Swiss GPs use clinical guidelines for diabetes treatment. 13 % indicate to have been involved in a disease management program concerning diabetes (QUALICOPC study Switzerland 2012- raw data). 99% of the GPs are involved (always or usually) in the treatment and follow-up of patients in their practice population of uncomplicated diabetes II (Cohidon et al. 2015). 20% of the GPs have offered special sessions in the last 12 months for their diabetic patients (QUALICOPC study Switzerland 2012 - raw data).</p>
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of diabetic patients age >35y with overweight or obesity and BMI measured in the last 12 months}}{\text{Number of all diabetic patients age >35years with overweight or obesity}}$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of diabetic patients aged >35 y with overweight or obesity and BMI measured in the last 12 months</p> <p>Inclusions GPs patients age >35 y participating at the underlying survey (male and female) BMI \geq 25 kg/m² Minimum 1 measurement of BMI in the previous 12 months</p> <p>Exclusions</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of diabetic patients age >35y with overweight or obesity in a GP practice</p> <p>Inclusions GPs patients age >35 y participating at the underlying survey (male and female) BMI \geq 25 kg/m²</p> <p>Exclusions</p>

Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process; five associated primary indicators
Indicator sub categories	No sub indicator
Interpretation	The indicator allows evaluating how frequently the control of risk factors (overweight, obesity) for diabetes and its complications is performed in general practices.
Notes	The Body mass index (BMI) is calculated by dividing the weight by the square of the height (in meters). The WHO's definition distinguishes the following categories (for adults age ≥ 18 y): underweight (BMI < 18,5 kg/m ²), normal weight (BMI: 18,5 to 24,9 kg/m ²), overweight (BMI: 25 to 29,9kg/m ²) and obesity (BMI ≥ 30 kg/m ²) (WHO 2014).

References

- Cohidon C., Cornuz J., et al. (2015). "Primary care in Switzerland: evolution of physicians' profile and activities in twenty years (1993-2012)." *BMC Fam Pract* 16(1): 107.
- OFS (2012). Enquete Suisse sur la santé 2012. Neuchatel, Bundesamt für Statistik.
- WHO (2014, 06.02.2015). "Global Health Observatory Data Repository." Online tool. de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.3?lang=en>.

5.2.2 COPD Care

45	% of patients with COPD that have had a follow-up visit in primary care during the last year
Descriptive Definition	This indicator describes the prevalence of COPD and the related need of chronic care in the patients' population of GPs.
Results	
Indicator	NO DATA
Indicator raw data	
Data Source	
Quality of Data Source	
Previous findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	Contribution factors to COPD are mostly smoking and occasionally air pollution or professional exposure. 3,4% of the male and 2,6% of the female population are known for a COPD in Switzerland (OFS 2012)- There is an elevated risk for pulmonary infections and heart failure in COPD patients. 99% of the GPs participating at the QUALICOPC study Switzerland 2012 are always or usually involved in the treatment and follow-up of chronic bronchitis/COPD of patients in their practice population (this data is stable over 10 years: 99,5% of GPs in 1993) (Cohidon et al. 2015). 79% of GPs use clinical guidelines for COPD treatment and 16% are involved in a COPD disease management program (QUALICOPC study Switzerland 2012 - raw unpublished data).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of patients with COPD and follow-up visits in PC in the last 12 months}}{\text{Total number of COPD patients in PCs' practices}} \times 100[\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of patients with COPD and follow-up visits in PC in the last 12 months</p> <p>Inclusions GPs patients age >18 y participating at the underlying survey Number of patients with COPD visits in PC Period: last 12 months</p> <p>Exclusions</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of patients with COPD in PCs practice</p> <p>Inclusions GPs patients age >18 y participating at the underlying survey Total number of patients with COPD Period: last 12 months</p> <p>Exclusions -</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub categories	One related primary indicator (lung function measurement)

Interpretation	It allows an estimation of the patients' follow-up in chronic conditions.
Notes	–

References

Cohidon C., Cornuz J., et al. (2015). "Primary care in Switzerland: evolution of physicians' profile and activities in twenty years (1993-2012)." *BMC Fam Pract* 16(1): 107.

OFS (2012). *Enquete Suisse sur la santé 2012*. Neuchatel, Bundesamt für Statistik.

5.2.3 Control of Hypertension

46	% of patients identified as hypertensive whose BP was recorded in the last 12 months
Descriptive Definition	This indicator describes the prevalence of hypertension with key preventive and control measures in GPs' practices: record of blood pressure at the GPs' practices in the last 12 months.
Results	
Indicator	NO DATA
Indicator raw data	
Data Source	
Quality of Data Source	
Previous findings	-
Graphic chart	
Indicator Rationale	13% of the Swiss population age >15y have been treated in 2012 for hypertension (OFS 2012) and nearly a third of the population had this diagnosis at least once in their lifetime. Hypertension can cause heart failure, stroke and have an impact on several other life threatening diseases. It is one of the main cardio-vascular risk factors. The recommendations suggest to take the blood pressure once every two years in the general population and every 6 months for patients with hypertension. (Mancia et al. 2014)
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of patients with hypertension who had a BP recorded in the last 12 months}}{\text{Number of patients with hypertension}} \times 100 [\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of patients with hypertension who had a BP recorded at their GP practice in the last 12 months.</p> <p>Inclusions GPs patients age >18 y participating at the underlying survey Diagnosis of hypertension (any type) Record of BP in the past 12 months at the GPs' office</p> <p>Exclusions Any other intervention for hypertension</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of patients with diagnosis of hypertension</p> <p>Inclusions GPs patients age >18 y participating at the underlying survey Diagnosis of hypertension (any type)</p> <p>Exclusions -</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	Five related primary indicators

Interpretation It allows an analysis of the patients' health status in PHC and of the quality of cardiovascular preventive care.

Notes –

References

Mancia G., Fagard R., et al. (2014). "2013 ESH/ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension." *Blood Press* 23(1): 3-16.

OFS (2012). *Enquete Suisse sur la santé 2012*. Neuchatel, Bundesamt für Statistik.

5.2.4 Use of angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE) in patients with heart failure

47	% of patients with heart failure who have a prescription for ACE inhibitors
Descriptive Definition	This indicator describes the prevalence of heart failure with key preventive and control measures in GPs practices.
Results	
Indicator	NO DATA
Indicator raw data	
Data Source	
Quality of Data Source	
Previous findings	-
Graphic chart	
Indicator Rationale	150'000 Swiss habitants suffer from heart failure, the principal cause of hospitalization in patients > 65 years. 50% of the patients die 5 years after the diagnosis. (OFS 2015). ACE inhibitors are the treatment of first choice in patients with heart failure. They can reduce mortality up to 25% (Cardiologie 2009)Guidelines for treatment have been developed by the Swiss study group for heart failure(Cardiologie et Herzinsuffizienz 2013).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of patients with heart failure who have ACE inhibitors prescribed}}{\text{Number of all patients with heart failure}} \times 100 [\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of patients with heart failure who have received a prescription of ACE inhibitors.</p> <p>Inclusions GPs patients age >18 y participating at the underlying survey Diagnosis of heart failure (any type) ACE medication taken or prescribed to the patient</p> <p>Exclusions Any other drug for heart failure</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of patients with diagnosis of heart failure</p> <p>Inclusions GPs patients age >18 y participating at the underlying survey Diagnosis of heart failure (any type)</p> <p>Exclusions</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	One related primary indicator
Interpretation	It allows an analysis of the patients' health status in PHC and quality cardio-vascular preventive care.
Notes	-

References

- Cardiologie F. S. d. (2009). "Insuffisance cardiaque." La maladie au quotidien. de <http://www.swissheart.ch/index.php?id=85&L=1>.
- Cardiologie S. S. d. et Herzinsuffizienz A. (2013). "Diagnostic et prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique." de <http://www.heartfailure.ch/de/richtlinien.html>.
- OFS (2015). Communiqué de presse. B. f. Statistik. Bern.

5.3 Prevention

5.3.1 Influenza Vaccination of at Risk Patients

48 % population at risk vaccinated against influenza	
Descriptive Definition	This indicator describes the immunisation rate against influenza of the recommended population in Switzerland.
Results	
Indicator 2014	27%
Indicator raw data	2007: A random selection of Swiss population ($n_{\text{tot}} = 2000$) situated in the influenza risk group; range answered in a telephone survey the question, whether they have been vaccinated previous five winter seasons from 2009/2010: chronic disease ($n_{\text{tot}}=645$) regularly: 25%, at least once 16%; Never: 58%, don't know:1%; >64y($n_{\text{tot}} = 668$) regularly: 22%, at least once 16%; Never: 62%; health professionals ($n_{\text{tot}}=686$) regularly 14%; at least once 16%; Never: 70% (OFSP 2015)
Indicator raw data	2014: A random selection of Swiss population ($n_{\text{tot}} = 2000$) situated in the influenza risk group; range answered in a telephone survey the question, whether they have been vaccinated for the previous winter season in 2013/ 2014: chronic disease ($n_{\text{tot}}=984$) 31%, >64y($n_{\text{tot}} = 984$) 37%, other risk groups ($n_{\text{tot}}=19\%$)
Data Source	OFSP Bulletin 27 (OFSP, 2014)
Quality of Data Source	5
Previous findings	20% (winterseason 2009/10-2013/14)
Graphic chart	
Indicator Rationale	In Switzerland influenza vaccination is recommended for the population at risk of complication ≤ 65 y and for all adults age ≥ 65 y. Risk groups are e.g: chronic illnesses of the heart, lungs, some neurological disorders, liver and kidney malfunction, patients with immunodeficiency, pregnant women and persons in regular contact with risk groups (e.g. health professionals). 100'000 to 300'000 people are infected by the influenza epidemic every year. It causes 1000 -5000 hospitalizations and up to 1500 deaths (> 90% of the > 60 y old) .Direct costs of the infection for the health system are up to 100 million per year. 400 to 1000 deaths per year are related to complications of influenza. Indirect costs are estimated to touch the sum of 300 millions CHF (Lang 2010). 85% of the population ≥ 65 y declare being (very) well informed concerning preventive measures against influenza.. (OFSP 2015). The Literature supports the benefice of preventive measures on the health of the population and the decrease of prevalence and severity of illnesses that can be prevented by those measures. (Sans-Corrales et al. 2006; Starfield 2006; Wilhelmsson et Lindberg 2007) adapted from the PHAMEU study (Kringos et al. 2010)
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Recommended population vaccinated against influenza}}{\text{Number of inhabitants in the recommended population}}$
Numerator	<p>Descriptive Definition Recommended population vaccinated against influenza</p> <p>Inclusions Participants in the DemoSCOPE vaccination survey</p> <p>Exclusions</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of inhabitants in the recommended population</p> <p>Inclusions</p>

	Participants in the DemoSCOPE vaccination survey
	Exclusions
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	The indicator allows evaluating the vaccination coverage against influenza in the recommended population.
Notes	

References

- Lang P. O., Michel J.P. (2010). "La vaccination: le programme de toute une vie." *Revue Médicale Suisse* 270(6):2118-2124.
- OFSP (2015). BAG Bulletin B. f. Gesundheit. Bern, OFSP. 37/15.
- Sans-Corrales M., Pujol-Ribera E., et al. (2006). "Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs." *Fam Pract* 23(3): 308-316.
- Starfield B. (2006). "State of the art in research on equity in health." *J Health Polit Policy Law* 31(1): 11-32.
- Wilhelmsson S. et Lindberg M. (2007). "Prevention and health promotion and evidence-based fields of nursing - a literature review." *Int J Nurs Pract* 13(4): 254-265.

5.3.2 Breast Cancer Screening

49	% of the recommended female population who had at least 1 mammogram in the past 2 years
Descriptive Definition	This indicator describes the prevalence of breast cancer screening performed in the recommended female population.
Results	
Indicator 2014	49%
Indicator raw data	2012: Participants in the general population (age ≥ 20 y) $n_{\text{tot}} = 10189$ of the Swiss Health survey were asked: "When did you have the last time a mammogram?"
Data Source	Swiss Health survey (OFS 2014)
Quality of Data Source	5
Previous findings	47% 2007: Swiss Health survey (Altwegg et Marquis 2012)
Graphic chart	
Indicator Rationale	A mammogram is recommended in Switzerland for 50-70 year old women every two years (25% mortality reduction [RR]) and is realized once in a lifetime in 80% of this population group (Altwegg et Marquis 2012). About 1380 deaths a year are related to breast cancer (N°1 mortality cause in 50-70y old women in Switzerland) and over 5500 new diagnosis (women, mean age 61y; 20% age <50y) are made. Screening-programs and reimbursement of the costs exist in 2012 in 9 out of 26 cantons. (Ligue 2015; SCS 2015). A national strategy against breast cancer was reconducted from 2014-2017 aiming to implement the program nationwide.(Kramis et al. 2013). The early detection of breast cancer seams related to a high density of family physicians. (Starfield et al. 2005).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of women age 50-70y who had at least 1 mammogram in the past 2 years}}{\text{Number of all women age 50-70y}}$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of women age 50-70y who had at least 1 mammogram in the past 2 years</p> <p>Inclusions Female population participating at the Swiss Health survey Age 50-70y Women having had a mammogram within 2 years prior to the survey (self-reporting)</p> <p>Exclusions Men All other women age <50y, age >70y and not participating at the Swiss Health survey</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of women age 50-70y</p> <p>Inclusions Total female population participating at the Swiss Health survey Age 50-70y</p> <p>Exclusions Men All other women age <50y, age >70y and not participating at the Swiss Health survey</p>

Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	The indicator allows evaluating the prevalence of breast cancer screening using mammograms in the Swiss population.
Notes	

References

- Altwegg D. et Marquis J.-F. (2012). Statistiques de la santé Neuchâtel, Bundesamt für Statistik. 1291-1200.
- Kramis K. et al. e. (2013). Stratégie nationale contre le cancer 2014-2017. Rapport de Dialogue Politique nationale suisse de la santé. B. f. Gesundheit. Bern.
- Ligue (2015, 27.04.2015). "Information sur le cancer ". de http://www.liguecancer.ch/fr/a_propos_du_cancer/les_chiffres_du_cancer/.
- OFS (2014). "Statistiques de la santé 2014." Statistique de la Suisse 1291-1400(14 Santé).
- SCS (2015, 27.04.2015). "Dépistage du cancer du sein." Epidémiologie du cancer du sein. de <http://www.swisscancerscreening.ch/fr/cancer-du-sein/informations-generales>.
- Starfield B., Shi L., et al. (2005). "Contribution of primary care to health systems and health." *Milbank Q* 83: 457 - 502.

5.3.3 Cervical Cancer Screening

50	% of the recommended population of who had at least 1 Pap test in the last 3 years
Descriptive Definition	This indicator describes the notice of a Pap test in the recommended population.
Results	
Indicator 2014	76%
Indicator raw data	2012: Participants ($n_{\text{tot}} = 7653$) of the Swiss Health survey in the general population were asked the question: Did you undergo a Pap test in the past 3 years? "Yes" =5861 (76%); in the past 12 months: n=3663 (48%); >12 months n=2802 (37%); "Never": n= 1192 (16%)
Data Source	Swiss health survey (OFS 2012)
Quality of Data Source	5
Previous findings	2007: Participants ($n_{\text{tot}} = 6811$) of the Swiss Health survey in the general population were asked the question: Did you undergo a Pap test in the past 12 months? "Yes" n=3282 (48%) ; > 12 months n=2364 (35%), Never n=2457 (36%); Swiss Health survey 2007 (OFS 2010)
Graphic chart	
Indicator Rationale	<p>In Switzerland, 240 women develop a cervical cancer in 2014 (1,5% of cancer in women) . 50% are age <50y. Data from the federal department of Statistics shows an increase of 5% in 5 years for Pap tests.</p> <p>Pap smear is reimbursed by the basic health insurance every three years and women age 11-26y are recommended to get HPV vaccination (Ligue 2015). The mortality of cervical cancer was reduced of 16-20% since the 70s, mostly related to screening by smear tests. The early detection of cervical cancer seams related to a high density of family physicians. (Starfield et al. 2005). More than 60% of women consulted a Gynecologist in the last 12 months in 2012 (mostly those <40y of age).(OFS 2014)</p>
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of female patients age 20-64y who had at least 1 Pap test in the past 3 years}}{\text{Number of all female patients age 20-64y}}$
Numerator	<p>Descriptive Definition Female patients age 20-64y who had at least 1 Pap test in the past 3 years</p> <p>Inclusions Female participants in the population confirmed having at least 1 Pap test in the past 3 years Participants of the Swiss Health survey Age 20-64y</p> <p>Exclusions</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Number of all female patients age 20-64y</p> <p>Inclusions Female participants in the population Participants of the Swiss Health survey Age 20-64y</p> <p>Exclusions</p>

Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	The indicator allows evaluating the prevalence of cervical cancer screening by means of pap smear in the Swiss population
Notes	

References

- Ligue (2015, 27.04.2015). "Information sur le cancer ". de http://www.liguecancer.ch/fr/a_propos_du_cancer/les_chiffres_du_cancer/.
- OFS (2010). Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007, Enquête suisse sur la santé. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- OFS (2012). Enquete Suisse sur la santé 2012. Neuchatel, Bundesamt für Statistik.
- OFS (2014). "Statistiques de la santé 2014." Statistique de la Suisse 1291-1400(14 Santé).
- Starfield B., Shi L., et al. (2005). "Contribution of primary care to health systems and health." *Milbank Q* 83: 457 - 502.

5.3.4 Aspirin for Patients at high Risk of Coronary or Ischemic Cerebrovascular Events

51	% of patients with diagnosis of ischemic heart disease (IHD) who take Aspirin
Descriptive Definition	This indicator describes the prevalence of an ischemic heart disease with key preventive and control measures in GPs' practices.
Results	
Indicator 2014	NO DATA
Indicator raw data	
Data Source	
Quality of Data Source	
Previous findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	Mortality due to coronary heart disease is of 70 men /100'000 population and 33/100'000 women in Switzerland. Follow-up treatment with Aspirine is generally recommended (Fondation 2009)
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of patients with diagnosis of IHD who take Aspirin}}{\text{Number of all patients with diagnosis of IHD}}$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of patients with diagnosis of IHD who take Aspirin</p> <p>Inclusions GPs patients age >18 y participating at the underlying survey Diagnosis of IHD (any type) Aspirin medication taken or prescribed to the patient</p> <p>Exclusions Other anti-aggregate drugs</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of patients with diagnosis of IHD</p> <p>Inclusions GPs patients age >18 y participating at the underlying survey Diagnosis of IHD (any type)</p> <p>Exclusions</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	In the context of an analysis of the patients' health status in PC it allows an evaluation of cardio-vascular preventive care.
Notes	
References	
Fondation S., de ,Cardiologie (2009). "INSUFFISANCE CARDIAQUE." <u>La maladie au quotidien</u> . de http://www.swissheart.ch/index.php?id=85&L=1 .	

5.3.5 Smoking Cessation

52	% of patients whose smoking status is recorded
Descriptive Definition	This indicator describes patient's health profile evaluation for smoking within the GP consultation by recording the smoking status in the medical file
Results	
Indicator 2014	NO DATA
Indicator raw data	
Data Source	
Quality of Data Source	
Previous findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	Smoking presents a major risk factor for cardiovascular and pulmonary diseases and cancer. One of ten deaths in Switzerland is related to smoking. 32% of men (mainly 15-44 y) and 24% of women are smoker in 2012. 60% of the smokers wish to quit smoking and 28% of the smokers state to have failed an attempt of smoking cessation lasting over 14 days in the past 12 months. Non-smokers are exposed to passive smoke in about 6% in 2012 (16% in 2007) (Marquis 2012) A federal policy of smoking prevention is in place (2011-2016), aiming to reduce Morbidity and Mortality due to smoking. 47% of Swiss patients would visit a GP in order to quit smoking (QUALICOPC study Switzerland – raw data 2012).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GPs recording smoking status}}{\text{Number of all GPs}}$
Numerator	Descriptive Definition Number of GPs recording the smoking status of patients in the medical file Inclusions GPs patients participating at the underlying survey Exclusions
Denominator	Descriptive Definition Total number of GPs Inclusions GPs patients participating at the underlying survey Exclusions
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	The indicator allows evaluating whether health promotion concerning tobacco consumption is a topic that might be sufficiently embedded in the consultation.
Notes	
References	
Marquis J.-F. (2012). Statistiques de la santé 2012. <u>Statistiques de la santé</u> . B. f. Statistik. Neuchâtel, OFS.	

53	% of patients who are current smokers and have received advice on smoking cessation or nicotine replacement therapy by their GP
Descriptive Definition	This indicator describes the practice of patient's preventive care within general practice for smoking cessation
Results	
Indicator 2014	NO DATA
Indicator raw data	
Data Source	
Quality of Data Source	
Previous findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	<p>Smoking presents a major risk for cardiovascular and pulmonary diseases and cancer. One of ten deaths in Switzerland is related to smoking. 32% of men (mainly 15-44 y) and 24% of women are smokers in 2012. 60% of the smokers desire to quit smoking and 28% of the smokers state to have failed an attempt of smoking cessation of >14 days in the past 12 months. Non-smokers are exposed to passive smoke in about 6% in 2012 (16% in 2007) (Marquis 2012). A federal policy of smoking prevention is in place (2011-2016), aiming to reduce Morbidity and Mortality due to smoking.</p> <p>47% of Swiss patients would visit a GP in order to quit smoking (QUALICOPC study – raw data 2012)</p>
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of patients having received advice on smoking cessation or nicotine replacement therapy}}{\text{Number of all smokers}} \times 100 [\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of patients currently smoking consulting GPs having received advice on stopping smoking or nicotine replacement</p> <p>Inclusions GP's patients participating in the underlying survey Patients currently smoking daily or occasionally Reporting of previous year</p> <p>Exclusions Non-smokers</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of patients currently smokers</p> <p>Inclusions GP's patients participating in the underlying survey Patients currently smoking daily or occasionally</p> <p>Exclusions Non-smokers</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process

Indicator sub-categories	No sub indicator
Interpretation	The indicator allows evaluating whether smoking cessation is a topic that is sufficiently embedded in the consultation.
Notes	Swiss experts assume that smoking cessation advice is usually implemented in the GPs consultation.(Kringos D. 2015)

References

Kringos D. B. W., Hutchinson A., Saltman R. (2015). Building primary care in a changing Europe. Observatory Studies Series, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies. 38.

5.4 Patients satisfaction

5.4.1 Patient satisfaction with the GP (PDRQ-9)

54 % of patients who are satisfied with their relation with their GPs	
Descriptive Definition	This indicator describes patients' satisfaction in terms of physicians' communication skills and patient-doctor relationships. It allows analyzing one of the key elements in PHC with important outcome on patients' health and the utilization of the PC resources.
Results	
Indicator	NO DATA
Indicator raw data	
Sub indicator raw data	<p>The nine questions of the PDRQ-9 are (scale 1-5, 1= not at all appropriate, 5= totally appropriate):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. My GP helps me 2. My GP is dedicated to help me 3. My GP has enough time for me: 98,3% 4. I trust my GP 5. My GP understands me 6. My GP and I agree on the nature of my medical symptoms 7. I can talk to my GP 8. I feel content with my GP treatment 93,7% 9. I find my GP easily accessible <p>Data source:</p> <p>3) 2012: QUALICOPC study (N=1791): "Think about the consultation that you just finished. Do you agree with the following: The doctor took sufficient time": YES= 98,3% (n=1760), NO=1,5% (n=27), NA=0.2% (n=4)</p> <p>8) 2013: Commonwealth fund, Health Policy Survey (N=1466): Patients having a GP were asked: "How do you evaluate the medical treatment at your usual GP in the last 12 months?"; Answers "Excellent" = 63,5%; "good" = 30.2%; "average/bad" = 2,3%; "no treatment received" n = 3,8%; "NA" =0.2%</p>
Data Source	Sub indicator: 3) QUALICOPC study 2012 - raw unpublished data ; 8) International Health Policy Survey 2013, Commonwealth Fund (Petrini et Sturny 2013)
Quality of Data Source	5
Previous findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	The patient-doctor relationship in Primary Care has an important impact on the health outcome, particularly in patients with substance abuse or mental problems (Van der Feltz-Cornelis et al. 2004). In order to evaluate objectively the patient doctor relationship, the patient doctor relationship questionnaire in nine questions (PDRQ-9) is often used. This is a validated scale exploring the patient's satisfaction with his physician (Van der Feltz-Cornelis et al. 2004; Kringos et al. 2010).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of patients being satisfied with their GP}}{\text{Total number of GPs' patients}} \times 100 [\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition Status of patient's satisfaction with their GP contact</p> <p>Inclusions Indicator: GPs patients participating at the underlying survey</p>

	<p>Answer concerning satisfaction: excellent and good Previous 12 months Sub indicator: 3) Patients consulting in GP practices of the SPAM Network ; 8) Participants of the International Health Policy Survey Answer concerning satisfaction: 3) Agree and strongly agree; 8) excellent and good Period: 3) Last GPs visit; 8) previous 12 months</p> <p>Exclusions –</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of patients consulting in GP practices</p> <p>Inclusions Indicator: GPs patients participating at the underlying survey Answer concerning satisfaction: all answers Previous 12 months Sub indicator: 3) Patients consulting in GP practices of the SPAM Network ; 8) Participants of the International Health Policy Survey Answer concerning satisfaction: all answers Period: 3) Last GPs visit; 8) previous 12 months</p> <p>Exclusions –</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub categories	<p>Priority sub indicators</p> <p>5 % of patients assessing that their GP is helping them 6 % of patients assessing that their GP is dedicated to help them 7 % of patients assessing that their GP has enough time for them 8 % of patients have confidence in their GP 9 % of patients assessing that their GP understands them 10 % of patients assessing that they agree with their GP on the nature of their medical symptoms 11 % of patients assessing that they can talk to their GP 12 % of patients that feel content with their GP's treatment 13 % of patients assessing that their GP is easily accessible</p>
Interpretation	This indicator helps in evaluating patients' satisfaction and in which terms the GPs respond to the patients' attentions concerning the doctor-patient relationship.
Notes	2 associated primary indicators concerning patient satisfaction and patient-doctor relationship

References

- Kringos D., Boerma W., et al. (2010). "The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions." *BMC Health Serv Res* 10(1): 65.
- Petrini L. et Sturny I. (2013). *Erfahrungen der Allgemeinbevölkerung im Gesundheitssystem: Situation in der Schweiz und internationaler Vergleich. OBSAN Dossier 26*. OBSAN. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. 26.
- Van der Feltz-Cornelis C. M., Van Oppen P., et al. (2004). "A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation." *Gen Hosp Psychiatry* 26(2): 115-120.

6 Equity

6.1 Access

6.1.1 Restriction of access to GP

55	% of patients who postponed or abstained from a visit to his or another GP when it was needed in the past 12 months
Descriptive Definition	This indicator gives information about factors influencing the access of patients to GPs and PCs. It also provides a key element for understanding inequity in seeking and receiving care in PCs and by GPs.
Results	
Indicator	9,5%
Indicator raw data	2012: Patients were asked the question: "In the last 12 months did you postpone or abstain from a visit to this doctor?" GP n _{tot} =1791; answers: "no" n = 1611 (89%); "yes" n = 170 (9,5%); "N/A" n = 10 (0,6%)
Data Source	QUALICOPC study Switzerland 2012 - raw unpublished data
Quality of Data Source	5
Previous findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	Socioeconomic reasons and coverage by universal health insurance might influence access to health care in some Swiss regions. In 2010, 30% of patients indicate to have postponed receiving health care for economic reasons. Socioeconomic access difficulties to health care might have a negative impact on the health status (Wolff et al. 2011) (Guessous et al. 2012). A study showed that people with important socio-economic difficulties may postpone consultation 2,5 times more often than the general population (SILC 2011). Swiss GPs estimated that 16% of their patients have problems to pay their medical or health care related bills (Commonwealth 2012).
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of patients postponing/abstaining from a GP's visit when needed}}{\text{Total number of patients}}$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of patients postponing/abstaining from a GP's visit when needed</p> <p>Inclusions Patients in a GP's office (SPAM GP network) Patients answered "YES" to postponing a visit</p> <p>Exclusions Patients answered "NO" to postponing a visit or didn't answer</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of patients</p> <p>Inclusions Patients in a GP's office (SPAM GP network) Independent of answer</p> <p>Exclusions</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub categories	No sub indicator

Interpretation	The indicator gives information about access restrictions for patients.
Notes	Related primary indicator specifying the reason for postponing/abstaining from a consultation at the GP's practice.

References

- Guessous I., Gaspoz J. M., et al. (2012). "High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: a population-based study in a region with universal health insurance coverage." *Prev Med* 55(5): 521-527.
- Wolff H., Gaspoz J. M., et al. (2011). "Health care renunciation for economic reasons in Switzerland." *Swiss Med Wkly* 141: w13165.

6.1.2 Psychological needs asked by GP

56	% of GP practices having elaborated and/ or adopted procedures to meet the psycho-social needs of patients
Descriptive Definition	This indicator describes how structured GPs handle psycho-social needs of their patients (ex. refer to specific support organisation).
Results	
Indicator	NO DATA
Indicator raw data	
Data Source	
Quality of Data Source	
Previous findings	
Graphic chart	
Indicator Rationale	Caring for psycho-social needs of their patients is a major subject in PC. The psycho-social problems of a patient can have an important impact on health outcome (Vaucher et al. 2012). An elaboration of structured procedures might facilitate the GPs intervention.(Bodenmann et al. 2014)
Method of Calculation	
Formula	$\frac{\text{Number of GP practices having elaborated and/ or adopted procedures to meet the psycho-social needs of individual patient}}{\text{Total number of all GP practices}} \times 100 [\%]$
Numerator	<p>Descriptive Definition Number of GP practices having elaborated and/ or adopted procedures to meet the psycho-social needs of individual patients</p> <p>Inclusions GP practices participating at the underlying survey Any kind of psycho-social needs Written and structured procedures</p> <p>Exclusions</p>
Denominator	<p>Descriptive Definition Total number of GP practices</p> <p>Inclusions GP practices participating at the underlying survey</p> <p>Exclusions</p>
Stratification	Primary and priority indicator after the RAND process
Indicator sub-categories	5 associated primary and 29 secondary indicators concerning Equity in access to health care
Interpretation	These indicator gives information about factors influencing the access of patients to GP's and PC. They provide also key elements for understanding inequity in seeking and receiving care in PC and by GP's
Notes	–

References

- Bodenmann P., Favrat B., et al. (2014). "Screening primary-care patients forgoing health care for economic reasons." PLoS One 9(4): e94006.
- Vaucher P., Bischoff T., et al. (2012). "Detecting and measuring deprivation in primary care: development, reliability and validity of a self-reported questionnaire: the DiPCare-Q." BMJ Open 2(1): e000692.



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.