

EVALUATION ET RECOMMANDATIONS

Le système de santé suisse est très performant et répond à ses objectifs, mais il est également coûteux

La population en Suisse vit plus longtemps que pratiquement partout ailleurs dans le monde, grâce à un niveau élevé de développement économique et à un système de santé réactif. Les résidents suisses bénéficient de la proximité des services de santé, d'un vaste choix de prestataires et d'assureurs et d'une large couverture des services médicaux et pharmaceutiques. Le système de santé suisse est parmi les meilleurs de la zone de l'OCDE. Mais cette excellence a un prix puisque la Suisse a consacré 11.4 % de son PIB à la santé en 2009, ce qui est nettement plus que la moyenne pour la zone de l'OCDE qui ressort à 9.5 % du PIB.

Avec 26 cantons qui chacun jouent un rôle déterminant sur le plan de la santé de la population suisse, la flexibilité et l'innovation au niveau local sont l'un des atouts du système de santé suisse. De plus, le niveau élevé de participation politique directe, à tous les niveaux de gouvernement, qui caractérise le pays offre aux citoyens la possibilité d'influer sur l'orientation de la politique de santé. La bonne performance du système de santé suisse se reflète dans les niveaux élevés de satisfaction des patients.

Les demandes à l'égard du système devraient continuer de s'accroître, en particulier pour faire face aux maladies chroniques

En dépit de ces résultats remarquables, les défis, à l'avenir, pour maintenir et améliorer le système de santé suisse seront notables. La population, en Suisse, est plus âgée que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. Par ailleurs, les changements dans le mode de vie laissent présager une montée des risques pour la santé au sein de la population suisse, à l'avenir. Même si elle reste faible, la prévalence de l'obésité est en augmentation, en particulier chez les jeunes. Ces tendances, conjuguées aux avancées dans les technologies médicales, font que les résidents suisses, dans les prochaines décennies, seront davantage susceptibles de vivre avec une affection chronique que ce n'est le cas aujourd'hui. En vérité, ils pourraient présenter plusieurs affections chroniques ou pathologies. Compte tenu de ces tendances, les demandes à l'égard des services de santé en Suisse sont appelées à augmenter.

Les forces du système suisse sont aussi un handicap pour répondre de façon dynamique aux défis qui s'annoncent

Le système de santé suisse d'aujourd'hui devra s'adapter pour faire face aux défis de demain. En particulier, l'offre importante de services hospitaliers, qui a bien rempli son rôle par le passé, pourrait ne pas être adaptée à l'avenir, lorsque le système devra prendre en charge un nombre croissant de personnes ayant besoin en permanence de soins moins aigus que ceux que dispensent les hôpitaux. Il faut, d'urgence, réorienter les efforts dans l'autre sens — en s'attachant à promouvoir la bonne santé grâce à des actions de santé publique, de prévention et de soins primaires.

En outre, le système de santé suisse est l'un des plus coûteux au monde au regard de la production nationale, même si le rythme de progression des dépenses s'est ralenti au cours des dernières années. On peut penser que les pressions en faveur des dépenses resteront fortes à l'avenir. Le secteur hospitalier est souvent une source majeure d'accroissement des coûts et, par comparaison avec d'autres pays de l'OCDE, la Suisse compte un nombre important d'hôpitaux par rapport à sa population et à sa superficie. Le vaste éventail de services couverts par l'assurance est régulièrement étendu. Ce serait une bonne chose si cette évolution était associée à un cadre solide et transparent d'évaluation du rapport coût-efficacité. Or, en dehors des plans d'assurance santé à franchise élevée ou des réseaux coordonnés de soins, les consommateurs et les prestataires ne sont guère incités à recourir aux services de santé dans des volumes appropriés. Les différents niveaux de gouvernement intervenant dans le domaine de la santé n'appliquent pas, non plus, de contrôles budgétaires stricts. Même si l'information est limitée, il semble que les prix des services de santé en Suisse sont relativement élevés. Services de santé coûteux ne signifie pas toujours services de santé de grande qualité : le système suisse doit s'assurer que l'argent est employé au mieux.

Ayant institué la couverture universelle, des niveaux élevés d'accès aux services et des niveaux élevés de satisfaction des patients, la Suisse doit désormais poursuivre les réformes en matière de santé. Le processus politique suisse privilégie la recherche du consensus. Cela aide à garantir un large soutien en faveur des réformes, mais cela peut aussi rendre difficile ou différer indûment la mise en œuvre des changements nécessaires. Le défi pour les années à venir sera de mettre en place un système apte à répondre à l'évolution des risques et des besoins des résidents suisses en matière de santé :

- Des réformes sont nécessaires pour encourager la coordination efficiente des soins entre des services et des prestataires multiples et sur une longue période plutôt que ponctuellement : il s'agirait, par exemple, d'abandonner le système du paiement à l'acte.
- Une répartition différente des compétences des personnels de santé en Suisse sera nécessaire et cela créera un besoin accru de médecins généralistes et d'infirmières de soins primaires.
- Les multiples niveaux de gouvernement, très décentralisés, qui interviennent dans le domaine de la santé devront pouvoir répondre plus rapidement aux évolutions et se doter de moyens plus efficaces (et, parfois, plus centralisés) pour répondre aux priorités nationales.
- La diversité des situations en matière de financement et d'accès à la santé selon les cantons, si elle marque des préférences, peut aussi masquer des inégalités. Les informations actuellement disponibles ne permettent pas de suivre les inégalités liées au revenu dans le financement des soins et services de santé.

Dégager les orientations que le système suisse doit prendre pour répondre aux défis futurs n'est pas chose facile compte tenu d'un système d'information sur la santé médiocre. Les politiques ne peuvent pas être basées sur des données d'observation si l'on ne déploie pas des efforts suffisants pour collecter les données nécessaires. Les responsables publics ont besoin d'informations sur les résultats en matière de santé et les pathologies qui peuvent relever d'un traitement pour déterminer précisément les risques majeurs en matière de santé et déterminer qui, dans la population, y est exposé. Le suivi et le reporting sur la qualité des soins se limitent actuellement à un certain nombre d'indicateurs concernant les hôpitaux — ce qui n'est pas suffisant pour permettre aux patients, aux assureurs et aux autorités de faire des choix éclairés face à des modalités de soins et à des prestataires des services très divers. Les statistiques sur l'activité de consultations externes et les personnels de santé demandent aussi à être développées. Une politique bien informée nécessite un corpus minimum de données au niveau national qui rassemble les informations clés en matière de santé.

La régulation de la concurrence entre assureurs maladie a permis d'instaurer une couverture globale et de garantir le choix. Il faut maintenant se préoccuper de la qualité et du coût.

L'assurance maladie suisse est étendue et assure aux consommateurs un large choix. Elle est subventionnée pour aider les familles et les titulaires de faibles revenus à assumer les primes. Mais, même si l'on tient compte de ces aides, la charge effective des primes d'assurance pour les ménages varie largement au sein même des cantons et d'un canton à l'autre. Le financement de l'assurance maladie reste régressif et les dépenses à la charge des patients sont relativement lourdes, ce qui crée des difficultés financières pour certains ménages. Dans le même temps, le renchérissement des coûts de l'assurance maladie met à mal le budget des cantons.

Les assureurs, cependant, ne sont guère incités à se faire concurrence en termes d'efficacité et de qualité des soins et ils n'ont que peu de moyens d'agir. Les prix des services sont le plus souvent négociés au niveau des cantons entre associations d'assureurs et prestataires et, pour la plupart des produits d'assurance, la réglementation obligeant les assureurs à passer contrat avec *tous les prestataires* dans un canton continue de limiter la possibilité pour les assureurs de chercher à améliorer la qualité des soins et services en jouant le rôle d'acheteurs de soins.

Bien que la proportion de consommateurs qui changent d'assureur ait augmenté récemment, en particulier parmi les jeunes et les personnes en bonne santé, les taux néanmoins restent faibles et on peut penser que le choix des consommateurs n'induit pas une concurrence entre assureurs sur les primes aussi active qu'elle pourrait l'être. Il continue à y avoir de gros écarts au niveau des primes d'assurance dans les cantons et les assureurs continuent de se faire concurrence sur la base de la sélection des risques. Le renforcement du système de compensation des risques, avec l'introduction d'une nouvelle variable prenant en compte les hospitalisations et séjours antérieurs en maisons de soins, à compter de 2012, réglera en partie le problème. Cependant, si les assureurs ne jouent pas un rôle plus actif dans l'achat des soins et services de santé, leur multiplicité ne fait que limiter la capacité de mutualiser les financements et les risques et elle peut engendrer des coûts administratifs élevés.

Même si les assurés sont de plus en plus nombreux à souscrire des produits de *managed care* — réseaux de médecins, HMO et centres d'appel remplissant une fonction de triage, par exemple — ces dispositifs ne pèsent pas encore grand poids dans le système de santé. Les contrats de *managed care* ne sont probablement encore pas suffisamment utilisés par les assureurs pour mettre en œuvre des approches innovantes en matière de soins et favoriser des améliorations de la qualité. Dans la mesure où ils offrent des réductions de primes en contrepartie de l'acceptation d'une limitation du choix des prestataires, les contrats de *managed care* attirent des personnes qui présentent un bon profil de risque. Les assurés qui présentent un plus grand risque hésitent à s'orienter vers les contrats de *managed care* et à accepter une limitation du choix des prestataires, à la fois parce qu'ils craignent un rationnement de l'accès aux soins de santé dont ils auront besoin et parce qu'ils n'ont pas confiance dans la capacité du *managed care* d'assurer des soins de meilleure qualité aux personnes qui ont des besoins importants en matière de santé ou qui souffrent d'affections chroniques multiples. Cependant, les personnes en bonne santé optant pour les plans gérés, la popularité croissante des plans de *managed care* (ainsi que des produits à franchise élevée) risque d'accroître la fragmentation du marché de l'assurance en créant une distinction entre les citoyens en fonction de leur état de santé et de leurs risques sur le plan de la santé.

Néanmoins, les produits de *managed care* constituent un cadre qui pourrait permettre au marché de l'assurance maladie suisse d'être plus performant. Il faut de meilleures incitations en direction tant des assureurs que des assurés pour encourager les produits de *managed care* qui réussissent à améliorer la qualité, l'efficacité et la coordination des soins. Les produits de *managed care* devraient encourager les prestataires des soins à travailler en équipe pour proposer des soins coordonnés, soutenus par des incitations en faveur de la qualité et s'appuyant sur les meilleures pratiques médicales selon la médecine fondée sur les preuves. Par exemple, on pourrait encourager un plus large recours aux produits qui

améliorent l'efficacité des soins dispensés aux personnes souffrant d'affections chroniques (modèles de gestion des maladies, par exemple) ou de produits qui utilisent les dossiers médicaux électroniques et des outils d'aide à la décision pour remédier aux problèmes de qualité et aux variations inexplicables des pratiques médicales. Les produits de *managed care* pourraient aussi être utilisés pour encourager l'introduction d'autres formes de paiements que le paiement à l'acte.

La Suisse devrait appliquer des critères coût-efficacité pour déterminer ce qui doit figurer dans le « panier de soins »

Les dépenses de santé sont en augmentation dans la plupart des pays de l'OCDE et nombre d'entre eux tiennent de plus en plus compte du rapport coût-efficacité des nouveaux traitements pour déterminer ce que les assureurs sont tenus de couvrir. En Suisse, le catalogue de prestations couvertes par l'assurance maladie obligatoire est déterminé au niveau central et la Loi sur l'assurance maladie exige de prendre en compte l'efficacité, l'adéquation et l'économicité pour décider des biens et services à inclure dans le panier de soins. Cependant, le rapport coût-efficacité n'est pas systématiquement apprécié selon une méthodologie bien définie et rigoureuse, et le processus décisionnel manque de transparence. La pression financière exercée par le système de santé s'alourdissant, il serait souhaitable de veiller à ce que les investissements reposent sur des données concrètes concernant le rapport coût-efficacité.

Les pénuries de main-d'œuvre à venir dans le secteur de la santé exigent une perspective nationale à long terme, une augmentation des effectifs et une optimisation de l'utilisation des personnels existants

La Suisse bénéficie d'une densité de professionnels de santé plus importante que la plupart des pays de l'OCDE, mais il existe tout de même des craintes à propos de pénuries dans certaines professions et zones géographiques. Alors que le pays va devoir s'appuyer de plus en plus sur les professionnels des soins primaires pour assurer la coordination et répondre aux besoins des patients souffrant de maladies chroniques, le nombre de médecins généralistes est en baisse par rapport à celui des spécialistes, et les écarts sont importants d'un canton à l'autre.

Des pénuries de main-d'œuvre sont susceptibles d'apparaître avec l'évolution de la démographie des personnels de santé. Les effectifs médicaux et infirmiers suisses vieillissent et on anticipe un nombre important de départs à la retraite au cours des deux prochaines décennies. Dans le même temps, la féminisation croissante de l'effectif, outre les préférences des nouvelles générations, pousse à une flexibilisation des horaires de travail. On pourrait renforcer cette tendance souhaitable en encourageant davantage le développement de cabinets de groupe, ce qui permettrait également de limiter l'isolement professionnel auquel les médecins exerçant seuls sont souvent confrontés.

En outre, il y a lieu de mettre au point une stratégie nationale à long terme pour les personnels de santé. Les politiques en la matière exigent davantage de coordination et de planification — en particulier entre les secteurs de l'éducation et de la santé. De nouvelles augmentations des effectifs d'étudiants médecins et d'étudiants infirmiers, par delà celles opérées récemment, seront nécessaires pour répondre aux besoins futurs d'une population vieillissante. La Suisse, traditionnellement, a largement recours aux personnels immigrés, dans le secteur de la santé, pour faire face aux pénuries annoncées, mais cela ne saurait être une stratégie efficiente à long terme car cela rendrait la Suisse trop dépendante de l'immigration pour satisfaire la demande en professionnels de santé. Cela pose également des problèmes d'équité au niveau international vis-à-vis des pays d'origine. Il faut s'efforcer d'anticiper les pénuries futures au niveau national et veiller à ce que les établissements et lieux de formation aient les moyens d'accueillir un nombre accru d'étudiants tout en maintenant la qualité des programmes. La capacité de formation dans le domaine des soins primaires revêtira une importance particulière, mais d'autres spécialités déficitaires doivent également retenir l'attention.

Par ailleurs, les conditions de travail pourraient être améliorées grâce à des incitations, financières et non financières, plus importantes et mieux conçues. Il s'agirait, par exemple, de modifier les barèmes de rémunération pour encourager les professions et les spécialités

les moins recherchées, de recourir aux contrats de *managed care* pour développer des modèles de rémunération qui récompensent financièrement l'effort d'amélioration de la qualité des soins et de développer des modes de rémunération qui offrent plus de souplesse pour employer des professionnels chargés de prendre en charge les pathologies chroniques (infirmières en pratique avancée, par exemple). Ces changements pourraient aider à attirer et retenir les personnels de santé, et ils seront indispensables si la Suisse entend continuer d'offrir à ses citoyens des soins qui sont parmi les meilleurs au monde.

Les réformes du financement devraient permettre de réduire l'utilisation des hôpitaux en Suisse

Souvent, plus de soins ne signifie pas des soins de meilleure qualité. Pourtant, le mode actuel d'organisation et de financement des hôpitaux, en Suisse, encourage leur utilisation. La rémunération à l'acte dans le secteur hospitalier ambulatoire et les subventions des cantons aux hôpitaux publics encouragent les hôpitaux à augmenter leur activité et n'incitent guère à la modération des coûts. Cela aide à comprendre pourquoi, malgré les réductions opérées au cours de la dernière décennie, la durée des séjours à l'hôpital, en Suisse, est supérieure à ce qu'elle est, en moyenne, dans la zone de l'OCDE, et il y a moins d'hospitalisations de jour en proportion de l'ensemble des cas traités à l'hôpital, en Suisse, que dans plusieurs autres pays. Les réformes récentes visant l'introduction d'un financement sur la base des cas traités constituent une avancée majeure en avant dans le sens d'une amélioration de l'efficacité des hôpitaux. Cela incitera les hôpitaux à réduire les coûts et à se concentrer sur les services pour lesquels ils sont particulièrement efficaces. Cela devrait aussi décourager les pratiques antérieures qui favorisaient un certain laxisme budgétaire, par exemple les subventions cantonales destinées à aider les hôpitaux à couvrir leurs pertes financières en fin d'année.

S'il est vrai que ces réformes intéressantes dans le financement des hôpitaux aideront à améliorer l'efficacité, la mesure dans laquelle elles y parviendront dépendra de la façon dont elles seront mises en œuvre. Les gains d'efficacité attendus du paiement par cas traités pourraient être compromis si les cantons subventionnent les hôpitaux au-delà de ces paiements. De même, le double rôle joué par les cantons qui, à la fois, financent et exploitent les hôpitaux, risque de compromettre l'efficacité. Le nombre des hôpitaux, en Suisse, par rapport à la population, étant l'un des plus élevés des pays de l'OCDE, les réformes du financement amèneront aussi probablement des interrogations sur la viabilité de certains hôpitaux (en particulier les petits hôpitaux), dont les volumes d'activité pourraient être insuffisants pour être viables dans un système de financement fondé sur l'éventail des pathologies traitées. Pour déterminer le niveau de l'offre d'hôpitaux souhaitable à l'avenir, les cantons devraient exploiter les nouvelles informations sur le coût des services hospitaliers, ainsi que les données indiquant si ces hôpitaux sont sûrs et produisent de meilleurs résultats pour les patients.

La Suisse devrait surmonter les problèmes de coordination pour définir des politiques nationales de prévention et de promotion de la santé

La Suisse doit déployer des efforts soutenus et coordonnés en matière de prévention et de promotion de la santé. L'interdiction de fumer, instaurée récemment, est l'une des rares grandes mesures en faveur de la prévention qui aient été prises depuis la précédente étude réalisée par l'OCDE et l'OMS, il y a cinq ans (2006). C'est une initiative relativement limitée par comparaison avec ce qui a été fait dans de nombreux autres pays de l'OCDE, ces dernières années. Le caractère hautement décentralisé du système de santé suisse a encouragé la mise en place de programmes de prévention pertinents au niveau local, mais a rendu difficile le déploiement de politiques générales destinées à lutter contre les grands facteurs de risque comme l'abus d'alcool et l'obésité vis-à-vis des maladies chroniques. De même, les avancées dans la mise en œuvre de mesures dont l'utilité est prouvée — comme un programme national de dépistage du cancer du sein — ont été trop lentes.

La faiblesse de ces avancées tient en partie à la fragmentation du *leadership* en matière de prévention, en Suisse. D'intenses débats, ces dernières années, ont débouché sur une proposition de loi au niveau national sur la prévention, proposition qui prévoit notamment la mise en place d'un organisme chargé de coordonner les priorités et les efforts en matière de

santé publique entre les cantons. Reste à savoir si cet organisme cela aura l'influence institutionnelle et le poids financier nécessaire pour déboucher concrètement sur des politiques de prévention de vaste portée. Les cantons conservant la responsabilité de la mise en œuvre (et du financement) des programmes de santé publique, il faudra développer les ressources humaines et l'expertise en matière de santé publique au sein des structures organisationnelles existantes des administrations suisses. Cela encouragera le développement de politiques de santé qui réorientent le système de soins des soins curatifs vers une promotion volontariste de la bonne santé.

À la différence de ce qu'on observe pour les maladies non transmissibles, la coordination en matière de protection contre les maladies transmissibles a beaucoup été améliorée en Suisse. Cependant, le caractère décentralisé des responsabilités entre cantons peut créer de réelles difficultés (comme cela a été le cas avec l'épidémie de H1N1). La révision envisagée de la loi fédérale sur les épidémies est l'occasion de mieux définir des lignes de responsabilité claires et d'améliorer les liens au niveau international. Cela aiderait la Suisse à répondre plus rapidement et plus efficacement aux défis futurs.

Le manque d'informations sur les inégalités en termes de santé et sur la qualité des soins fait qu'il est difficile de savoir si la Suisse parvient à optimiser l'investissement financier majeur réalisé en faveur des soins et services de santé

Il n'existe encore que peu d'informations sur les inégalités en termes de santé en Suisse, même si la situation, de ce point de vue, s'améliore. Avec une vision incomplète de la répartition des risques pour la santé dans la population, il est difficile pour les autorités publiques et les prestataires de soins de cibler leur action. Des données comparables au niveau national sur les résultats du point de vue de la santé et sur la mortalité que des soins de santé devraient permettre d'éviter sont indispensables pour mettre en évidence les disparités entre catégories socioprofessionnelles et zones géographiques au sein de la population suisse.

Comme en témoigne la couverture incomplète et les structures complexes des registres du cancer en Suisse, il est difficile de collecter des données attestant des améliorations des soins de santé dans un système constitué d'un grand nombre de cantons de petite taille et largement autonomes. Les informations sur la qualité des soins assurés par les prestataires de services de santé se limitent trop souvent aux soins aigus et ne sont accessibles qu'au travers d'initiatives locales ou cantonales. La Suisse continue de compter largement sur les praticiens eux-mêmes pour qu'ils s'efforcent de se tenir au courant des meilleures pratiques et ne dispose que de peu de moyens pour évaluer la qualité des services de santé à travers le pays. Alors que les consommateurs ont de larges possibilités de choix entre de multiples prestataires, ils ont souvent étonnamment peu d'informations sur la qualité pour éclairer leurs choix. Les efforts déployés récemment pour introduire des mesures cohérentes au plan national des pathologies, de la mortalité et d'autres indicateurs de la qualité des soins dans les hôpitaux sont fort bienvenus, mais on pourrait faire mieux en élargissant la portée des indicateurs et en complétant ces informations par des mesures de la qualité des soins en dehors des hôpitaux.

D'autres réformes pourraient aider la Suisse à davantage optimiser les dépenses pharmaceutiques

La population suisse a accès à un large éventail de produits pharmaceutiques à un prix abordable. La liste des médicaments remboursés par l'assurance maladie est vaste et les exigences de participation à la dépense sont relativement faibles. Les nouveaux produits sont rapidement adoptés par les prestataires de soins. Les dépenses au titre des produits pharmaceutiques pour les patients externes représentent seulement 10 % des dépenses totales de santé, ce qui est relativement peu au regard de la moyenne de l'OCDE, qui ressort à 17 %. Cela reflète à la fois des volumes de consommation relativement faibles et le coût élevé d'autres prestations de santé.

Au cours des six dernières années, les pouvoirs publics ont pris des mesures pour réduire les prix relativement élevés des médicaments sous brevet et pour stimuler les ventes de génériques, avec un certain succès. Les prix des médicaments sous brevet sont davantage conformes qu'auparavant à ceux des pays de comparaison. Néanmoins, les génériques ne

représentent encore que 10 % du marché pharmaceutique, soit beaucoup moins que dans de nombreux autres pays. De nouvelles actions devraient être engagées pour exploiter les retombées potentielles de la concurrence sur les marchés de génériques, telles que par exemple des réductions de prix supplémentaires et la production de recommandations de pratiques cliniques fondées sur les preuves pour encourager l'utilisation de produits meilleur marché lorsque la situation s'y prête.

Les décisions relatives à la tarification et au remboursement des produits pharmaceutiques pourraient être plus transparentes et fondées sur des éléments probants conformément aux procédures plus formalisées appliquées dans d'autres pays. Les autorités suisses devraient anticiper les changements sur le point d'intervenir dans un certain nombre de pays de comparaison au cours des prochaines années. Par exemple, la France et l'Allemagne vont procéder à des évaluations économiques pour fixer les prix maximum de remboursement des médicaments, et le Royaume-Uni a annoncé son intention de passer à une régulation des prix fondée sur la « valeur » des produits.

Les structures de gouvernance assurent la réactivité du système au niveau local mais peuvent aussi entraver les changements qui s'imposent dans l'intérêt national

Le partage des responsabilités entre les cantons et l'échelon fédéral peut, parfois, engendrer un manque de leadership politique et d'initiatives en faveur des réformes dans le système de santé suisse. Si les autorités fédérales ont de larges responsabilités en ce qui concerne la régulation de la concurrence, elles n'ont pas les leviers d'action nécessaires pour impulser des améliorations au niveau de l'ensemble du système. Les administrations cantonales, de petite taille et fortement décentralisées, sont généralement à la fois payeurs et prestataires de services, ce qui peut affaiblir l'incitation à mettre en place des dispositifs d'une grande transparence et d'une grande réactivité. Les assureurs santé suisses interviennent dans un environnement dans lequel ils sont soumis à la réglementation relevant d'un niveau de gouvernement alors qu'ils cofinancent les services hospitaliers conjointement avec un autre niveau de gouvernement. Cela limite leur capacité d'utiliser leur influence financière pour impulser des changements.

Ces modalités de gouvernance font qu'il est difficile d'introduire des réformes qui impliquent d'infléchir les priorités du système ou d'opérer des changements institutionnels. Les cantons se trouvent confrontés en permanence à la tâche délicate consistant à équilibrer leur fonction –coûteuse en ressources- de gestionnaire des hôpitaux et leur rôle dans la réalisation d'autres priorités nationales importantes. Au niveau des cantons, l'affectation des ressources locales aux politiques de prévention et de santé publique entre souvent en concurrence avec les soins curatifs coûteux mais fournissant apparemment des gains « immédiats » que l'hôpital procure. Dans le même temps, les autorités fédérales ont peu de pouvoir budgétaire pour encourager les cantons à se focaliser sur la prévention, de sorte qu'il leur est difficile d'imposer des changements et de mettre en place des politiques de vaste portée.

L'administration centrale pourrait mettre à profit son pouvoir d'influence sur les assurances pour prendre l'initiative en matière d'évaluation et, à long terme, encourager le développement de mécanismes nationaux dans le cadre de la Loi fédérale sur l'assurance maladie :

- Alors que l'administration centrale aurait la capacité législative de le faire, l'évaluation des services relevant de l'assurance maladie obligatoire est actuellement menée de façon ad hoc.
- De même, l'évaluation des technologies médicales, souvent, n'est pas appliquée aux nouveaux produits. L'administration centrale devrait veiller à ce que ce soit le cas.
- La capacité des assureurs d'utiliser leur pouvoir d'achat pour faire baisser les coûts et améliorer la qualité est limitée. Cette situation pourrait être améliorée si les assureurs avaient davantage la possibilité de passer contrat de façon sélective avec les prestataires et devaient assumer l'intégralité des coûts des services hospitaliers.

- Une « surveillance » accrue des assureurs, comme l'envisage une nouvelle loi actuellement à l'étude, pourrait améliorer la transparence de la gouvernance en matière d'assurance maladie.

Le système politique suisse présente un certain nombre de caractéristiques inhérentes qui font qu'il est difficile de réaliser des réformes de vaste ampleur alors qu'il facilite l'innovation et la flexibilité au niveau local. La Suisse doit concilier les préférences diverses de régions culturelles multiples. Le pouvoir d'influence des grands lobbies est accru dans un système politique où le pouvoir de veto peut s'exercer au travers du référendum et où les processus décisionnels sont longs. Pourtant, à long terme, le système de santé devra s'adapter pour être à même de répondre à l'évolution des besoins de la population suisse en matière de santé. Il faudra pour cela des institutions aptes à diffuser les innovations et à encadrer les acteurs, animées par une vision stratégique de la façon d'adapter le système de santé à l'évolution de la maladie et du handicap — plus particulièrement pour encourager la prévention, améliorer la qualité des soins et développer la gamme des compétences et des pratiques nécessaires chez les personnels de santé. Le projet relatif à une stratégie nationale en matière de santé et la loi sur la prévention (si elle est adoptée) seraient des étapes importantes dans ce sens. On pourrait progresser davantage encore en recensant et en alignant les incitations en direction des citoyens, des prestataires, des communes, des cantons et des assureurs. On pourrait, en particulier, réviser les incitations financières et organisationnelles en faveur de la prévention et des soins ambulatoires, par exemple en organisant une responsabilisation conjointe au niveau local.

Dans la logique de la nouvelle politique européenne de la santé du Bureau régional de l'Europe de l'OMS (*Santé 2020*), des plates-formes seront nécessaires pour améliorer l'élaboration des politiques et des pratiques au niveau des divers cantons et communes. Il faudra s'efforcer d'encourager le partage de l'expertise et des pratiques au niveau local. À cet égard, il importera de mettre en place des institutions de santé publique solides, à même d'exercer une influence nationale, pour élaborer des objectifs stratégiques et évaluer les options envisageables. Le besoin d'institutions solides en matière de santé publique est d'autant plus grand, en Suisse, que les cantons sont de taille variable et, par conséquent, ont une capacité variable d'élaborer les politiques.

Des institutions publiques solides devront aller de pair avec une meilleure information sur la santé. Les systèmes d'information sur la santé sont actuellement limités et les données sur les indicateurs clés dépendent trop souvent du bon vouloir des parties intéressées ou des prestataires de services de santé. La Confédération doit systématiser la collecte d'un ensemble minimum de données sur la santé dans tous les cantons pour aider à corriger les décalages dans les données mesurées selon les cantons. À long terme, les efforts de collecte de données sur la qualité des soins, la santé publique et les soins ambulatoires devraient de préférence se situer à l'échelon national. Cela aiderait à garantir la cohérence et la comparabilité des données recueillies mais, plus encore, cela permettrait de dissocier le niveau de gouvernement qui est chargé de gérer les services de celui qui est chargé de suivre leurs performances. L'information sur la santé aidera aussi à faire comprendre au public les raisons des évolutions clés, comme la réorientation du système vers la prévention et les soins primaires, l'alignement de l'offre hospitalière sur les besoins de la population et l'amélioration de la collaboration entre les hôpitaux et les établissements médico-sociaux.

À terme, il faudrait que l'équilibre des responsabilités entre la Confédération et les cantons évolue. Dans un premier temps, il s'agit de mettre au point des mécanismes de coordination plus efficaces. À plus long terme, une approche plus ambitieuse s'impose, afin d'instaurer une structure de responsabilité différente, mieux à même de favoriser le déploiement des politiques nationales sans limiter la possibilité d'adaptation locale qui est, depuis longtemps, une caractéristique centrale du système de santé suisse.

Un dernier commentaire

Le système de santé suisse assure aujourd'hui des soins de bonne qualité à la population suisse. Comme dans les autres pays de l'OCDE, des réformes seront nécessaires en permanence pour adapter le système de santé suisse aux défis de demain. On a besoin de

davantage d'informations pour pouvoir comparer la qualité des soins selon les prestataires ; les prestataires doivent partager entre eux les informations de façon plus fluide ; l'accent doit être mis davantage sur les soins primaires ; les cantons doivent coopérer pour disposer d'effectifs de santé qui présenteront l'éventail des compétences requis à l'avenir et encourager des initiatives de vaste portée en faveur de la prévention. Dans une logique de réformes permanentes, le système de santé suisse devra pouvoir s'appuyer sur une meilleure coopération entre prestataires et sur la collaboration entre cantons pour planifier l'avenir. C'est fondamental pour instaurer une capacité de changement dynamique qui permettra de garantir que le système de santé suisse reste parmi les meilleurs de la zone de l'OCDE.

Recommandations pour une réforme du système de santé suisse

Le principal défi pour le système de santé suisse est de répondre efficacement à *l'évolution vers les maladies chroniques et les pathologies multiples*. Cela nécessitera des changements selon les axes indiqués ci-dessous :

1. Améliorer la gouvernance stratégique et développer une information de meilleure qualité pour le système de santé suisse :

- Concevoir un *cadre juridique d'ensemble* pour la santé au niveau fédéral qui définisse clairement une vision commune pour le système de santé avec des objectifs clairs, tout en reconnaissant la pluralité des approches et la diversité des ressources, des besoins et des préférences selon les cantons. Il s'agirait aussi de mieux expliciter les rôles et les responsabilités des différents niveaux d'administration et de renforcer les plates-formes de partage des données, en fournissant des éléments d'observation et des analyses pour étayer l'élaboration des politiques et diffuser les meilleures pratiques.
- Définir des calendriers et des normes au niveau national pour de meilleurs *systèmes d'information sur la santé* et la communication obligatoire d'un ensemble minimum de données par tous les cantons. Les bases de données et enquêtes régulières devraient couvrir les aspects ci-après : risques pour la santé ; soins primaires, personnels de santé (y compris le personnel infirmier et autres auxiliaires médicaux) et activité de consultations externes ; qualité des services de soins ambulatoires, hospitaliers et de longue durée ; morbidité et mortalité évitable grâce aux soins de santé ; et inégalités sur le plan de la santé (en fonction, par exemple, du revenu, du niveau de formation et d'autres caractéristiques sociales).
- Mettre en place *le dossier électronique des patients, un identifiant personnel unique et des cartes à puce individuelles* pour améliorer la coordination et la prestation des soins de santé.
- Renforcer et institutionnaliser la coordination entre les niveaux fédéral et cantonal et entre les cantons, en particulier pour améliorer l'organisation et la planification de l'offre de soins de santé.

2. Réformer *le financement de la santé et les fonctions d'achat* :

- *Améliorer la qualité, l'efficacité, l'efficience et la coordination des soins*. L'analyse coût-efficacité des prestations couvertes par la LAMal devrait être renforcée, grâce à une utilisation plus formalisée et systématique de l'évaluation des technologies en santé. Les mécanismes de participation à la dépense devraient être conçus de manière à encourager l'utilisation de biens et services médicaux coût-efficaces et à encourager la prévention. Il conviendrait de promouvoir les modèles de soins intégrés et le *managed care* en suivant et en rendant publics leurs résultats sur le plan de la qualité et les réussites en termes de gestion des maladies. Les

prestataires de réseaux devraient être incités à intégrer la prévention dans leur offre et à assurer un continuum de soins à leurs patients.

- *Améliorer la concurrence fondée sur la valeur dans le contexte de l'assurance maladie.* Les contrats sélectifs entre assureurs et prestataires devraient être progressivement autorisés et il conviendrait d'affiner davantage le mécanisme de compensation des risques en introduisant des facteurs qui tiennent compte du risque lié à la morbidité et en passant à un calcul prospectif des paiements au titre de la compensation des risques.
- *Observer l'équité dans le financement de la santé,* en particulier l'impact sur l'accès aux soins d'une participation élevée à la dépense et des contrats d'assurance à franchise élevée. L'efficacité des mécanismes de protection sociale (subventionnement des primes, par exemple) devrait continuer de faire l'objet d'un suivi et il conviendrait d'envisager de fixer des normes minimales pour l'octroi d'aides au titre des primes aux ménages éligibles.

3. Renforcer la planification stratégique et à l'échelle nationale des effectifs de santé pour garantir que le système de santé suisse, à l'avenir, puisse répondre à des attentes croissantes et à l'évolution des types de pathologies à prendre en charge :

- Renforcer les systèmes d'information sur les personnels de santé, en particulier pour les infirmières et autres auxiliaires médicaux, et introduire *un suivi, une évaluation et un reporting* systématiques des politiques visant les personnels de santé au niveau national.
- Encourager les écoles de médecine et les écoles d'infirmières à augmenter progressivement le nombre des professionnels de santé formés dans le pays, en particulier dans les spécialités dans lesquelles on anticipe des pénuries, comme en médecine générale.
- Traiter les questions d'équité et d'efficience en rapport avec les migrations internationales de personnels de santé dans le cadre du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.
- À court terme, réviser TARMED pour relever les niveaux relatifs de paiement des services de pratique générale et autres spécialités connaissant des pénuries.
- Promouvoir les bonnes pratiques, notamment les collaborations inter-disciplines et inter-professions.
- Diffuser l'information sur les pratiques optimales en matière de gestion des ressources humaines à l'hôpital (« magnet hospitals») pour inciter à reproduire ces expériences.
- Élaborer des politiques destinées à accroître l'attractivité des professions de santé favoriser la rétention (en particulier dans les zones reculées et montagneuses), ainsi que la réinsertion professionnelle.
- Encourager les approches inter-professions et la formation professionnelle continue, comme dans le contexte des modèles de soins intégrés et de gestion des maladies.
- Élaborer des plans de carrière plus complet et plus à long terme dans le secteur de la santé publique, et constituer un corps professionnel national réunissant des professionnels de la santé publique issus des services et de postes universitaires, ainsi que des administrations fédérales et cantonales, en mesure de prodiguer des

conseils davantage fondés sur es preuves dans le secteur de la santé publique.

4. Renforcer l'amélioration de la santé et la garantie de la qualité dans les soins de santé :

- Évaluer systématiquement les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies en étant particulièrement attentif à la façon de mettre en œuvre et de contrôler l'application de mesures préventives en matière de santé publique qui ne sont pas encore universellement disponibles (dépistage du cancer du sein), ne sont pas universellement adoptées (vaccination) ou sont d'un bon rapport coût-efficacité (taxes sur le tabac et l'alcool).
- Élargir, fondamentalement, la place de la prévention dans le système de santé suisse, par exemple en encourageant les prestataires à intégrer la prévention dans leur pratique et en renforçant et en faisant aboutir une législation fédérale sur la santé publique et la prévention qui assigne clairement les responsabilités et donne les moyens financiers de mettre en œuvre les politiques adéquates dans tout le pays.
- Renforcer la responsabilité et le leadership au sein du système de santé à la fois pour intensifier les progrès concernant l'amélioration de la santé et la prévention des maladies, et pour mieux se préparer aux situations d'urgence nationale.
- Fournir un soutien financier accru pour faciliter des initiatives à l'échelle nationale en faveur de la qualité des soins.
- Exiger des prestataires, aussi bien au niveau hospitalier qu'au niveau ambulatoire, qu'ils collectent et communiquent des informations sur un système d'indicateurs de qualité des soins de santé à l'échelle du pays.

5. Renforcer l'efficience de l'offre de soins de santé et des dépenses pharmaceutiques :

- Envisager de passer de l'actuel système dual de financement des soins en hospitalisation par les cantons et les assureurs à un système dans lequel le financement des cantons est dirigé vers un payeur unique.
- Veiller à ce que la mise en œuvre des DRG s'accompagne d'un accroissement de l'autonomie pour les hôpitaux cantonaux, à ce que de nouvelles informations sur l'efficience et la qualité des prestataires soient utilisées pour orienter la planification hospitalière, et à ce que les paiements au titre des DRG soient complétés pour soutenir l'offre de services essentiels (par exemple, services en cas d'accident et services d'urgence).
- Traiter le problème de l'incitation à la surproduction inhérent aux formules de paiement à l'acte en les combinant avec d'autres éléments de rémunération des prestataires.
- Encourager une évolution des soins aigus à l'hôpital vers les soins ambulatoires, et le développement d'une prise en charge transversale dans des structures ambulatoires ou résidentielles pour les personnes ayant besoin de soins de longue durée, les personnes souffrant de maladies mentales ou celles ayant besoin de soins palliatifs.
- Développer les politiques incitant à privilégier la qualité et le rapport coût-efficacité dans la prescription et l'utilisation des produits pharmaceutiques (recours à l'évaluation des technologies en santé et plus large incitation à l'utilisation des génériques, par exemple).

