

Réglementation du secteur de la santé : analyse des recommandations de l'OCDE

Travail de Bachelor

Semestre d'automne, 2020

Sous la supervision du Prof. Dr. Philippe Gugler et
de Mathieu Resbeut

Tables des matières

Résumé	IV
Liste des tableaux	V
Liste des abréviations.....	VII
Introduction	9
1. Présentation du contexte suisse du secteur de la santé	10
1.1 LAMal	10
1.2 Assurances complémentaires.....	11
1.3 Financement du système de santé.....	11
2. Recommandations de l’OCDE.....	14
2.1 Améliorer la stratégie de gouvernance et l’information	14
2.2 Réformer le financement de la santé et les fonctions d’achat.....	15
2.3 Renforcer une planification stratégique des effectifs de santé.....	17
2.4 Renforcer l’amélioration de la santé et la garantie de la qualité dans les soins ...	19
2.5 Renforcer l’efficacité de l’offre de soins et de santé et des dépenses pharmaceutiques.....	20
3. Santé2020	24
3.1 Situation initiale et défis.....	24
3.2 Domaines d’action, objectifs et mesures	26
3.2.1 Garantir la qualité de vie.....	27
3.2.2 Renforcer l’égalité des chances et la responsabilité individuelle	28
3.2.3 Garantir et renforcer la qualité des soins.....	30
3.2.4 Garantir la transparence, améliorer le pilotage et la coordination.....	31
4. Santé2030	32
4.1 De Santé2020 à Santé2030	32
4.2 Défis, objectifs et principaux axes politiques	33
4.2.1 Transformation technologique et numérique.....	34

4.2.2 Évolution démographique et sociale	35
4.2.3 Soins de grande qualité avec un système financièrement viable	35
4.2.4 Chances de vivre en bonne santé	36
5. Adéquation de la stratégie sanitaire avec les recommandations de l'OCDE	37
5.1 Analyse de la concordance entre les politiques sanitaires et les recommandations de l'OCDE.....	37
Recommandation 1 : Améliorer la gouvernance stratégique et développer une information de meilleure qualité pour le système de santé suisse	38
Recommandation 2 : Réformer le financement de la santé et les fonctions d'achat.....	42
Recommandation 3 : Renforcer la planification stratégique et à l'échelle nationale des effectifs de santé pour garantir que le système de santé suisse puisse répondre à des attentes croissantes et à l'évolution des types de pathologies à prendre en charge	47
Recommandation 4 : Renforcer l'amélioration de la santé et la garantie de la qualité des soins.....	55
Recommandation 5 : Renforcer l'efficacité de l'offre de soins de santé et des dépenses pharmaceutiques	61
5.2 Recommandations pour une nouvelle réforme Santé2040.....	67
Conclusion	71
Bibliographie	73
Annexe 1 : Structure des tableaux de la section 5.1	82
Annexe 2 : Recommandations et sous-recommandations détaillées	83
Annexe 3 : Tableau complet des activités de Santé2020.....	85

Résumé

En 2012, l'OCDE publie « Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse 2011 » contenant 26 recommandations pour réformer le système de santé suisse. Ce travail s'intéresse à l'adéquation entre ces recommandations et les stratégies sanitaires suisses (Santé 2020/Santé2030). Une analyse détaillée entre les sous-recommandations et les décisions de politique sanitaire est proposée. Les effets des activités politiques sont analysés sur la base de rapports de l'OFSP, d'audits sur la santé et à partir de différentes bases statistiques. Il en résulte que la plupart des recommandations ont bien été mises en place lors de Santé2020. Malgré cela, certains sujets cruciaux tels que la coordination et la transparence du système de santé, la numérisation, la maîtrise des coûts ou encore les indicateurs de qualité ne semblent pas avoir évolué. Ces dossiers avancent lentement et ne remplissent pas leur objectif. En voulant satisfaire toutes les parties prenantes, le fédéralisme montre ses limites. Celui-ci empêche une révision concrète, profonde et ambitieuse du système de santé. Ces nombreux sujets devront être efficacement traités dans les futures politiques sanitaires. Ces politiques devront être plus multidimensionnelles en intégrant, par exemple, tous les déterminants de la santé en fonction de leur pondération. Un défi ambitieux étant donné les nombreux autres défis futurs (l'augmentation des coûts et les pathologies multiples par exemple) à relever dans le domaine de la santé. Ainsi la Suisse contribuera à accroître l'efficacité de son système de santé, diminuer les inégalités et augmenter l'état de santé de toute la population.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 1.1 dont l'objectif est la création d'un cadre juridique d'ensemble au niveau fédéral	38
Tableau 2 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 1.2 dont l'objectif est d'améliorer les systèmes d'information	39
Tableau 3 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 1.3 dont l'objectif est la création du dossier électronique du patient	40
Tableau 4 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 1.4 dont l'objectif est de renforcer la coordination entre les niveaux d'administration	41
Tableau 5 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 2.1 dont l'objectif est d'améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience	42
Tableau 6 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 2.2 dont l'objectif d'améliorer la concurrence et d'affiner la compensation des risques	44
Tableau 7 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 3.1 dont l'objectif est de renforcer les systèmes d'information sur le personnel soignant ..	47
Tableau 8 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 3.2 dont l'objectif est d'augmenter le personnel de santé	48
Tableau 9 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 3.3 dont l'objectif est de traiter les questions des migrations du personnel de santé	49
Tableau 10 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 3.4 dont l'objectif est de relever les paiements dans les domaines en pénurie.....	50
Tableau 11 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 3.5 dont l'objectif est de promouvoir les bonnes pratiques professionnelles	51
Tableau 12 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 3.6 dont l'objectif est d'améliorer la gestion du personnel dans les hôpitaux.....	52
Tableau 13 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 3.7 dont l'objectif est d'accroître l'attractivité et favoriser la rétention dans les métiers de la santé.....	53

Tableau 14 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 3.5 dont l'objectif est d'encourager les approches interprofessions.....	54
Tableau 15 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 3.9 dont l'objectif est la création de plan de carrière à long terme dans l'administration publique	55
Tableau 16 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 4.1 dont l'objectif est l'évaluation systématique des programmes de promotion et de prévention	56
Tableau 17 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 4.2 dont l'objectif est d'élargir la place de la prévention.....	57
Tableau 18 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 4.3 dont l'objectif est de renforcer la responsabilité et le leadership du système de santé..	58
Tableau 19 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 4.4 dont l'objectif est de soutenir le développement de la qualité des soins	59
Tableau 20 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 4.5 dont l'objectif est l'amélioration des indicateurs de qualité des soins	60
Tableau 21 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 5.1 dont l'objectif est un système de financement dirigé vers un payeur unique	61
Tableau 22 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 5.2 dont l'objectif est d'améliorer la planification hospitalière	62
Tableau 23 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 5.3 dont l'objectif est de réduire les incitations à la surproduction.....	63
Tableau 24 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 5.4 dont l'objectif est l'évolution des soins aigus vers des soins ambulatoires	65
Tableau 25 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 5.5 dont l'objectif est d'inciter à la prescription et l'utilisation de médicaments coût-efficaces	66

Liste des abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
CDS	Conférence des directrices et des directeurs cantonaux de la santé
CDF	Contrôle fédéral des finances
CF	Conseil fédéral
CIP	Collaboration interprofessionnelle
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DRG	Diagnosis Related Groups
EAE	Efficace, appropriée et économique
Et all.	Et alii
ETS	Évaluation des technologies de santé
HTA	Health Technology Assessment
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LCA	Loi sur le contrat d'assurance
LDEP	Loi fédérale sur le dossier électronique du patient
LPRév	Loi sur la prévention
LPSan	Loi sur les professionnels de santé
No.	Numéro
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OdASanté	Organisation nationale faîtière du monde du travail en santé
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
P	Page
PP	Pages
PPA	Parité de pouvoir d'achat

SCS	Système de comptes de la santé
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
TARMED	Tarif médical
Vol.	Volume

Introduction

Dans ce travail, les recommandations de l'examen du système de santé suisse publié en 2012 par l'OCDE et leurs influences sur la réglementation du secteur de santé suisse sont étudiées. En se basant avant tout, sur le rapport « Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse 2011 » publié en janvier 2012, les rapports Santé2020 et Santé2030, ainsi que sur la littérature et études sur la santé, ce travail exécute un vaste effort de synthèse. Cette synthèse permet de livrer un point de vue objectif, factuel et actualisé de l'ensemble du système de santé suisse et plus particulièrement des politiques menées. Un grand nombre de mesures politiques parfois complexes sont édictées et des centaines d'articles de littérature et d'études s'intéressent à la santé, il sera ici question, de comprendre et d'analyser de manière transparente et factuelle la réglementation du système de santé suisse.

En avant-propos, dans le premier chapitre, est présentée une brève définition des éléments nécessaires à la compréhension du système de santé suisse. Dans son rapport publié en 2012, l'OCDE établit cinq recommandations contenant un total de 26 sous-recommandations pour réformer la réglementation du système de santé suisse. Ces dernières sont présentées et détaillées dans le deuxième chapitre de ce travail. Les explications de chacune de ces 26 sous-recommandations se trouvent dans le deuxième chapitre afin que le cinquième chapitre puisse s'intéresser uniquement à l'analyse de leur adéquation avec Santé2020 et Santé2030. Pour des raisons de clarté et de structure, les recommandations sont placées dans le contexte historique de 2011 et aucune analyse des recommandations n'y est décrite. Les troisième et quatrième chapitres ont une structure relativement similaire. Ces chapitres expliquent de manière détaillée les deux stratégies de politique sanitaire menées par le Conseil fédéral depuis 2011. Le troisième chapitre s'intéresse à Santé2020, alors que le quatrième chapitre s'intéresse à Santé2030. Le cinquième et dernier chapitre de ce travail présente des tableaux mettant en adéquation chacune des 26 sous-recommandations de l'OCDE avec leurs activités correspondantes dans les stratégies Santé2020/Santé2030. Il y est également développé des recommandations pour l'élaboration de la possible prochaine politique sanitaire Santé2040.

1. Présentation du contexte suisse du secteur de la santé

Dans ce premier chapitre sont présentés les différents piliers structurels du système de santé suisse comme l'assurance-maladie obligatoire et les assurances complémentaires. Le fédéralisme, le libéralisme et la subsidiarité sont les principes fondateurs qui entourent le cadre systémique du système de santé suisse (Rossini et al., 2013, p. 9).

1.1 LAMal

Une révision complète de l'assurance-maladie est intervenue en 1994 lorsque l'Assemblée fédérale a accepté la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). La LAMal régit l'assurance-maladie sociale, ce qui comprend, l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'assurance facultative d'indemnités journalières (OFAS, 2020). En vertu de l'article 1 des dispositions générales de la LAMal, l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie, d'accident (au cas où aucune assurance-maladie n'en assumerait la charge) et de maternité. La LAMal est entrée en vigueur au premier janvier 1996 et a permis de poser les fondations du système de santé suisse (OFAS, 2020) Malgré plus de soixante révisions depuis son entrée en vigueur, ses fondements restent les mêmes : la maîtrise des coûts de la santé et un système de santé solidaire. Pour les citoyens, la révision de 1994 instaure une couverture universelle et obligatoire pour tous les résidents suisses avec des primes sans distinction de genres (OFAS, 2020). En 2020, les primes peuvent différer en fonction des régions et des catégories d'âge (0-18 ans ; 19-25 ans ; 26 ans et plus) et sont subventionnées par les pouvoirs publics pour les personnes à faible revenu (OCDE, 2011, pp. 40-41). Le changement de caisses est également facilité. Les assurés ont la possibilité de souscrire à des formes particulières d'assurance comme les contrats franchise à option, managed care ou encore des contrats à bonus permettant de bénéficier de primes plus avantageuses. Du point de vue concurrentiel, la LAMal apporte un mécanisme de compensation des risques entre les caisses d'assurance-maladie afin que celles-ci ne soient pas incitées à sélectionner les bons risques (Abbé-Decarroux, 2011, p. 1912). La révision apporte

également des instruments permettant de maîtriser les coûts (contrôle d'efficacité, d'adéquation et d'économicité des produits et services couverts par la LAMal, ...) et permettant de favoriser la concurrence (OFAS, 2020).

1.2 Assurances complémentaires

Les assurances complémentaires permettent de couvrir des prestations qui ne sont pas prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Les prestations offertes par ces assurances sont nombreuses et variées comme la couverture des traitements médicaux complémentaires, la couverture des soins dentaires ou encore une chambre individuelle ou semi-privée à l'hôpital. Contrairement à l'AOS, elles sont facultatives et le montant de la prime est librement fixé par l'assurance en fonction du risque (sexe, âge, état de santé) et des prestations proposées. De plus, les assurances complémentaires sont soumises à la loi sur le contrat d'assurance (LCA) ainsi qu'aux conditions contractuelles générales, et non à la LAMal. Selon les données d'une enquête, 88 % des affiliés à une AOS disposeraient d'au moins un contrat d'assurance complémentaire. 91 % ont choisi la même caisse que leur assurance-maladie obligatoire (Dormont, 2012, p. 74). Environ 20 % des frais de santé payés par les assurés proviendraient des dépenses pour les assurances complémentaires, un chiffre non négligeable pour une source secondaire de couverture (Comparis, 2018).

1.3 Financement du système de santé

Nous allons ici décrire les différents coûts et financements du système de santé ainsi que présenter quelques faits et chiffres actuels. Les coûts du système de santé sont calculés selon la méthode internationale du système de comptes de la santé (SCS).

Depuis 2020, l'Office fédéral de la statistique (OFS) utilise les données de l'enquête sur les données structurelles dans les cabinets médicaux. Cette nouvelle source de données méthodologiques a permis de revoir à la baisse la valeur de la position des cabinets médicaux et des centres ambulatoires de 3,1 milliards de francs pour l'année 2018. C'est pour cette raison qu'il est possible d'observer une différence

entre les chiffres de l’OMS (statistique non mise à jour) et ceux de l’OFS (OFS, 2020a).

On distingue quatre grandes catégories de dépenses : (1) les prestataires de services intra-muros, (2) les prestataires de services ambulatoires et services auxiliaires, (3) les biens de santé et importations et (4) les prestataires de services administratifs et de prévention. En 2018, le total des dépenses de santé s’élevait à 81,9 milliards de francs en Suisse (OFS, 2020c. p. 1) Une diminution de 2,8 % par rapport à la tendance des cinq dernières années (anciennement 3,4 %). Le rapport entre les dépenses de santé et le PIB à prix courant, qui s’élève à 11,4 %, reste stable (OFS, 2020b) Le coût du système de santé en pourcentage du PIB est passé de 8,4 % en 1994 à 11,9 % en 2018 (OFS, 2020b) Pour comparaison internationale, seuls les États-Unis ont des dépenses de santé en pourcentage du PIB plus élevé que la Suisse (16,9 %). Ainsi, la Suisse dépense beaucoup plus que la moyenne des pays de l’OCDE qui elle se situe à 8,8 % du PIB en 2018 (OCDE, 2019, pp. 151-159). Malgré une volonté claire de maîtriser l’évolution des coûts depuis 1994, l’objectif ne semble pas atteint à l’heure actuelle.

Les principaux facteurs influençant l’évolution des coûts du système de santé peuvent être regroupés en trois dimensions soit : (1) le nombre de patients (démographie, probabilité de recourir aux soins), (2) le volume de soins par patient (état de santé, pratique médicale) et (3) le coût unitaire des prestations (coût du travail, du capital technique et financier, progrès technique). Pour maîtriser les coûts, il sera alors nécessaire d’opérer des changements dans une ou plusieurs de ces dimensions (OFS, 2007, p. 5).

En ce qui concerne le financement du système de santé suisse, celui-ci se décompose en 6 régimes de financement : (1) l’État (Confédération, cantons, communes) (2) l’assurance-maladie obligatoire, (3) les autres assurances sociales, (4) les autres financements publics, (5) les assurances privées et (6) les versements directs des ménages. En 2018, les ménages ont financé environ 64 % des dépenses de santé, 30 % et 6 % ont été financées par respectivement l’État et les entreprises (OFS, 2020d). Un habitant suisse a dépensé en moyenne 7317\$ en parité de pouvoir d’achat (PPA) pour financer le système de santé. En résulte une participation aux

coûts relativement élevés en comparaison de la moyenne de l'OCDE qui s'élève à 3994\$ PPA par habitant (OCDE, 2019, pp. 151-159). À nouveau, seuls les États-Unis dépensent plus en moyenne, soit 10 586\$ PPA par habitant pour couvrir les dépenses de santé. Si l'on s'intéresse à la croissance moyenne des dépenses de santé par habitant, en valeur réelle, on constate que la Suisse a une croissance de 1,5 % plus élevée que la moyenne des pays de l'OCDE sur la période 2008-2013. On dénote une nette amélioration sur la période 2013-2018 avec une croissance des dépenses par habitant de seulement 2,1 % pour la Suisse face à une augmentation de 2,4 % en moyenne pour les pays de l'OCDE. (OCDE, 2019, pp. 151-159).

En ce qui concerne les rémunérations des prestataires de santé, nous nous intéresserons uniquement à deux systèmes : (1) SwissDRG et (2) TARMED. Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) est un système tarifaire de rémunération pour les soins somatiques aigus introduit en janvier 2012 (SwissDRG, 2015). Ce nouveau système permet de régler et d'uniformiser au niveau national l'indemnisation de l'offre hospitalière selon les forfaits par cas (SwissDRG, 2015). Les prestations de soins ambulatoires sont réglées par la structure tarifaire du tarif médical (TARMED) avec un tarif à la prestation (à l'acte). TARMED a été introduit dans l'AOS au 1^{er} janvier 2004 (OFSP, 2019q).

2. Recommandations de l'OCDE

La Suisse a fait l'objet de 2 études approfondies de son système de santé par l'OCDE, en 2006 et en 2011. En conclusion de celles-ci, l'OCDE a émis plusieurs recommandations pour réformer le système de santé suisse. Les recommandations émises en 2011 sont assez semblables à celles émises en 2006, elles ont été ajustées aux différentes réformes et lois mises en place entre les deux rapports. En effet, les recommandations entre les deux rapports ne divergent que légèrement. Selon l'OCDE, le principal défi du système de santé suisse sera de savoir réagir de manière efficace à l'augmentation progressive des maladies chroniques et des pathologies multiples. Les cinq recommandations émises sont : (1) améliorer la stratégie de gouvernance et l'information, (2) réformer le financement de la santé et les fonctions d'achat, (3) renforcer une planification stratégique des effectifs de santé, (4) renforcer l'amélioration de la santé et la garantie de la qualité dans les soins et (5) renforcer l'efficacité de l'offre de soins de santé et des dépenses pharmaceutiques (OCDE, 2011, pp. 21-23).

2.1 Améliorer la stratégie de gouvernance et l'information

Cette première recommandation comprend deux axes différents : la gouvernance et l'information. Les deux sont étroitement liés. En effet, pour améliorer la gouvernance, il est nécessaire d'avoir suffisamment de données pour pouvoir prendre les bonnes décisions.

L'action publique en matière de santé est fragmentée en plusieurs niveaux d'administration, ce qui empêche d'avoir une vision complète du système de santé. Le fédéralisme est une spécificité suisse qui marque profondément le système de santé. Les niveaux d'autorité cantonale disposent de très vastes compétences en matière de santé (Confédération suisse, 2017). Malheureusement, les cantons ont tendance à donner une importance plus élevée à leurs propres intérêts qu'à l'intérêt national. C'est pour cela qu'il faudrait améliorer la gouvernance stratégique en concevant un cadre juridique d'ensemble pour la santé au niveau fédéral. Pour cela, il faudrait définir les objectifs que le système de santé doit poursuivre en prenant

en compte les différentes spécificités et les différents besoins de tous les cantons. Un cadre juridique permettrait de mieux définir les fonctions et responsabilités des différents niveaux d'administration (OCD, 2011, pp. 21-23). Un cadre juridique unitaire peut être défini comme (1) une définition d'objectifs et de priorités politiques, (2) de nomenclatures ou terminologies uniformes, (3) d'instruments de pilotages ou de données statistiques, (4) de répartitions de compétences différentes entre cantons et communs et entre les acteurs (Rossini et al., 2012, p. III). De plus, la coordination entre les niveaux fédéraux et cantonaux ainsi qu'entre les cantons devrait également être renforcée. Certes, il existe déjà la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), mais celle-ci ne promulgue pas des décisions contraignantes. Cette Conférence sert uniquement de plate-forme d'échanges et de collaboration entre les cantons.

La responsabilité de la collecte des données et de leur diffusion est du ressort de la Confédération, mais dépend grandement de la bonne volonté des cantons qui eux, les produisent. Au vu de cette situation, il est nécessaire de normaliser (règles, calendrier) les systèmes d'information de santé et d'obliger tous les cantons à collecter et transmettre un ensemble minimum d'indicateurs de santé. Avant 2020, on ne disposait pas de certaines informations critiques à l'instar d'un registre national du cancer ou encore des données relatives à la qualité des services de soins (OFSP, 2020d). Les décisions politiques doivent pouvoir être prises sur la base de statistiques fiables. Améliorer le système d'information de santé permettra de répondre avec des réformes plus adaptées et en adéquation avec les réalités du terrain. Il est également recommandé de mettre en place des politiques nouvelles comme la carte d'assurance-maladie à puce et le dossier électronique. Celles-ci permettraient de regrouper plus de données et amélioreraient la coordination des soins de santé (OCDE, 2020b, pp. 21-23).

2.2 Réformer le financement de la santé et les fonctions d'achat

Ce deuxième volet de recommandations se sépare en 3 dimensions : (1) l'analyse coût-efficacité des prestations couvertes par la LAMal, (2) l'amélioration de la concurrence et (3) l'équité dans le financement de la santé (OFSP, 2013).

Selon l'art. 32 al. 1 de la LAMal, les prestations couvertes « doivent être efficaces,

appropriées et économiques » (critères EAE). Ces prestations doivent faire l'objet d'un réexamen périodique selon l'al. 2 de l'art. 34 de la LAMal (LAMal, 1994). En Suisse, il n'existe pas de liste positive de prestations obligatoirement remboursées, ce qui signifie que l'AOS rembourse tous les traitements et examens effectués par les médecins selon le principe de confiance (qui dit qu'un médecin ne prescrirait pas une prestation non conforme aux critères EAE). Des prestations peuvent être exclues uniquement en réponse à une demande spontanée et cela après une procédure approfondie. Le rapport de l'OCDE relève que ces analyses coût-efficacité ne sont que très rarement réalisées dans la pratique. L'OCDE recommande de systématiser et formaliser l'évaluation des prestations couvertes par la LAMal en effectuant systématiquement des analyses coût-efficacité, plus particulièrement à l'aide de l'évaluation des technologies de santé (ETS ou en anglais HTA). Cette évaluation est reconnue au niveau international et permet de garantir la qualité, l'efficacité, l'adéquation et l'économicité (Sécurité sociale CHSS, 2018). De plus, les mécanismes de participation à la dépense devraient encourager la prévention et l'utilisation de prestations répondant aux critères EAE. Des incitations à inclure la prévention dans l'offre des prestataires de soins doivent être prises. Notons également que la promotion des modèles d'assurances de soins intégrés devrait être entreprise. La publication des résultats positifs découlant du choix de ce modèle d'assurance pourrait être envisagée.

Afin de développer la concurrence fondée sur la valeur dans le marché de l'AOS, l'OCDE recommande d'autoriser de manière progressive les contrats d'exclusivité entre assurances et prestataires ainsi que d'affiner le système de compensation des risques (OCDE, 2011, pp. 21-23). En ce qui concerne la compensation des risques, il importe de savoir que le système de santé suisse repose très fortement sur les mécanismes de marché avec une réglementation publique faible. La concurrence permet donc au marché de se réguler, du moins en théorie. En pratique, comme la Confédération intervient, il s'agit d'un marché de concurrence régulée. L'obligation d'être assuré amène à des structures de risque différentes entre les assurances-maladie. Le mécanisme de compensation des risques permet donc d'opérer un rééquilibrage financier entre les assurances. Un outil nécessaire pour éviter que les assureurs assument uniquement les bons risques et pratiquent la sélection des

risques (OFSP, 2020b). Sans compensation des risques, les assurances composées majoritairement de personnes en mauvaise santé se retrouveraient en mauvaise position face à leurs concurrents. En effet, elles ne pourraient pas offrir des primes aussi basses que leurs concurrents, qui ne seraient composées que de bons risques. Une telle situation entraînerait des primes différenciées en fonction du niveau de santé et ne respecterait donc pas le principe de solidarité régi par la LAMal (Abbé-Decarroux, 2001, p. 1912). Cela explique la nécessité du mécanisme de compensation des risques. Malgré cela, en se basant sur les dépenses effectives de manière rétrospective, la compensation des risques n'incite ni à l'efficacité ni à la maîtrise des coûts. L'OCDE recommande donc de passer à un calcul prospectif permettant ainsi d'accroître l'efficacité, mais aussi de faciliter le calcul des primes (OCDE, 2011, pp. 21-23).

Le rapport de l'OCDE recommande d'observer l'équité dans le financement de la santé. Des indicateurs tel que l'impact sur l'accès aux soins devraient être observables, plus précisément sur les franchises élevées ou sur les personnes avec une participation élevée à la dépense. Une étude française a permis d'identifier une sous-consommation de soins pour des raisons financières se concentrant sur certains groupes sociaux et impactant négativement leur état de santé (Dourgnon et al., 2012, p. 16). En 2014, 27 % des assurés suisses ont bénéficié d'une réduction de prime (BAG, 2015, p. 27). L'équité du financement des soins doit encore être accrue, par exemple en surveillant les instruments de protection sociale (réduction de prime) et en les encadrant par la fixation de normes minimales.

2.3 Renforcer une planification stratégique des effectifs de santé

Le rapport de l'OCDE liste une série de neuf points distincts permettant d'améliorer la planification stratégique des effectifs de santé. Des recommandations qui permettront au système de santé suisse de répondre à l'augmentation des maladies chroniques et des pathologies multiples.

Il serait judicieux de consolider les systèmes d'information sur les personnels de santé, notamment pour les infirmières. Il faudrait également suivre, évaluer et reporter de manière systématique les politiques nationales ciblant les personnels de

santé. En effet, les prises de décisions politiques demandent un minimum de données sur lesquelles se baser.

La formation de personnel soignant doit être accrue en concentrant principalement les efforts sur les spécialités dans lesquelles des pénuries sont anticipées comme la médecine de premier recours. Des pénuries de personnel devraient apparaître dans les prochaines années, vu la structure d'âge vieillissante du corps médical. Une étude estime le nombre de départs à la retraite entre 2009 et 2020 à 60 000, il sera donc nécessaire à la fois de remédier à ces départs et également de répondre à l'augmentation des besoins en personnel de santé (Ruedin et al., 2009, p. 90).

Dans un rapport analysant l'introduction de TARMED, le contrôle des finances fédérales (CDF) conclut que la médecine de premier recours est l'une des grandes perdantes du système TARMED (CDF, 2010, p. 41). Un problème qui vient s'ajouter au vieillissement du corps médical et à l'augmentation des effectifs nécessaires. Des solutions doivent être trouvées pour relever les défis de manque de personnel dans le domaine de la médecine générale. Une solution serait de relever à court terme les niveaux relatifs de paiement des services (TARMED) de pratique générale et des autres spécialités connaissant des pénuries. Des politiques, visant à rendre attractifs les métiers de la santé, favoriser la rétention (particulièrement dans les zones reculées), ainsi que l'insertion professionnelle, devraient également être élaborées (OCDE, 2011, pp. 21-23).

La Suisse se trouve parmi les principaux bénéficiaires de la migration internationale du personnel de santé (Jaccard Ruedin et Widmer, 2010, p. 1). Bénéficiant d'un des meilleurs systèmes de santé et développement économique du monde, la Suisse attire un grand nombre de personnel étranger provenant principalement des pays limitrophes (Sordat Fornerod, 2016). En conséquence, l'OCDE recommande que les migrations du personnel de santé soient encadrées par le Code de pratique mondiale de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé pour plus d'efficience et d'équité. La Suisse a par ailleurs activement participé à l'élaboration du Code pratique de l'OMS (OMS, 2013).

Les attentes des jeunes médecins changent, ceux-ci souhaitant notamment un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle (Buddeberg-Fischer et al.,

2008). En conséquence, les politiques nationales relatives aux professionnels de la santé doivent évoluer. Des mesures pour favoriser la rétention, augmenter l'attractivité des métiers de la santé et permettre la réintégration professionnelle doivent être mises en place. Plusieurs autres approches sont recommandées par l'OCDE comme la promotion des bonnes pratiques (collaborations interprofessions et interdisciplinaires notamment). L'OCDE recommande également d'instaurer des plans de carrière à plus long terme dans la santé publique afin d'améliorer les capacités de gouvernance stratégiques au sein de l'administration de santé publique (OCDE, 2011, pp. 21-23).

Afin d'accroître l'efficacité, la Confédération devrait diffuser des informations concernant les pratiques optimales de gestion des ressources humaines des hôpitaux comme la flexibilité des horaires, la décentralisation des décisions ou encore la mise en place d'une structure organisationnelle plate. Ces pratiques permettent d'attirer et de réduire le taux de rotation du personnel hospitalier. C'est l'une des conclusions de l'étude des hôpitaux « aimants » états-unis ayant mis en place ces stratégies (Cheung et al., 2008). Une expérience facilement reproductible en Suisse et recommandée par l'OCDE.

2.4 Renforcer l'amélioration de la santé et la garantie de la qualité dans les soins

L'amélioration de la santé et la garantie de soins de qualité peuvent se faire au travers de plusieurs actions, par exemple en améliorant les systèmes d'information ou en renforçant la prévention.

Une place plus importante devrait être accordée à la prévention dans le système de santé suisse. Pour cela, plusieurs hypothèses peuvent être envisagées, comme une intégration de la prévention dans la pratique des prestataires. Une législation fédérale pourrait assigner clairement les responsabilités de chaque partie prenante dans les politiques de prévention. Des fonds nationaux devraient également être débloqués pour mettre en œuvre des actions de promotion. Il est important d'évaluer de manière systématique les programmes de prévention des maladies et de

promotion de la santé afin de connaître leur impact. Sur cet aspect, un soin tout particulier doit être apporté au contrôle et à la façon de mettre en œuvre l'application de mesures préventives qui ne sont pas encore universellement disponibles, adoptées ou étant d'un bon rapport coût-efficacité. Le dépistage du cancer du sein fait partie des mesures préventives qui ne sont pas universellement disponibles, en effet aucun programme national de dépistage n'est en place.

Il est également nécessaire d'exiger des prestataires qu'ils collectent et fournissent des indicateurs de qualité des soins de la santé. De plus, l'art. 59a al. 1 de la LAMal établit une obligation de communication d'indicateurs de qualité à tous les fournisseurs de prestations (1994).

La responsabilité et le leadership doivent également être renforcés au sein du système de santé pour progresser dans l'amélioration de la santé, la prévention des maladies et pour être mieux préparé aux urgences nationales. Les initiatives nationales pour la qualité des soins doivent être facilitées, notamment à l'aide d'un fort soutien financier.

2.5 Renforcer l'efficience de l'offre de soins et de santé et des dépenses pharmaceutiques

Dans le système actuel de financement, les prestations sont remboursées de manière différenciée si elles sont dispensées en mode stationnaire ou ambulatoire. Les traitements hospitaliers sont financés à 55 % au moins par les cantons et à 45 % au plus par les assurances-maladie (Confédération suisse, 2019, p. 3412) et sont rétribués selon le système SwissDRG. Contrairement aux prestations ambulatoires qui sont exclusivement à la charge des assureurs au moyen des primes et qui sont rétribués selon le système TARMED. En ce qui concerne les factures, elles sont directement envoyées à l'agent payeur (les assurances ou les cantons). En effectuant une même intervention, les hôpitaux reçoivent souvent une indemnité plus élevée de plusieurs milliers de francs pour son exécution en mode stationnaire plutôt qu'ambulatoire.

Pour l'OCDE, ce système de financement dual crée des incitations négatives et plus

particulièrement un risque de transferts des coûts entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires. Le rapport recommande donc d'introduire un système de financement dans lequel le financement des cantons est uniquement dirigé vers un seul payeur (OCDE, 2011, pp. 21-23).

En 2009, une révision de la LAMal a introduit un nouveau système tarifaire nommé SwissDRG. Ce nouveau système de rémunération se base sur la tarification par groupe de cas. Chaque hospitalisation est attribuée à un groupe de cas de traitement en fonction de différents critères médicaux (diagnostic, traitement, ...) ou autres (âge par exemple). Ces groupes sont identiques dans toute la Suisse et permettent d'introduire un système de facturation par cas fondée sur les Diagnosis Related Groups (DRG) pour les soins stationnaires.

L'enseignement de la mise en place de système similaire dans d'autres pays démontre que les petites structures hospitalières reçoivent des fonds supplémentaires pour soutenir leur offre de services pour des questions d'accès. L'OCDE s'inquiète donc de ce problème d'insuffisance de financement pour les petits hôpitaux.

Notons également que les cantons remplissent de nombreux rôles notamment propriétaires d'hôpitaux, financiers et prestataires des soins créant ainsi des conflits d'intérêts ne les incitant guère à réduire les coûts (OCDE, 2011, p. 155). Comme précédemment abordé, dans l'actuel système de financement, plus de la moitié des coûts sont supportés par les autorités cantonales dans le domaine hospitalier. L'actuelle structure de financement ainsi que la réglementation en vigueur concernant la gamme de services à assurer réduisent l'autonomie des hôpitaux, notamment dans le choix des services proposés empêchant la spécialisation d'un hôpital dans un domaine donné par exemple.

Conséquemment, l'OCDE recommande de veiller à ce que la mise en place du système SwissDRG s'accompagne (1) d'un accroissement de l'autonomie des hôpitaux, (2) de l'utilisation de nouvelles informations pour la planification hospitalière et (3) d'une amélioration du système pour qu'il soutienne l'offre de services essentiels (services en cas d'accident et service d'urgence par exemple) (OCDE, 2011, pp. 21-23).

On répertorie quatre modes de rémunération principaux : (1) le paiement à l'acte, (2) la capitation, (3) le salariat et (4) le paiement par cas. À l'heure actuelle, le système de rémunération suisse se trouve fragmenté. Les soins stationnaires utilisent le paiement par cas en se basant sur le système SwissDRG. Contrairement aux soins ambulatoires dans lesquels 90 % des spécialistes sont payés à l'acte. Les médecins généralistes sont majoritairement payés à l'acte. Seule une minorité de 4 % sont salariés et de 2 % sont payés par capitation (Jeanrenaud, 2006). Le paiement par cas est réglé par le système tarifaire TARMED. Les valeurs des points (prix) sont fixées sur les propositions des partenaires cantonaux. Il s'agit d'un système entravant les règles du marché concurrentiel (Jeanrenaud, 2006).

Une étude menée en 2004 sur plusieurs pays dont la Suisse tend à montrer que le mode de rémunération à l'acte incite les médecins à voir beaucoup de patients et à leur fournir beaucoup de prestations, ce qui mène in facto à une surconsommation (Simoens et Giuffrida, 2004). C'est dans ce contexte-là que l'OCDE recommande de traiter le problème de la surproduction relative aux rémunérations à l'acte en introduisant d'autres éléments de rémunération dans le système de financement (OCDE, 2011, pp. 21-23).

Dans le cas suisse, le manque de concurrence et le nombre élevé de médecins amènent à des incitations négatives empêchant la maîtrise des coûts et l'utilisation efficace des ressources. Un rapport publié par Jeanrenaud montre, sur la base des expériences étrangères, qu'une combinaison de plusieurs formes de rémunération amène à une plus grande efficacité et cela s'explique par l'augmentation de la responsabilité financière des prestataires de soins (2006). Une des solutions envisageables pourrait être le mode de financement par paiement forfaitaire prospectif (paiement par épisode de soins) dans les soins ambulatoires (Jeanrenaud, 2006).

Pour répondre aux défis futurs, des incitations financières et organisationnelles doivent être mises en place pour un transfert des soins hospitaliers vers les soins ambulatoires et plus particulièrement pour les personnes ayant besoin de soins de longue durée (maladie mentale et soins palliatifs) (OCDE, 2011, pp. 21-23). Par exemple les structures de soins palliatifs ne disposaient que de 200 lits en 2008

(Confédération suisse, 2012, p. 10).

Dans le système suisse, la liste des médicaments remboursés est large et la participation à la dépense est relativement faible. En Suisse, les médicaments et préparations sont ajoutés par l'autorité Swissmedic sur la liste des spécialités. Les médicaments doivent répondre aux critères EAE de l'art. 34 al. 1 de la LAMal pour figurer sur cette liste (OFSP, 2020e). Mais en 2011, les génériques représentaient seulement 11,5 % du marché des médicaments qui sont remboursés par l'AOS (OCDE, 2011, p. 54). En conséquence, l'OCDE recommande de privilégier la qualité et le rapport coût-efficacité pour tout ce qui concerne la prescription et l'utilisation des médicaments et plus particulièrement d'inciter à la prescription de génériques (OCDE, 2011, pp. 21-23).

3. Santé2020

En janvier 2013, le Conseil Fédéral a adopté la stratégie sanitaire Santé2020. Son but est d'aménager le système de santé afin qu'il puisse relever les défis futurs et qu'il puisse rester financièrement supportable. Cette stratégie comprend 36 mesures différentes visant à assurer quatre objectifs : (1) garantir la qualité de vie, (2) renforcer l'égalité des chances et la responsabilité individuelle, (3) garantir et renforcer la qualité des soins et (4) garantir la transparence, améliorer le pilotage et la coordination (OFSP, 2013).

3.1 Situation initiale et défis

Initialement, le Conseil Fédéral avait mis en place une nouvelle stratégie de politique de santé qui avait été approuvée en juin 2011. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) avait eu pour mission d'élaborer un rapport de mise en œuvre de cette politique pour l'automne 2012. Entre ces deux échéances, la situation politique a beaucoup évolué et notamment sur deux points. Premièrement, la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (réseaux de soins) a été refusée le 17 juin 2012. L'objet de cette proposition était de définir les exigences auxquelles doivent satisfaire le modèle des soins intégrés (managed care). Les Chambres fédérales ont largement accepté la modification et ont recommandé à la population, conjointement avec le Conseil Fédéral, d'accepter la modification. Pour le Conseil Fédéral, cette proposition aurait amélioré la qualité des traitements médicaux grâce à une collaboration plus étroite et plus régulière. Elle aurait apporté une vue globale des traitements et donc un meilleur suivi, tout en freinant l'accroissement des dépenses de santé. Des modifications qui auraient entraîné un effet bénéfique sur la pénurie des effectifs de santé, étant donné que le travail d'équipe ne correspond plus à l'environnement de travail recherché aujourd'hui par les jeunes professionnels de la santé (OCDE, 2011, p. 108). Mais aussi, un rééquilibrage de la compensation des risques, en transférant cette compétence au Conseil Fédéral, ce qui aurait permis par exemple d'inciter les assurances à offrir des traitements de qualité aux personnes souffrant d'une maladie chronique. Le

Conseil Fédéral (CF) voulait alors développer la concurrence fondée sur la valeur, comme recommandé par l'OCDE. A contrario, selon les comités référendaires, cette modification de la LAMal aurait apporté une suppression du libre choix du médecin. Dans cette proposition, les personnes désireuses de choisir librement leur médecin auraient dû payer 15 % des coûts jusqu'à 1000 francs (contre 10 % et 500 francs auparavant). Même constat pour le choix de l'hôpital, de l'EMS et de la pharmacie qui n'auraient plus été à la libre décision des assurés en raison de la conclusion de contrat d'exclusivité entre les prestataires et les réseaux de soins. La restriction du choix du médecin pour les personnes souffrant de maladies chroniques aurait empêché la garantie de la qualité du traitement et la réduction des coûts. Les comités référendaires ont également dénoncé l'adoption de contrats inévitables dans lesquels les assurés auraient été liés à un réseau pour une durée allant jusqu'à trois ans avec une prime de sortie anticipée excessivement élevée. La modification aurait amené une baisse de la qualité des soins, un rationnement des soins et une médecine à deux vitesses (AGeMIG, 2012). C'est pour l'ensemble de ces raisons que 131'158 personnes ont signé le référendum et ont recommandé de refuser la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Les comités référendaires ont récolté considérablement plus de signatures que le nombre minimal (50'000) exigé pour l'acceptation du référendum (Chancellerie fédérale, 2012) Sans surprise, la modification de loi a été largement rejetée par le peuple à 76 % avec un taux de participation à 38,65 % (Chancellerie fédérale, 2020).

En ce qui concerne le deuxième point, le Parlement a refusé, en septembre 2012, la nouvelle loi fédérale sur la prévention (LPrév). Son objectif principal était de renforcer la prévention et la promotion de la santé en Suisse, d'améliorer le pilotage, la coordination et l'efficacité des mesures de détection précoce, de promotion de la santé et de prévention. Le DFI avait élaboré une nouvelle loi pour ancrer au niveau conceptuel, organisationnel, politique et juridique la prévention, la promotion de la santé ainsi que la détection précoce des maladies. Une proposition novatrice réattribuant certaines compétences à la Confédération comme le pilotage ou la coordination et qui auraient permis de clarifier la répartition des tâches restantes entre la Confédération et les cantons. Il ne s'agit là que de quelques éléments du projet de loi. Il y avait aussi notamment: (1) la création d'un Institut suisse pour la

prévention et la promotion de la santé, (2) une taxe pour la prévention du tabagisme, (3) l'encouragement de la recherche, etc. La LPrév couvrait ainsi de nombreux objectifs conseillés dans les recommandations du rapport 2011 de l'OCDE. Bien qu'accepté à 22 voix contre 19, le Conseil des États a fait échouer la LPrév en refusant de lever le frein aux dépenses pour la Fondation Promotion Santé suisse. En effet, une majorité de 24 voix des 46 membres du Conseil aurait été nécessaire, étant donné que le projet incluait la création d'un nouveau type de subvention (Assemblée fédérale, 2012). Ces grands changements de paradigme propulsés par les refus successifs de la modification de la LAMal et du refus de la LPrév ont poussé la DFI à remanier la stratégie de santé demandée par le Conseil fédéral et à la définir pour l'horizon 2020. Il en découle une nouvelle stratégie avec une vue d'ensemble des défis actuels et futurs dans le domaine de la santé. L'élaboration de Santé2020 a été pensée en préservant les acquis et dans le but de supprimer les faiblesses du système de santé pour que celui-ci puisse réussir à relever les défis futurs. Il s'agit notamment d'intervenir sur: (1) la transparence limitée, (2) le manque de pilotage ciblé de bases statistiques et analytiques, (3) le sous-investissement dans la prévention et dans le dépistage précoce de maladies. Toutes ces faiblesses engendrent dépenses inutiles et inefficacité. Au cours des prochaines décennies, le système de santé va devoir relever des défis qui peuvent être regroupés en 4 points : (1) l'augmentation des maladies chroniques, (2) l'évolution des soins, (3) la garantie du financement d'un secteur de la santé avec des coûts croissants ainsi que (4) le pilotage lacunaire et le manque de transparence (OFSP, 2013).

3.2 Domaines d'action, objectifs et mesures

Cette politique sanitaire doit être menée en incluant toutes les différentes parties prenantes, dont les cantons, les prestataires de soins, les organisations internationales, les organisations non gouvernementales (ONG) et l'économie dans son ensemble : une nécessité pour que tous les objectifs de Santé2020 soient atteints. Cette stratégie contient 36 mesures réparties en quatre domaines d'action contenant chacun trois objectifs. Un regroupement différent aurait été envisageable en raison de l'interdépendance des mesures. Pour des raisons de clarté, dans ce

travail, les mesures seront regroupées de la même manière que le rapport Santé2020. La mise en œuvre de Santé2020 a commencé en février 2013. Il a été de la compétence du Conseil Fédéral de trouver des stratégies pour l'ajuster et pour la mettre en place de manière efficace, afin que les 36 mesures complètent ou renforcent les différentes réformes de la santé déjà en cours. La mise en place de la stratégie Santé2020 a été faite de manière progressive en collaboration avec les différents acteurs de la santé (OFSP, 2013).

3.2.1 Garantir la qualité de vie

Le domaine d'action « Garantir la qualité de vie » de la stratégie Santé2020 se découpe en trois objectifs distincts : (1) la promotion d'une offre de soins moderne, (2) le complètement de la protection de la santé, (3) le renforcement de la promotion de la santé et la prévention des maladies (OFSP, 2013). 36 mesures ont été prises dans le but de réaliser les trois objectifs de ce domaine d'action.

En ce qui concerne la promotion d'une offre de soins moderne, plusieurs mesures doivent être prises pour remplir ce premier objectif. Notamment, un meilleur agencement des modèles de soins intégrés (managed care) dans toutes les étapes de soins, soit de la détection précoce jusqu'aux soins palliatifs. Une mesure qui permettrait d'augmenter la qualité des soins tout en diminuant leurs coûts. D'autres objectifs permettant d'améliorer l'efficacité du système seraient par exemple (1) la mise sur pied de programmes de recherches ou encore (2) de compléter la recherche clinique ou (3) faire la promotion de registres (par exemple le registre du cancer). Il faudrait également prendre des mesures pour assurer une quantité de personnel qualifié suffisante dans les années à venir, tout en prenant en compte que l'offre ambulatoire et hospitalière devra être capable de répondre à l'augmentation constante des maladies chroniques et des pathologies multiples.

Pour le deuxième objectif, différentes mesures devront être prises pour maîtriser les nouveaux risques et supprimer les lacunes en matière de protection de la santé. La protection de la santé contient tout ce qui est relatif à la sécurité alimentaire, la protection contre les produits chimiques et la radioprotection. Les mesures de renforcement de la protection de la santé doivent aussi bien protéger les

consommateurs et les patients que les travailleurs. Plusieurs mesures permettront d'atteindre l'objectif comme l'amélioration de la lutte contre les maladies transmissibles ou le contrôle et la lutte contre la résistance aux antibiotiques. Pour les structures hospitalières, des mesures sont nécessaires pour amener à une réduction des infections évitables ou encore pour réduire les doses de rayons inutiles reçues par les patients et le personnel soignant. Notons également que des études supplémentaires devraient être réalisées afin de pouvoir réduire au minimum l'exposition aux produits chimiques de la population.

Le renforcement de la promotion et la prévention des maladies sont les principaux axes du troisième objectif. Pour répondre au défi futur concernant les maladies chroniques, la promotion de la santé, la prévention et le dépistage précoce doivent bénéficier d'une meilleure coordination et prendre une place plus importante dans la part des dépenses de la santé. Ainsi des moyens financiers doivent être débloqués pour cette mise en œuvre. Le renforcement de ces deux activités permettrait d'empêcher l'apparition de maladies, mais aussi de diminuer les coûts liés aux pratiques dites « nocives pour la santé » pour la population (manque d'exercice, tabagisme, alcoolisme et mauvaise alimentation, etc.). Une meilleure prévention et des dépistages précoces permettraient de réduire l'impact des personnes malades sur l'économie. La stratégie Santé2020 s'appuie également sur la promotion de la santé en entreprise mais aussi sur la responsabilité individuelle de la population. Pour les maladies psychiques, une promotion, une prévention et un dépistage précoce plus efficaces permettraient d'atténuer l'exclusion du marché du travail. Il en va de même pour toutes les formes de dépendance (OFSP, 2013).

3.2.2 Renforcer l'égalité des chances et la responsabilité individuelle

Pour le deuxième domaine d'action de la stratégie Santé2020, le Conseil fédéral souhaite renforcer l'égalité des chances et la responsabilité individuelle. Ce domaine d'action se divise en trois objectifs : (1) le renforcement de l'égalité en matière de financement et l'accès aux soins, (2) le maintien des coûts de la santé à un niveau abordable en accroissant l'efficacité ainsi que (3) le renforcement des droits des patients et des assurés (OFSP, 2013). Dans le cadre de ce champ d'action, 18 mesures ont été prises pour remplir les trois objectifs ci-dessus.

Pour le premier objectif, tous les groupes de population, y compris les plus vulnérables (personnes à faible revenu, migrants, etc.), devraient avoir accès au système de santé sans restriction et bénéficier de la même espérance de vie. Afin de garantir l'accès et le financement des soins, la solidarité entre les personnes en bonne santé et les personnes malades, tout comme entre les personnes à haut revenu et ceux à faible revenu doit être améliorée. Des mesures pourraient être prises comme l'exemption des primes d'assurance-maladie pour les enfants des ménages à faibles ou moyens revenus. Du côté de l'AOS, il est également important de réduire définitivement les incitations à la chasse « aux bons risques ». Des mesures devraient être prises pour que la concurrence entre les assurances se fasse de préférence sur la qualité des prestations et la gestion des coûts de santé. Pour engendrer une concurrence plus saine, la création d'un fonds de compensation pour les coûts élevés, une séparation nette entre assurance obligatoire et assurance complémentaire ainsi qu'un meilleur équilibre des risques seraient des mesures pertinentes.

La charge financière relative à la santé augmente de manière constante et devient de plus en plus pesante pour les plus faibles revenus et la classe moyenne. Pour remplir le deuxième objectif, soit maintenir la santé à un niveau abordable, les activités menées devraient permettre d'atténuer la hausse des coûts et en améliorer l'efficacité. La hausse des coûts peut être atténuée avec diverses mesures comme la promotion des génériques et la fixation des prix des médicaments. L'efficacité pourrait être améliorée en supprimant les effets pervers et en améliorant les structures tarifaires des paiements à l'acte (p. ex TARMED) ou encore en se focalisant sur la médecine hautement spécialisée.

Le troisième objectif de ce domaine d'action place l'humain au centre des préoccupations. À l'horizon 2020, les patients et les assurés devraient pouvoir être des parties prenantes essentielles dans les prises de décisions relatives aux politiques de santé. Pour rendre le système de santé plus efficace, la responsabilité individuelle de la population devrait être renforcée. En étant plus informés et en ayant plus de connaissances, les maladies pourraient être mieux prévenues. Il est également essentiel que les droits relatifs aux patients et aux assurés soient strictement respectés et plus particulièrement encore dans le domaine de la

protection du droit des patients et celui des données relatives à la santé (OFSP, 2013).

3.2.3 Garantir et renforcer la qualité des soins

La garantie et le renforcement de la qualité des soins font partie d'un domaine d'action essentiel de la stratégie Santé2020. La qualité des soins permet d'atténuer l'évolution des coûts de la santé. Trois objectifs sont essentiels dans la réalisation d'un renforcement de la qualité des soins : (1) la promotion de la qualité des prestations et des soins, (2) le renforcement de l'utilisation de la cybersanté et (3) un nombre de personnel soignant bien formé plus important (OFSP, 2013). Pour la réalisation de ce domaine d'action, 20 mesures ont été prises.

Dans le cadre du premier objectif de la promotion de la qualité des soins, une planification et une organisation devraient être mises en place pour permettre la collecte des données de manière systématique et homogène. Ces données permettront ainsi de piloter les stratégies d'amélioration de la qualité des soins et de garantir la transparence. Comme précédemment discuté, afin de renforcer la concurrence en matière de qualité, il serait important d'informer de manière active la population sur les choix des fournisseurs de prestations. Par ailleurs, la promotion de la qualité pourrait permettre de diminuer les coûts et pour cela des mesures comme la suppression des prestations inefficaces et inefficaces doivent être prises. D'autres mesures comme la promotion des dons d'organes peuvent permettre de remplir cet objectif.

Le deuxième objectif de ce domaine d'action est le renforcement de l'utilisation de la cybersanté. En effet, des technologies telles que le dossier électronique du patient rendent le système de santé plus efficace en évitant les doublons et en augmentant la coordination dans le cadre du suivi des patients atteints de maladie chronique par exemple. À terme, la création et la promotion de la médecine électronique permettront de réduire les coûts de la santé tout en augmentant la qualité des soins et la sécurité des patients.

La Suisse devrait pouvoir garantir qu'elle dispose d'une quantité de professionnels de la santé qualifiés suffisante pour répondre aux besoins actuels et futurs. Pour remplir ce troisième objectif, la formation doit être adaptée aux besoins et aux

modèles de soins intégrés, des mesures comme la promulgation d'une loi sur les professionnels de la santé pourraient être envisageables (OFSP, 2013).

3.2.4 Garantir la transparence, améliorer le pilotage et la coordination

Afin de mettre en œuvre les trois précédents domaines d'action, il est important de pouvoir piloter et coordonner les réformes sur la base d'indicateurs appropriés. Dans ce domaine, la Suisse manque de transparence et d'indicateurs permettant un pilotage performant et une meilleure coordination. Trois objectifs permettraient de garantir la transparence, améliorer la coordination et le pilotage : (1) la simplification du système de la santé et la garantie de transparence, (2) l'amélioration du pilotage des politiques de santé et (3) le renforcement de l'ancrage international (OFSP, 2013). 18 mesures ont été prises afin d'atteindre les résultats voulus.

Le premier objectif est de simplifier le système de santé tout en assurant sa transparence. Aujourd'hui, le système de santé et l'assurance-maladie sont très complexes et très nébuleux pour une grande partie de la population. Différentes mesures pourraient être prises pour rendre le système plus compréhensible et transparent, comme (1) une meilleure surveillance des assurances-maladie afin que les primes correspondent aux coûts, (2) une simplification de l'assurance-maladie et (3) une amélioration des bases de données statistiques pour permettre un meilleur pilotage des politiques de santé.

Dans le but d'améliorer le pilotage des politiques de santé, la coordination et la collaboration entre les différents acteurs et les instruments de pilotage doivent être améliorées. Une collaboration plus étroite et organisée entre la Confédération et les cantons est nécessaire. D'autres mesures comme la création de nouvelles solutions de pilotage ou le déblocage des négociations tarifaires devraient être envisagées pour remplir le deuxième objectif. La collaboration internationale permet de garantir la qualité en s'inspirant de certaines impulsions positives de pays ayant des systèmes de santé comparables à la Suisse. Dans le cadre de ce troisième objectif, l'ancrage international doit être renforcé à l'aide de diverses mesures comme la signature d'un accord sur la santé avec l'Union européenne ou l'amélioration de la politique extérieure en matière de santé (OFSP, 2013).

4. Santé2030

Après les résultats concluants et les apprentissages enseignés par la stratégie Santé2020, le Conseil Fédéral a présenté en décembre 2019 la nouvelle stratégie de politique sanitaire Santé2030. Celle-ci se définit comme une version améliorée et modernisée de Santé2020. L'axe de cette nouvelle stratégie est radicalement différent de celui choisi pour Santé2020. En effet, la stratégie se concentre uniquement sur quatre priorités explicitement définies et n'essaie pas de couvrir l'ensemble des défis actuels et futurs du système de santé. De plus, un volet inédit vient s'ajouter à la stratégie Santé2030 en axant certaines mesures sur de nouveaux objectifs extérieurs aux politiques de santé traditionnelles, comme le développement durable ou l'environnement par exemple. La vision de Santé2030 est que toutes les personnes habitant en Suisse devraient pouvoir vivre dans un environnement favorable à la santé tout en jouissant d'un système de santé qualitatif, finançable et à la pointe de la technologie. Également, il est nécessaire que les avancées médicales et technologiques profitent à toute la population, que les coûts soient répartis de façon équitable, transparente et adaptée et que personne ne soit écarté du système de santé (OFSP, 2019i).

4.1 De Santé2020 à Santé2030

L'élaboration de la stratégie Santé2030 repose sur les résultats et expériences réalisés dans le cadre de la stratégie Santé2020 initiée en janvier 2013 par le Conseil Fédéral. 92 projets ont été définis pour réaliser les mesures fixées par la stratégie de santé à l'horizon 2020. En juillet 2020, vingt-trois projets sont terminés, trois sont dans la phase finale, trois projets sont lancés et 63 projets sont en cours (OFSP, 2020a). Notons également que selon le rapport Santé2030, le bilan de la stratégie Santé2020 est positif. Santé2020 est parvenue à rendre le système de santé plus transparent, plus compréhensible, plus pilotable et a permis d'offrir une vue d'ensemble sur la politique de santé. Malgré un constat majoritairement positif, quelques éléments de la stratégie Santé2020 ont rencontré des complications. Le pouvoir législatif et les différents acteurs ont difficilement réussi à établir les

propriétés et remplir les activités. Par ailleurs, l'absence de facteurs extérieurs aux politiques sanitaires traditionnelles a été dénoncée par certaines parties prenantes. C'est donc en se basant sur les expériences positives et les échecs de Santé2020 que le DFI, sur demande du Conseil Fédéral, a conçu une nouvelle stratégie de politique sanitaire à l'horizon 2030.

4.2 Défis, objectifs et principaux axes politiques

Selon le rapport Santé2030, la stratégie se fonde sur six principes : (1) une stratégie orientée vers les défis de demain, (2) une stratégie reposant sur les besoins de la population et sa perception des soins de qualité, (3) une stratégie fondée sur la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, (4) le développement de la concurrence régulée et le choix des mesures selon leur efficacité et leur applicabilité, (5) l'utilisation des bonnes pratiques internationales et (6) une actualisation et un rééquilibrage de la stratégie Santé2020 (OFSP, 2019i). Le Conseil fédéral a choisi ses champs d'action dans le cadre de la stratégie Santé2030 sur la base de trois critères : l'efficacité (sur la santé et les coûts), l'échelle temporelle des effets souhaités et la probabilité de réalisation au niveau politique. En ce qui concerne l'exécution de la stratégie Santé2030, celle-ci se base sur seize axes politiques et s'opère en collaboration avec la Confédération et les cantons. Aucun des axes politiques ne prime, et ils ne pourront pas être mis en application simultanément, ils doivent donc s'inscrire dans le processus politique les uns après les autres à des échéances parfois relativement proches ou longues. Tout comme Santé2020, il est important que la stratégie Santé2030 soit surveillée et pilotée sur la base d'indicateurs reflétant de manière factuelle l'évolution du système de santé. La transition de la Stratégie Santé2020 à la stratégie Santé2030 a déjà été discutée en février 2020 lors des conférences annuelles en matière de politique sanitaire réunissant les principales parties prenantes de la santé. La stratégie Santé2030 est, en juin 2020, encore trop récente et aucune mesure n'a été présentée pour l'instant. La mise en œuvre est actuellement en train d'être planifiée par le DFI en collaboration avec les différents acteurs concernés. Naturellement, les avancées et résultats feront l'objet d'un rapport et seront présentés annuellement à l'occasion

des conférences nationales de santé.

4.2.1 Transformation technologique et numérique

L'un des quatre principaux défis pour la Suisse sera de répondre aux changements technologiques et à la numérisation. Pour relever ces défis, deux objectifs ont été fixés : (1) l'utilisation des nouvelles technologies et des données de santé ainsi que (2) l'accentuation des compétences de santé (OFSP, 2019i). Ces objectifs devraient être atteints d'ici 2030 pour répondre aux défis précédemment abordés. Le premier objectif se base sur deux axes politiques permettant de mettre en place des mesures concrètes. Le premier axe politique se concentre sur la promotion de la numérisation et l'exploitation des données nécessaires pour la recherche. Concrètement, plusieurs mesures sont envisageables comme la mise en place d'un système de cybersanté national et un renforcement de la confiance dans la sécurité des systèmes de gestion de données. Il est nécessaire de définir les responsabilités de toutes les parties prenantes dans l'organisation de la numérisation et de créer les incitations nécessaires à sa mise en place. Le deuxième axe politique s'oriente vers la création de conditions-cadres à l'utilisation des nouvelles technologies. Les nouvelles découvertes en matière de santé comme l'édition génomique offrent des possibilités de diagnostic et de soin impensables il y a encore quelques années. Cependant, ces nouvelles possibilités posent des questions d'ordre éthique. En conséquence, une discussion démocratique devra avoir lieu pour définir les limites des modifications du patrimoine génétique et de l'exploitation de l'intelligence artificielle. En ce qui concerne, le deuxième objectif, deux axes politiques permettront sa réalisation. Le premier axe se concentrera sur la consolidation de la responsabilité personnelle en offrant des informations factuelles et transparentes sur la santé et plus précisément sur les nouvelles technologies, les coûts de la santé, les données numériques et les risques environnementaux. Il est important de renforcer les compétences des citoyens afin qu'ils puissent prendre les bonnes décisions en matière de santé. Cela dit, certaines décisions déterminantes demandent des compétences spécifiques dont les citoyens ne peuvent pas toujours disposer. C'est sur ce sujet que le deuxième axe politique est basé. Des mesures doivent être coordonnées pour pouvoir aider le personnel de santé et les institutions à conseiller les citoyens de manière appropriée (OFSP, 2019i).

4.2.2 Évolution démographique et sociale

Le deuxième défi de la stratégie Santé2030 sera de répondre à l'évolution démographique et sociale, ainsi qu'à ses répercussions quantitatives et qualitatives. D'une part quantitative, par l'augmentation de l'âge de la population et par l'augmentation des besoins en personnel occasionnés par une grande probabilité de développer plusieurs maladies ou des démences avec l'âge. D'autre part qualitativement, avec l'augmentation des patients présentant des pathologies multiples. Un changement de structure est donc nécessaire pour s'adapter aux besoins d'un accès complet à l'ensemble de la chaîne thérapeutique. Pour répondre à ce défi, une garantie des soins et de financement, ainsi que la garantie de vieillir en bonne santé sont les troisième et quatrième fixés par le Conseil Fédéral. Le troisième objectif se base sur deux axes politiques qui sont l'augmentation du personnel soignant et le contrôle de l'efficacité du financement dans les soins de longue durée. Une meilleure planification des capacités de formation doit être mise en place pour répondre aux besoins. De nouvelles incitations à innover et à rendre plus efficaces les prestations de soins de longue durée pour pouvoir atténuer la hausse des coûts doivent être introduites. De plus, la charge financière devrait rester supportable. Le quatrième objectif repose sur deux axes politiques pour garantir à tous les citoyens sans distinction d'âge ou de catégorie socio-économique de vieillir en bonne santé. Les efforts seront mis sur la promotion et la prévention des maladies non transmissibles permettant d'en réduire les facteurs de risques. La promotion de la santé sera faite à tout âge, mais une attention particulière sera portée aux enfants et aux adolescents, étant donné que commencer sa vie en bonne santé est un facteur déterminant pour le rester (OFSP, 2019i).

4.2.3 Soins de grande qualité avec un système financièrement viable

En raison des hausses constantes des coûts de la santé, le troisième défi visé par Santé2030 est de pouvoir préserver des soins de très haute qualité en maintenant les coûts stables et tout cela en renforçant la solidarité. L'amélioration de la qualité des soins est le premier objectif permettant de relever ce troisième défi de Santé2030. Le premier axe politique permet d'éviter les coûts inutiles en renforçant la coordination entre les fournisseurs de santé. Le deuxième axe se concentre sur l'amélioration des traitements et soins sur l'ensemble des patients et plus

précisément sur les patients atteints de pathologies multiples. C'est en effet lesdits patients qui ont la plus grande probabilité de recevoir des traitements excessifs, inutiles et inefficients. Si l'on s'intéresse maintenant au deuxième objectif, son but est d'atténuer la hausse des coûts de la santé et diminuer la charge financière qui pèse sur les ménages à faible revenu. Deux axes politiques seront établis. Premièrement, une adaptation du cadre de l'assurance obligatoire permettant de maintenir l'évolution des coûts dans une limite raisonnable et deuxièmement, un mécanisme permettant d'accroître l'efficacité des effets recherchés par les réductions individuelles de primes devrait être mis en place (OFSP, 2019j).

4.2.4 Chances de vivre en bonne santé

Une étude démontre que de nombreux facteurs extérieurs à la politique sanitaire traditionnelle influencent la santé humaine (Dever, 1976). C'est sur ce constat que le dernier défi de Santé2030 se base. La nouvelle stratégie de politique sanitaire devra offrir à toute la population les mêmes chances de vivre en bonne santé. L'accent est mis sur deux objectifs apportant des mesures concrètes. Le premier objectif est une meilleure politique environnementale pour que cette génération et celles à venir puissent vivre sainement. L'objectif sera atteignable à l'aide de deux axes politiques distincts qui sont la réduction des risques environnementaux futurs et la préservation de la nature et du paysage. Quant au deuxième objectif, qui se concentre plus sur la santé au travail, deux axes politiques sont visés : (1) la mise en place de prévention des conséquences négatives dues aux nouvelles formes de travail (télétravail, etc..), ainsi (2) qu'une promotion accrue des conditions de travail saines permettant d'éviter les charges liées au travail comme le stress ou l'épuisement professionnel par exemple.

5. Adéquation de la stratégie sanitaire avec les recommandations de l'OCDE

La difficulté de l'adéquation des stratégies sanitaires suisses avec les recommandations de l'OCDE réside dans l'hétérogénéité et la transversalité des activités menées par les politiques sanitaires, mais aussi des recommandations de l'OCDE. Une activité peut facilement être imputable à plusieurs sous-recommandations et vice-versa, ce qui rend le classement et l'analyse complexes. Cela dit, en s'intéressant uniquement au concept général des recommandations et des activités, une classification claire et structurée est possible. Un tableau par sous-recommandation permet ainsi de vérifier la mise en œuvre des recommandations émises par l'OCDE. Notons que les stratégies sanitaires d'avant 2012 la LPrév et l'initiative « Réseaux de soins » semblent déjà être en parfaite adéquation avec un nombre majoritaire de sous-recommandations. Cela dit, ces directions politiques ont été toutes les deux refusées soit par l'Assemblée fédérale, soit par le peuple. C'est ce refus qui a influencé l'élaboration de la stratégie Santé2020.

5.1 Analyse de la concordance entre les politiques sanitaires et les recommandations de l'OCDE

Ce sous-chapitre met en concordance les recommandations de l'OCDE avec les stratégies sanitaires Santé2020 et Santé2030. Pour une meilleure clarté, vous trouverez une explication détaillée de la structure des tableaux dans la première annexe (*annexe 1*), ainsi que les recommandations complètes de l'OCDE dans la deuxième annexe (*annexe 2*). Ici, seule l'essence des sous-recommandations sera abordée. Pour les activités les plus importantes de Santé2020, le titre se trouve dans le tableau. Les mesures légèrement reliées n'y voient apparaître que leur numéro d'activité. Une liste complète des activités et de leur numéro est consultable en annexe (*annexe 3*). En ce qui concerne la catégorie relative à la stratégie Santé2030, la notation utilisée sera « Inclus » ou « Non inclus ». En effet, conséquemment à la jeunesse de la nouvelle stratégie sanitaire, peu de mesures concrètes ont été présentées à l'heure actuelle.

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

Tableau 1 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 1.1 dont l'objectif est la création d'un cadre juridique d'ensemble au niveau fédéral

Recommandations de l'OCDE	Santé2020	Santé2030
<i>1.1 Cadre juridique d'ensemble au niveau fédéral / Objectifs / Responsabilité / Plates-formes</i>	<i>Santé2020 / 111,2 / 132,6 / 133,3 / 135,2 / 212,2 / 412,4</i>	<i>Inclus</i>

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

Pour cette première sous-recommandation, aucune activité de la stratégie Santé2020 n'établit la construction d'un cadre légal national en matière de politique sanitaire. Toutefois, les stratégies elles-mêmes, Santé2020 et Santé2030 peuvent être considérées comme cadre juridique définissant des objectifs clairs en matière de politique sanitaire. La clarification des responsabilités incombant aux différents niveaux d'administration n'est pas présentée dans la stratégie, mais se retrouve implicitement dans chacune des 92 mesures en fonction des responsabilités des institutions concernées. La clarification par activité permet de respecter le fédéralisme, c'est-à-dire la pluralité des parties prenantes engagées, mais rend difficile une vision globale des responsabilités. En ce qui concerne les plates-formes permettant l'échange des données et des analyses permettant d'améliorer l'élaboration des politiques, celles-ci ont été mises en place dans plusieurs activités. Des plates-formes relatives aux soins palliatifs (111,2), à la santé dans le monde du travail (132,6), à la santé psychique (133,3) ou encore à la santé des enfants et des adolescents (212,2) ont été mises en place dans le cadre de la stratégie Santé2020. Notons tout de même que le fédéralisme marque fortement le système de santé suisse et qu'en l'absence d'une nationalisation complète de la santé, il devient difficile d'avoir une vue d'ensemble sur le système de santé. Si l'on se fie, malgré cela, à la définition d'un cadre juridique unitaire, précédemment abordé dans le sous-chapitre 2.1, alors les développements de Santé2020 et Santé2030 semblent remplir les critères pour être définis comme des cadres juridiques communs (Rossini & al., 2012, p. III). Cette sous-recommandation a donc été réalisée ou du

moins partiellement réalisée.

Tableau 2 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 1.2 dont l'objectif est d'améliorer les systèmes d'information

<i>1.2 Normes et calendriers pour de meilleurs systèmes d'information / Communication obligatoires de données</i>	<i>Renforcement de l'analyse des données sur la politique de santé (412,4) / 121,1 / 122,1 / 212,4 / 331,3 / 412,3</i>	<i>Inclus</i>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

L'activité 412,4 a pour objectif de renforcer l'analyse des données de santé et les recherches. Ces informations permettront d'étayer les choix politiques. C'est dans ce sens que cette mesure vient satisfaire l'objectif d'amélioration des systèmes d'information sur la santé suisse. En ce qui concerne, l'objectif d'une communication d'un ensemble minimum de données, plusieurs activités viennent accomplir cet objectif. Pour les risques de santé, des audits cliniques relatifs (121,1) aux risques des rayons émis par les appareils médicaux ont été lancés, mais aussi des études sur la bio surveillance humaine (122,1) comme l'exposition aux produits chimiques. Pour les inégalités, une mesure visant au renforcement de l'égalité en améliorant la documentation et les données pour mieux comprendre tous les enjeux (212,4) a été lancée. Pour les personnels de santé, l'activité 331,4 permettra d'améliorer les registres des professions de la santé et les statistiques des médecins. Le projet MARS lancé par l'activité 412.3 permet d'avoir accès aux données structurelles et aux données des patients provenant de tous les fournisseurs. Pour remplir les objectifs de la sous-recommandation de l'OCDE, Stratégie2020 a mis en place énormément d'activités non coordonnées. Cependant, aucune étude sur le potentiel inexploité des données ou sur les données manquantes n'est disponible. Dans l'ensemble, le nombre d'activités concernant ce sujet semble marquer un fort intérêt de la part du CF pour un système d'information solide, d'autant plus que certains de ces indicateurs permettent de mesurer les performances des activités de Santé2020 (OBSAN, 2018). En ce qui concerne la mise en place d'indicateurs de la qualité des soins, les mesures prises semblent insuffisantes (Vincent et Staines, 2019). Santé2030 devrait certainement pouvoir faire évoluer et perfectionner les

systèmes d'information, bien qu'une approche différenciée ait été choisie pour mettre en place cette recommandation en misant sur le développement numérique par la collecte et l'exploitation de données (OFSP, 2019e).

Tableau 3 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 1.3 dont l'objectif est la création du dossier électronique du patient

<i>1.3 Dossier électronique du patient / améliorer coordination et prestation</i>	<i>Loi fédérale sur le dossier électronique du patient (322,1) / 323,2</i>	<i>Inclus</i>
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	---------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

Cette sous-recommandation recommande l'introduction de cartes à puce individuelles. L'objectif n'a pas été atteint. Malgré cela, nous ne considérerons pas cet objectif étant donné la rapidité de l'évolution technologique entre la publication du rapport de l'OCDE et la mise en œuvre de la stratégie Santé2020. Une activité similaire, mais modernisée a été mise en place par le CF. La loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP) est entrée en vigueur en avril 2017, une première étape de l'élaboration d'un cadre et d'une stratégie nationale de cyber médecine (332,1). La LDEP est donc la pierre angulaire permettant la réalisation de cette recommandation de l'OCDE. La Suisse est même allée plus loin avec la stratégie Cybersanté Suisse 2.0 2018-2022 (323,2) en encourageant, en coordonnant et en habilitant la numérisation, une suite directe du projet Cybersanté lancé en 2007. Malgré l'obligation légale de proposer le dossier électronique du patient d'ici fin 2020 pour les hôpitaux, il semblerait que 83 % des hôpitaux n'aient toujours pas adhéré à une communauté de référence en mars 2020 (InfoSocietyDays, 2020). En ce qui concerne le projet de Cybersanté, il semblerait que les objectifs qui dépendent des cantons, des prestataires de services et des assureurs n'ont pas été atteints (Société Suisse d'Informatique Médical, 2017). C'est à la suite de ce constat que Cybersanté 2.0 a été lancée pour une réalisation à l'horizon 2018-2022. En dépit de cela, les efforts menés seront poursuivis dans le cadre de la stratégie Santé2030 dans laquelle l'un des objectifs sera de répondre à la transformation numérique. Un objectif en adéquation avec cette sous-

recommandation de l'OCDE. En résumé, cette sous-recommandation a été lancée, mais son développement est toujours en cours dans le cadre des deux politiques sanitaires menées par la Confédération.

Tableau 4 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 1.4 dont l'objectif est de renforcer la coordination entre les niveaux d'administration

<i>1.4 Renforcer la coordination entre les niveaux fédéraux et les cantons, entre les cantons / améliorer organisation et planification de l'offre de santé</i>	<i>Recherche sur les services de santé (113,2)</i>	<i>Inclus</i>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	---------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

Pour combler les lacunes existantes, une activité de recherche sur les services de santé (113,2) a été lancée dans le but d'augmenter la prise en charge, la qualité, l'efficacité des soins et la réduction des inefficiences. Un programme national de recherche « Système de santé » à hauteur de 20 millions de francs a permis d'offrir une vue globale sur l'organisation des soins en Suisse (OFSP, 2019k). Après la publication du rapport, plusieurs stratégies ont été implémentées pour améliorer la gestion des ressources. Même s'il s'agit d'une avancée vers la réalisation de la sous-recommandation de l'OCDE, une stratégie ou activité améliorant clairement la coordination entre les niveaux d'administration n'a pas été avancée dans Santé2020. Notons que, même en l'absence d'une institutionnalisation de la coordination, la mise en place des deux dernières politiques sanitaires et de leur conférence annuelle a permis de renforcer la place de la CDS et donc des échanges entre la Confédération et les cantons, ainsi qu'entre les cantons. En effet, la réalité quotidienne, l'évolution des dossiers et la mise sur pied de Santé2020 ont permis d'améliorer la coordination dans le cadre des CDS (CDS, 2020). Sans oublier, le renforcement depuis 2013 du dialogue « Politique nationale de santé » permettant d'aborder la façon de coordonner les défis posés aux systèmes de santé. Des conventions ont lieu trois à quatre fois par année dans le cadre de ce dialogue, réunissant les directeurs de la santé, le chef du département du DFI, et d'autres parties prenantes de l'administration fédérale. En outre, la stratégie Santé2030 dans

son objectif d'améliorer la qualité des soins entend aussi augmenter la coordination entre toutes les parties prenantes (Confédération, cantons, assureurs et fournisseurs de prestations) pour amener à une meilleure organisation et planification des soins de santé. Dans ce sens, la stratégie Santé2020 a fait le premier pas vers la réalisation de cette sous-recommandation qui devrait être pleinement réalisée dans le cadre des objectifs de Santé2030.

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

Tableau 5 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 2.1 dont l'objectif est d'améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience

Recommandations de l'OCDE	Santé2020	Santé2030
<i>2.1 Améliorer qualité, efficacité, efficience / analyse coût-efficacité des prestations couvertes par la LAMal</i>	<i>Programme HTA (312,1) / 221,1 / 221,2 / 221,4 / 222,2 / 222,3 / 232,1 / 312,1 / 312,3</i>	<i>Inclus</i>

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

Comme précédemment abordées, les prestations de soins remboursées par la LAMal sont censées répondre aux critères EAE et faire l'objet d'un réexamen périodique. Dans son rapport de 2011, l'OCDE critique le manque de contrôle systématique lié à ces critères et recommande d'améliorer l'analyse coût-efficacité des prestations remboursées grâce à une utilisation plus fréquente et périodique de l'ETS ou HTA en anglais (OCDE, 2011, pp. 21-23). Dans le cadre du programme HTA (312,1) mis en place par Santé2020, une unité HTA va être mise sur pied à l'OFSP avant 2021. Ce service a déjà commencé ses travaux depuis 2017. Ils seront intensifiés dans les années à venir. Ce programme HTA remplit parfaitement ce champ de la sous-recommandation en renforçant le HTA avec des mesures comme la mise en place de réexamen systématique et périodique ainsi que l'obligation de respecter les critères EAE (OFSP, 2019j). Cela dit, aucun objectif fixé par ce programme n'a été respecté selon un audit sur l'efficience des procédures HTA réalisé par le CDF. Les économies fixées n'ont pas été réalisées, le rendement HTA

ne correspond qu'à la moitié prévue et trois années ont été perdues à la suite des hésitations du programme pilote. Pour le CDF, cette activité sera remplie uniquement lorsque que les économies fixées seront réalisées (CDF, 2020). Très peu d'actions ont été entreprises pour encourager les biens et services coût-efficaces ou pour encourager la prévention dans les mécanismes de participation à la dépense. Seule une adaptation des dispositions concernant la quote-part différenciée pour la remise de substances génériques a été adoptée (221,4) pour encourager l'utilisation de médicaments coût-efficaces, qu'ils soient des génériques ou non. En effet : « Une quote-part plus élevée de 20 % s'applique désormais aux médicaments dont le prix de fabrique dépasse d'au moins 10 % la moyenne des prix de fabrique du tiers le plus avantageux de tous les médicaments contenant la même substance active et figurant sur la LS (art. 38a, al. 1, OPAS). La quote-part plus élevée concerne aussi bien les préparations originales que celles en co-marketing ou les génériques. » (OFSP, 2017b). En ce qui concerne le respect des critères EAE pour les médicaments, de nombreuses actions ont été entreprises. Les examens tous les trois ans des conditions d'admission des médicaments (221,1) avaient pour objectif de réaliser des économies, un but poursuivi par la réforme de l'ordonnance concernant l'examen des médicaments de la liste des spécialités (221,2) qui adapte l'examen aux critères EAE. Les économies réalisées par l'AOS à la suite de ces mesures sont estimées à environ 180 millions de francs. Les économies réalisées à la suite de l'application d'un système de prix de référence sur les génériques sont estimées à hauteur de 60 millions de francs (OFSP, 2019c). De nombreuses autres activités ont été entreprises comme la mise à jour de la liste des analyses (222,2) ou la révision des moyens et appareils remboursés qui sont utilisés par l'assuré lui-même (222,3). De plus, aucune activité encourageant la prévention via des mécanismes de participation à la dépense n'a été prise. Un choix très certainement explicable par l'échec de l'édiction de la LPrév en 2012 qui a enterré presque toutes les idées relatives à cette loi. En ce qui concerne la promotion des modèles de soins intégrés, aucune d'activité n'a été lancée dans Santé2020. Une fois encore, le refus plus que majoritaire de l'initiative populaire promouvant les managed care est certainement à l'origine de l'absence d'activité dans ce domaine. Notons tout de même que l'activité 412.1 permet la collecte de statistiques de l'assurance-maladie avec des

informations comme des données relatives à la couverture d'assurance ou des données démographiques. Ces données pourraient potentiellement servir à promouvoir les modèles de soins intégrés à l'avenir. Notons également la prise en charge par l'AOS des médecines complémentaires satisfaisant aux critères EAE, un thème non abordé dans le rapport de l'OCDE, et entrée en vigueur dans la cadre de Santé2020 (312,3). Concernant la stratégie Santé2030, l'essence de la sous-recommandation est largement abordée dans l'axe politique qui a pour objectif l'aiguillage de l'évolution des coûts imaginés pour maîtriser les coûts de la santé. Le CF prévoit de renforcer la maîtrise des coûts par le renforcement des examens différenciés des critères EAE et par l'introduction d'un premier point de contact. Ce dernier est un fournisseur de prestations choisi par les assurés à qui l'on s'adresse en premier en cas de soucis de santé. (CF, 2020). Cela permet d'avoir le même avantage « gatekeeper » que dans les modèles de soins intégrés. En conclusion, cette recommandation a été mise en œuvre sous la forme d'une multitude d'activités par la Confédération. L'adaptation des mécanismes de dépenses ainsi que la promotion des modèles de soins intégrés – à l'exception du premier point de contact - sont toujours absentes des deux politiques sanitaires suisses. En ce qui concerne l'activité HTA, ses objectifs n'ont toujours pas été remplis sept ans après son lancement.

Tableau 6 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 2.2 dont l'objectif d'améliorer la concurrence et d'affiner la compensation des risques

<i>2.2 Améliorer la concurrence fondée sur la valeur et affiner la compensation des risques</i>	<i>Renforcer la compensation des risques 211.1</i>	<i>Non inclus</i>
-------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	-------------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

L'OCDE recommande d'autoriser de manière progressive les contrats sélectifs entre les prestataires et les assurances, une autorisation qui n'apparaissait pas dans le cadre de Santé2020. En effet, l'un des arguments avancés par le comité réfractaire à l'initiative *Réseaux de soins* était la limitation du choix des médecins et institutions. L'initiative voulait offrir la possibilité de conclure des contrats

d'exclusivité (AGeMIG, 2012). Celle-ci ayant été refusée en 2012, il est fort probable que le CF ait préféré ne plus entrer en matière sur les contrats sélectifs. Pour l'instant, Santé2030 n'avance aucun objectif en matière de contrat d'exclusivité. Comme précédemment discuté, en se basant sur le principe de solidarité, l'AOS est financée par la prime unique. Celle-ci ne correspond pas aux coûts potentiels générés, ce qui pousse les assureurs à chasser les bons risques. Pour réduire les incitations à la sélection des risques, le mécanisme de compensation des risques doit être affiné selon le rapport de l'OCDE (OCDE, 2011, pp. 21-23). Le mécanisme pourrait être affiné en introduisant des facteurs liés au risque de morbidité et en utilisant un calcul prévisionnel des paiements au titre de la compensation des risques. C'est dans le cadre de l'activité 211.1 que la Confédération a décidé d'affiner le mécanisme de compensation des risques en introduisant des indicateurs de morbidité comme facteurs de compensation. En effet, la compensation des risques est « d'autant plus efficace que les facteurs de compensation correspondent au risque qu'un assuré en vient au coût » (OFSP, 2019m). Quant à l'introduction du calcul prospectif des paiements au titre de la compensation des risques, celui-ci a été introduit lors de la révision de la compensation des risques en 2012. Le mécanisme de la compensation des risques se fait maintenant sur un calcul prospectif (Confédération suisse, 2020). Cette sous-recommandation est donc parfaitement respectée dans le respect démocratique qui caractérise la Suisse.

Tableau 7 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 2.3 dont l'objectif est de surveiller l'équité du financement de la santé

<i>2.3 Observer l'équité dans le financement de la santé / Réduction de primes</i>	<i>Primes d'assurance-maladie : alléger la charge des familles (213,1)</i>	<i>Inclus</i>
------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	---------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

Dans cette troisième sous-recommandation, l'OCDE rend attentif à l'équité du financement de la santé, plus particulièrement à l'impact d'une participation élevée aux dépenses de santé ou des contrats à haute franchise sur l'accès aux soins. Dans

la stratégie Santé2020, aucune activité ne fait référence au problème d'accès aux soins pour ce type de contrat ou en raison d'une participation élevée aux dépenses. Notons tout de même que cette problématique est connue et décrite dans le rapport mandaté par l'OFSP « Problèmes d'accès aux soins ? » (2016, p. 3). La peur des coûts et la complexité du système de santé y sont notamment abordées comme causes, mais ne devraient, selon le rapport, pas être un problème si tous les individus avaient connaissance des soutiens financiers auxquels ils ont droit. La nouvelle stratégie sanitaire a donc été pensée pour régler cette question en affinant le mécanisme de réduction des primes. De plus, selon le rapport de l'OCDE, les réductions de primes devraient être surveillées et des normes minimales pour leur octroi devraient être fixées (OCDE, 2011, pp. 21-23). L'activité 213.1 permettra de réduire la charge des primes pour les jeunes et les ménages à bas revenus. Cette mesure a été acceptée en 2017. Concrètement, deux mesures ont été prises, une contribution plus faible des jeunes adultes (18-25 ans) à la compensation des risques ainsi qu'une obligation de réduire de 80 % les primes des enfants et de 50 % les primes des jeunes adultes en formation pour les ménages à faibles ou moyens revenus. En 2018, les versements directs des ménages pour les soins de santé s'élevaient à 2 037 \$ PPA prix courants soit le montant par tête le plus élevé de tous les pays de l'OCDE. Pour exemple, les versements directs des ménages pour les États-Unis s'élevaient à 1 149,80 \$ PPA (OCDE, 2019, pp. 151-159). En 2017, 26 % de toutes les personnes assurées touchaient une réduction de prime. La réduction de prime prend en charge 31 % de la charge du financement total (prime, participation aux coûts et impôts) des 10 % des ménages les plus pauvres (BAG, 2018, pp. 15-20). Son effet distributif est significatif. Les mesures étant trop récentes, il est encore difficile de dire à l'heure actuelle si les efforts poursuivis ont été bénéfiques ou non. Néanmoins, il semble encore possible d'accroître davantage l'équité du financement des soins. Une voie clairement poursuivie par la stratégie Santé2030 qui a pour objectif d'optimiser l'efficacité du mécanisme de la réduction individuelle des primes. Conséquemment, la sous-recommandation n'est qu'en partie respectée par Santé2020, mais est présentée comme un objectif principal de Santé2030. La réalisation de cette sous-recommandation devrait donc être effective d'ici quelques années.

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

Tableau 7 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 3.1 dont l'objectif est de renforcer les systèmes d'information sur le personnel soignant

Recommandations de l'OCDE	Santé2020	Santé2030
<i>3.1 Renforcer les systèmes d'information sur les personnels de santé</i>	<i>Plate-forme avenir de la formation médicale (331,2) / (331,3)</i>	<i>Non inclus</i>

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

La plate-forme créée par l'activité 331.2 permet d'instaurer un suivi et des mesures pour des politiques nationales visant le personnel de santé. Dans le cadre de cette activité, un groupe a été formé pour créer un modèle de calcul permettant de prévoir la planification en médecins. De plus, les institutions responsables de la plate-forme ont commandé un rapport externe qui vise à évaluer les actions prises et rapporter les améliorations possibles. En dehors de Santé2020, la CDS et l'organisation nationale faîtière du monde du travail en santé (OdASanté) ont publié leur premier rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de la santé non universitaires. Une autre initiative a été lancée en 2016 avec la publication du rapport national « Besoins en effectifs dans les professions de la santé – Rapport national 2016 ». Cette étude est cofinancée par l'OFSP et devrait permettre le suivi, la transmission de données et l'évaluation des politiques sur le personnel soignant (CDS et OdASanté, 2016). En parallèle, cette plate-forme a permis d'augmenter le nombre de diplômes en médecine humaine et l'introduction de l'inter professionnalité au sein de la formation médicale (OFSP, 2019h). Les systèmes d'information ont été également renforcés avec l'extension et l'utilisation du registre des professions médicales (331,3). La stratégie Santé2030 n'entreprend pas d'améliorer les systèmes d'information sur le personnel soignant, mais contient malgré tout un objectif relatif à l'augmentation du personnel de santé. Cet objectif sera décrit plus loin dans le travail. En définitive, la sous-recommandation de

l'OCDE semble, dans une certaine mesure, bien avoir été mise en œuvre dans le cadre de la stratégie Santé2020.

Tableau 8 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 3.2 dont l'objectif est d'augmenter le personnel de santé

<i>3.2 Augmenter le personnel de santé, en particulier ou l'on anticipe des pénuries</i>	<i>Augmenter le nombre de diplômes en médecine humaine (331,1) / 133,2 / 331,4</i>	<i>Inclus</i>
------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	---------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

Cette sous-recommandation de l'OCDE a pour objet d'encourager l'augmentation progressive du nombre de personnes formées dans le domaine de la santé et plus particulièrement dans les domaines où des pénuries sont anticipées comme la médecine de premier recours. Les objectifs des activités 331.1 et 331.4 correspondent parfaitement à la sous-recommandation. Les deux activités souhaitent augmenter le nombre de places de formation en adéquation avec les besoins. L'activité 331.1 souhaite augmenter le nombre de diplômes en médecine humaine du nombre de 800 en 2011 à 1300, et cela en renforçant les chances de formation. Elle précise que les investissements dans la formation devront être faits dans le respect des besoins. À cet objectif viennent se fixer des mesures pour utiliser les ressources médicales au bon endroit de manière durable et efficace (OFSP, 2019a). Un but qui devrait pouvoir être atteint. En effet, les hautes écoles universitaires suisses pensent pouvoir satisfaire l'objectif d'augmentation durable du nombre de diplômes délivrés annuellement à 1300 à l'horizon 2025. Le nombre de diplômes délivrés annuellement devrait même vraisemblablement être plus élevé que l'objectif du CF (swissuniversities, 2016, p. 21). D'autre part, un soutien à la formation dans le domaine psychiatrique (133,2) a également été lancé par la Confédération. Santé2030 inclut de manière détaillée cette sous-recommandation avec l'objectif de garantir les soins en disposant de personnel qualifié suffisant et en concordance avec les besoins. En conclusion, la sous-recommandation est donc bien intégrée et exécutée par les deux politiques sanitaires suisses.

Tableau 9 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 3.3 dont l'objectif est de traiter les questions des migrations du personnel de santé

3.3 Traiter les questions d'équité et d'efficience dans le cadre des migrations du personnel de santé / OMS	Country Cooperation Strategy CH-WHO (432.2) / 331.1 / 331.4	Non inclus
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

L'OCDE recommande l'utilisation du Code de pratique mondiale de l'OMS pour le recrutement du personnel de santé. Pour traiter des questions d'équité internationale, l'activité 432.2 propose une stratégie de coopération internationale « Country Cooperation Strategy, CSS » sur quatre axes dont notamment un axe prioritaire sur le système de santé contenant des objectifs relatifs aux questions sur le personnel de santé (OFSP, 2018a). Conscient de la problématique de migration internationale, un groupe de travail interdépartemental a été mis en place en 2008 pour négocier et mettre en œuvre le Code de pratique mondiale de l'OMS (DFAE et DFI, 2013). La Confédération soutient également la mise en œuvre du Code et a remis deux rapports nationaux en 2012 et en 2015 à l'OMS (OFSP, 2018c). L'activité 432.2 a donc permis l'introduction du Code de pratique mondiale de l'OMS. Les autres mesures relatives aux personnels de santé comme l'augmentation du nombre de diplômés en médecine humaine (331,1) ou le Masterplan de formation aux professions de soins (331,4) incluent également des questions d'équité internationale. En ce qui concerne, Santé2030, aucun objectif d'amélioration de l'équité internationale n'est évoqué. La Suisse semble bien être informée des problèmes de couverture par du personnel indigène des besoins en santé. En se basant sur le nombre de titres délivrés en 2014 dans le domaine des soins, le taux de couverture des besoins annuels de relève estimés à l'horizon 2025 n'est que de 56 % (CDS et OdASanté, 2016, p. 7). La Confédération a donc axé ses interventions sur deux axes : (1) l'augmentation du nombre de diplômés indigènes et (2) un renforcement de la politique extérieure pour Santé2030. En effet, garantir la libre circulation est essentiel pour la couverture des besoins sanitaires suisses. La sous-recommandation est donc totalement mise en œuvre dans le cadre

de Santé2020. Les besoins de relève en personnel soignant est une problématique bien prise en compte dans Santé2030.

Tableau 10 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 3.4 dont l'objectif est de relever les paiements dans les domaines en pénurie

<i>3.4 Réviser TARMED / Relever les paiements des domaines en pénurie</i>	<i>Masterplan relatif à la médecine de famille et la médecine de base (332,1) / 332,2 / 423,1</i>	<i>Non inclus</i>
---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

Cette sous-recommandation qui est en lien direct avec la sous-recommandation 3.2 propose de relever rapidement les barèmes des tarifs pour les prestations de médecine de premier recours et autres spécialités connaissant des pénuries. Dans le cadre du Masterplan relatif à la médecine de famille et la médecine de base (332,1), les prestations médicales intellectuelles ont été revalorisées en 2014 pour permettre une amélioration de la situation des médecins de famille. En réalité, cette révision de TARMED ne vient qu'essayer de corriger les défauts du système TARMED (CF, 2014). La médecine générale est la spécialité pâtissant le plus du système tarifaire TARMED. Pour exemple, avant 2010, il existait une différence de 38 % entre le chiffre d'affaires d'un médecin généraliste moyen et celui d'un ophtalmologue (CDF, 2010, p. 41). Outre ces mesures, un forum de médecine de premier secours a été créé dans le cadre de la réalisation de l'initiative « Oui à la médecine de famille » avec comme objectif de renforcer les soins médicaux de base. Notons également que lors de la révision de 2014 de TARMED, le Conseil Fédéral a fait usage de sa compétence subsidiaire (423,1), tout comme en 2018, lors d'une seconde révision. La compétence subsidiaire a permis de renforcer les soins ambulatoires et de réaliser des économies de plus de 470 millions de francs (OFSP, 2017a, p. 2). La stratégie Santé2030 souhaite multiplier les incitations pour que le personnel soignant s'investisse dans les soins de longue durée, mais aucune mesure concrète de révision de TARMED n'a pour le moment été présentée. La sous-recommandation a bien été appliquée en ce qui concerne la médecine générale, mais les effets de son application sont encore trop récents pour être analysés et son

application sur les domaines où l'on anticipe des pénuries n'a même pas été envisagée à l'heure actuelle. De ce fait, la sous-recommandation n'est que partiellement remplie par les stratégies Santé2020 et Santé2030.

Tableau 11 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 3.5 dont l'objectif est de promouvoir les bonnes pratiques professionnelles

<i>3.5 Promouvoir les bonnes pratiques / Collaboration interdiscipline et interprofessionnel</i>	<i>Soutenir, sur le plan numérique, les processus de traitement et de soins</i> <i>(323,1) / 111,1 / 322,1 / 332,1 / 331,2 / 334,3</i>	<i>Inclus</i>
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

Cette sous-recommandation concerne la promotion des bonnes pratiques dans les soins. L'amélioration des processus thérapeutiques améliore l'efficacité du système de santé et apporte une plus-value de qualité pour les patients et pour les professionnels de santé (OFSP, 2019n). Des nouveaux modèles et approches d'interprofessionnalité dans la formation médicale ont été présentés, en 2014 à la suite de l'activité 331.2. Une autre activité 323.1 de la stratégie Santé2020 entend soutenir la coordination entre les professionnels de santé en s'appuyant sur la cybersanté, notamment en promulguant la LDEP (322,1) pour favoriser la mise en place du dossier électronique du patient. Celui-ci permet l'amélioration de la coordination et l'intégration tout au long du processus thérapeutique ainsi que le renforcement du travail en réseau. La promotion des soins coordonnés (111,1) a permis de transmettre les bonnes pratiques. Le Masterplan (332,1), déjà évoqué dans la précédente sous-recommandation, veut également créer des incitations à de nouveaux modèles de soins promouvant collaborations coordonnées et efficaces. L'activité 334.3 a lancé un programme de recherche et de diffusion des bonnes pratiques dans le domaine de l'interprofessionnalité. Il en résulte un rapport de 2019 commandé par l'OFSP qui recommande de mettre en place (1) le partage des résultats des compétences inter professionnels (CIP), (2) d'introduire un soutien financier ciblé à l'instauration de la CIP, (3) d'établir des conditions-cadres à la CIP, (4) de possiblement facturer les prestations de CIP, (5) d'intégrer le CIP aux différentes formations médicales ainsi que (6) de sensibiliser les professionnels à

une culture de la CIP. Ce rapport met donc en avant de nombreux points à améliorer pour pouvoir intégrer la CIP dans le système de santé suisse. Les efforts doivent être poursuivis dans l'instauration de la CIP qui permet d'améliorer la satisfaction et la sécurité des patients ainsi que d'améliorer la qualité des soins (Eicher et al., 2019, pp. 3-6). La stratégie Santé2030 mise quant à elle plus fortement sur le renforcement de la coordination et la collaboration au travers des outils numériques. En résumé, même si les sous-recommandations semblent suivies par le Conseil Fédéral, le faible taux de pénétration de la cybersanté et plus particulièrement la difficulté d'introduction du dossier électronique semble affaiblir les efforts de coordination interdisciplinaires et interprofessionnels sur le plan numérique. En effet, en juillet 2020, l'introduction du dossier électronique du patient n'est toujours pas mise en œuvre. Toutefois, le comité de programme de la Confédération et des cantons s'attend à ce que tous les résidents puissent ouvrir un dossier électronique d'ici l'automne 2020. Une amélioration est donc à prévoir dans les mois ou dans les années à venir. En ce qui concerne la diffusion des bonnes pratiques d'interprofessionnalité, un portail internet ainsi que des colloques ont été mis en place. Néanmoins, la promotion de la CIP ne semble pas avoir eu tous les effets escomptés dans de nombreux domaines et des améliorations doivent suivre afin de remplir l'objectif de cette sous-recommandation. En 2020, le CF annonce qu'une des priorités sera le renforcement des réseaux de soins coordonnés dans les années à venir. La prise en charge unifiée par des professionnels de la santé dans différents domaines sera l'une des priorités du CF (CF, 2020).

Tableau 12 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 3.6 dont l'objectif est d'améliorer la gestion du personnel dans les hôpitaux

<i>3.6 Diffuser l'information sur les pratiques optimales en gestion des RH à l'hôpital</i>	<i>Identifier des exemples de bonnes pratiques (433,2) / 331,5 / 334,3</i>	<i>Inclus</i>
---------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	---------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

L'activité de promotion de l'interprofessionnalité (334,3), précédemment abordée, permet d'augmenter la satisfaction du personnel de santé et donc d'avoir une

meilleure gestion des ressources humaines (Eicher et al., 2019, p. 3). Dans le cadre du Masterplan de formation aux professions de soin 2.0 (331,5), l'un des objectifs vise à améliorer l'environnement de travail du personnel soignant afin qu'ils puissent exercer plus longtemps. Cet objectif fait donc partie d'une pratique optimale de la gestion des ressources humaines. Un projet visant à identifier les exemples de bonnes pratiques à l'échelle européenne et internationale a également été lancé (433,2). Même si aucune enquête comparative n'a été lancée sur la gestion des ressources humaines dans le domaine hospitalier, une telle étude serait envisageable dans le futur dans le cadre de Santé2030. En effet, Santé2030 souhaite multiplier les incitations pour augmenter le personnel soignant. En diffusant les bonnes pratiques de gestion des ressources humaines, on peut espérer une rétention plus importante et une sortie du marché du travail plus faible du personnel soignant (Cheung et al., 2008). Cette sous-recommandation n'est donc pas mise en œuvre à la lettre par le Conseil Fédéral dans le cadre de Santé2020, mais la situation pourra évoluer d'ici quelques années avec Santé2030.

Tableau 13 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 3.7 dont l'objectif est d'accroître l'attractivité et favoriser la rétention dans les métiers de la santé

<i>3.7 Politique pour accroître l'attractivité des professions de santé et favoriser la rétention</i>	<i>Masterplan « Formation aux professions des soins » 2,0 (331,5) / 332,1</i>	<i>Non inclus</i>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	-------------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

Dans le cadre du Masterplan 2.0 (331,5), des mesures visant à la rétention et à la valorisation du personnel des soins de longue durée ont été prises. Ce projet qui prend en charge les coûts de réinsertion a été lancé en 2018 et devrait durer jusqu'à 2022. Le Masterplan relatif à la médecine de famille (332,1) fait référence au problème de pénurie de médecins de premiers recours dans certaines régions, mais aucune mesure concrète n'a été prise. Aucune politique pour accroître l'attractivité ou favoriser la rétention des professions de santé spécifiquement dans les régions reculées ou montagneuses, comme le spécifie l'OCDE, n'a été prise. En ce qui concerne Santé2030, pas d'axe politique clairement défini ne traite de cette sous-

recommandation de l'OCDE. Les médecins ont plutôt tendance à s'installer en région urbaine plutôt que dans les régions susceptibles d'être en pénurie. Afin de pouvoir prendre de nouvelles mesures, les données transmises par l'OFS devraient être reconsidérées et affinées (Roth et Sturny, 2017). Conséquemment, très peu de mesures visant à respecter cet objectif de l'OCDE ont été prises par le Conseil fédéral. Cette sous-recommandation devrait faire l'objet de mesures clairement définies pour remplir son objectif.

Tableau 14 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 3.5 dont l'objectif est d'encourager les approches interprofessions

<i>3.8 Encourage les approches interprofessions et la formation professionnelle continue (cas des modèles de soins intégrés)</i>	<i>Promotion des soins coordonnés (111,1) / 331,1 / 334,1 / 334,2 / 334,3</i>	<i>Inclus</i>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	---------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

La promotion des soins coordonnés (111,1) cherche à améliorer la coordination et l'intégration des soins dans tous les domaines et cela en augmentant la qualité des soins pour apporter une réelle différence clinique pour les patients. Cette activité a permis de renforcer les autres activités relatives à l'amélioration de la coordination comme les stratégies en soins palliatifs, en maladies non transmissibles, en cybersanté ou encore en formation. Diverses réformes (ex : 334,2 et 334,3) de la formation des médecins placent la coordination comme compétence professionnelle au cœur du cursus universitaire, encourageant ainsi cette nouvelle approche comme recommandé par l'OCDE. La formation professionnelle continue est — même si cela est fait à un niveau supérieur — mise en avant et encouragée dans le cadre des révisions de la loi sur les professions de la santé (LPsan) (333,1). Prenons l'exemple de l'approche interprofessions qui a été favorisée en permettant d'étendre la remise de médicaments aux pharmaciens (334,1) afin d'exploiter au mieux leurs compétences et les synergies existantes. L'axe politique dans le cadre de la stratégie Santé2030 pour renforcer les soins coordonnés et pour encourager des approches interprofessionnelles est un point-clé pour satisfaire à l'avenir cette recommandation de l'OCDE. En résumé, les stratégies sanitaires menées par le CF

s'intéressent largement au renforcement des soins intégrés et à la promotion des approches interprofessions. Selon des prévisions à l'horizon 2030, 47 000 personnels soignants additionnels seront nécessaires dans les soins de longue durée (Merçay et al., 2016, p. 10). Cependant bien que la formation professionnelle continue a être régie et promue par la loi sur les professionnels de santé (LPSan), elle devrait encore faire l'objet de mesures plus concrètes.

Tableau 15 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 3.9 dont l'objectif est la création de plan de carrière à long terme dans l'administration publique

<i>3.9 Plan de carrière complet et sur le LT dans le secteur de la santé publique</i>	<i>Renforcement de l'analyse des données sur la politique de santé (412,4)</i>	<i>Non inclus</i>
---------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	-------------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

Aucune activité ne vient précisément remplir les objectifs de cette sous-recommandation de l'OCDE. Cela dit, l'activité 412.4 a pour objet de renforcer et améliorer les bases de données des politiques sanitaires. Dans le cadre de cette activité, des mesures comme la constitution d'un réseau étendu d'acteurs privés et publics pour analyser les données relatives aux politiques de santé et le renforcement de l'Observatoire suisse de la santé comme base d'analyse de données relatives aux politiques sanitaires, ont été prises. Même si aucune action ne prend clairement la mesure de mettre à disposition de meilleurs plans de carrière en santé publique ou encore d'accroître le corps professionnel national public avec des personnes au profil universitaire, l'idée de prendre des décisions sur des preuves scientifiques émise dans cette sous-recommandation est respectée par Santé2020. En effet, l'activité 412.4 encourage la prise de décision des politiques sanitaires sur base d'informations scientifiquement fondées (OFSP, 2019i). En ce qui concerne, Santé2030, aucun axe politique n'en fait objet. L'essence de cette sous-recommandation a donc bien été comprise par le CF mais son application s'en est retrouvée très différente de celle préconisée par l'OCDE.

Recommandation 4 : Renforcer l'amélioration de la santé et la garantie de la qualité des soins

Tableau 16 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 4.1 dont l'objectif est l'évaluation systématique des programmes de promotion et de prévention

Recommandations de l'OCDE	Santé2020	Santé2030
<i>4.1 Évaluer systématiquement les programmes de promotion de la santé et prévention des maladies</i>	<i>122,1 / 122,3 / 122,4 / 122,5 / 122,6 / 122,8 / 124,1 / 131,2 / 131,3 / 132,1 / 132,2 / 132,3</i>	<i>Inclus</i>

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

Suite au refus de la LPrév, de nombreuses activités en matière de promotion de santé et de prévention des maladies ont été mises en place pour la réalisation de la stratégie Santé2020. Plusieurs activités viennent résoudre les problèmes avancés par cette sous-recommandation. Une stratégie nationale de vaccination (131,3) ainsi qu'une stratégie d'élimination de la rougeole (131,2) correspondent aux stratégies de santé publique qui n'étaient pas encore universellement adoptées, mais recommandées par l'OCDE. Les mesures prises dans le cadre de la stratégie de vaccination sont encore très récentes (OFSP, 2019o). Il est donc trop tôt pour pouvoir évaluer l'impact de cette activité. L'information de la couverture de vaccination du peuple suisse sera l'une des nombreuses données pertinentes pour vérifier les impacts de cette stratégie. Le rapport de l'OCDE recommandait également de mettre en place des stratégies bénéficiant d'un bon rapport coût-efficacité comme des taxes sur le tabac et l'alcool. Un programme national d'alcool (132,1) et un de tabac (132,2) ont été lancés dans le cadre de Santé2020. Bien que la question de la taxe sur l'alcool ait été abordée dans la LPrév et que l'augmentation de la taxe sur le tabac ait été un objectif stratégique du programme national, aucune mesure concrète d'introduction ou d'augmentation de taxe n'a été prise à ce jour. En ce qui concerne les stratégies non universellement disponibles comme le dépistage du cancer du sein, la Confédération ne semble avoir pris aucune mesure pour instaurer un programme national de dépistage. Cela dit, dans le cadre de l'activité « Stratégie nationale contre le cancer 2014-2017 », la Confédération collabore avec les cantons pour la mise en place de programme de dépistage du cancer du sein de qualité uniformisé. En Suisse, douze cantons ont actuellement mis en place une stratégie cantonale de dépistage du cancer du sein (Assemblée

fédérale, 2015). En parallèle, de nombreux efforts ont été fournis dans la promotion de la santé et la prévention des maladies notamment : un plan d'action radon (122,3), une stratégie nationale sur les produits chimiques (122,4), un plan d'action radium (122,6), une stratégie antibiorésistance (124,1) ainsi qu'un programme national alimentation et activité physique (132,2). Toutes ses différentes activités respectent cette sous-recommandation de l'OCDE. En effet, les activités sont évaluées et pilotées de manière indépendante. Un système de monitoring des addictions et des maladies non transmissibles (MonAM) a même été mis en place. Malgré cela, il manque encore de conditions-cadres nationales (OFSP, 2020f). L'absence de celles-ci freine les incitations aux développements nationaux de programmes de promotion et de prévention de santé qui ne sont pas universellement disponibles, adoptées ou d'un bon rapport coût-efficacité. Dans le cadre de Santé2030, le CF souhaite renforcer la place de la prévention pour les maladies non transmissibles, un objectif qui permettrait de satisfaire cette sous-recommandation de l'OCDE.

Tableau 17 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 4.2 dont l'objectif est d'élargir la place de la prévention

<p><i>4.2 Élargir fondamentalement la place de la prévention, en particulier en encourageant les prestataires à l'intégrer et aboutissant à une législation fédérale</i></p>	<p><i>Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (132,4)</i> <i>/ 111,4 / 122,2 / 122,3 / 122,4 /</i> <i>122,5 / 122,6 / 122,8 / 124,1 / 131,1</i> <i>/ 132,3 / 136,6 / 132,7 / 133,1 /</i> <i>135,1 / 135,2 / 212,2</i></p>	<p><i>Inclus</i></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

Cette sous-recommandation préconise d'élargir la place de la prévention dans le système de santé suisse et deux mesures sont présentés : (1) la promulgation d'une législation fédérale de prévention permettant de fixer les responsabilités et les budgets ainsi que (2) l'encouragement à l'intégration de la prévention dans l'offre des prestataires. Pour le premier exemple, aucune législation fédérale sur la prévention n'a abouti depuis de l'échec de la LPrév en 2012. Cela étant dit, une stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles (132,4) a été

lancée début 2017 dans le cadre de Santé2020. Celle-ci s'intéresse uniquement à prévenir les maladies non transmissibles et contient trois champs d'action : la promotion et la prévention destinées (1) à la population, (2) dans le domaine des soins et (3) dans l'économie et le monde du travail. Ce deuxième champ d'action respecte parfaitement l'exemple de la sous-recommandation émise par l'OCDE en intégrant la prévention directement tout au long de la chaîne thérapeutique. Une étude montre que dans la prévention des soins, plusieurs domaines contiennent toujours des restrictions et des difficultés et notamment : (1) la coordination, (2) la formation, (3) les systèmes de financement et (4) l'inter professionnalité. Des efforts supplémentaires basés sur des preuves devraient être mis en place pour réussir à intégrer de manière optimale la prévention dans le système de santé suisse (Steiger et Brauchbar, 2018). En marge de cette stratégie, une longue liste d'activités relatives à la prévention de la santé ont été lancées dans le cadre de Santé2020. Une grande partie des activités ont déjà été abordés dans la sous-recommandation 4.1, mais il est possible d'y inclure : une loi sur la protection contre le rayonnement non ionisant et le son (122,2), un plan d'action nanomatériaux synthétiques (122,8), une prévention dans l'économie et le monde du travail (132,6) ainsi qu'un programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (131,1). Toutes ses actions indépendantes, mais non coordonnées ont permis d'élargir de manière substantielle la place de la promotion et la prévention dans le système de santé suisse. Si l'on ajoute l'axe politique concernant la prévention des maladies non transmissibles de la stratégie Santé2030, il en résulte que les politiques sanitaires suisses intégreront une partie de cette sous-recommandation dans le système de santé.

Tableau 18 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 4.3 dont l'objectif est de renforcer la responsabilité et le leadership du système de santé

<i>4.3 Renforcer la responsabilité et le leadership au sein du système de santé / Intensifier progrès / Amélioration santé / Prévention / Urgence nationale</i>	<i>111,3 / 111,4 / 113,1 / 122,8 / 123,1 / 124,1 / 125,1 / 132,1 / 133,4 / 431,1 / 511,3</i>	<i>Inclus</i>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

Le renforcement et la responsabilité au sein du système de santé ont été réalisés à l'aide de nombreuses activités lancées dans le cadre de la stratégie Santé2020. En effet, aucune activité n'y fait directement référence, mais cette recommandation est implicitement renforcée par la mise en place même de plusieurs activités. Les buts d'un renforcement du leadership et de la responsabilité sont pour l'OCDE une meilleure préparation aux urgences nationales et une amélioration de la prévention et de la santé (OCDE, 2011, pp. 21-23). Séparément, ces buts semblent bien pris en compte par Santé2020. Par exemple, l'activité 431.1 prévoit un accord public sur la santé pour permettre des collaborations fructueuses avec l'UE en cas de risque sanitaire majeur. L'amélioration de la santé fait l'objet de nombreuses activités comme un renforcement de la recherche et la technologie biomédicale (511,3), un débat public sur l'application des nanotechnologies (122,8) ou encore une loi fédérale sur l'analyse génétique humaine (123,1). Quant à elle, la prévention fait l'objet de très nombreuses mesures comme précédemment vues dans les sous-recommandations 4.1 et 4.2. Une conclusion similaire pour la stratégie Santé2030 dans laquelle l'amélioration de la santé et la prévention sont des axes politiques à part entière. Seule une amélioration de la préparation aux urgences nationales ne fait pas partie de la stratégie Santé2030. En vue des répercussions politiques et sociétales du COVID-19, il est fort probable qu'un nouveau volet concernant les maladies transmissibles soit ajouté dans la stratégie Santé2030 dans les années à venir.

Tableau 19 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 4.4 dont l'objectif est de soutenir le développement de la qualité des soins

<i>4.4 Soutien financier national accru en faveur de la qualité des soins</i>	<i>Appliquer la stratégie en matière de santé (311,1) / 111,1 / 111,3 / 111,5</i>	<i>Inclus</i>
-------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	---------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

Une stratégie nationale en matière de qualité (311,1) a été lancée par le CF dans le cadre de Santé2020. Celle-ci a permis la mise en place d'un financement sur le long

terme au niveau national d'une stratégie de qualité des soins. Le financement se base sur une contribution des assurés. Plusieurs autres activités proposent d'améliorer la qualité des soins dans des domaines plus spécifiques et notamment dans les soins coordonnés (111,1), dans la démence (111,3) et dans les maladies rares (111,5). Malgré un effort conséquent du CF pour encourager les initiatives nationales de qualité des soins, leurs efforts ne semblent pas porter leurs fruits. En effet, un projet d'organe fédéral de contrôle qualité proposé en 2014 n'a jamais vu le jour, les différentes parties prenantes ne voulant pas d'un contrôle du système de santé trop centralisé. En conclusion, la mise en place coordonnée de programmes nationaux en faveur de la qualité semble toujours difficile en 2019 (Vincent et Staines, 2019) malgré les efforts du CF. Au programme de Santé2030, l'objectif « améliorer la qualité des soins » semble être en concordance avec cette sous-recommandation. Cela étant dit, aucune mention à un soutien financier pour encourager les initiatives nationales n'est clairement explicitée. Considérant la dernière tentative de la Confédération (Le Temps, 2014) pour mettre en place un organisme national de qualité, il est réaliste de penser que cette sous-recommandation puisse être réalisée dans les années à venir.

Tableau 20 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 4.5 dont l'objectif est l'amélioration des indicateurs de qualité des soins

<i>4.5 Exiger de collecter et de communiquer sur un système d'indicateurs de qualité des soins de santé</i>	<i>Développement et publication d'indicateurs de qualité médicaux (311,2)</i>	<i>Non inclus</i>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	-------------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

Des indicateurs de qualité sur les hôpitaux de soins aigus sont disponibles depuis plusieurs années (OFSP, 2020c). Or, la sous-recommandation de l'OCDE exige une collecte et une diffusion d'indicateurs de qualité par l'ensemble des prestataires du niveau hospitalier au niveau ambulatoire. En lien avec Santé2020, l'activité de développement et de publication d'indicateurs de qualité médicaux (311,2) a pour objectif d'augmenter la transparence et la diffusion des indicateurs de qualité au-delà des hôpitaux. Un rapport pointe le manque d'indicateurs de qualité dans les

domaines des soins de longue durée, des soins ambulatoires et des soins à domicile à l'échelle nationale. L'étude met aussi en avant un manque d'efforts pour la mise en place du système national permettant la collecte de ces données (Vincent et Staines, 2019). Cette sous-recommandation bien que prise en compte dans la stratégie Santé2020 ne semble pas avoir été mise en œuvre de manière efficace et correcte. Elle ne respecte pas les exigences de l'OCDE. La stratégie Santé2030 n'aborde pas explicitement le sujet. Toutefois, l'amélioration du traitement des informations et le dossier électronique du patient devraient permettre - si ces actions sont coordonnées et possèdent une vision globale - d'améliorer la collecte d'indicateurs de qualité et ainsi d'augmenter la qualité des soins.

Recommandation 5 : Renforcer l'efficacité de l'offre de soins de santé et des dépenses pharmaceutiques

Tableau 21 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 5.1 dont l'objectif est un système de financement dirigé vers un payeur unique

Recommandations de l'OCDE	Santé2020	Santé2030
<i>5.1 Envisager un système de financement dans lequel le financement des cantons est dirigé vers un payeur unique</i>	<i>Financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires (422,2)</i>	<i>Non inclus</i>

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

Afin de réduire les incitations négatives du système actuel, l'OCDE recommande d'envisager un système dans lequel le financement des cantons va uniquement à un payeur unique. Cela permettrait ainsi d'augmenter le pouvoir d'achat du payeur et de réduire les risques de transfert de coûts entre le secteur hospitalier et ambulatoire (OCDE, 2011, pp. 168-169). L'activité 422.2 a été lancée à la suite de plusieurs initiatives parlementaires demandant une réforme du système de financement actuel. À la suite de ce projet, un rapport a été rendu par une sous-commission de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil National qui a été approuvé par le Conseil Fédéral, en août 2019, sous réserve de corrections minimales (OFSP, 2019d). Ce rapport propose une nouvelle réglementation juridique

de financement uniforme des prestations du secteur ambulatoire et stationnaire. L'un des objectifs de ce projet est non seulement de réduire les risques de transfert de coûts entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires, mais aussi d'encourager les transferts pertinents d'un point de vue médical, permettant ainsi de diminuer les coûts de la santé. Par rapport au système actuel, les cantons participeraient également aux coûts du système ambulatoire. Les factures ne seraient plus envoyées aux cantons, mais directement aux assureurs qui sont les plus à même d'endosser le rôle d'agent payeur, puisque cela fait déjà partie d'une de leurs principales tâches (OFSP, 2019d). Le Conseil Fédéral a approuvé par principe ce projet qui devrait être mis en place dans les prochaines années. Les assurances devront rembourser l'intégralité des prestations ambulatoires et stationnaires avec l'aide de la participation des cantons qui s'élèvera à 22,6 % des coûts bruts. Cette sous-recommandation a donc été parfaitement réalisée dans le cadre de Santé2020 et n'est donc logiquement pas abordée dans la stratégie Santé2030.

Tableau 22 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 5.2 dont l'objectif est d'améliorer la planification hospitalière

<i>5.2 Mise en œuvre DRG / Accroissement autonomie / Planification hospitalière / Offre de services essentiels</i>	<i>Publication par le Conseil fédéral des comparaisons entre établissements (412,2) / 133,2 / 223,1</i>	<i>Non inclus</i>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

Aucune activité concernant l'accroissement de l'autonomie des hôpitaux n'est à relever dans le cadre de Santé2020. Un potentiel d'amélioration de collaboration intercantonale et de planification transrégionale subsiste encore. Selon un expert en santé de PwC – société d'audit et de conseil -, des économies de 750 millions pourraient être réalisées avec un modèle de soins divisant la Suisse en cinq à sept régions (NZZ am Sonntag, 2020). Seule la loi concernant la médecine hautement spécialisée s'intéresse à la planification intercantonale. Le manque de planification des soins entre les cantons est l'une des conséquences du manque d'autonomie des hôpitaux. Un rapport pointe donc indirectement du doigt le manque d'autonomie des hôpitaux (OFSP, 2019b). Cette mise en lumière et recommandation de réforme

donnent l'espoir qu'une activité en lien avec la sous-recommandation soit créée dans le cadre de Santé2030. En ce qui concerne l'utilisation des nouvelles données apportées par SwissDRG, l'activité 412.2 apporte une publication par le Conseil fédéral des comparaisons entre établissements. La publication de ces informations permet aux différents acteurs de disposer des données comparables pour la planification hospitalière. Le rapport de l'OFSP concernant l'évaluation de la LAMal dénote une amélioration de la planification hospitalière depuis 2012 (OFSP, 2019b). Aucun objectif concernant la planification hospitalière n'est abordé dans Santé2030 à l'exception de l'aiguillage des coûts de la santé. Cela dit, il semble évident, en vue des conclusions du dernier rapport de l'OFSP que des améliorations peuvent et devront être faites. Des actions ciblées ont également eu lieu dans le cadre de Santé2020 comme un projet permettant d'améliorer la planification des structures de soins psychiatriques (133,2) ou, comme précédemment abordé, une planification de la médecine hautement spécialisée (223,1). L'OCDE s'inquiète également du sous-financement de certaines offres de services (urgence, accident) à la suite de la mise en œuvre du système SwissDRG. Aucune activité n'a été mise en œuvre concernant ce volet, mais cette inquiétude ne semble pas être avérée. En effet, l'approvisionnement en soins est assuré étant donné que l'accès de la population à des hôpitaux dotés d'urgences n'a quasiment pas changé depuis 2010 (OFSP, 2019b). La révision de la LAMal a également permis d'accroître la concurrence entre les hôpitaux, mais les effets sur le secteur hospitalier sont encore modestes pour plusieurs raisons, dont notamment un effet de retard dû à aux décisions d'investissement à long terme. Les choses pourront donc changer d'ici une dizaine à une vingtaine d'années. Tout de même, étant donné la volonté politique d'offrir les meilleurs soins à tous dans le cadre de la politique sanitaire, Santé2030 devrait prendre des mesures pour que l'ensemble des offres de services essentiels soit sauvegardé dans les petites structures hospitalières.

Tableau 23 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 5.3 dont l'objectif est de réduire les incitations à la surproduction

<i>5.3 Problème d'incitation à la surproduction inhérent aux</i>	<i>Renforcement des indemnités forfaitaires par rapport au tarif à la</i>	<i>Non inclus</i>
------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-------------------

<i>formules de paiement à l'acte / Autres éléments de rémunération</i>	<i>prestation (222,1) / 423,1 / 422,1</i>	
----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------	--

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

En janvier 2018, la nouvelle structure tarifaire (TARMED) est entrée en vigueur avec l'aide de la Confédération, qui a utilisé sa compétence subsidiaire (423,1) pour débloquent les négociations qui se trouvaient au point mort entre les différentes parties prenantes (OFSP, 2019g). Cette adaptation de TARMED a été pensée pour corriger les prestations surévaluées dans certains domaines (à cause d'une augmentation de la productivité par exemple) et pour corriger les incitations de surfacturation ou de facturation incorrecte de certaines positions tarifaires. Par la révision de TARMED, la stratégie Santé2020 tente de réduire les incitations négatives du mode de rémunération à l'acte. En effet, depuis l'introduction de TARMED, l'augmentation des coûts de consultation des spécialistes et des médecins de premier secours a été respectivement de 32 % et de 20 % (OFSP, 2019b). Une gestion stratégique de l'admission (422,1) a été lancée par le CF dans le but de créer les instruments nécessaires au pilotage du domaine ambulatoire pour pouvoir maîtriser ses coûts et garantir sa qualité. Cette activité vise à trois objectifs qui sont: (1) l'amélioration de l'économicité des prestations (critère EAE), (2) une augmentation des exigences demandées aux prestataires et (3) la livraison d'instruments aux cantons pour maîtriser l'offre de manière efficace (OFSP, 2019e). Dans le cadre de la réalisation de cette activité, des dispositions ont été prises pour limiter dans certaines régions le nombre de médecins pouvant pratiquer à la charge de la LAMal, une nouvelle disposition permettant de réduire la densité des médecins. En effet, si la densité des médecins généraux augmente de 30 % alors les coûts augmenteraient de 14,4 % (Jeanrenaud, 2006, p. 13). Une autre activité a été lancée pour développer l'utilisation des tarifs forfaitaires en soins ambulatoires (222,1). Des premières mesures ont été prises en août 2019, mais il est encore trop tôt pour pouvoir analyser les effets de cette activité. Si l'on se réfère à cette dernière activité, le CF a compris la volonté de l'OCDE. Même si cette question n'apparaît pas dans Santé2030, de nombreuses parties prenantes du système de santé — dont le forum suisse des soins intégrés — remettent en cause le modèle actuel de

rémunération et réfléchissent à d'autres solutions (FMC, 2017). La situation pourrait donc évoluer d'ici quelques années.

Tableau 24 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 5.4 dont l'objectif est l'évolution des soins aigus vers des soins ambulatoires

<p><i>5.4 Évolution des soins aigus vers les soins ambulatoires / Prise en charge transversale pour les besoins de soins de longue durée</i></p>	<p><i>Publication par le Conseil fédéral des comparaisons entre établissements (412,2) / 111,2 / 111,3 / 112,1 / 133,2 / 223,1</i></p>	<p><i>Inclus</i></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

Pour ce qui concerne le développement d'une prise en charge transversale pour les personnes souffrant de maladies mentales ou ayant besoin de soins palliatifs, plusieurs activités ont été lancées. Par exemple, l'activité 133.2 a pour objectif d'augmenter la coordination de l'offre et développer la qualité dans le domaine des maladies psychiatriques. La stratégie nationale en matière de démence 2014-2019 (111,3) a pour objectif d'assurer une prise en charge transversale tout au long de la chaîne thérapeutique. Malgré une volonté d'amélioration, la prise en charge transversale ne fonctionne pas bien dans le domaine psychiatrique. D'autres problèmes sont également à régler comme un financement insuffisant des services mobiles, une pénurie de spécialistes qualifiés et l'insuffisance de certaines offres comme des offres de proximité (OFSP, 2018b). L'activité Plate-forme « Soins palliatifs » (111,3) et la stratégie pour les soins de longue durée cherchent également à renforcer la coordination des soins palliatifs. Des mesures ont été prises en 2017-2018, comme la garantie d'un suivi optimal en dehors des soins aigus pour les personnes en fin de vie. Une nette amélioration est remarquée avec une augmentation de 219 lits en 2008 à 504 lits en 2018. Il existe également un potentiel d'améliorations dans les soins de longue durée, en effet, 71 % des cantons estiment que l'offre de soins de longue durée est encore trop restreinte (BAG, 2019, p. III). Cette sous-recommandation a bien été mise en place dans le cadre de Santé2020, mais les résultats escomptés concernant l'amélioration de l'offre de soins de longue durée ne semblent pas avoir été atteints. Des mesures devront donc être prises pour

inciter au développement des soins de longue durée afin de pouvoir répondre aux défis futurs. Un objectif abordé dans le cadre de Santé2030, dont deux axes politiques, y sont consacrés. Une augmentation des effectifs ainsi qu'une optimisation du financement des soins de longue durée devraient être mises en place dans les années à venir (OFSP, 2019a).

Tableau 25 : Adéquation entre Santé2020, Santé2030 et la sous-recommandation 5.5 dont l'objectif est d'inciter à la prescription et l'utilisation de médicaments coût-efficaces

<i>5.5 Politique privilégiant la qualité, rapport coût-efficacité dans prescription et utilisation (incitation aux génériques)</i>	<i>Examen et élaboration de nouvelles mesures dans le domaine des médicaments (221,2) / 221,1 / 221,3 / 221,4 / 222,2</i>	<i>Inclus</i>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

Source: Élaboration personnelle basée sur OCDE (2011, pp. 21-23) ; OFSP (2020a) ; OFSP (2019i).

Note: La sous-recommandation se trouve en annexe 2. La liste des activités Santé2020 se trouve en annexe 3.

L'adaptation des dispositions concernant la révision des examens des médicaments de la LS (221,1 et 221,2), abordée dans la sous-recommandation 2.1, a permis une baisse du prix des médicaments de 16,3 % en moyenne, entraînant une économie de 100 millions de francs (OFSP, 2019f). En ce qui concerne les génériques, un système de prix de référence ainsi que des incitations à leur prescription et leur utilisation (221,4) ont été lancés dans le cadre de Santé2020. Ce système de prix — prévu pour 2020 — a déjà adopté ces premières dispositions en 2019, mais n'est pas encore en place à l'heure actuelle, car celui-ci nécessite une modification de la LAMal, un processus fastidieux (OFSP, 2019p). Depuis 2017, l'écart de prix requis entre les génériques et les préparations originales a augmenté lors de l'admission des nouveaux génériques, mais également lors des réexamens d'admission. Dans les nouvelles modalités entrées en vigueur en 2017, les réexamens incluront désormais en plus de la comparaison avec les prix internationaux, un rapport coût-efficacité avec d'autres médicaments. Les modalités de la différenciation de la quote-part ont également été révisées pour inciter à l'utilisation des génériques. Ces nouvelles mesures devraient apporter une économie de 60 millions de francs sur 3 ans (OFSP, 2019c). Dans le cadre de Santé2020, les listes d'analyses ont été actualisées (222,2) et la part relative de la distribution dans la vente de médicaments a été étudiée (221,3). Il semble donc que sur les dix dernières années, Santé2020 ait

permis d'économiser des centaines de millions de francs en suivant cette sous-recommandation de l'OCDE. Les activités en cours comme le système de prix de référence devraient être mises en place d'ici quelques années et seront certainement suivies par d'autres activités permettant une meilleure optimisation des coûts de la santé dans le cadre de Santé2030.

5.2 Recommandations pour une nouvelle réforme Santé2040

Dans le cadre de Santé2020, 92 activités ont été élaborées. En conclusion du chapitre 5, on peut établir qu'une très grande majorité des activités sont en adéquation avec l'esprit des recommandations proposées par l'OCDE. Les recommandations de réforme du système de santé de l'OCDE ont bien été incluses dans les politiques sanitaires. Cela dit, deux problèmes subsistent. Premièrement, toutes les activités lancées n'ont pas eu les effets souhaités. Deuxièmement, malgré une amélioration de la situation, certaines problématiques semblent toujours d'actualité. Ce travail a permis de mettre en avant quatre recommandations : (1) le fédéralisme devrait évoluer, (2) les politiques sanitaires devraient se baser sur des études prospectives, (3) les politiques sanitaires devraient être multidimensionnelles et (4) les budgets devraient correspondre à la pondération propre de chacun des déterminants de la santé.

Beaucoup d'activités mises en place ne semblent pas avoir atteint leur objectif, c'est le cas notamment de la numérisation. Il semble que le fédéralisme qui caractérise le système suisse constitue un obstacle à la bonne cohérence des décisions. Il est à l'origine des prises de décisions contradictoires, d'inégalités de traitement, de la lenteur des réformes, du manque de vision globale, d'une maîtrise ardue des flux financiers. Le fédéralisme sanitaire doit évoluer ou changer en intégrant un objectif principal : l'intérêt général (Rossini, 2013). C'est seulement ainsi que les politiques sanitaires menées pourront pleinement remplir leurs objectifs.

Recommandation 1 : Le fédéralisme sanitaire doit évoluer pour ne plus produire d'incitations négatives et s'intéresser à l'intérêt général.

Dans un deuxième temps, certaines problématiques semblent être récurrentes année

après année. De faibles améliorations se font ressentir dans la collecte des indicateurs de qualité, dans la cybersanté, dans la maîtrise des coûts, dans la charge financière de la santé, dans la prévention ainsi que dans la planification du personnel. Les décisions politiques couvrent une partie du problème mais ne l'enrayent jamais complètement. Prenons l'exemple du personnel de santé: des projets ont été entrepris pour augmenter le nombre de personnel qualifié dans le cadre de Santé2020. Des mesures ont été prises avec succès. Pourtant, ce même objectif se retrouve dans Santé2030. Il en va de même pour toutes les problématiques citées plus haut. Les politiques sanitaires suisses se contentent de résoudre les problèmes effectifs. Des études prospectives sur les problèmes futurs et leur évolution potentielle devraient être menées. Les politiques sanitaires suisses devraient pouvoir anticiper et enrayer les problématiques actuelles et futures du système de santé. Aujourd'hui, les politiques sanitaires agissent principalement avec un train de retard. Un changement de paradigme doit être mené.

Recommandation 2 : Les politiques sanitaires devraient se baser sur des études prospectives. Les décisions devraient pouvoir anticiper et enrayer les futures problématiques à temps.

Dans le milieu des années 70, la capacité du seul système de santé à expliquer l'état de santé de la population commence à être remise en cause. Indépendamment du système de soins, il est plausible que d'autres facteurs externes à la santé puissent contribuer à déterminer l'état de santé de la population. De cette réflexion découle le développement de l'approche par les déterminants de santé. Plusieurs facteurs différents seraient des déterminants notables de la santé.

Recommandation 3 : Les politiques sanitaires devraient être menées en considérant tous les déterminants de la santé. Les politiques sanitaires devraient être multidimensionnelles.

Depuis, plusieurs modèles conceptuels ont été établis. Bien sûr, la pondération de chacun de ces facteurs dans l'état de santé est intuitivement différente. Plusieurs études s'y sont intéressées et notamment *Dever* (1976) qui propose un premier modèle épidémiologique sur la base du modèle conceptuel de Lalonde. L'auteur modélise 4 facteurs influençant la santé et attribue un pourcentage de mortalité à

chacun de ces facteurs. Selon cette étude empirique, 43 % de la mortalité proviendrait des habitudes de vie (risques auto- créés), 27 % de la biologie humaine, 19 % de l'environnement et seulement 11 % du système de soins. Le tableau final de l'étude présente une comparaison entre le pourcentage des montants dépensés par les États-Unis entre 1974-76 et le pourcentage de la mortalité par facteur. 90,6 % des dépenses de santé entre 1974 et 1976 ont été dépensés dans le système de soins alors que ce facteur n'est responsable que de 11 % de la mortalité (Dever, 1976). Il en découle que les budgets alloués dans les politiques sanitaires traditionnelles sont disproportionnés. Une conclusion partagée par l'étude sur la *Pondération des déterminants de la santé en Suisse* (Cantoreggi, 2010). L'amélioration du secteur des soins n'apporterait qu'une contribution marginale à l'état général de la population. C'est d'autant plus vrai pour les pays où l'accès à des soins de qualité est garanti pour tous. La dimension multifactorielle de la santé devrait être opérationnalisée dans les politiques publiques de santé (Cantoreggi, 2010). On remarque dans la stratégie Santé2020 une totale absence d'activité relative à des facteurs extérieurs au système de santé. Dans ce sens, Santé2020 s'apparente à une stratégie de politique sanitaire traditionnelle. Aucune des recommandations de l'OCDE n'ouvre la voie à un changement de paradigme dans la politique de santé. Le système de santé suisse est extrêmement performant avec l'une des espérances de vie les plus longues du monde (OCDE, 2011, p. 9), même si l'amélioration de l'état de santé de la population n'est pas directement et uniquement la conséquence d'un système de santé performant. Dans cette perspective, les autorités suisses devraient envisager une refonte complète de la manière d'établir et de mettre en œuvre les politiques de santé. Une tâche compliquée en dépit de l'exécution transversale des mesures et du niveau élevé de coordination nécessaires entre les différents départements. La stratégie Santé2030 fait un premier pas dans cette nouvelle perspective. En effet, des facteurs des déterminants de la santé extérieurs aux politiques sanitaires ont été pris en compte dans les objectifs à réaliser. Le facteur de l'environnement et du travail a notamment droit à plusieurs axes politiques différents. Il serait judicieux de commander plusieurs études permettant de mettre en relation le pourcentage de dépenses publiques en politique de santé et le pourcentage de mortalité provenant du facteur

du système de santé. Cela permettrait alors d'élaborer une nouvelle stratégie de santé à l'horizon 2040 qui réallouerait les budgets dans les domaines permettant réellement d'améliorer l'état de santé de la population.

Recommandation 4 : Les budgets devraient être réalloués en fonction de la pondération de chacun des déterminants de la santé.

Conclusion

Dans le rapport de l'OCDE, 26 sous-recommandations ont été émises. Depuis 2011, 92 activités ont été élaborées dans le cadre de Santé2020 et une nouvelle stratégie Santé2030 a été présentée. Une vaste synthèse de neuf années de politique sanitaire est présentée dans ce travail. Il en résulte qu'une grande majorité des angles traités par les politiques sanitaires suisses sont en adéquation parfaite avec les recommandations de l'OCDE. La mise en place du DEP est imminente, le nombre de diplômes universitaires en médecine a fortement augmenté. Beaucoup d'autres projets ont été menés avec succès. Malgré cela, plusieurs problématiques restent irrésolues : (1) la cybersanté et les approches interprofessionnelles ne s'implantent pas assez vite, (2) la charge financière de l'AOS augmente, (3) le personnel qualifié soignant est en nombre insuffisant pour répondre aux besoins futurs. Les politiques sanitaires ne se basent pas sur des études prospectives des problématiques futures mais sur des recommandations en réaction à des problématiques effectives. Par conséquent, il est difficile d'enrayer complètement ces questions et les politiques sanitaires se contentent de solutions provisoires. Ce travail a permis d'avancer quatre recommandations à mettre en place lors de la prochaine politique sanitaire pour rendre le système de santé plus efficient.

Hippocrate disait : « Quand quelqu'un désire la santé, il faut d'abord lui demander s'il est prêt à supprimer les causes de sa maladie. Alors seulement est-il possible de l'aider. ». Les politiques sanitaires suisses doivent être remaniées pour traiter les causes et non les symptômes. Cependant, le bilan des politiques de santé n'est pas entièrement négatif. Au contraire, en 2018, les coûts de l'AOS ont diminué. L'un des principaux objectifs a donc été respecté. L'augmentation croissante des coûts de la santé suscite l'intérêt des médias, des politiciens et semble avoir un certain effet auprès de la population. A contrario, personne ne s'intéresse aux bonnes nouvelles. Dans les dix dernières années, l'augmentation des coûts de l'AOS ralentissent (Henggi, 2019).

Conséquemment, des problématiques subsistent mais le système de santé devient

plus efficient. Il est important de relever les deux. A l'avenir, la multi dimensionnalité de la santé doit faire partie intégrante des politiques sanitaires. Une tâche compliquée de par la transversalité des actions qui devront être entreprises. Les études le montrent depuis plusieurs décennies, la santé ne s'arrête pas rigoureusement au système de santé. La santé est fondamentalement multidimensionnelle et prend en compte de nombreux facteurs extérieurs. C'est dans ce sens que le Conseil Fédéral avec l'aide conjointe de l'ensemble des offices fédéraux doit poursuivre ses prochaines réformes du système de santé.

Bibliographie

Abbé-Decarroux, F. (2001), "La LAMal et les mécanismes de la concurrence", Bulletin des médecins suisses, Vol. 82, No. 36, p. 1912.

AGeMIG (2020), Réseaux de Soins, <http://www.medecinsdefamillegeneve.ch/politique-de-sante/reseaux-de-soins>, (consulté le 27 juillet 2020).

Assemblée fédérale (2012), Loi sur la prévention, <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20090076>, (consulté le 01 juillet 2020).

Assemblée fédérale (2015), Programme national de dépistage du cancer du sein, <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20153775>, (consulté le 02 août 2020).

BAG (2015), "Monitoring 2014", Bâle, p. 27.

BAG (2018), "Monitoring 2017", Bâle, pp. 15-20.

BAG (2019), "Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen", Berne, p. III.

Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Stamm, M., Siegrist, J., & Buddeberg, C. (2008), "Work stress and reduced health in young physicians : Prospective evidence from Swiss residents", International Archives of Occupational and Environmental Health, 82(1), 12 février, pp 31-38.

Cantoreggi, N. (2010), "Pondération des déterminants de la santé en Suisse", Genève.

CDF (2010), "Tarmed—Le tarif des prestations médicales ambulatoires", Berne, p. 41.

CDF (2020), "Audit de l'efficacité de la procédure portant sur les technologies de la santé", Berne.

CDS, OdASanté (2016), "Besoins en effectifs dans les professions de la santé

rapport national 2016", Berne, p. 7.

CDS (2020), Communication par courriel datée du 30 juillet 2020.

CF (2014), Le Conseil fédéral adapte le tarif médical TARMED, <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-53404.html>, (consulté le 1 août 2020).

CF (2020), "Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins: deuxième volet en consultation", Berne.

Chancellerie fédérale (2012), "Référendum contre la modification du 30 septembre 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Réseaux de soins)".

Chancellerie fédérale (2020), Votation populaire du 17 juin 2012, <https://www.bk.admin.ch/bk/fr/home/documentation/votations/votation-populaire-du-17-juin-2012.html>, (consulté le 17 juillet 2020).

Cheung, R. B., Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2008), "Nursing care and patient outcomes : International evidence", *Enfermería Clínica*, Vol. 18, No. 1, pp. 35-40.

Comparis (2018), Étude Comparis sur les assurances maladie complémentaires, <https://fr.comparis.ch/comparis/press/medienmitteilungen/artikel/2018/krankenkasse/zusatzversicherungen/selbstzahlungen>, (consulté le 18 juin 2020).

Confédération suisse (2012), "État de la mise en œuvre de prestations de soins palliatifs dans les cantons fin 2011", Berne, p. 10.

Confédération suisse (2017), Système de santé, <https://www.eda.admin.ch/aboutswitzerland/fr/home/wirtschaft/soziale-aspekte/gesundheitssystem.html>, (consulté le 1 juin 2020).

Confédération suisse (2019), "Initiative parlementaire - Financement moniste des prestations de soins", p. 3412.

Confédération suisse (2020), Compensation des risques dans l'assurance-maladie : Ajout des groupes de coûts pharmaceutiques,

<https://www.priminfo.admin.ch/fr/zahlen-und-fakten/risikoausgleich>, (consulté le 30 juillet 2020).

Dever, G. E. A. (1976), "An epidemiological model for health policy analysis", *Social Indicators Research*, Vol. 2, No. 4, pp. 453-466.

DFAE, DFI (2013), "Politique extérieure suisse en matière de santé", Berne.

Dormont, B., Geoffard, P., Lamiraud, K. (2012), "Assurance maladie en Suisse : les assurances supplémentaires nuisent-elles à la concurrence sur l'assurance de base ?", Vol. 455, No. 1, p. 74.

Dourgnon, P., Jusot, F., Fantin, R. (2012), "Payer peut nuire à votre santé : Une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé", Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé, p. 16.

Eicher, M., Stanic, J., Kaiser, N., Amann, F., Meirer, N., Inderbitzi, L., Haering, B. (2019), "PT1-2-01 Exercice de la profession : Potentiel de l'interprofessionnalité", Zürich, pp. 3-6.

FMC (2017), "Modèles de rémunération liée à la performance à l'horizon 2025", Neuägeri.

Henggi, B. (2019), "Pas de décision hâtive en faveur de réformes préjudiciables", *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 100, No. 42, pp. 1382-1384.

InfoSocietyDays (2020), "Baromètre cybersanté 2020 : Mise en réseau ralentie entre professionnels de la santé et réticence croissante de la population", Berne.

Jaccard Ruedin, H., Widmer, M. (2010), "L'immigration du personnel de santé vers la Suisse", p. 1.

Jeanrenaud, C. (2006), "Mode de rémunération des médecins et coûts de la santé en Suisse", Neuchâtel, pp. 1-12, 13, 14-18.

(LAMal) Loi fédérale sur l'assurance-maladie (1994).

Le Temps (2014), Vers un organe fédéral de contrôle de la qualité, <https://www.letemps.ch/sciences/vers-un-organe-federal-contrrole-qualite>, (consulté le 20 juillet 2020).

Merçay, C., Burla, L., Widmer, M. (2016), "Personnel de santé en Suisse, Etat des lieux et projections à l'horizon 2030", Neuchâtel, p. 10.

NZZ am Sonntag (2020), So liessen sich bei der Gesundheitsversorgung Milliarden sparen, <https://nzzas.nzz.ch/schweiz/gesundheitswesen-patienten-wechseln-kantone-ld.1571521?reduced=true>, (consulté le 20 août 2020)

OBSAN (2018), "Les indicateurs « Santé2020", Neuchâtel.

OCDE (2011), "Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse 2011", Paris: Éditions OCDE, pp. 9, 21-23, 40-41, 54, 108, 155, 168-169.

OCDE (2019), "Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE", Paris: Éditions OCDE, pp. 151-159.

OFAS (2020), L'aboutissement d'un projet séculaire : la révision totale de la loi sur l'assurance-maladie, <https://www.histoiredelasecuritesociale.ch/synthese/1994>, (consulté le 15 juin 2020).

OFS (2007), "Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse", Neuchâtel, p. 5.

OFS (2020a), Communication par courriel datée du 23 juin 2020.

OFS (2020b), Coût et financement du système de santé depuis 1960, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/themes-transversaux/mesure-bien-etre/conditions-cadre/societe/depenses-sante.assetdetail.12567520.html>, (consulté le 16 juin 2020).

OFS (2020c), "Dépenses de santé: 81,9 milliards de francs en 2018", Neuchâtel, p. 1.

OFS (2020d), Financement, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/cout-financement/financement.html>, (consulté le 18 juin 2020).

OFSP (2013), "Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral", Berne.

OFSP (2016), "Problèmes d'accès aux soins ?", p. 3.

OFSP (2017a), "Adaptation du tarif médical TARMED", p. 2.

OFSP (2017b), "Quote-part pour les médicaments : Application de l'art. 38a de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) à partir du 1er décembre 2017", Berne.

OFSP (2017c), Reprise du réexamen périodique des médicaments, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-65469.html>, (consulté le 27 juillet 2020).

OFSP (2018a), Country Cooperation Strategy CH-WHO, https://www.g2020-info.admin.ch/fr/create-pdf/?project_id=80, (consulté le 20 juillet 2020).

OFSP (2018b), "Critères de réussite des services psychiatriques mobiles", Berne.

OFSP (2018c), Migration internationale du personnel de santé, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/internationale-beziehungen/internationale-gesundheitsthemen/migration-internationale-personnel.html>, (consulté le 19 juillet 2020).

OFSP (2019a), Augmenter le nombre de diplômés en médecine humaine, https://www.g2020-info.admin.ch/fr/create-pdf/?project_id=58, (consulté le 21 juillet 2020).

OFSP (2019b), "Évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier", Berne.

OFSP (2019c), Examen et élaboration de nouvelles mesures dans le domaine des médicaments, https://www.g2020-info.admin.ch/fr/create-pdf/?project_id=40, (consulté le 20 juin 2020).

OFSP (2019d), Financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires, https://www.g2020-info.admin.ch/fr/create-pdf/?project_id=75, (consulté le 08 août 2020).

OFSP (2019e) Gestion stratégique de l'admission, <https://www.g2020->

[info.admin.ch/fr/create-pdf/?project_id=74](https://www.info.admin.ch/fr/create-pdf/?project_id=74), (consulté 02 août 2020).

OFSP (2019f) La baisse du prix des médicaments entraîne des économies de 100 millions de francs, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/news/news-25-10-2019.html>, (consulté le 27 juillet 2020).

OFSP (2019g), Mise en oeuvre de la compétence subsidiaire, https://www.g2020-info.admin.ch/fr/create-pdf/?project_id=76, (consulté le 29 juillet 2020).

OFSP (2019h), Plate-forme avenir de la formation médicale, https://www.g2020-info.admin.ch/fr/create-pdf/?project_id=59, (consulté le 19 juillet 2020).

OFSP (2019i), "Politique de la santé : Stratégie du Conseil fédéral 2020-2030", Berne.

OFSP (2019j), Programme HTA, https://www.g2020-info.admin.ch/fr/create-pdf/?project_id=53, (consulté le 23 août 2020).

OFSP (2019k), Recherche sur les services de santé, https://www.g2020-info.admin.ch/fr/create-pdf/?project_id=9, (consulté le 16 juin 2020).

OFSP (2019l) Renforcement de l'analyse des données sur la politique de la santé, https://www.g2020-info.admin.ch/fr/create-pdf/?project_id=70, (consulté le 24 juin 2020).

OFSP (2019m) Renforcer la compensation des risques, https://www.g2020-info.admin.ch/fr/create-pdf/?project_id=32, (consulté le 3 juin 2020).

OFSP (2019n) Soutenir, sur le plan numérique, les processus de traitement et de soins, https://www.g2020-info.admin.ch/fr/create-pdf/?project_id=57, (consulté le 13 juillet 2020).

OFSP (2019o) Stratégie nationale de vaccination (SNV), <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-strategie-impfungen-nsi.html>, (consulté le 24 juillet 2020).

OFSP (2019p) Système de prix de référence pour les médicaments dont le brevet a expiré, https://www.g2020-info.admin.ch/fr/create-pdf/?project_id=96, (consulté le 6 juin 2020).

OFSP (2019q), Système tarifaire TARMED, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Tarifsystem-Tarmed.html>, (consulté le 4 août 2020).

OFSP (2020a), Activités Santé2020, <https://www.g2020-info.admin.ch/fr>, (consulté le 10 juin 2020).

OFSP (2020b), Assurance-maladie : Compensation des risques, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/risikoausgleich.html>, (consulté le 20 juin 2020).

OFSP (2020c), Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/qualitaetsindikatoren-der-schweizer-akutspitaeler.html>, (consulté le 28 juin 2020).

OFSP (2020d), Législation sur l'enregistrement des cancers, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-mensch-gesundheit/gesetzgebung-krebsregistrierung.html>, (consulté le 7 juillet 2020).

OFSP (2020e), Médicaments, <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel.html>, (consulté le 02 août 2020).

OFSP (2020f), "Rapport annuel 2019: Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles".

OMS (2013), "Stratégie de coopération OMS – Suisse", Genève: Éditions de l'OMS.

Rossini, S., Crivelli, R., Bolgiani, I., Clausen, A., Prélaz, D., Scalici, F. (2012), "Allocation des ressources et cohérence du système suisse de santé", Lausanne, p. III.

Rossini, S. (2013), "Des disparités cantonales de l'application LAMal", *Rev Med Suisse*, Vol. 9, pp. 2398-2399.

Roth, S., Sturny, I. (2017), "Moratoire sur l'installation des médecins en cabinets privés : Évolution de leur effectif et de leurs coûts", Neuchâtel: OBSAN.

Ruedin, H. J., Weaver, F., Maik, R., Widmer, M. (2009), "Personnel de santé en Suisse—Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020", Neuchâtel: OBSAN, p. 90.

Sécurité sociale CHSS (2018), L'évaluation des technologies de la santé pour réévaluer des prestations médicales, <https://soziale-sicherheit-chss.ch/fr/artikel/evaluation-des-technologies-de-la-sante-pour-reevaluer-des-prestations-medicales/>, (consulté le 14 juillet 2020).

Simoens, S., Giuffrida, A. (2004), "The Impact of Physician Payment Methods on Raising the Efficiency of the Healthcare System : An International Comparison", *Applied Health Economics and Health Policy*, Vol. 3, No. 1, pp. 39-46.

Société Suisse d'Informatique Médical (2017), "Vision « Cybersanté 2025 »".

Sordat Fornerod, D. (2016), "*Le Code demeure un instrument pertinent (2016)*", *Medicus Mundi Schweiz*, juin, bulletin 137.

Steiger, D., Brauchbar, M. (2018), "Analyse de l'état actuel des offres en matière de la prévention dans le domaine des soins (PDS) dans la pratique ambulatoire", Zürich.

SwissDRG (2015), "Les forfaits par cas dans les hôpitaux suisses", Berne.

swissuniversities (2016), "Programme spécial en médecine humaine", Berne, p. 21.

Vincent, C., Staines, A. (2019), "Améliorer la qualité et la sécurité des soins en Suisse", Berne.

Annexe 1 : Structure des tableaux de la section 5.1

Afin de réduire les redondances et de rendre la lecture du travail plus fluide et compréhensible, cette première annexe explique en détail la structure des tableaux. Les tableaux se divisent en trois parties : (1) la sous-recommandation à gauche, (2) les activités de Santé2020 au milieu et (3) Santé2030 à droite.

L'analyse sera structurée de la manière suivante :

Recommandation 1 : Titre de la recommandation

Recommandations de l'OCDE	Santé2020	Santé2030
(1)	(2)	(3)

(4)

(1) Recommandations de l'OCDE : Les principales idées de la sous-recommandation sont décrites directement dans le tableau. La sous-recommandation complète se trouve dans l'annexe 2.

(2) Santé 2020 : Le titre de l'activité principal en lien avec la sous-recommandation est inscrit dans le tableau. Les autres activités figurent uniquement avec leur numéro d'activité. Les titres complets des activités se trouvent dans l'annexe 3.

(3) Santé2030 : « Inclus » signifie que la sous-recommandation entre dans le champ des objectifs de Santé2030. « Non inclus » signifie que la stratégie Santé2030 ne fait pas référence à la sous-recommandation.

(4) Explication : Sous le tableau, une analyse complète de l'adéquation entre la sous-recommandation et les politiques sanitaires est présentée.

Annexe 2 : Recommandations et sous-recommandations détaillées

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

- *1.1 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.*
- *1.2 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).*
- *1.3 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.*
- *1.4 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.*

Source: OCDE (2011, pp. 21-23).

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

- *2.1 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.*
- *2.2 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.*
- *2.3 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.

Source: OCDE (2011, pp. 21-23).

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 :

- *3.1 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.*
- *3.2 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.*
- *3.3 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.*
- *3.4 À court terme, réviser TARMED pour relever les niveaux relatifs de paiement des services de pratique générale et autres spécialités connaissant des pénuries.*
- *3.5 Promouvoir les bonnes pratiques, notamment les collaborations interdisciplines et interprofessions.*
- *3.6 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.*
- *3.7 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 l'insertion professionnelle.*
- *3.8 Encourager les approches interprofessions et la formation professionnelle continue, comme dans le contexte des modèles de soins intégrés et de gestion des maladies.*
- *3.9 Élaborer des plans de carrière plus complets et à plus 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 les preuves dans le secteur de la santé publique.*

Source: OCDE (2011, pp. 21-23).

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

- *4.1 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).*
- *4.2 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.*

- 4.3 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.
- 4.4 Fournir un soutien financier accru pour faciliter des initiatives à l'échelle nationale en faveur de la qualité des soins.
- 4.5 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.

Source: OCDE (2011, pp. 21-23).

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

- 5.1 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.
- 5.2 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'efficacité 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).
- 5.3 Traiter le problème de l'incitation à la surproduction inhérente aux formules de paiement à l'acte en les combinant avec d'autres éléments de rémunération des prestataires.
- 5.4 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.
- 5.5 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).

Source: OCDE (2011, pp. 21-23).

Annexe 3 : Tableau complet des activités de Santé2020

Numéro	Activités
111,1	<i>Promotion des soins coordonnés</i>
111,2	<i>Plate-forme « Soins palliatifs »</i>
111,3	<i>Stratégie nationale en matière de démence 2014-2020</i>
111,4	<i>Stratégie nationale contre le cancer 2014-2020</i>
111,5	<i>Concept maladie rare</i>
112,1	<i>Stratégie pour les soins de longue durée</i>
112,2	<i>Plan d'action et programme de promotion visant à soutenir les proches aidants et soignants</i>
113,1	<i>Loi sur l'enregistrement des maladies oncologiques</i>
113,2	<i>Recherche sur les services de santé</i>

113,3	<i>Loi relative à la recherche humaine</i>
121,1	<i>Audits cliniques</i>
122,1	<i>Biosurveillance humaine (BSH)</i>
122,2	<i>Loi sur la protection contre le rayonnement non ionisant et le son</i>
122,3	<i>Plan d'action radon</i>
122,4	<i>Modernisation de la législation sur les produits chimiques</i>
122,5	<i>Élaboration d'une stratégie nationale pour les produits chimiques</i>
122,6	<i>Plan d'action radium</i>
122,8	<i>Plan d'action Nanomatériaux synthétique</i>
123,1	<i>Loi fédérale sur l'analyse génétique humaine</i>
124,1	<i>Stratégie Antibiorésistance Suisse (StAR)</i>
125,1	<i>Stratégie nationale visant à surveiller, à prévenir et à combattre les infections nosocomiales</i>
131,1	<i>Application du programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles</i>
131,2	<i>Stratégie nationale d'élimination de la rougeole 2011-2015</i>
131,3	<i>Stratégie nationale de vaccination (SNV)</i>
132,1	<i>Programme national d'alcool</i>
132,2	<i>Programme national tabac</i>
132,3	<i>Stratégie nationale alimentation et activité physique</i>
132,4	<i>Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles</i>
132,5	<i>Étude sur les coûts des maladies non transmissibles (MNT)</i>
132,6	<i>Promotion de la santé et prévention dans l'économie et le monde du travail</i>
132,7	<i>Loi sur les produits du tabac et Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT)</i>
133,1	<i>Mesures envisagées pour la santé psychique en Suisse</i>
133,2	<i>Avenir de la psychiatrie en Suisse</i>
133,3	<i>Réseau Santé Psychique Suisse (RSP)</i>
133,4	<i>Plan d'action prévention suicide</i>
135,1	<i>Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes liés à la drogue (ProMeDro III)</i>
135,2	<i>Stratégie nationale Addictions</i>
211,1	<i>Renforcer la compensation des risques</i>
212,1	<i>Les médicaments à usage pédiatrique</i>
212,2	<i>Santé des enfants et des adolescents</i>
212,4	<i>Égalité des chances en matière de santé</i>
212,5	<i>Sécurité de l'approvisionnement en médicaments</i>
212,6	<i>Rapport rédigé en réponse au postulat 14.3607 « Halte au gaspillage de médicaments ! », déposé par le groupe PDC-PEV</i>
213,1	<i>Primes d'assurance-maladie : alléger la charge des familles</i>

221,1	<i>Mise en place des mesures médicaments 2009-2013</i>
221,2	<i>Examen et élaboration de nouvelles mesures dans le domaine des médicaments</i>
221,3	<i>La part relative à la distribution des médicaments</i>
221,4	<i>Système de prix de référence pour les médicaments dont le brevet a expiré</i>
222,1	<i>Renforcement des indemnités forfaitaires par rapport aux tarifs à la prestation</i>
222,2	<i>Adaptation de la liste des analyses</i>
222,3	<i>Révision de la LiMA</i>
223,1	<i>Concentration sur la médecine hautement spécialisée</i>
232,1	<i>Renforcement des compétences en matière de santé</i>
232,2	<i>Diagnostic préimplantatoire (DPI)</i>
233,1	<i>Renforcer les droits et la participation des patients</i>
311,1	<i>Appliquer la stratégie en matière de qualité</i>
311,2	<i>Développement et publication d'indicateurs de qualité médicaux</i>
312,1	<i>Programme HTA</i>
312,3	<i>Prise en charge, par l'AOS, des médecines complémentaires</i>
313,1	<i>Plan d'action « Plus d'organes pour des transplantations</i>
321,1	<i>Cybermédication</i>
322,1	<i>Loi fédérale sur le dossier électronique du patient</i>
323,1	<i>Soutenir, sur le plan numérique, les processus de traitement et de soins</i>
323,2	<i>Stratégie Cybersanté Suisse 2.0</i>
331,1	<i>Augmenter le nombre de diplômés en médecine humaine</i>
331,2	<i>Plate-forme avenir de la formation médicale</i>
331,3	<i>Extension et utilisation du registre des professions médicales</i>
331,4	<i>Masterplan formation aux professionnels des soins SBFI 2010-2015</i>
331,5	<i>Amélioration de la situation relative au personnel qualifié dans le domaine des soins — Masterplan "Formation aux professions des soins" 2,0</i>
332,1	<i>Masterplan relatif à la médecine de famille et la médecine de base</i>
332,2	<i>Forum soins médicaux de base</i>
333,1	<i>Loi fédérale sur les professions de santé</i>
334,1	<i>Place des pharmacies dans les soins de base</i>
334,2	<i>Révision de la loi sur les professions médicales LPMéd</i>
334,3	<i>Programme de promotion inter professionnalité dans le domaine de la santé</i>
411,1	<i>Loi sur la surveillance de l'assurance-maladie</i>
412,1	<i>Statistiques de l'assurance-maladie basées sur des données individuelles anonymisées</i>
412,2	<i>Publication par le Conseil fédéral des comparaisons entre établissements</i>
412,3	<i>Lancer et mettre en œuvre le projet statistique MARS</i>
412,4	<i>Renforcement de l'analyse des données sur la politique de santé</i>

413,2	<i>Région de primes</i>
422,1	<i>Gestion stratégique de l'admission</i>
422,2	<i>Financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires</i>
423,1	<i>Mise en œuvre de la compétence subsidiaire</i>
424,1	<i>Évaluation des effets de la révision LAMal relative au financement hospitalier</i>
431,1	<i>Accord sur la santé publique</i>
431,2	<i>Renforcer la coopération transfrontalière et la collaboration avec les États voisins</i>
432,1	<i>Politique extérieure suisse en matière de santé</i>
432,2	<i>Country Cooperation Strategy CH-WHO</i>
433,1	<i>Comparaisons et collaboration avec des pays similaires</i>
433,2	<i>Identifier des exemples de bonnes pratiques</i>
511,3	<i>Mesures de la Confédération visant à renforcer la recherche et la technologie biomédicales</i>

Source : OFSP (2020a).