forum santé ~ gesundheit

pour une politique de santé durable

« POLITIQUE DE SANTE, OÙ VA-T-ON ? 10 ANS DE PROSPECTIVES»

Dossier réalisé sous la direction de :

• Antoine Bailly, Université de Genève

Par les membres du Groupe Forum Santé-Gesundheit :

• Martin Bernhardt, sanofi-aventis (suisse) sa, Meyrin

• Arno Brandt, Rudolf Virchow Institut, Bâle

• Olivier Bugnon, Policlinique universitaire, Lausanne

• Carole Chichignoud, Université de Genève

• Béatrice Despland, Haute Ecole Cantonale Vaudoise de la Santé, Lausanne

• Jean-Louis Franzetti, sanofi-aventis (suisse) sa, Meyrin

• Mauro Gabella, sanofi-aventis groupe, Paris

• Yves Guisan, Conseiller National, Vice-Président de la FMH, Château d'Oex

• Céline Kaltenrieder, sanofi-aventis (suisse) sa, Meyrin

• Beat Künzi, swisspep institut, Zürich

• Philippe Lehmann, Office Fédéral de la Santé Publique, Berne

• Martin Lysser, Universitätsspital, Zürich

• Anne-Marie Bollier, Pharmacienne, Déléguée romande de l'Organisation suisse des patients, Satigny

• Enea Martinelli, Spital FMI AG, Interlaken

• Catherine Roulet, Fédération romande des consommateurs, Lausanne

• John Huss, sanofi-aventis (suisse) sa, Meyrin

www.forumsante.ch

Forum Santé-Gesundheit est un groupe indépendant. Ses membres en font partie à titre individuel, sans rémunération ou jeton de présence. Les opinions de Forum Santé-Gesundheit sont donc celles d'un ensemble de personnes libres de leurs jugements, souhaitant collaborer pour améliorer les politiques de santé en Suisse.

Politique de santé : où va-t-on ?

Etat des lieux et perspectives

La LAMal est entrée en vigueur il y a plus de 10 ans. Selon le Conseil fédéral, la LAMal visait trois objectifs fondamentaux : en premier lieu, le renforcement de la solidarité entre assurés; deuxièmement, la garantie pour tous les citoyens de bénéficier d'une couverture médicale de base; et enfin, un frein à la croissance des coûts. Les deux premiers objectifs, soit la solidarité et l'assurance obligatoire, ont été partiellement atteints. Dans son message précédant la votation de 1994 sur la LAMal, le Conseil fédéral expliquait qu'en instaurant une "véritable concurrence entre les caisses maladies d'une part et les prestataires de soins (médecins et hôpitaux) d'autre part", l'augmentation des coûts pourrait être maîtrisée. Cet objectif de réduction des coûts n'a pas été atteint.

D'après les données de l'OCDE, la Suisse consacre 11,6% de son PIB à un système de santé bien conçu, tandis que les pays de l'OCDE dont la situation est comparable à la nôtre n'y consacrent en moyenne que 8,8%. On ne peut pas prouver qu'une augmentation des coûts va de pair avec une amélioration des prestations, en tout cas si les prestations sont mesurées sur la base d'indicateurs tels que la mortalité à la naissance, l'espérance de vie, la prévalence des complications et des effets secondaires, ou la fréquence et la durée des hospitalisations.

Depuis 1998, le Groupe Forum Santé-Gesundheit, conscient des difficultés d'application de la LAMal, se réunit régulièrement pour débattre à propos de ces questions et pour faire des propositions pour améliorer les politiques de santé. Il a choisi, en fonction de l'actualité, les thèmes suivants :

- 1999 Une conception globale de la santé
- 2000 La politique du médicament dans l'incertitude
- 2001 Des réseaux gagnants, des réseaux perdants ?
- 2002 La qualité entre utopie et réalité
- 2003 Financer la santé dans une société en vieillissement
- 2004 Crise du système de santé : entre liberté et solidarité
- 2005 La santé : une pénurie programmée
- 2006 La santé publique à l'ère du patient consommateur
- 2007 Concurrence ou solidarité : mythe et réalité

On le constate, au vu de la variété des sujets abordés, les propositions ont été nombreuses, précédant souvent l'actualité des politiques de santé. Certaines ont influencé les processus décisionnels, d'autres sont restées lettres mortes. Pourquoi ? Après dix années de prospective, il est normal de s'interroger sur l'influence de nos réflexions sur l'évolution de notre politique sanitaire et d'évaluer le potentiel d'un groupe indépendant dans la dynamique d'un système, enjeu de conflits majeurs.

Nous allons donc synthétiser nos propositions pour comprendre nos succès et nos échecs. Ceux-ci reflètent à la fois les inerties et les potentiels de changement, tout en permettant une analyse des blocages, des espaces de concertation et des propos réalisés et futurs.

1. UNE VISION GLOBALE DE LA SANTE

1.1 Une vision globale du système de santé

Au cours des siècles, le rapport des sociétés avec la maladie a bien changé, et il change encore. Ce qui relevait de la punition divine est devenu mal de société, les progrès scientifiques nous faisant croire au risque zéro… A tort, même si la médecine traite de façon plus efficace les maladies et malgré des systèmes de protection sociale qui permettent à une grande partie de la population des pays développés de se faire soigner.

Mais cette protection sociale coûte cher; tous les Etats s'inquiètent de l'évolution des dépenses. Le problème est inéluctablement posé par les responsables politiques en termes macro-économiques. Résumons leur diagnostic : les dépenses de santé augmentent… il faut donc soit réduire les prestations, soit accroître les prélèvements et la productivité. Ce raisonnement ne tient malheureusement pas compte du rôle majeur de la santé pour la vie économique et sociale, ainsi que pour la qualité de vie. Il pousse à une vision simpliste de la santé publique en termes de coûts, sans intégrer ses bénéfices.

Nous avons maintes fois recommandé dans nos travaux de considérer la santé comme un investissement économique et social, et non seulement comme un coût et cette recommandation reste valable aujourd'hui. Notre pays investit 11,6 % de notre produit national dans les dépenses (directes) de santé[1], soit 50 milliards. Si les Suisses acceptent cette dépense, ils le font parce qu'ils sont convaincus que l'utilité de la filière santé dépasse les approches sectorielles et corporatistes. En effet, la sécurité donnée à toute la population de pouvoir accéder à des soins de santé de qualité (par l'offre médicale, par les progrès scientifiques, par la qualité des soins, par l'assurance maladie et les autres assurances, etc.) est non seulement un facteur de confort de chaque individu, mais aussi un investissement pour la prospérité économique commune, un pilier de la cohésion sociale, un atout dans la compétition internationale, et un soutien à la confiance donnée au système social dans son ensemble. Forum Santé-Gesundheit soutient ce point de vue et juge nécessaire de privilégier une vision globale du système de santé et une vision globale / holistique de la santé.

[1] A ces dépenses directes de santé, il faudrait ajouter, dans le cas d'une vision médicométrique globale:
- les dépenses / volume d'activité / de fonctionnement des assurances maladie, accidents, invalidité et assurances complémentaires
- les investissements et chiffres d'affaire des industries pharmaceutiques et autres industries du domaine des biens et appareils médicaux
- les dépenses / volume d'activité / des services directement favorables à la santé dans les autres secteurs économiques : éducation sanitaire à l'école, hygiène et sécurité au lieu de travail, protection de l'environnement, hygiène des denrées alimentaires, etc.
- sans oublier toutes les activités dans les secteurs du wellness, du mieux-être, des médecines complémentaires, et les soins donnés par les familles à leurs membres et proches, etc.

Pour atteindre ces objectifs, nous lancions dès 1999 cinq propositions pour une politique sanitaire durable que nous reprendrons dans ce texte :

Encart n° 1

Propositions pour une politique sanitaire durable

- Concevoir une vision globale, systémiste, de la filière santé pour rationaliser son fonctionnement, tout en la considérant comme un investissement économique et social.
- Prévoir une approche en réseaux de collaboration, optimiser l'utilisation des compétences et développer des structures régionales transcendant les frontières cantonales.
- Créer des indicateurs fiables sur le système santé; gérer et faire circuler l'information, pour pouvoir calculer les coûts des mesures de sécurité sociale; définir ce qui doit absolument faire partie de l'assurance obligatoire de base et ce qui peut être couvert par des assurances complémentaires.
- Prévoir une évaluation des infrastructures sanitaires en fonction de la sécurité, de la qualité, de l'efficacité et de l'économicité des traitements.
- Réorganiser le fonctionnement du système santé pour mieux le gérer en tenant compte de ses effets induits; envisager des nouveaux modes de rémunération et de financement, tenant compte des besoins requis (evidence based).

Réalisation :
En 2008, s'il y a accord à propos des effets économiques des activités de santé et de l'utilité des réseaux, nos autres propositions générales restent anticipatoires. On ne parle que très rarement d'une vision globale de la santé, qui dépasse l'organisation de la médecine et des soins. Même les médecines alternatives sortent de l'assurance de base. Les indicateurs sanitaires restent inexistants ou peu fiables, il n'y a pas d'évaluation sérieuse systématique de la qualité, ni prise en considération systématique des effets induits des politiques sur la santé de la population. On reste dans le cadre d'une médecine curative, sans vision globale de la santé publique. Et c'est pourtant par là que devrait débuter toute politique sanitaire.

1.2 Une vision humaine de la santé

Forum Santé-Gesundheit a par ailleurs examiné à plusieurs reprises les perceptions, les attentes et les comportements de la population en matière de santé pour bien saisir les divergences entre les conceptions scientifiques et humaines de la santé.

Encart n° 2

La double grammaire de santé : entre science et humanité ?

La médecine, peut-être du fait de l'histoire dans laquelle elle s'inscrit, peut-être du fait de son objet d'étude (la santé humaine), oscille constamment entre revendiquer son statut de science dure ou accepter son rattachement aux sciences humaines. Sans doute cette discipline appartient-elle aux deux registres en même temps. Néanmoins, l'idéal d'une science exacte, rationnelle, et qui par conséquent garantirait à tous les soins les meilleurs, s'est imposé dans nos sociétés occidentales, suite aux espoirs ouverts par les progrès conséquents enregistrés dans le domaine sanitaire depuis le 19e siècle. Une partie des professionnels de santé d'une part, la majeure partie des décideurs d'autre part, souhaitent ainsi "rationaliser" toujours plus le système de soins, les traitements, etc… Chiffres à l'appui, on en démontre les apports de manière "exacte".

Cet idéal d'appartenance de la médecine à une science exacte est affirmé par l'utilisation et la valorisation d'un vocabulaire spécifique : on valorise les chiffres bien sûr, considérés comme les garants de l'exactitude. Mais on emploie également des termes extrêmement spécialisés, rendant l'accès à la discipline plus difficile au profane ("managed care, drug utilisation review, disease management", HMO). En somme, on construit une certaine grammaire, celle qui valorise la scientificité de la médecine, préservant dans le même temps ce domaine des non-initiés.

Cet idéal de progrès et d'efficience de la médecine ne doit pas être abandonné. On ne peut pas nier les apports des connaissances et des techniques, de l'organisation plus efficace des systèmes de santé, etc… Néanmoins, la médecine, à trop rêver d'être une science exacte, en vient parfois à oublier qu'elle est également une science humaine. Or, c'est ce que lui rappelle non seulement une partie des professionnels de santé, mais aussi et surtout les patients, en lui imposant une nouvelle grammaire de l'humanité. Aux chiffres, au terme de "rationalisation", ils lui opposent le vocabulaire de la "dignité", de la "souffrance", celui de la "liberté de choisir" également. Les patients votent aussi avec les pieds, s'il le faut : ainsi, comme le montre K. Moschetti (2005), 30% des patients ne se rendent pas dans l'établissement qui, au vu de toutes les données, serait idéalement reconnu par les autorités comme le plus efficient pour la pathologie à traiter.

Enfin, nombre de patients revendiquent de plus en plus une "approche plus globale". Plutôt que de soigner des "symptômes". Ils souhaitent être reconnus comme des êtres humains à part entière, et non comme des organismes biologiquement constitués, qui fonctionnent plus ou moins bien.

Comment concilier grammaire scientifique et grammaire humaine ? Il s'agit peut-être de ne nier ni l'une ni l'autre lorsque l'on parle d'efficience d'un système de soins. Il s'agit peut-être d'écouter davantage tous les porteurs de ces langues particulières, pour en distinguer les similitudes et les différences, et ainsi engager le débat. Finalement, il s'agit peut-être de choisir *de manière collective* les limites de la concurrence et de la solidarité dans le domaine des soins, de définir les frontières de leurs territoires respectifs afin d'éviter un affrontement qui pourrait s'avérer stérile

Source : Carole Chichignoud, Forum Santé, Université de Genève, juillet 2006

Le climat hautement conflictuel de provocations et d'accusations mutuelles actuelles à propos de la révision de la LAMal et des primes d'assurance maladie, s'oppose fondamentalement à l'idée d'une vision globale de la santé. Cette vision exige la fin de la lutte des pouvoirs et l'établissement de relations partenariales où chacun a sa représentativité, son rôle et des compétences. C'est aussi la recherche commune de solutions dans un but d'intérêt public pour

la santé de la population : l'accès facile à la prise en charge pour tous, l'égalité de traitement, et des soins efficaces et économiques sur une base solidaire en fonction des besoins. Cela exige aussi que l'on définisse plus clairement ce qui émarge à l'assurance sociale et ce qui n'y émarge pas avec la mise en place de principes que l'autorité fait respecter. Cette tâche difficile n'a de chances de succès que si elle rencontre un large débat et qu'il s'ensuit un consensus démocratique suffisant. C'est la raison pour laquelle nous avons évoqué le besoin pour des "Etats Généraux de la santé".

Pour envisager des réformes du système de santé, pour produire mieux de la santé, avec des ressources stables, nous proposons deux grands principes :

- Conférer formellement à l'Etat un mandat global de responsabilité vis-à-vis de la santé de la population (responsabilité publique constitutionnelle), par la gestion de la prévention, de la promotion de la santé, de l'offre curative des médecins, des hôpitaux, des pharmacies, du Spitex et des institutions de réhabilitation. Un tel mandat impliquerait une orientation du système de santé vers des objectifs de santé plutôt que vers des indicateurs d'activité et de coûts. Il permettrait aussi un équilibrage des différents secteurs et une meilleure interrelation entre les domaines.

- Favoriser la solidarité et la répartition équitable des ressources (responsabilité d'affectation des moyens) à partir d'une analyse objective des besoins principaux des différents groupes de la population, l'efficience ne devant pas conduire à des discriminations. Des ressources pourraient être affectées là où il y a pénurie et réduites là où il y a pléthore.

<u>Réalisation:</u>
Le débat sur cette question est relancé par une initiative parlementaire du groupe radical qui souhaite introduire le texte suivant dans la Constitution.

Les articles 117 et 118 de la Constitution seraient modifiés :

Art. 117a (nouveau) Dispositions-cadres et sécurité de l'approvisionnement en prestations médicales :

- *Al. 1 : la Confédération fixe les principes d'un approvisionnement de base de la population en prestations médicales qui soit efficace, adéquat et économique.*
- *Al. 2 : elle veille, avec les cantons et les organismes privés, à coordonner l'offre de soins résidentiels par-delà les frontières cantonales, de même que la médecine hautement spécialisée.*
- *Al. 3 : la Confédération et les cantons assurent leur collaboration par des organes communs et par d'autres mesures.*

Art. 117b Assurance-maladie et assurance-accidents

- *Al. 4 (nouveau) : dans le cadre de l'assurance de base, la Confédération légifère sur les mandats de prestations qui lient les fournisseurs de prestations et les assureurs.*

Art. 118 Protection de la santé

- *Al. 1 (modifié) : dans les limites de ses compétences, la Confédération prend des mesures afin de promouvoir la santé et de la protéger.*

Ce texte rejoint, dans une certaine mesure, la recommandation de Forum Santé-Gesundheit, sans que des buts de santé pour la population soient explicitement cités (mais ils peuvent être sous-entendus dans le terme d'approvisionnement adéquat).

La discussion sur cette initiative parlementaire n'a pas encore commencé. Plusieurs acteurs (Département fédéral de l'intérieur, Conférence des directeurs cantonaux de la santé) jugent qu'une telle discussion au niveau constitutionnel est actuellement inutile et qu'elle viendrait gêner les discussions plus spécifiques sur la révision de la LAMal jugées plus prioritaires.

Les débats au Parlement concernant le financement des hôpitaux, en particulier au Conseil national en mars 2007, montrent que les autorités politiques souhaitent maintenir une forme de planification de l'offre de traitements (hospitaliers) par les autorités cantonales, mais qu'en même temps elles souhaitent que la concurrence entre fournisseurs de prestations et le libre marché des assureurs maladie déterminent pour l'essentiel la nature de l'offre de traitements.

La question se pose également sur le plan cantonal, vu que les cantons sont en train de réviser leur offre hospitalière. On voit d'une part une tendance à autonomiser les structures d'entreprise des hôpitaux (Thurgovie, Berne, Zurich, Lucerne, Soleure…), d'autre part une tendance à mettre en réseau hiérarchisé les hôpitaux voire à les regrouper dans une structure unique sous le contrôle de l'autorité politique (Valais, Neuchâtel, Fribourg) ou à mieux définir leurs missions dans un plan cantonal (Vaud).

Ces deux tendances sont surtout imprégnées par une logique de gestion de l'offre, beaucoup moins par une analyse des besoins de la population et encore moins par une vision de réduction des discriminations.

On est donc loin de notre vision globale de la santé. Encore plus loin d'un glissement du "tout médical" vers une responsabilisation sociale ? Selon Forum Santé-Gesundheit quatre mesures pourraient être prises :

- Privilégier les approches globales de la maladie et de la prévention dans les stratégies de santé publique, dans les mandats que les autorités donnent aux institutions sanitaires, dans la formation des professionnels de la santé, et dans les régulations concernant les assurances sociales.

- Développer des chartes de qualité pour chaque secteur d'activité ou profession qui travaille dans la protection ou la promotion de la santé, sur la base de standards et de codes de "Best Practice".

- Développer le droit de la responsabilité collective dans le cadre d'une culture positive de l'erreur.

- Responsabiliser tous les acteurs de la filière santé, y compris les patients.

Réalisation :
Face à ces propositions, quels sont les thèmes qui ont été traités au Parlement ces 5 dernières années, depuis 2002 ? Avant tout des sujets budgétaires ! Le financement des hôpitaux, la compensation des risques, le financement des soins, le "Managed Care" et la "liberté de contracter", la révision de la LAMal et LPTh pour l'envoi de médicaments. Des thèmes certes importants, mais qui n'illustrent pas de vision globale…

1.3 Piloter le système de santé et maîtriser la qualité et les coûts

Pour piloter le système de santé, il faut des indicateurs d'objectifs et un tableau de bord des stratégies et des résultats, ce qui n'est pas le cas actuellement malgré les progrès accomplis dans la comptabilité analytique et la création de la base de données de *santésuisse*. L'Observatoire suisse de la santé devrait être chargé de collecter et diffuser les informations sanitaires et d'évaluer la qualité de la santé publique en termes d'efficience, de relations et de compétences, en analysant structures, processus et résultats au niveau fédéral et à celui des régions sanitaires.

Réalisation:
La mise en place de l'Observatoire de la santé (Obsan) depuis 2001 répond dans une certaine mesure à cette recommandation, et permet d'analyser et diffuser des données relevées par santésuisse. Les limites fixées à cette base de données ne permettent cependant pas de mesurer des résultats de santé, car elles ne comptent que les actes effectués/facturés, sans relation avec les diagnostics ni avec les résultats obtenus par les traitements.

La création d'une base de données complète (diagnostics – actes – résultats) n'est pas prévue et serait très difficilement réalisable dans les conditions cadre du système de santé suisse. Pour le reste, les analyses et publications de l'Obsan représentent un progrès sensible dans la connaissance du système de santé.

Les propositions de Forum Santé-Gesundheit sont simples, souvent peu coûteuses, mais pour le moment aucune initiative systématique et globale, avec financement fédéral, cantonal et des assureurs, n'est mis en place. Les axes politiques restent dans le domaine d'actions ponctuelles liées au contrôle budgétaire, et non dans le domaine d'une vision partenariale de la santé…

Constatant que le fédéralisme en matière de planification sanitaire ne permet plus une organisation cohérente des soins, Forum Santé-Gesundheit propose pour mieux piloter le système de santé :

- une planification sanitaire à l'échelle suisse et une organisation du pays en "bassins de santé" pour tenir compte de la demande. Cette double organisation permet une planification "par le bas" (bottom up) pour les soins de proximité et régionaux, et "par le haut" pour les soins de pointe et la médecine universitaire. Malgré les difficultés constitutionnelles que pose ce changement, il est nécessaire d'intégrer les critères de planification et leur échelle géographique dans toute réflexion globale sur les pratiques de santé.

- de renforcer le rôle de l'Etat Fédéral dans la fixation des droits et des actes liés à l'assurance de base et de développer son rôle en matière de garantie de la protection sociale par l'élaboration de cadres fédéraux en matière éthique et juridique. Ces cadres seraient fixés en accord avec les associations professionnelles et de patients. Il seraient gérés par les cantons dans les grandes régions sanitaires (groupements intercantonaux). Ils auraient aussi pour mission de surveiller la multiplication des équipements, voire de la contrôler, et de prévoir la densité de l'offre médicale en fonction des spécialisations. Seule cette régulation peut permettre de maîtriser l'offre des prestations.

La première proposition est liée au principe d'efficience et de mise en réseaux des établissements de santé dans le cadre des grandes régions sanitaires articulées autour des centres hospitaliers universitaires et des hôpitaux de soins aigus. La planification étudiée par le

Parlement en matière de médecine de pointe va dans ce sens. Elle renforce la solidarité tout en envisageant une meilleure coordination, source d'économies.

La deuxième proposition de Forum Santé-Gesundheit est liée au besoin de fixation de la couverture de l'assurance de base et de son financement, par une concertation entre Etat fédéral, association de professionnels de santé et associations de patients, pour bien évaluer et anticiper les dépenses liées aux choix effectués, dans le respect d'une santé publique de qualité.

Réalisation:
La révision LAMal au chapitre du financement des hôpitaux (débattue au Conseil National, 2ème conseil, les 20-22 mars 2007), a introduit les aspects suivants :

- *maintien de la pluralité de l'offre hospitalière : hôpitaux d'intérêt public (publics ou privés, mais sur listes cantonales, avec des mandats de prestations) et hôpitaux d'intérêt privé (sans mandat de prestation); les premiers sont financés par les cantons et l'assurance maladie de base, les deuxièmes seulement par l'assurance maladie + assurances complémentaires*

- *libre choix des patients : les patients auront accès librement à tous les hôpitaux d'intérêt public qui sont reconnus par au moins un canton dans sa liste cantonale; les hospitalisations sont alors payées par le canton et par l'assurance maladie de base;*
  libre choix aussi pour les hôpitaux d'intérêt privé si les patients ont les moyens de payer ce qui dépasse la contribution de l'assurance de base (personnellement ou par une assurance complémentaire pour le privé)

- *harmonisation du financement : tous les hôpitaux d'intérêt public seront financés selon le mode du paiement par prestations et selon une structure unique au niveau national de DRG (Diagnosis related groups - groupes homogènes de malades par pathologies); les prestations autres que les traitements seront financées selon les mandats de prestation donnés par les cantons (enseignement et recherche universitaire, services d'urgences, missions particulières, etc.)*

- *la planification des hôpitaux d'intérêt public est faite par les cantons, qui doivent se coordonner entre eux; la Confédération définira certains principes; il n'est pas prévu que la planification se fasse à l'échelle de grandes régions, mais ce serait possible si les cantons décidaient de le faire;*
  la coordination et la concentration des services de médecine hautement spécialisée serait faite par les cantons sou l'égide de la CDS; si elle n'y arrive pas , la Confédération le ferait.

En résumé: sous réserve de la planification à l'échelle de grandes régions, les recommandations devraient être applicables dès 2008 (avec 2-3 ans de mise en place), à moins que la discussion des dernières divergences conduise à un échec de la réforme.

Comme les cantons auront de très lourdes charges supplémentaires, notamment, environ 400 millions additionnels pour la libre circulation des patients dans toute la Suisse (jusqu'ici financée par des assurances complémentaires privées s'il n'y avait pas de raison médicale reconnue), ils pourraient combattre la révision adoptée.

2. AMELIORER L'EFFICIENCE ET LA COMPETENCE DU SYSTEME

2.1 Le droit à la santé

Forum Santé-Gesundheit propose, entre autres, d'encourager une réflexion approfondie sur les questions de droit à la santé, en tentant notamment de fixer les limites :

- de ce droit de la santé;
- des droits et des devoirs des patients;
- du droit à une information de qualité;
- du droit à la sécurité.

L'objectif final est de promouvoir la mise en place d'un droit de la santé et de l'environnement (naturel et social, y compris des conditions de vie), respectueux des libertés de chacun comme de l'intérêt sanitaire général. Là encore, dans ce domaine du droit de la santé, des chantiers sont ouverts, mais on ne voit pas encore, en 2008, de réalisations concrètes.

Réalisation:
Il n'est pas conduit de réflexion de fond sur la question des droits et devoirs des patients, du droit à la santé ou à l'information et à la sécurité des patients.

Tout au plus une réflexion est initiée par l'OFSP sur la notion de « compétences en santé » (health literacy, Gesundheitskompetenz) mais sans mandat de législation ni moyens permettant de déboucher sur une stratégie nationale sérieuse dans ce domaine.

Au plan politique et législatif, le Conseil fédéral et le Parlement (Conseil des Etats) rejettent l'initiative populaire UDC qui vise à limiter le catalogue des prestations de l'assurance maladie, donc rejettent un modèle de couverture santé sélective et à deux vitesses. La proposition de contre-projet élaborée par le Conseil des Etats n'aborde pas vraiment l'aspect des droits des patients (prestations, sécurité, qualité, information, etc.)

2.2 Efficacité et compétences

La première mesure envisagée par Forum Santé-Gesundheit, dans ce domaine, consiste à former en nombre suffisant des personnels de santé qualifiés, en repensant la formation pour développer l'esprit d'équipe et en revalorisant le statut des personnels soignants en particulier dans les professions en pénurie.

Réalisation:
La nouvelle Loi sur les professions médicales universitaires (LPmed) qui entre en vigueur au 1.9.07 va dans ce sens. Il n'y a pas d'orientation similaire au niveau national pour les professions de santé non universitaires.

La question de la pénurie de médecins et dans les professions soignantes fait l'objet de travaux de l'Observatoire de la santé, mais rien n'est décidé. Des mesures au niveau cantonal tendent à améliorer la formation post-grade spécifique pour les médecins de premier recours en développant les possibilités de formation au cabinet médical.

En outre, Forum Santé-Gesundheit propose de prévoir et de favoriser des partenariats en matière de santé en valorisant la proximité.

Réalisation:
Les décisions concernant la révision de la LAMal restent très limitées en ce qui concerne l'idée de favoriser un véritable travail en réseau des médecins et des autres fournisseurs de prestations. Il y a peu de chance que ces modifications de loi aboutissent à ce que les réseaux deviennent un modèle de référence dans l'organisation du système de santé.

Les propositions venant des médecins (surtout de la FMH) qui mettent l'accent sur l'organisation des professionnels de santé sont nettement moins écoutées que les propositions du DFI et des assureurs qui voient les réseaux comme une forme particulière d'assurance avec limitation du libre choix des fournisseurs.

Une valorisation des métiers de soignants est indispensable à la qualité des soins. Il en résulte, comme dans toute entreprise, une meilleure productivité et une qualité améliorée. Certes ceci génère d'abord des coûts de formations et de salaires, mais ensuite le fonctionnement des institutions pourrait être amélioré. Valoriser les soignants permet d'accroître l'efficacité ainsi que la qualité de l'encadrement et des soins. Ceux-ci pourraient développer une info-vigilance santé orientée vers l'efficience, en diminuant les risques superflus.

Réalisation :
Plusieurs cantons œuvrent déjà dans ce domaine, mais la valorisation est loin d'être atteinte.

Forum Santé-Gesundheit propose également de renforcer les initiatives d'enseignement des sciences sociales au sein des facultés de médecine et autres institutions de formation. Il s'agirait de fixer aux étudiants de médecine comme aux personnes suivant une formation continue, des objectifs de compétences en anthropologie et en sociologie de la santé, ainsi que dans le domaine des systèmes de santé. Cette expérience est déjà réalisée avec succès en Faculté Romande de Pharmacie.

Réalisation :
La loi sur les professions médicales universitaires adoptée par le Parlement en 2006 et qui entrera en vigueur au 1.9.2007 définit des domaines de compétences que doivent connaître les médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires et chiropraticiens, mais ne définit plus des branches d'enseignement. Ces dispositions concernent la formation initiale mais aussi la formation post-grade. Elles impliquent une accréditation fédérale des filières universitaires de formation et la mise en place d'un examen fédéral coordonné au plan suisse, au-delà de la formation universitaire de base selon Bologne (bachelor et master).

Dans une certaine mesure, cette recommandation est déjà suivie, mais il est difficile de juger si ces déclarations sur les objectifs de connaissance se transformeront effectivement en connaissance en anthropologie sociale et politique de santé acquises par les futurs médecins.

2.3 Développer les réseaux de soins

La LAMal a déjà institué en 1996 les bases légales pour des formes particulières d'assurance qui ont ouvert la porte à des organisations telles que les Health Maintenance Organizations (HMO) et les modèles de médecine de premier recours ou de limitation du choix des médecins. Néanmoins, les modèles de Managed Care ne jouent aujourd'hui, en Suisse, qu'un rôle très limité (env. 8-10% des assurés, et seulement dans certains cantons).

Réalisation :
Dans son projet de 2004, le Conseil fédéral entend améliorer les conditions-cadres de ces modèles, qui restent cependant des "formes particulières d'assurance" et ne sont pas vouées à devenir un principe général d'organisation. Ils continueront à exister parallèlement à la forme classique de l'assurance-maladie obligatoire et ne devraient pas être imposés aux assurés, ni aux assureurs et pas aux prestataires de soins.

Les révisions législatives concernant les réseaux de soins coordonnés traitent ceux-ci en tant que forme d'assurance et non en tant qu'organisation thérapeutique ; il n'est pas exclu de penser que des réseaux HMO ainsi mis en place adoptent des procédures de qualité et tendent vers une amélioration des résultats, mais cela se passe indépendamment des mesures prises par les instances de politique de santé.

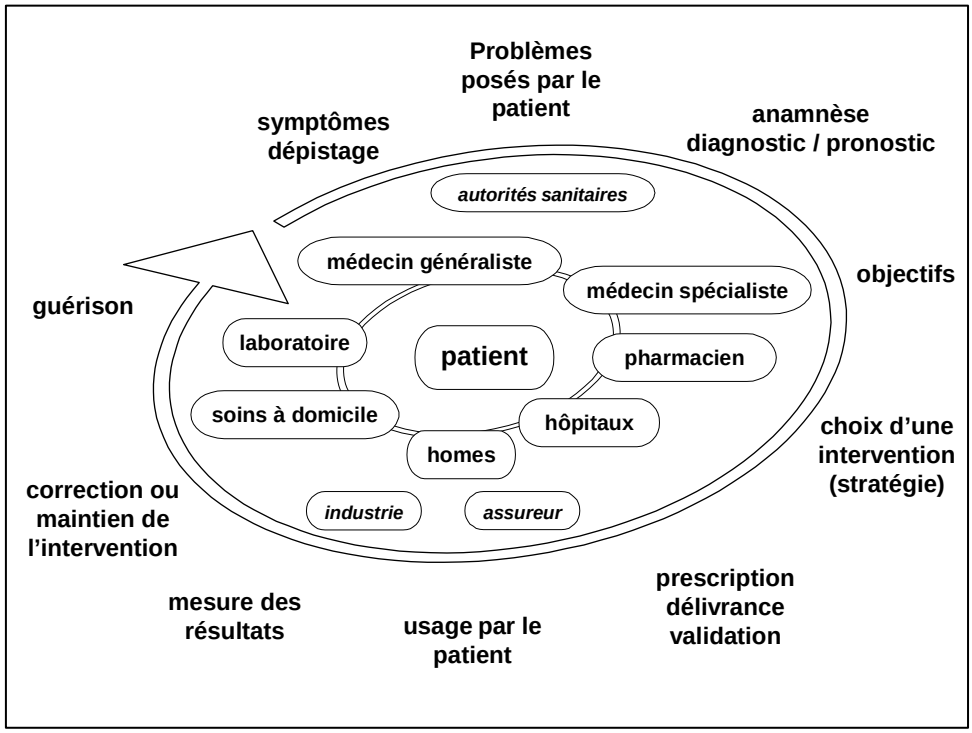
Une nouvelle initiative pourrait cependant aller dans le sens souhaité, celle d'un « disease management combiné avec un pool de hauts risques » , qui mettrait l'accent principal sur le pilotage clinique des traitements coordonnés par des centres de référence, et prévoirait de manière complémentaire un "pooling" au niveau de l'assurance maladie ; ce modèle peut avoir un certain potentiel ; toutefois, dans les conditions actuelles du système il s'agirait uniquement d'un modèle facultatif, donc qu'il devrait réunir suffisamment d'assureurs, suffisamment d'assurés et suffisamment de prestataires qui y adhéreraient pour qu'il ait les effets désirés. Il n'est pas envisagé d'en faire un modèle de base de l'offre de traitements médicaux.

La révision met donc l'accent sur la liberté contractuelle entre prestataires de soins et assureurs pour définir des solutions diverses, liées à des incitations financières. Elle inscrit la notion de réseau de soins intégrés dans la loi. Dans ces réseaux, les fournisseurs de prestations devraient exercer leur activité dans les limites d'une responsabilité budgétaire convenue avec les assureurs.

Pour le Conseil fédéral, les modèles de Managed Care devraient garantir des traitements de grande qualité grâce à la collaboration de tous les participants et utiliser au mieux les ressources existantes. On devrait atteindre cet objectif en intensifiant la collaboration des fournisseurs de prestations et en passant des conventions particulières de garantie de la qualité. Les avantages que l'on attend de ces modèles devraient les rendre attrayants non seulement pour les assurés, mais aussi pour les fournisseurs de prestations et pour les assureurs. La discussion est en cours au Parlement en liant Managed Care et "liberté de contracter".

Dans ce contexte, il apparaît essentiel d'optimaliser les réseaux, les cercles de qualité et toutes formes d'alliances thérapeutiques, pour chaque étape de la chaîne de soins, et tendre vers un "evidence based quality improvement".

Figure 1 : L'alliance thérapeutique



Pour Forum Santé-Gesunheit, les réseaux de soins (Figure 1) devraient être construits sur la base d'une coopération volontaire des acteurs, avec incitatifs financiers, et un véritable partenariat soignants-soignés. Un partenariat devrait être instauré avec les assureurs, pour bénéficier de leur compétence en matière d'économie et de procédures.

Pour Forum Santé-Gesundheit :

- Le réseau de santé va s'imposer comme une réponse nécessaire aux nouvelles attentes des patients et des professionnels de santé, à l'intégration de l'évolution des techniques médicales, des canaux d'information et des nouvelles formes de gestion dans un contexte de maîtrise des dépenses. Le réseau de santé répond à une modification des mentalités et des systèmes de prise en charge, de plus en plus construits autour du patient, dans l'idée d'un continuum des soins.

- Les professionnels de la santé doivent anticiper cette évolution et prendre les devants. Le fonctionnement en réseau implique une transformation en profondeur des habitudes et des schémas de pensée. La médecine de ville est aujourd'hui régie par le modèle de la profession libérale; le fonctionnement en réseau suppose des remises en cause, un apprentissage, un investissement personnel et la valorisation des complémentarités entre tous les soignants.

- Cette évolution peut et doit se révéler favorable pour toutes les parties prenantes : patients, professionnels de santé, payeurs publics et privés. Un réseau bien géré doit permettre aux équipes soignantes d'apporter un traitement optimal avec une efficacité accrue, par comparaison à la situation "atomisée" que nous connaissons aujourd'hui. Le réseau organisé peut ainsi dégager des avantages comparatifs qui devraient se traduire, pour les patients, par une meilleure qualité de la prise en charge et une maîtrise de l'augmentation des coûts.

Pour les professionnels de santé, le réseau apporte une amélioration du cadre de travail, avec des meilleurs échanges de compétences et d'informations, avec la création de synergies, nécessaires pour répondre aux défis des nouvelles techniques et technologies médicales. La collaboration interprofessionnelle améliore également la gestion du risque des soins (médicaux, infirmiers, médicamenteux).

Ce dernier critère doit être bien compris comme la recherche de la solution au meilleur coût pour les soins les plus appropriés, comme une relation entre les objectifs et les moyens (efficience), et non comme la recherche du meilleur marché et de l'économie à tout prix.

Le Managed Care, qui est une rationalisation de la prise en charge par des mesures structurelles, organisationnelles et d'approche sur une base scientifique et économique, représente un changement de paradigme dans la pratique médicale. Les expériences encore limitées en Suisse alémanique et encore plus réduites en Suisse romande montrent à la fois des succès indiscutables et de nombreuses questions encore sans réponse.

3. MIEUX CONNAÎTRE ET MIEUX INFORMER

3.1 Créer les instruments d'information indispensables sur le système de santé

Forum Santé-Gesundheit propose une transparence de l'information en ce qui concerne les prestataires de soins :

- Les données de coûts des traitements hospitaliers (par groupes homogènes de pathologies) doivent être harmonisées et rendues accessibles pour tous les hôpitaux dès l'application de la loi révisée. Les données sur les résultats de santé doivent être accessibles dans un délai de 5 ans.

- Des données analogues de coûts et de résultats de santé doivent être mis en place dans le secteur de la médecine ambulatoire, des soins de longue durée, des médicaments et des prestations techniques (laboratoire, physiothérapie, médecine technique…) dans un délai de 5 à 10 ans.

- Des indicateurs d'efficacité et d'économie du système de santé, tenant compte des formes d'organisation des soins (libre pratique, managed care, soins coordonnés...) doivent être développés au niveau national et régional dans un délai de 5 à 10 ans.

Réalisation:
La mise en place d'un système d'information statistique sur les traitements hospitaliers (y compris par DRG) a été approuvée avec la révision de la LAMal au chapitre du financement des hôpitaux; un financement de ces statistiques supplémentaires par l'assurance maladie a été refusé, donc le financement doit être assuré par l'Etat; ce système d'information donnera des indications sur les cas traités (activité) et sur les coûts, mais il n'est pas certain qu'il soit capable de documenter les "résultats de santé" des traitements effectués.

La mise en place d'un système d'information sur les traitements ambulatoires reste très embryonnaire et se limite actuellement au "Datenpool" de santésuisse, qui est notamment analysé par l'Observatoire de la santé. Ce "Datenpool" ne recouvre que des données agrégées sur les factures de traitements adressées aux caisses maladies; il ne

contient pas d'informations sur les raisons de traitement (diagnostics), ni sur le détail des prescriptions médicamenteuses (choix, volume), ni sur les résultats de traitements. Pour des raisons budgétaires, le projet de statistique des traitements ambulatoires que devrait réaliser l'Office fédéral de la statistique ne peut pas se mettre en place.

Il n'est pas prévu de créer des indicateurs d'efficacité du système de santé. Une revue du système de santé comme vient de faire l'OCDE et l'OMS ne sera pas répété de sitôt. Il existe en revanche un "envoi" continu des principales données économiques et d'activités du système de santé suisse dans la banque de données "health data" de l'OCDE.

Par ailleurs, Forum Santé-Gesundheit propose une transparence de l'information de la part des autorités :

- Les critères de décisions des autorités quant au remboursement ou non des prestations / des médicaments doivent être accessibles au public.

- Les critères de décisions des autorités quant à l'inscription ou non d'établissements sur la liste des hôpitaux, ainsi que les missions qui leur sont attribuées, doivent être accessibles au public.

Réalisation :
Il n'est pas prévu de donner plus de publicité qu'actuellement aux raisons des décisions (de la Commission fédérale des prestations, de la Commission fédérale des médicaments et du Département fédéral de l'intérieur) concernant le remboursement ou non des prestations.

Le principe de publicité des documents de l'administration fait qu'en règle générale les données écrites scientifiques, économiques et politiques qui sous-tendent ces décisions devraient être accessibles si des citoyens en font la demande. Mais est-ce le cas ?

Les critères de décisions concernant la mise ou non d'hôpitaux sur les listes sont généralement connus, vu qu'il s'agit de décisions politiques démocratiques (décisions de grands conseils) ou administratives (décisions de Conseils d'Etat), qui font généralement l'objet de consultations.
Il est prévu que les recours au Conseil fédéral contre l'inscription (ou non inscription) d'hôpitaux sur les listes cantonales ne pourront plus concerner les options de planification mais seulement des aspects de procédure.

3.2 Rendre l'information accessible à la population

Dans une optique de qualité de la santé publique, l'information constitue, on le voit, un élément incontournable. Celle visant le patient notamment est un secteur dans lequel les réflexions et les réalisations sont nombreuses. En outre, au sein de la population, l'intérêt quant aux informations relatives à la santé augmente. En Suisse romande, il existe déjà une brochure, gratuite, éditée par les cantons, qui renseigne les patients sur leurs droits. La réalisation et la diffusion d'un guide concernant les moyens d'obtenir des informations dans le domaine de la santé, devraient être effectuées par les autorités de santé dans l'ensemble de la Suisse de manière cohérente (par exemple s'appuyant sur le modèle romand précité). En effet, le patient est souvent désarmé face au milieu médical perçu comme tout puissant. S'il est bien informé, il est certain qu'il lui est plus facile d'évaluer sa situation et de faire valoir son point de vue.

Réalisation:
Il n'est absolument pas prévu de créer un véritable guide d'information (dépassant le niveau de la brochure existante) pour aider les patients à se retrouver dans le système de santé. En revanche, il existe une offre très complète de moyens d'information à l'intention des habitants étrangers, en tant que mesure destinée à favoriser l'information et l'accès des migrants au système de santé: une série de brochures sur la santé et le système de santé/assurances existe en de nombreuses langues.

La médecine est devenue depuis longtemps pour tous les médias un thème important; les rédactions lui accordent une place qui ne cesse d'augmenter, mais la qualité de l'information pose problème. Cela est particulièrement vif pour les sujets véhiculés par internet. Pour faire face à cette situation et guider le patient dans la jungle de la toile, un projet d'évaluation des sites internet consacrés à la santé en Suisse avait été proposé par plusieurs groupes de réflexion. Ce projet n'a pu aboutir faute de financement. Par ailleurs, un projet d'audit de qualité des sites internet touchant aux médicaments est en développement : une association, SPQA (Swiss Pharma Quality Association), sous contrôle d'un comité neutre et de Swissmedic, se propose de valider la qualité et la pertinence de l'information des sites pharmaceutiques. Forum Santé-Gesundheit propose de soutenir cette initiative et de généraliser les procédures de certification des sites internet concernant la santé, à des fins d'objectivité.

Réalisation:
La stratégie e-Health de la Confédération, actuellement en cours de consultation, prévoit de développer des critères de qualité pour les sites internet relatifs à la santé et en particulier pour les portails internet des collectivités publiques. Il s'agit d'un processus à long terme ambitieux et difficile. Il s'inspire notamment du modèle de la Fondation HON (Health On the Net) que soutient d'ailleurs la Suisse et l'OMS, mais que la Suisse n'a pas encore cherché à appliquer pour ses propres sites d'information.

Si le problème de la qualité des informations est une chose, la question de la limite entre information et publicité en est une autre. En matière de médicaments ou de traitements, comment définir ce qui relève de la publicité ou de l'information scientifique ? L'application d'une réglementation plus précise dans ce domaine serait souhaitable, autant pour des raisons éthiques qu'afin d'assurer la sécurité des patients.

Réalisation :
Une réglementation existe déjà dans la Loi fédérale sur les produits thérapeutiques. Elle laisse une marge d'interprétation trop grande aux entreprises pharmaceutiques qui attirent l'attention de la population sur des symptômes et troubles (vessie hyperactive... migraine...). Il n'est pas prévu de changer cette situation.

Par ailleurs, l'industrie pharmaceutique soutient activement de nombreux groupes de malades (concernés par une maladie spécifique) dans le cadre de l'association Patienten.ch (voir www.patienten.ch), association explicitement appuyée par Interpharma et par l'Académie suisse des sciences médicales. Cette situation conduit à des conflits d'intérêts. Elle est pourtant favorisée par le fait que le Conseil fédéral et le Parlement refusent de donner un soutien aux organisations d'entraide de patients.

La réglementation est nécessaire mais non suffisante : dans notre société où l'internet permet d'avoir accès à une information "sauvage" et sans frontières, il est essentiel de canaliser la recherche des patients vers l'information de qualité. L'information du patient, si elle est importante, doit être contrôlée et réglementée pour éviter les dérives et les abus. Les propositions que nous faisons vont dans ce sens.

Les lieux et les conditions de rencontre entre les patients et le monde de la médecine ne sont de plus pas toujours favorables à un échange équitable. Forum Santé-Gesundheit propose de créer des structures communautaires – paramédicales, médicales et sociales -, permettant d'intégrer le rôle de conseillers en santé. Ceux-ci pourraient constituer un lien entre les divers savoirs médicaux (populaire, officiel, alternatif), afin d'aider le patient dans ses choix. Ce type de conseil est particulièrement bien adapté aux zones périphériques, dans lesquelles les différents éléments qui composent le tissu médico-social spécialisé sont généralement éloignés les uns des autres ou parfois difficiles d'accès. Dans les zones urbaines, les réseaux de soins coordonnés seraient susceptibles de jouer ce rôle de conseiller en santé, en s'alliant les compétences d'infirmières en santé publique et d'intervenants sociaux.

Réalisation :
Il n'existe actuellement aucune volonté politique ni professionnelle afin de réaliser un tel vœu. Il existe cependant des initiatives locales destinées en particulier aux personnes concernées par un besoin de soins et d'aide (maladie chronique ou vieillesse, mais aussi dans le domaine de la petite enfance).

En revanche, il existe des initiatives allant dans ce sens dans le domaine de l'interprétariat culturel médical destiné aux personnes migrantes, comme déjà indiqué en ce qui concerne les guides d'information. Les médiateurs et interprètes culturels sont de plus en plus souvent sollicités par certains grands hôpitaux pour accompagner la prise en soins de personnes issues de la migration.

Il est certain que ces médiateurs et interprètes tiennent comptent de la perception de la maladie selon les modes de compréhension "populaires" et "ethniques" des patients et font le pont avec le discours de la médecine hospitalière. Une telle passerelle culturelle n'est pas du tout envisagée pour la population suisse.

Les points ci-dessus visent à encourager des échanges d'informations entre les patients et les prestataires de santé. Or, le système associatif des patients suisses est extrêmement fragmenté, très peu structuré et souffre d'un manque de représentativité démocratique. Afin d'y remédier, Forum Santé-Gesundheit propose de mettre en place une organisation faîtière nationale rassemblant les intérêts des patients et légitimée pour dialoguer avec les autres acteurs. Ceci suppose également une reconnaissance officielle fédérale.

Réalisation:
Aucune pour le moment.

3.3 Améliorer la responsabilisation et les modes de vie

Forum Santé-Gesundheit propose de mettre en place des instructions pédagogiques afin de responsabiliser les jeunes consommateurs-trices par rapport au mode de vie et de consommation.

Selon de nombreuses études traitant de la santé selon une vision globale, 40 % de l'espérance de vie dépend du mode de vie et 20 % de l'environnement. Pourquoi ne pas tenir compte de ces deux variables dans les politiques sociales pour favoriser une meilleure santé ? Tout d'abord une triple prévention, financée par des taxes sur des produits reconnus comme néfastes à la santé, est à mettre en place ; une taxe sur le tabac pourrait ainsi financer la prévention du tabagisme, une autre sur l'alcool pourrait soutenir la prévention de l'alcoolisme, enfin, une taxe sur les polluants environnementaux pourrait aider les initiatives à visée environnementale. Ensuite les expériences existent pour lutter contre la sédentarité, pour aider à mieux s'alimenter, pour rendre les "acteurs"-"partenaires" des professionnels de santé. Ces propositions, associées à une prévention sur le style de vie, permettent de retarder, voire d'éviter certaines pathologies.

Réalisation:
Un projet de nouvelle législation sur la prévention et la promotion de la santé qui devrait être approuvé par le Conseil fédéral en 2007 (mandat de légiférer) devrait renforcer la position de la prévention et de la promotion de la santé dans l'équilibre général du système de santé.

Ce projet se limite surtout à une meilleure conduite des programmes de prévention par la Confédération et par les agences qui sont mandatées par elle (Bureau de prévention des accidents, SUVA, Promotions santé suisse…). Il n'est pas envisagé une approche fondamentalement plus globale de la santé et de la maladie.

Par contre, des programmes spécifiques de prévention ouvrent des perspectives vers une approche plus globale, notamment dans les domaines de l'alimentation (travail avec les industries alimentaires) et de la santé au travail (work life balance).

Il s'agit ainsi de promouvoir une politique, qui évite le "tout médicament", le "tout hôpital", limite "l'information-promotion", et qui incite au contraire à l'amélioration du style de vie. Mais rien n'est prévu de façon systématique dans ce sens.

Dans une société consciente du principe de précaution, les campagnes de prévention restent pourtant très spécifiques à certains facteurs de risques comportementaux (alimentation, activité physique, tabac, alcool, sida, sécurité face aux accidents, etc.) et ne visent pas un développement des compétences en santé (au sens de savoir se maintenir en santé, savoir se soigner, savoir utiliser intelligemment les services de santé, etc.)

Forum Santé-Gesunheit encourage également l'utilisation des nouvelles technologies pour améliorer l'information aux professionnels et aux patients, et le contrôle de cette information (carte de santé et accès au dossier médical des patients).

Réalisation :
La stratégie e-Health de la Confédération – actuellement en cours de procédure de consultation – va effectivement dans ce sens. Elle prévoit la mise en place de la carte électronique d'assuré, extensible en direction d'une carte de patient permettant l'accès au dossier médical électronique (mais cela prendra encore un certain nombre d'années, si les décisions sur l'accès au dossier médical sont prises).

La mise en place d'une carte patient est également indispensable à la fois pour améliorer la qualité des prestations, éviter les répétitions d'examens ou le tourisme médical. En favorisant l'information dans les rapports patient-soignant elle permet une meilleure prise en charge, en

particulier une continuité des soins (par exemple hôpital-ambulatoire), tout en générant des coûts moindres, dans le cadre de prises de décisions concertées. Elle facilite l'envoi des patients vers les spécialistes adaptés, et évite la multiplication des actes. Elle permet aussi de rationaliser les soins ambulatoires. Bien sûr, celle-ci devra être sécurisée et confidentielle.

Réalisation :
Une carte d'assuré sera peut-être introduite en 2008. Son extension à une carte de patient est possible, mais sous des formes assez limitées en l'état actuel. La stratégie e-Health de la Confédération devrait définir les conditions et la mise en œuvre en vue de cette extension jusqu'à l'accès au dossier électronique de patient.

Il n'est pas certain que cette innovation inclura ou non la création de bases de données servant à mieux connaître et analyser l'activité médicale.

4. FINANCEMENT ET SOLIDARITE

4.1 Une concurrence limitée et régulée

Même avec une planification sanitaire améliorée, les dépenses de santé ne seront pas stabilisées. Forum Santé-Gesundheit accepte ce scénario de hausse, pour éviter le rationnement des soins sur la base de critères d'âge ou autres. Cela suppose donc de dégager les moyens nécessaires, puisque le système de financement actuel touche à ses limites et que le potentiel de participation financière atteint ses limites pour de nombreux groupes sociaux. Les débats sur les solutions sont nombreux. Un consensus existe sur la nécessité de rationaliser, d'améliorer la cohérence des processus et d'éliminer les gaspillages, même si la réalisation de ces programmes bute contre les barrières corporatistes, administratives et économiques. Hormis cette rationalisation, les autres solutions sont simples : soit on limite les coûts en contrôlant l'offre et la demande, soit on dégage de nouvelles allocations budgétaires. Pour Forum Santé-Gesundheit, cette deuxième voie est la seule permettant de préserver les principes d'universalité, de solidarité et d'égalité. Quelles sont donc les solutions possibles pour l'assurance de base en Suisse ?

Le défi qui s'impose à la LAMal est de réaliser des conditions-cadres pour une concurrence efficace, sans limiter pour autant la solidarité entre les assurés. Même si concurrence et solidarité sont des concepts opposés, ils ne s'excluent pas mutuellement. Introduire la notion de concurrence dans un système d'assurance-maladie solidaire vise, par le libre choix des assurés, à inciter les caisses et les fournisseurs de soins à améliorer leur efficacité et leur rentabilité, tout en refusant de sacrifier pour cela la sécurité du patient.

C'est en reconsidérant les conditions-cadres de la concurrence qu'un lien solide pourra être formé entre concurrence et solidarité, ce qui implique une limitation de la liberté sous la forme entre autre de prix administrés, d'interdiction de publicité et de cloisonnement du marché. Ces conditions permettraient de poser un cadre plus strict à la concurrence entre les fournisseurs. Idéalement, la concurrence ne devrait pas inciter les prestataires à rechercher des avantages sur leurs concurrents (bénéfices, revenus, parts de marché) en pratiquant la sélection des risques (caisses-maladie) ou en fournissant des prestations superflues ou non rentables (prestataires).

Forum Santé-Gesundheit propose une concurrence limitée et régulée, sans sélection des risques qui conserve une dimension primordiale de service public :

- La concurrence entre les assureurs maladie organisée autour de la chasse aux bons risques doit être totalement évitée, car elle est contraire aux objectifs du système de santé.

- Des mesures de surveillance d'une part, des incitatifs économiques d'autre part (amélioration de la compensation des risques) doivent cadrer autant que possible cette concurrence.

- La concurrence entre assureurs dans le domaine de l'assurance de base concerne premièrement la qualité du service aux assurés, deuxièmement l'offre de contrats d'assurances particulières de type Managed Care.

- Une claire séparation des assurances de base LAMal et des assurances complémentaires, voire même des assurances privées (par exemple assurances pertes de gain) doit être garantie par l'Etat.

De plus, dans le cadre de la concurrence pour la couverture universelle des besoins Forum Santé-Gesundheit propose :

- La régulation paritaire du marché de la santé (tous acteurs du système confondus) pour assurer :
  - l'accès de chacun aux soins nécessaires
  - l'amélioration de la qualité des prestations et du système dans son ensemble
  - la maîtrise des coûts dans des limites socialement supportables.

- La mise en œuvre d'un véritable marché social régulé pour permettre à chacun de bénéficier des innovations médicales et pharmaceutiques intégrant de véritables critères d'adéquation, d'efficience et d'innovation.

<u>Réalisation :</u>
Il n'est pas prévu, (dans les réformes discutées au parlement fédéral de 2002 à 2007) d'interdire la concurrence entre assureurs visant la sélection des bons risques / l'exclusion des mauvais risques; tout au plus le mécanisme de compensation des risques pourrait être affiné afin de mieux protéger les assureurs qui regroupent un grand nombre de malades lourds.

Une dissociation plus stricte entre assurance de base et assurances complémentaires, dans la gestion par les assureurs, n'est pas non plus prévue.

La philosophie de la concurrence comme moyen de gestion du système de santé est réaffirmée par les acteurs dominants du système depuis l'échec de la votation sur la caisse unique. La tendance est donc, à l'évidence, de donner toujours plus de pouvoir aux assureurs comme "acheteurs de prestations" et donc comme intervenants sur l'offre de traitements et sur la demande par les assurés malades. Leur compétence à jouer ce rôle n'est pas mise en question. La position des médecins conseils des caisses devient plus forte.

La régulation du système de santé garantit l'accès de chacun aux traitements médicaux et soins nécessaires, mais cette garantie pourrait être menacée, et elle l'est déjà à de nombreux égards. Les règles d'efficacité, adéquation et économicité ne peuvent pas être appliquées de manière systématique et vérifiable, ni au niveau individuel ni au niveau de l'organisation du système. L'accès de chacun à une très large palette de traitements

médicaux et soins supposés de bonne qualité, supposés efficaces, supposés adéquats et supposés économiques est garanti.

Il y a en revanche dans certains domaines des tendances restrictives qui pourraient être sérieusement dommageables pour les patients lourds, chroniques et compliqués. Les restrictions nouvellement introduites dans le domaine de la psychothérapie ouvrent la porte à de dangereux arbitraires.

Pour assurer le lien entre les intérêts des assureurs et ceux des patients, Forum Santé-Gesundheit recommande d'ouvrir les modalités de décisions stratégiques des assurances aux assurés, afin d'impliquer les patients. De plus, les conseils d'administration pourraient être élus par les assurés et leurs représentants dans les organisations de patients, selon une conception démocratique du fonctionnement des caisses.

Réalisation:
Il n'existe officiellement aucune volonté en vue de mettre en place une organisation représentative des patients en Suisse, et le système continue à appeler les SPO/OSP ou les Patientenstellen à déléguer des personnes dans des commissions et groupes de travail sans s'interroger sur leur représentativité.

Dans le domaine de l'assurance, le Parlement traite de la compensation des risques, de la révision de la LAMal et LPTh pour l'envoi de médicaments, de la révision de l'Art. 64a sur les mauvais payeurs de primes. Des chantiers sont ouverts dans ces domaines précis.

4.2 Modification de l'assurance de base

Pour limiter les dépenses de l'assurance de base, deux propositions existent :

- réduire le catalogue des prestations de cette assurance pour en limiter les coûts
- sortir de cette assurance les cas de fin de vie et de maladies graves et chroniques

Dans le premier cas apparaît l'aggravation du risque d'une médecine à deux vitesses, dans le deuxième, la nécessité de sources de financement complémentaires. Cherchons donc ces sources, puisque Forum Santé-Gesundheit souhaite un système de santé de qualité, tout en acceptant une révision de la liste des spécialités et du catalogue des prestations, pour réduire ce qui peut être qualifié de "thérapies de bien-être", sans toucher au principe de l'existence de prestations sociales fondamentales et obligatoires.

4.3 La réforme du financement des hôpitaux

Le Parlement est arrivé à la conclusion qu'il convient de modifier non seulement le financement hospitalier, mais aussi la compensation des risques. Il a décidé de tenir compte, en plus des critères de l'âge et du sexe, du risque de maladie élevé.

Réalisation :
Le financement des hôpitaux par un système forfaitaire par cas et par pathologie (DRG) qui encourage fortement l'efficience et permet également une concurrence accrue par le biais de la comparaison entre établissements (Bench Marking) est également à l'étude. L'équité de la mise en œuvre d'un tel système repose largement sur une classification des

patients et un recensement de critères adéquats. L'association SwissDRG, qui regroupe tous les partenaires principaux à l'échelon suisse, les cantons par le biais de la Conférence des directeurs de la santé (CDS), les assureurs représentés par Santésuisse, les hôpitaux publics et privés représentés par H+, et la Fédération des médecins suisses (FMH), a retenu le système allemand de classification, lui-même inspiré de l'australien. Ce dispositif, dont la mise en œuvre représente un effort structurel et opérationnel considérable, devrait entrer en fonction en 2009-2010; nous le souhaitons en sachant que le principal risque d'un tel système forfaitaire, qui doit inciter à la performance, est en quelque sorte son immoralité : "moins on fait, plus on gagne". Il est donc indispensable d'y mettre des garde-fous sur le plan de la qualité des traitements hospitaliers.

4.4 Les sources de financement complémentaires

Une première solution qui serait envisageable est celle de la "capitalisation santé" obligatoire dès 50 ans, puisque les personnes, en fin de vie active, disposent de plus de richesses que les classes jeunes. Les sommes épargnées pourraient servir de complément d'assurance–santé pour couvrir certains frais de maladie lors de la retraite (en sus de la couverture LAMal) et soulager la charge des familles.

Une deuxième solution serait liée au concept de solidarité entre les générations, en sollicitant la participation des personnes âgées (de plus de 65 ans), à partir d'un certain revenu. Actuellement cette participation disparaît à la prise de retraite, alors que ces personnes peuvent disposer de revenus confortables, leur permettant de contribuer aux cotisations de l'assurance vieillesse.

Une autre voie discutée, mais sans doute repoussée depuis le vote de mars 2007 sur la Caisse Unique, est celle d'un cofinancement, parallèle aux cotisations actuelles, sur la base d'un prélèvement plafonné sur les revenus, comme dans de nombreux pays occidentaux. Les cotisations ainsi prélevées pour des prestations précises s'ajouteraient à celles mobilisées actuellement au titre de solidarité. L'introduction d'un tel modèle doit intégrer des éléments de réflexion sur le rééquilibrage de la solidarité entre jeunes familles et personnes âgées, pour ne pas léser les jeunes. Par ailleurs un pourcentage de la TVA consacré à la santé présenterait l'avantage de toucher les personnes en fonction de leur potentiel de consommation, mais indépendamment de leur âge ou de leur taux d'activité.

Par ailleurs, il serait nécessaire d'arrêter le désengagement fédéral en matière de financement de la santé, pour retrouver des niveaux (pourcentages) de participation équivalents à ceux des années 1980.

Réalisation :

Pas de modification fondamentale du financement qui reste basé sur trois piliers (mais pas ceux suggérés) : assurance maladie, impôts et paiements directs par les individus (environ en trois tiers égaux)

Les décisions récentes ont plutôt eu pour effet d'augmenter la part payée par les individus (hausse des franchises, hausse des participations sur les médicaments originaux, hausse des primes maladie, participation des patients au financement des soins de longue durée…) et d'augmenter la part payée par les pouvoirs publics (hausse des contributions destinées à abaisser les primes, hausse de la part cantonale au financement des hôpitaux, paiement par les cantons des hospitalisations hors canton payées jusqu'ici par une

assurance complémentaire). La part payée par l'assurance maladie et les autres assurances sociales reste relativement constante.

Des financements « maladie » par l'AVS ne sont pas prévus (sauf une nouvelle indemnité d'impotence de degré faible destinée à faciliter le recours aux soins à domicile), mais plutôt par les prestations complémentaires (élévation du plafond des PC-AVS pour payer les soins de longue durée en EMS).
Un financement par capitalisation facultative à l'approche de la retraite est à l'étude, mais ne concerne que les personnes suffisamment aisées pour faire des économies (fiscalement avantagées).

Il n'est pas prévu de Fonds de santé payé par les acteurs économiques ni de cofinancement par la TVA. Au contraire, il est envisagé de soumettre les soins de santé à la TVA, ce qui constituerait une augmentation de la participation individuelle pour les personnes malades, surtout les malades graves et chroniques.

4.5 Le système de santé Suisse et l'Union Européenne

L'avenir du système de santé suisse va dépendre de plus en plus de l'évolution de la situation sur le plan européen. Jusqu'ici, cet état de fait n'a quasiment pas été pris en considération. Jusqu'aux arrêts pionniers rendus en 1998 par la Cour de justice européenne, les différents systèmes de santé nationaux dans l'espace européen étaient presque complètement cloisonnés; ils n'étaient pas encore influencés par les profondes mutations économiques et les principes de libre circulation des marchandises et des personnes.

L'UE et la Commission ont mis l'accent depuis plusieurs années sur la sécurité et la qualité des produits. La directive Bolkenstein a facilité la libre circulation des produits, médicaments inclus, avec l'introduction du principe du cassis de Dijon. Mais l'UE n'admet pas pour autant les importations parallèles à partir d'états tiers. Ces préoccupations de sécurité ont abouti dans le domaine de la santé à une coopération accrue entre états-membres et une coordination des politiques en matière de santé publique.

Les orientations stratégiques ont été définies par un document publié en 2002 et matérialisée par le programme de promotion de la santé et de protection des consommateurs 2003-2007 et actuellement 2007-2013. La santé est reconnue comme un bien déterminant de la croissance économique. Les objectifs du programme en cours sont de promouvoir la sécurité sanitaire des citoyens, promouvoir la santé pour renforcer la prospérité et la solidarité, et produire et diffuser les connaissances en matière de santé. L'accent est mis également sur une coopération transfrontalière entre les systèmes pour éliminer les disparités et développer une information commune. A la suite d'une procédure de consultation lancée fin 2006, la Commission a réactualisé sa stratégie. Dans un document publié en février 2007, elle entend consacrer de nouveaux efforts pour développer un système d'information européen en matière de santé complété par un accès ouvert aux données comparables. A ce dispositif s'ajoute la mise en place d'indicateurs de résultats et de processus. La carte de santé européenne fait également partie de ces développements. C'est dans ce cadre également que le Parlement européen a mis en place la directive 36/2005 portant sur la reconnaissance mutuelle des diplômes et de la formation professionnelle entrée en vigueur le 1er septembre de cette année.

Les accords bilatéraux avec l'UE sur la liberté de circulation des personnes ne permettent pas à la Suisse de rester à l'écart de l'évolution. Le marché intérieur européen et ses principes de base en matière de santé et de protection des consommateurs ne peuvent plus continuer à être ignorés sur le plan national lors de futurs projets de réforme.

5. VERS "UNE FEUILLE DE ROUTE" DE LA SANTE : RECOMMANDATIONS 2008 DE FORUM SANTE

Une politique globale de santé : les priorités de Forum Santé-Gesundheit

A la lecture de ce texte apparaît une hiérarchie de priorités pour Forum Santé-Gesundheit :

- Tout d'abord il est indispensable de concevoir le système santé de façon globale et de considérer la santé comme un investissement économique et social.

- Ensuite l'Etat doit avoir la responsabilité publique constitutionnelle de la santé de la population.

A partir de ces deux priorités, Forum Santé-Gesundheit propose :

- de responsabiliser tous les acteurs de la filière santé, y compris les patients, grâce à des mesures éducatives, institutionnelles et juridiques, pour atteindre un objectif, la santé de la population.

- de maintenir une concurrence limitée et régulée, selon le principe de solidarité sans sélection des risques.

- d'améliorer l'ensemble des informations sur le système santé pour que celui-ci puisse être piloté par les acteurs responsables.

- de favoriser les réseaux de soins, les partenariats en santé et le Managed Care.

C'est ainsi, en associant des solutions de qualité de vie, de compétences, de réseaux, non nécessairement médicaux, à des financements, qu'il sera possible de maintenir des soins de qualité pour tous. Grâce à ces fonds et grâce à une prévention et à une gestion améliorée, nous pourrions faire face aux besoins de demain. Il resterait à modéliser les avantages de chaque mesure, dans le cadre de la planification sanitaire, pour programmer ces politiques dans le temps.

Nous proposons donc aux autorités fédérales et cantonales, et aux gestionnaires de nos systèmes de santé, en association avec les groupes professionnels et les patients, de lancer un processus de création d'une véritable "feuille de route" (road map) pour la santé. Ce processus pourrait se dérouler en quatre étapes qui nécessiteraient chacune une analyse spécifique. Les mesures présentées dans ce document en seraient les composantes sur la base de la Figure n° 2 "Une feuille de route pour la santé".

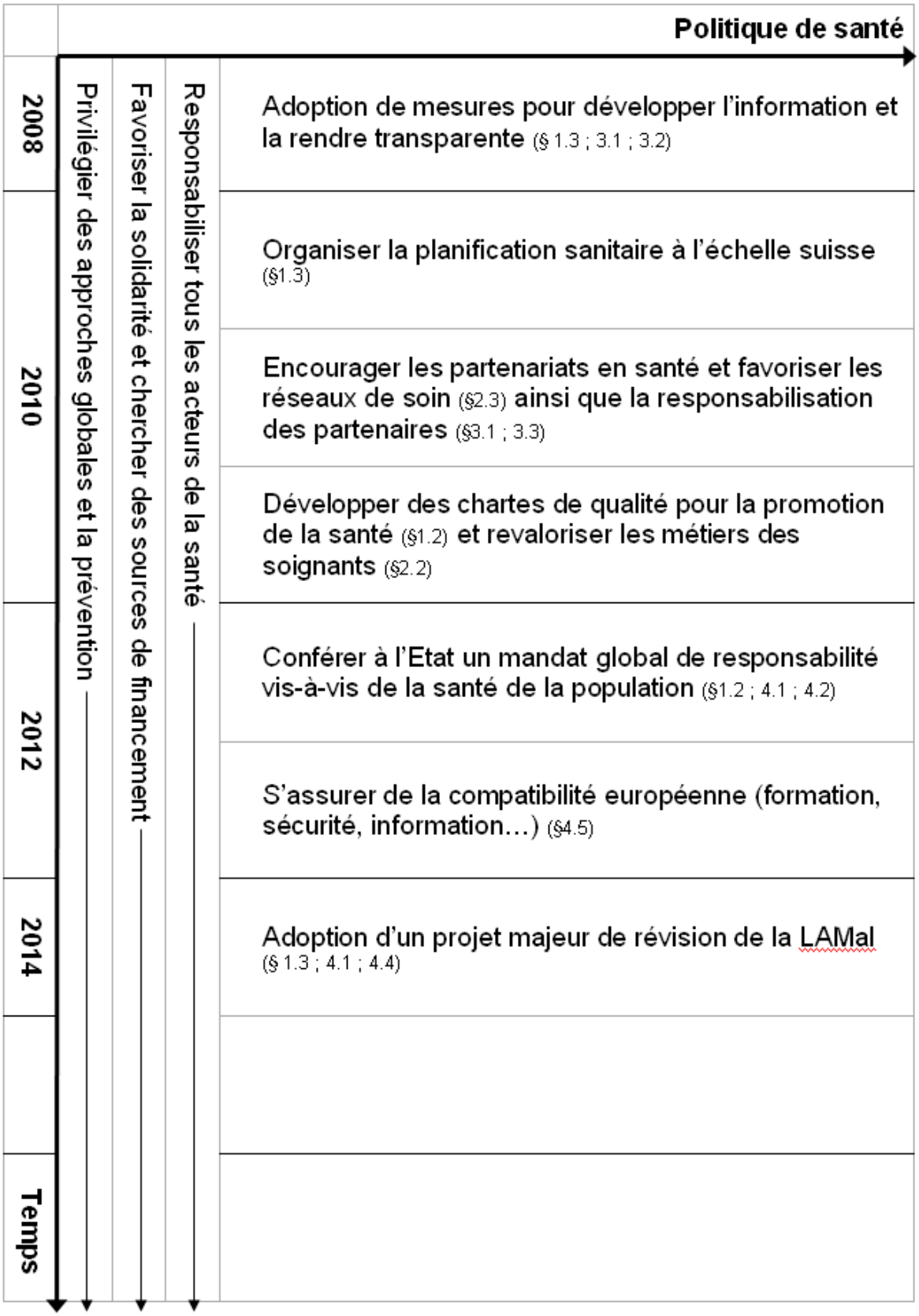
1. Développer immédiatement l'information sanitaire et la rendre transparente à tous les niveaux, avec des indicateurs forts. Chaque partenaire du système de santé est responsable de l'élaboration des données le concernant et de leurs mises à disposition.

2. Organiser la planification sanitaire à l'échelle suisse, encourager les partenariats en santé, le Managed Care et les DRG, par des mesures d'appui, de formation et de gestion.

3. Développer des chartes de qualité pour la promotion de la santé et revaloriser les métiers de soignants; améliorer le pilotage du système de santé en définissant clairement les responsabilités de l'Etat, intégrant une vision globale de la santé.

4. S'assurer de la compatibilité européenne des réformes mises en place en particulier sur le plan de la formation, de la sécurité sanitaire, de la qualité, ainsi que des données et des systèmes d'information sanitaire.

Figure 2 « Une feuille de route pour la santé »



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Actes des entretiens de Beaulieu 2000 : Etre soigné demain : qui, par qui, où et comment ?, *Médecine et Hygiène*, n° spécial (juin), 2001, 40 p.
- Albrecht G.L. (et AL. EDS), Handbook of social studies in health and medicine, London, Sage, 2000
- ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) : *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, Paris, 1999
- Bailly A., Périat M. : Santé et vieillissement, *Kardiovaskuläre Medizin* ; 2003, 6 : 12-18
- Bailly A., Bernhardt, M. : Les buts du système de santé : qui décide de quoi ? *Primary Care*, n°2, 2002 : 334-336
- Bailly A., Bernhardt M., Gabella M. : *Pour une santé de qualité en Suisse*, Economica, Paris, 2003 et 2006
- Bailly A., Mirimanoff P. : Etre soigné demain : qui, par qui, où et comment, *Médecine et Hygiène*, n° spécial, 2001
- Bailly, A., Bernhardt, M.: La médicométrie pour une approche globale de la santé publique, in Pfister B. et al., *Finances et territoires*, Presses polytechniques et universitaires romandes, Lausanne, 1999
- Bailly, A., Périat, M. : *Médicométrie : une nouvelle approche de la santé.* Economica, Paris, 1995
- Bailly, A. : Health policy in Switzerland, in Casparie, A. et al. (éds), *Health care in Europe after 1992*, Aldershot, 1993 : 27-48
- Bailly, A. & Coffey, W. : Regional medicometry: health expenditures, regional disparities problems and policies, in Boyce, D. et al. (eds), *Regional Science,* Springer-Verlag, 1990 469-485
- Bailly, A., Bridel, F. et Périat M. (éds) : *L'assurance-maladie : solutions actuelles et futures,* Economica, Genève et Paris, 1989
- Bailly, A., Bridel, F. et Périat M. (éds) : *La santé : Perspectives médicales,* Economica, Genève et Paris, 1987
- Bailly, A. et Périat M. (éds) : Médicométrie régionale, *Revue d'Economie Régionale et Urbaine*, n° spécial, 1985
- Bailly, A. et Périat M. (éds) : *Médicométrie régionale,* Anthropos, Paris, 1984
- Beresniak, A. et Duru, G. : *L'économie de la santé*, Masson, Paris, 1997
- Bernhardt, M. : NTIC : potentialités et limites pour les nouveaux territoires de la santé, in Vodoz L., *NTIC et territoires*, Presses polytechniques et universitaires romandes, Lausanne, 2001
- Bocognano A.; Couffinhal A.; Grignon M.; Mahieu R.; Poton D., (1999), *Concurrence entre assureurs, entre partenaires et monopole naturel, Une revue des expériences étrangères en matière de santé*, Economie et Statistique, N° 328, 1999, p. 21-36
- Bradshaw, J. : A taxonomy of social need, McLachlan G. (éd.), *Problems and progress in medical care : essays on current research*, OUP, Buckingham, 1972
- Culyer, A. J., Wagstaff, A. : *Need, equity and equality in health and health care*, University of York, York, 1992
- Curtis S., Taket A. : *Health and societies : changing perspectives*, Arnold, Londres , 1996
- Donabedian, A. : *Evaluating the quality of care*, Milbank memorial foundation for quality, n°44, 1966
- Follath F., Die innere Medizin in akademischen Zentren: wie weiter?, *Schweiz. Med. Wochenschr.*, no 129, 1999, p. 1857-1863
- Gilliand P. :*Evolution et perspectives du système de santé : quelques comparaisons avec la Suisse, des cantons et des pays de l'OCDE*, Delémont, 1999
- Gilliand P. : Démographie médicale et besoin de la population en Suisse, Part. 1 : *CAMS actuel*, 12, 1999, p. 213-216 ; Part.2 : *CAMS actuel* 01-0, 9-12, 2000

- Gilliand P. : Démographie médicale en Suisse : évolution, situation présente et perspectives, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, vol. 41, no 2, 2001, p. 117-140
- Glauser R. : Drohender Aerztemangel in der Schweiz, *VSAO-ASMAC Journal*, no 3, 2003, p. 28-29
- Gordon, R. S. : *Problems in health care*, Mc Graw-Hill, New-York, 1980
- Höpflinger F., Stuckelberger A. : *Vieillesse et recherche sur la vieillesse en Suisse*, Réalités sociales, Lausanne, 1992.
- Höpflinger F., Stuckelberger A. : *Vieillissement démographique et vieillissement individuel*, Seismo, Zurich, 1999
- Kocher G., Oggier W. *Système de santé suisse 2007-2009*. Berne, Verlag Hans Huber, 3ème éd. 2007
- Kocher R., Gress S., Wasem J., *La LAMal – modèle d'une concurrence réglementée pour l'assurance maladie allemande*, Sécurité Sociale, N° 5, 2002, p.299-307
- Leu R.; Hill S., *Sechs Jahre KVG – Gesundheitspolitik am Scheideweg*, Pharma Information, Gesundheitspolitik, ThemendossierIII/2002, Interpharma : Basel.
- Lesage I. (éd.) : *Quelle politique de santé pour le grand âge ? Une réflexion européenne,* Les dossiers de l'Institut d'études des politiques de santé, Paris, 1998
- Liss P.-E. : *Health care need : meaning and measurement*, Avebury, Aldershot, 1993
- MacLachlan M., *Culture and health*, New York, Wiley, 1997
- Maslow. A. H. : *Motivation and personality*, Harper and Row, New York, 1970
- Michel J.-P. : Faire face au vieillissement : les stratégies européennes : éditorial, *Médecine et Hygiène*, vol. 58, no 2323, 2000 : 2307-2308
- Moeckli S.: *Demographische Herausforderung. Chancen und Gefahren einer Gesellschaft lang lebender Menschen*, Haupt, Berne, 1999
- OFAS : *Longévité, défi de société, échange culturel*, OFCL, Berne, 2002
- OMS : *21 thèses pour le 21e siècle*, OMS, 1998
- Paccaud F. : Santos-Eggimann B. : Vieillissement de la population, besoins de santé et réponse sanitaire, *Médecine et Hygiène*, 57, no 2274, 1999 : 2042-2044
- Pedroni G., Zweifel P. : Vieillissement, santé, coûts de santé, *Economie et santé*, 12, 112, Bâle, 1989
- Rostand, J. : *Pensées d'un biologiste*, Paris, Stock, 1954
- Schips B., Abrahamsen Y. , *Analyse quantitative du système d'assurance-maladie*, Ecole polytechnique fédérale - KOF, Zurich, 2002
- Spillman B.C., Lubitz J., The effect of longevity on spending for acute and long-term care, *New England Journal of Medicine*, 342, 2000 : 1409-1415
- Zweifel P., Felder S. (éds), *Eine Oekonomische Analyse des Alterungsprozesses*, Haupt, Berne, 1996

SITES INTERNET

- http://agmed.sante.gouv.fr/ : Agence santé du Gouvernement français
- http://www.anaes.fr/ : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (France) - L'ANAES est chargée d'établir l'état des connaissances en matière de stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine, et de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à l'hôpital et en médecine libérale.
- http://www.apeq-quality.ch/ : Agence pour la promotion et l'évaluation de la qualité dans les institutions sanitaires - Elle développe des référentiels qualité spécifiques aux différentes missions des institutions et compatibles ISO 9001. L'APEQ peut également être appelée à procéder à l'évaluation sur la base de ces référentiels. Ce sont des professionnels de la santé qui travaillent à la création des référentiels et qui procèdent aux certifications.
- http://www.bag.admin.ch/ : Office fédéral de la santé publique OFSP
- http://www.cchsa.ca/ : " Le Conseil canadien d'agrément des services de santé joue un rôle d'une importance sans précédent. Notre mandat - aider les organismes de services de santé à parvenir à des degrés d'excellence supérieurs dans l'intérêt de tous les Canadiens et Canadiennes - est particulièrement pertinent dans cette ère de grands besoins, de changement et de contraintes financières. "
- http://www.fmh.ch / : Site de la Fédération des médecins suisses
- http://www.forum-sante.ch/ : Site de Forum Santé-Gesundheit
- http://www.hin.ch/ : Site de Health-Info-Net
- http://www.hon.ch/ : Site de Health on the Net, charte de qualité
- http://www.hplus.ch/: Site de H+
- http://www.interpharma.ch/ : Site d'Interpharma, regroupant des producteurs suisses de médicaments
- http://www.iso.ch/ : A network of national standards institutes from 140 countries working in partnership with international organizations, governments, industry, business and consumer representatives. A bridge between public and private sectors.
- http://www.jcaho.org/ : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (USA)
- http://www.monsieur-prix.admin.ch/: Surveillance fédérale des prix
- http://www.pharmasuisse.org : pharmaSuisse (Société suisse des pharmaciens) ; pharmaSuisse a développé divers programmes innovants tels que par exemple : un système de rémunération basé sur les prestations pharmaceutiques, les cercles de qualité médecins-pharmaciens pour la prescription des médicaments en ambulatoire et en EMS, un programme de développement continu de la qualité des officines (QMS-Pharmacie, un référentiel enregistré officiellement sous la norme ISAS QMS-Pharma 2010)
- http://www.santesuisse.ch/ : Association faîtière de la branche de l'Assurance – Maladie sociale santésuisse
- http://www.wettbewerbskommission.ch/ : Commission de la concurrence
- http://www.who.int/ : World Health Organisation : Introduction to quality assurance and accreditation of health care services

TABLE DES MATIERES

1. UNE VISION GLOBALE DE LA SANTE 3
1.1 Une vision globale du système de santé 3
1.2 Une vision humaine de la santé 4
1.3 Piloter le système de santé et maîtriser la qualité et les coûts 8
2. AMELIORER L'EFFICIENCE ET LA COMPETENCE DU SYSTEME 10
2.1 Le droit à la santé 10
2.2 Efficacité et compétences 10
2.3 Développer les réseaux de soins 12
3. MIEUX CONNAÎTRE ET MIEUX INFORMER 14
3.1 Créer les instruments d'information indispensables sur le système de santé 14
3.2 Rendre l'information accessible à la population 15
3.3 Améliorer la responsabilisation et les modes de vie 17
4. FINANCEMENT ET SOLIDARITE 19
4.1 Une concurrence limitée et régulée 19
4.2 Modification de l'assurance de base 21
4.3 La réforme du financement des hôpitaux 21
4.4 Les sources de financement complémentaires 22
4.5 Le système de santé Suisse et l'Union Européenne 23
5. VERS "UNE FEUILLE DE ROUTE" DE LA SANTE : RECOMMANDATIONS 2008 DE FORUM SANTE 24
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 26
SITES INTERNET 28