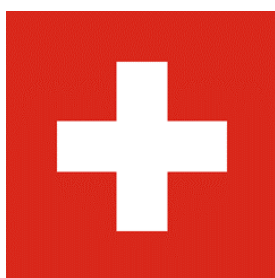




Les mécanismes de planification en perspective

-
Suisse



Un rapport de

la Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé
Service Professions de Santé et Pratique professionnelle
DG Soins de santé
SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement

Réalisé par

Bertus Lavaert

Accompagné par

Veerle Vivet

Juin 2024

Colophon

Rédaction du rapport:

Cellule Planification de l'offre des professions de soins de santé:

Chef de cellule: Pascale Steinberg

Collaborateurs: Peter Jouck, Christelle Durand, Timothée Mahieu, Dominiq Nkenné, Olivier Van Weyenbergh et Veerle Vivet

Stagiaire: Bertus Lavaert

Organisation :

Service professions des soins de santé et pratique professionnelle

Chef de service : Aurélia Somer

Direction générale Soins de santé

Directeur-général : Sabine Stordeur

SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

Président du SPF SPSCAE : Dirk Ramaekers

Editeur responsable:

Dirk Ramaekers, Avenue Galilée, 5/2 - 1210 Bruxelles

Données de contact:

Direction générale Soins de santé

Service Publique Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

Service Center Santé

Avenue Galilée, 5/2 - 1210 Bruxelles

T. +32 (0)2 524 97 97

plan.team@health.fgov.be

www.health.belgium.be/hwf

Dit document is eveneens beschikbaar in het Nederlands.

Veillez citer le document avec cette référence :

Mécanismes de planification en perspective: Suisse, Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Juin 2024.

© 2024, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

Toute reproduction partielle de ce document est permise avec citation adéquate.

Ce document est également disponible sur le site internet du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement : www.health.belgium.be/hwf (=> Publications).

Dépôt légal: D/2024/2196/17

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	1
1.1 Géographie et socio-démographie	1
1.2 Situation économique	1
1.3 Dépenses en soins de santé	2
1.4 État de santé actuel	2
2. Système des soins de santé	4
2.1. Aperçu général	5
2.2 Assurances-maladie	8
3. Professions de santé	9
3.1 Médecins	9
3.2 Dentistes	9
3.3 Praticiens de l'art infirmier et sages-femmes	10
3.4 Accès aux soins	10
4. Planification des soins de santé	11
4.1 Autorités responsables de la planification	11
4.2 Scission entre hôpitaux et soins ambulatoires	12
4.2.1 Planification des hôpitaux	12
4.2.1.1 Modèle de l'Obsan à titre d'illustration	14
4.2.1.2 Coordination intercantonale des soins médicaux hautement spécialisés	16
4.2.2 Planification des soins ambulatoires	17
4.3 D'où proviennent les données ?	18
Bibliographie	19
Annexes	23

1. INTRODUCTION

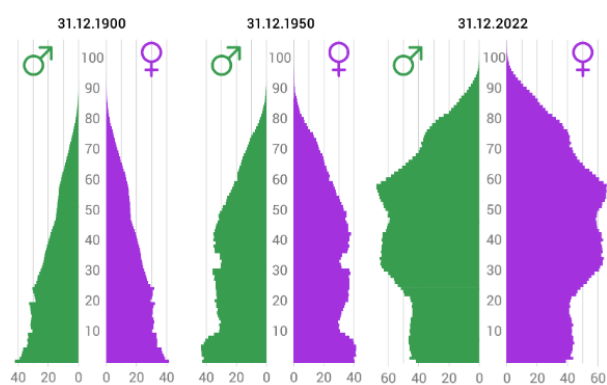
1.1 GÉOGRAPHIE ET SOCIO-DÉMOGRAPHIE

La Suisse, connue officiellement sous le nom de Confédération suisse, est une république fédérale qui se compose de 26 cantons. Le pays se situe au cœur de l'Europe et est entouré de la France, de l'Allemagne, de l'Italie, de l'Autriche et du Liechtenstein (De Pietro, et al., 2015). Il s'étend sur une superficie de 41 285 km², ce qui est comparable aux Pays-Bas (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020 ; De Pietro, et al., 2015). La Suisse est cependant recouverte à environ 70 % de montagnes, avec le massif du Jura au nord-ouest et les Alpes dans la partie centro-méridionale du pays. Entre les deux se situe le Plateau suisse, où vit la grande majorité de la population. En raison de cette topographie, les températures à l'intérieur des frontières du pays diffèrent fortement d'une région à l'autre (De Pietro, et al., 2015).

Le pays comptait en 2022 une population de 8,8 millions d'habitants (Federal Statistical Office, 2024).

Figure 1 : Pyramides des âges de la population suisse aux différentes années

Population pyramid by age and sex
Number of people in 1000



Sources: FSO – FPC, STATPOP

© FSO 2023

Comme dans de nombreux pays à revenu élevé, un vieillissement de la population s'observe également en Suisse (figure 1) (Federal Statistical Office, 2024). Ainsi, en 2022, près d'un Suisse sur cinq (19,2 %) était âgé de 65 ans ou plus, alors que ce ratio n'était encore que d'un sur dix en 1960 (Federal Statistical Office, 2023). Cette croissance rapide dans la tranche d'âge des 65+ s'explique surtout par une baisse de l'indice de fécondité et une espérance de vie en hausse (Federal Statistical Office, 2024). En effet, la Suisse a enregistré de faibles taux de fécondité au cours des dernières décennies, avec 1,51 enfant par femme en 2021. Si l'on compare aux

pays de l'Union européenne (UE), avec une moyenne de 1,53 enfant par femme, ces chiffres sont à peu près similaires (OECD, 2024). De même, l'espérance de vie a doublé depuis 1878. La migration joue ici un rôle : 29,7 % de la population est née à l'étranger (principalement d'autres pays de l'OCDE) (Federal Statistical Office, 2024 ; OECD, 2024). À cet égard, la Suisse se place au troisième rang, après le Luxembourg et l'Australie (OECD, 2024). Ce flux entrant net - (souvent) de personnes hautement qualifiées - reflète un besoin historique en personnel qualifié dans divers secteurs du pays, dont les soins de santé (De Pietro, et al., 2015).

1.2 SITUATION ÉCONOMIQUE

En 2022, le produit intérieur brut (PIB) par tête en Suisse était de 93 259,9 dollars US. Une comparaison avec d'autres pays à revenu élevé qui présentaient une moyenne de 49 607,2 dollars US par tête au cours de la même année, montre un niveau de prospérité élevé en Suisse (The World Bank, 2024). Par ailleurs, le **taux de chômage** est demeuré assez stable ces dix dernières années, avec une valeur de 4,3 % en 2022. Ce taux était encore de 0,6 % à la fin du siècle dernier (1989) (The World Bank, 2024).

Concernant les **chiffres de la pauvreté**, ils sont quant à eux restés aux alentours des 14-16 % au fil des dernières décennies (The World Bank, 2024).

Notons également que la Suisse a un des standards de vie les plus élevés en Europe. Malgré des prix hauts, le statut financier de la population (après déduction des charges fixes obligatoires) est plus confortable que dans les pays voisins et les pays de l'UE (Federal Statistical Office, 2023). La Suisse enregistre toutefois un score moyen en termes d'inégalité. La différence entre les plus riches et les plus pauvres est égale à la moyenne des pays de l'UE (Federal Statistical Office, 2021). Enfin, il est important de préciser que la Suisse n'adhère pas à l'UE, en raison de son choix fait il y a plus de 200 ans de maintenir un « statut de neutralité » qui fait partie de la renommée du pays (EEAS, 2021 ; Lauwerier, 2023).

1.3 DÉPENSES EN SOINS DE SANTÉ

La Suisse consacre davantage d'argent aux soins de santé par tête que n'importe quel autre pays, hormis les États-Unis d'Amérique (qui dépensent encore 30 % de plus que la Suisse). Le montant moyen dépensé en soins de santé s'élevait à 8049 dollars US par tête en 2022, ce qui est comparable à l'Allemagne. Cependant, si l'on examine les dépenses de soins de santé en pourcentage du PIB, soit 11,3 % pour la Suisse cette même année, la Suisse est devancée par l'Allemagne, la France, le Japon, l'Autriche et le Royaume-Uni (OECD, 2024).

En outre, la part du ticket modérateur est de 28 % des dépenses totales de soins de santé, ce qui est particulièrement élevé par rapport à la moyenne des pays OCDE de 20 %. Ce coût élevé pour les patients constitue un obstacle à l'accessibilité des soins de santé. Par exemple, en 2016, 22 % des Suisses ont déclaré n'avoir pas cherché de l'aide en raison du coût. Une part importante de ces personnes (31 %) appartient au groupe des personnes à faible revenu. Seuls les États-Unis d'Amérique présentent pour la même année un pourcentage nettement plus mauvais encore, avec 32 % (OECD, 2017).

1.4 ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

Tableau 1 : Liste des indicateurs de santé liés à la survie et la mortalité pour différentes années

Indicateurs de santé	Suisse			Les pays à revenu élevé			Belgique		
	1995	2000	2019 of 2021	1995	2000	2019 of 2021	1995	2000	2019 of 2021
Espérance de vie à la naissance (en années)	78	80	84 (2021)	76	77	80 (2021)	77	78	82 (2021)
Mortalité chez l'homme pour 1000 adultes	118	99	57 (2021)	154	136	99 (2019)	137	130	81 (2021)
Mortalité chez la femme pour 1000 adultes	62	54	33 (2021)	76	69	55 (2019)	/	/	/

Source : (The World Bank, 2024 ; The World Bank, 2024 ; The World Bank, 2024)

Le tableau 1 montre une hausse de l'espérance de vie à travers les dernières décennies, à l'instar de nombreux autres pays à revenu élevé. L'espérance de vie en Suisse, avec une différence de quatre ans, est sensiblement supérieure à la moyenne du groupe des pays à revenu élevé en 2021. Cette différence n'est que deux fois moins importante par rapport à la Belgique pour la même année (The World Bank, 2024). On observe aussi une diminution de moitié du taux de mortalité en Suisse entre 1995 et 2021, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Ces chiffres de la mortalité, présentés pour toutes les années au tableau 1, sont inférieurs à la moyenne des pays à revenu élevé, également pour la Belgique (pour les hommes) (The World Bank, 2024 ; The World Bank, 2024).

Tableau 2 : Prévalence de comportement de santé à deux moments différents

Comportement de santé	Moment 1	Moment 2
Tabagisme*	20,4% (2007)	19,1% (2017)
Obésité**	5% (1992)	11% (2017)
Activité physique***	62% (2002)	76% (2017)

**Tabagisme* : Défini comme le pourcentage de la population des plus de 15 ans qui fume quotidiennement (Swiss Health Survey, 2024).

***Obésité* (défini comme un IMC de 30 ou +) : Pourcentage de la population atteinte d'obésité (Federal Statistical Office, 2020).

****Activité physique* : Pourcentage de la population qui pratique une activité physique suffisante durant ses loisirs, par ex. une activité d'au moins 2,5 heures par semaine à une intensité moyenne (Federal Statistical Office, 2019).

Au cours des dix dernières années, la Suisse n'a enregistré que des progrès limités dans le domaine de la lutte contre le tabagisme. En 2007, 20,4 % de la population fumait encore, et ce pourcentage a diminué à 19,1 % en 2017. Avant 2007, ces chiffres n'étaient pas stables, mais ont néanmoins connu une forte baisse. En effet, en 1997, 33,2 % des plus de 15 ans fumait encore (Swiss Health Survey, 2024). À l'heure actuelle, la Suisse accuse du retard dans ce domaine en comparaison avec la moyenne de l'OCDE (OECD, 2023). En matière d'obésité, la Suisse réalise actuellement un bon score par rapport à la moyenne des autres pays de l'OCDE (OECD, 2023). Cependant, les chiffres affichent plus qu'un doublement, de 5 % en 1992 à 11 % en 2017. Ces dernières années, on a observé une stabilisation (Federal Statistical Office, 2020). Enfin, une augmentation en termes d'activité physique s'observe entre 2002 (62 %) et 2017 (76 %) (Federal Statistical Office, 2019).

Tableau 3 : Principales causes de décès en Suisse pour les années 2000 et 2019

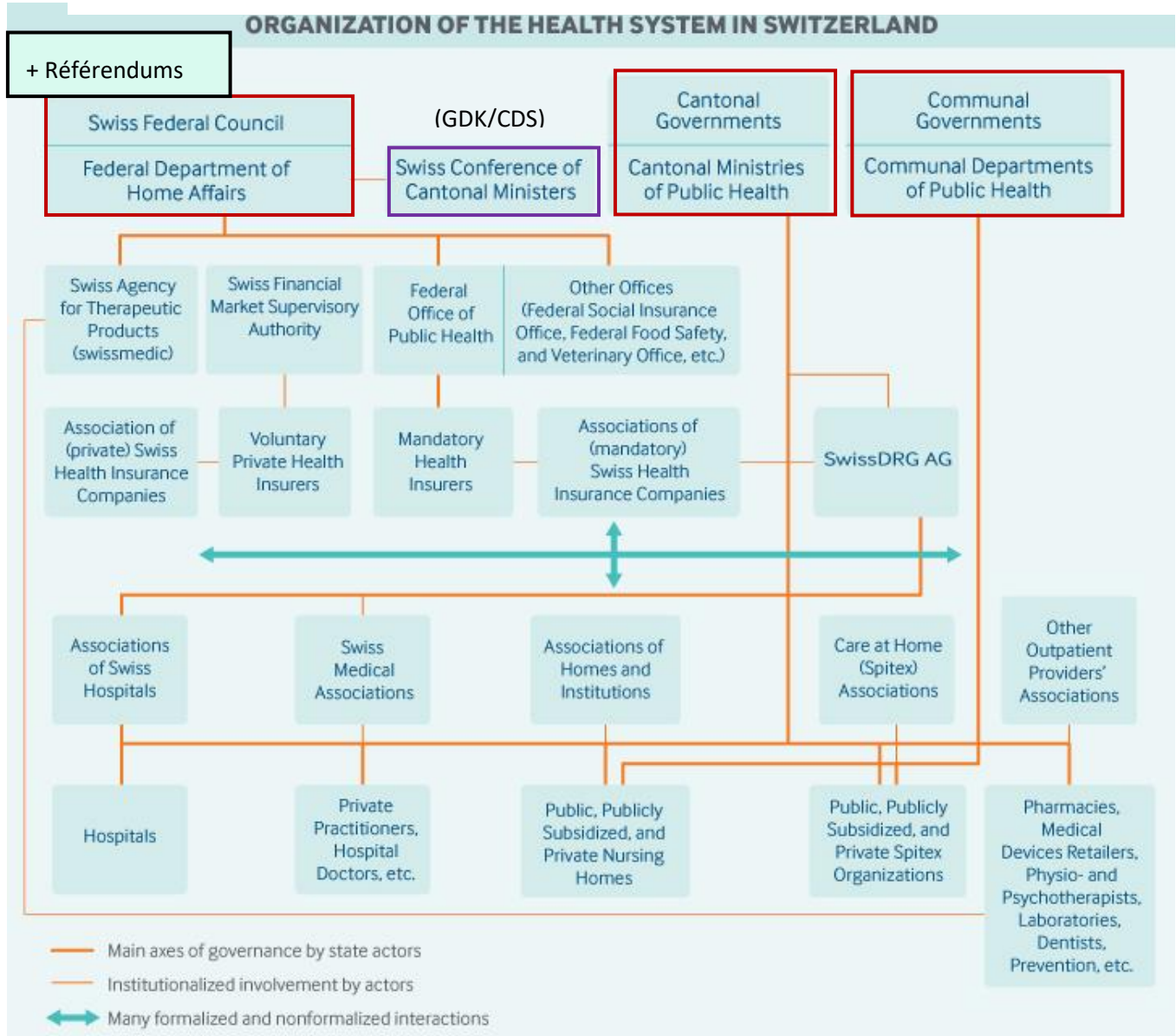
Haut → Bas	Causes de décès 2000	Causes de décès 2019
1	Cardiopathies	Cardiopathies
2	Accident vasculaire cérébral	Démence
3	Cancer du poumon	Accident vasculaire cérébral

Source : (WHO, 2024)

Les cardiopathies restent systématiquement la première cause principale de décès en Suisse. On voit aussi dans le tableau 3 l'apparition de la démence et la disparition du cancer du poumon dans le top trois des causes de décès entre les années 2000 et 2019 (WHO, 2024).

2. SYSTÈME DES SOINS DE SANTÉ

Figure 2: Organisation du système des soins de santé en Suisse



Source : (Tikkanen, Osborn, Mossialos, Djordjevic, & Wharton, 2020)

2.1. APERÇU GÉNÉRAL

Le système des soins de santé en Suisse est particulièrement complexe et fonctionne selon un cadre (réglementaire) décentralisé. Le système hautement démocratique combine à la fois une forme contrôlée de concurrence et le corporatisme (Instituut voor de Nederlandse Taal, 2024 ; Instituut voor de Nederlandse Taal, 2024). La figure 2 donne une vue d'ensemble de l'organisation des soins de santé, et la figure 1 en annexe donne une image plus détaillée. Le système se caractérise par une division du pouvoir décisionnel en trois catégories :

- 1) Trois niveaux de pouvoir différents, à savoir la confédération, les 26 cantons et les 2352 communes.
- 2) La population qui, par le biais de référendums publics, peut exprimer son veto ou peut exiger des réformes.
- 3) Des instances corporatistes notamment de sociétés et fournisseurs d'assurance maladie obligatoire (De Pietro, et al., 2015).

Au **niveau fédéral** (la confédération), il n'est possible d'agir que dans le cadre du mandat décrit dans la Constitution. Les quatre domaines les plus importants dans lesquels la confédération a une responsabilité sont les suivants :

- 1) Le financement du système des soins de santé
- 2) La qualité et la sécurité des médicaments et appareils médicaux
- 3) La santé publique (public health)
- 4) La recherche et la formation (De Pietro, et al., 2015)

Il est question ici plus spécialement du Parlement, composé du Conseil national (nombre de sièges proportionnellement à la population) et du Conseil des États (avec un ou deux sièges par canton) qui, ensemble, sont chargés de définir le cadre légal du système de soins de santé et de la concurrence contrôlée dans le secteur des soins de santé. Ces deux organes constituent l'Assemblée fédérale et se situent dans la figure 1 de l'annexe. La confédération joue aussi un rôle de supervision des évolutions qui se déroulent à des niveaux plus bas dans le système. Les Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) et du Conseil des États (CSSS-E) jouent elles aussi un rôle, étant donné qu'elles ont la responsabilité de réviser la législation de santé proposée par le gouvernement, et d'examiner d'autres questions pressantes liées à la santé (De Pietro, et al., 2023).

Le « **Conseil fédéral** » est à la tête de l'État et se compose de sept membres, chacun à la tête d'un ministère. Ils peuvent adopter et modifier des règlements à la majorité des voix. On entend par là la possibilité de spécifier des détails d'implémentation de lois fédérales. À côté de cela, le « **Département fédéral de l'intérieur (DFI)** » est un ministère qui dispose d'un large éventail de responsabilités, parmi lesquelles la santé, mais aussi la sécurité sociale, la culture, les statistiques et l'égalité de genre et de race. Il comprend un secrétariat général qui coordonne les huit bureaux fédéraux. Le DFI joue aussi un rôle déterminant dans le fonctionnement journalier du système d'assurance maladie (De Pietro, et al., 2023).

La majeure partie du travail administratif est assurée par l'« **Office fédéral de la santé publique (OFSP)** », un organe qui dépend du DFI. L'OFSP est également responsable de la santé publique et de l'élaboration de politiques en matière de soins de santé. Fort de 505 collaborateurs (2015), il prépare également des lois et règlements sur la formation de professionnels de la santé académiques et l'octroi de certificats suisses à ces professions. L'OFSP se compose de quatre unités de direction (Assurance-maladie et accidents, Politique de la santé, Santé publique et Protection des consommateurs), qui reflètent les travaux de l'Office, chacune avec leurs propres divisions. Cinq divisions sont placées sous l'autorité immédiate du directeur général (Communication, Droit, Affaires internationales, État-major de la direction, Gestion des ressources). Trois commissions consultatives assistent le DFI et l'OFSP en matière d'assurances. Les organes listés au tableau 4 ont chacun leur propre rôle qui est directement lié au DFI (De Pietro, et al., 2023). La plupart de ces organisations reflètent le système démocratique, leurs membres étant désignés légalement afin de garantir une bonne représentation des différentes parties prenantes. Le tableau 1 en annexe donne également un aperçu des instances publiques qui appartiennent à d'autres ministères que le DFI, mais qui sont compétentes dans une matière spécifique directement liée à la santé.

Tableau 4 : Liste des pouvoirs publics liés à la santé qui relèvent du DFI

Organisation	Description
Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP)	Conseille le DFI sur les principes de base de l'assurance-maladie obligatoire (AMO) et sur les avantages y afférents. Cet organe définit aussi les critères d'admission de technologies innovantes éligibles au remboursement.
Commission fédérale des médicaments (CFM)	Rend des avis à l'OFSP concernant l'admission de médicaments dans le groupe éligible au remboursement.
Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA)	Conseille le DFI dans le cadre de décisions à prendre pour le remboursement d'analyses et de dispositifs médicaux.
Office fédéral des assurances sociales (OFAS)	Est responsable de la gestion, de la surveillance et de la coordination de parties du système de sécurité sociale.
Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic)	Est une institution publique des autorités suisses qui, bien que rattachée au DFI, n'en fait pas formellement partie. L'Institut est responsable aussi bien de l'approbation/refus que de l'octroi d'autorisations pour médicaments.
Office fédéral de la statistique (OFS)	Génère des statistiques sur les soins de santé en Suisse et la santé de la population suisse.

Source : (De Pietro, et al., 2023 ; Swissmedic, 2019)

Les **cantons** disposent d'une grande autonomie lorsqu'il est question de thématiques de santé. Ils ont en grande partie un droit de décision en matière de santé, bien que ce droit ait diminué récemment. Chaque canton a son propre département de la santé, lequel définit la législation dans des domaines où la Constitution suisse n'accorde pas de pouvoir spécifique au niveau fédéral (De Pietro, et al., 2015). Souvent, les cantons peuvent aussi statuer de manière autonome sur l'implémentation des lois et règlements édictés par le niveau fédéral (De Pietro, et al., 2023).

Outre le fait que les cantons doivent implémenter la politique fédérale, ils ont comme responsabilité spécifique de (1) garantir l'offre en infrastructures de soins et professions de santé (Tikkanen, Osborn, Mossialos, Djordjevic, & Wharton, 2020). Afin d'assumer correctement cette responsabilité, les cantons sont souvent propriétaires d'hôpitaux et (2) financent environ la moitié de tous les coûts liés aux soins intra-muros. (3) Les cantons accordent également des subventions aux ménages à faible revenu. (4) Ils octroient une autorisation aux travailleurs de santé qui exercent dans un cabinet indépendant. (5) Enfin, ils coordonnent des actions de prévention et de promotion de la santé (De Pietro, et al., 2023).

Les **communes** jouent elles aussi un rôle dans l'offre de services de santé et autres services sociaux d'aide. Ce rôle peut toutefois varier en fonction des décisions prises au niveau des cantons. Ce rôle s'articule souvent autour des soins à long terme (maisons de repos et soins à domicile) et des avantages sociaux destinés aux groupes vulnérables (De Pietro, et al., 2015).

Dans un souci de garantir une bonne coordination entre les 26 cantons et entre les différents niveaux, un organe de coordination intergouvernemental, la **Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS/GDK)**, a été institué (De Pietro, et al., 2023). Au fil des dernières décennies, cet organe s'est transformé de sorte qu'il peut aujourd'hui, non seulement formuler des recommandations, mais aussi disposer en partie d'un droit de décision. Ces décisions, qui ont force contraignante, se limitent cependant aux accords intercantonaux dans le domaine des soins médicaux hyperspécialisés. Ajoutons à cela la mise en place plus récente d'un **Dialogue « Politique nationale de la santé »**, un forum important qui permet de discuter des enjeux entre la Confédération et les cantons, d'échanger des informations et de faciliter le consensus (De Pietro, et al., 2015). L'**Observatoire suisse de la santé (Obsan)** a vu le jour dans le cadre de ce Dialogue. L'Obsan analyse les informations de santé et soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions liées à la santé dans leur planification, leur prise de décision et leurs actions (Obsan, 2024). Il doit faire rapport à un groupe de pilotage composé de représentants de la CDS/GDK, de l'OFSP et de l'OFS (De Pietro, et al., 2023).

Le caractère unique du système politique suisse réside dans le rôle du citoyen qui peut participer de façon directe à la prise de décision politique par le biais de **référendums**. Ce sont essentiellement des réformes entre les trois niveaux de pouvoir qui doivent être approuvées par référendum. Le recours aux référendums présente aussi bien des avantages que des inconvénients : par exemple, des réformes sont souvent bloquées, mais on encourage également la création de nouvelles législations qui tiennent compte de la volonté et des demandes de la population (De Pietro, et al., 2015).

2.2 ASSURANCES-MALADIE

En Suisse, tous les habitants doivent souscrire une assurance-maladie. Ils le font auprès d'une des sociétés d'assurance-maladie obligatoire (AMO) qui se font concurrence entre elles. On notera qu'une société AMO ne peut refuser à personne de souscrire une assurance (De Pietro, et al., 2015). Les primes perçues auprès d'une société sont identiques pour tous au sein d'un même canton ou sous-région, quel que soit le sexe ou l'état de santé de la personne. Elles ne peuvent varier que sur la base de trois classes d'âge, à savoir les enfants (0-18 ans), les jeunes adultes (19-25 ans) et les adultes (26 ans et plus) (De Pietro, et al., 2021). Depuis 1996, des règles réglementaires strictes sont imposées aux assureurs AMO. Ainsi, ces entreprises privées sont autorisées à se disputer des parts de marché, mais il leur est interdit de faire des bénéfices sur des activités AMO (De Pietro, et al., 2015).

Les avantages offerts par l'AMO, le prix des médicaments et certaines normes de qualité et de sécurité nationales sont définis par la Confédération (niveau fédéral). Il n'empêche que de nombreux acteurs corporatistes, des instances non élues jouent un rôle déterminant, notamment les associations de sociétés AMO (santésuisse, curafutura et RVK), et les associations de prestataires de soins (hôpitaux, médecins...) (Instituut voor de Nederlandse Taal, 2024 ; De Pietro, et al., 2023). Ces organisations sont chargées de définir les remboursements des services de soins et de négocier des accords. Elles peuvent aussi contrôler leurs membres et infliger des sanctions (au niveau cantonal). En l'absence d'accord, la Confédération (niveau fédéral) ou les cantons ont le droit de fixer les tarifs (De Pietro, et al., 2023).

En outre, il est obligatoire de souscrire une assurance contre les accidents. Il existe pour cela des assureurs distincts, le plus grand étant la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva), une organisation non marchande indépendante. Il est également possible de souscrire une assurance supplémentaire sur une base volontaire, auprès de sociétés d'assurance-maladie volontaire (AMV). Celles-ci sont parfois liées à des sociétés AMO. Enfin, il existe des assurances spécifiques pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap (De Pietro, et al., 2023).

3. PROFESSIONS DE SANTÉ

Le présent rapport traite des professions de santé suivantes : médecins, dentistes, praticiens de l'art infirmier et sages-femmes. Pour la simple et bonne raison que ces professions remplissent des rôles similaires partout dans le monde et sont représentées dans tous les pays.

3.1 MÉDECINS

Tableau 5 : Nombre de médecins par 1.000 personnes aux différentes années

Nombre de médecins par 1.000 personnes en :	2000	2019	2021
Suisse	3,5	4,3	4,4
Pays à revenu élevé	2,5	3,6	/
Union européenne (UE)	3,1	4,3	/
Belgique	2,8	3,2	6,3
Monde	1,5	1,7	/

Source : (The World Bank, 2024)

Depuis l'année 2000, la Suisse compte en moyenne près d'un médecin en plus par 1000 personnes. Les données de 2019 montrent une densité égale de médecins par rapport à la moyenne des pays de l'UE. De même, la Suisse compte plus de médecins par 1000 personnes que la moyenne des pays à revenu élevé ainsi la Belgique, avec une différence de 0,7 et 1,1 respectivement. Comparé au reste du monde, la Suisse compte plus du double de médecins par 1000 personnes (Tableau 5) (The World Bank, 2024). Quelques spécialités sont surreprésentées, bien que certaines soient confrontées à des pénuries. Une telle surreprésentation peut conduire à une hausse des coûts pour le système de santé. La loi 55a a été établie à cet égard, et sera examinée au point 4.2.2 ci-après (Clémence, Planification des soins de santé Suisse, 2024).

3.2 DENTISTES

Tableau 6 : Nombre de dentistes en exercice par 1.000 personnes aux différentes années

Nombre de dentistes par 1.000 personnes en :	2000	2008	2018
Suisse	0,48	0,52	0,51

Source : (OECD, 2024)

Le tableau ci-dessus présente le nombre de dentistes par 1000 habitants. Une augmentation s'observe aussi dans cette catégorie professionnelle au cours des deux dernières décennies, même si elle est très minime (Tableau 6) (OECD, 2024).

3.3 PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER ET SAGES-FEMMES

Tableau 7: Nombre de praticiens infirmiers et de sages-femmes par 1.000 personnes aux différentes années

Nombre de praticiens infirmiers et de sages-femmes par 1.000 personnes en :	2000 ou 2003	2019	2020
Suisse	11,9 (2000)	18,3	18,7
Pays à revenu élevé	7,8 (2000)	10,6	/
Union européenne (UE)	6,8 (2000)	9,7	/
Belgique	5,8 (2003)	19,4	20,1
Monde	3,1 (2000)	3,8	/

Bron : (The World Bank, 2024)

Depuis 2000, et pour l'année 2020, la Suisse compte en moyenne près de sept praticiens de l'art infirmier et sages-femmes en plus par 1000 personnes. Les données de 2020 doivent cependant être interprétées avec prudence, étant donné la pandémie de COVID-19 qui sévissait à l'époque en Suisse. Les données de 2019 montrent que la Suisse se situe sensiblement au-dessus de la moyenne de l'UE, avec une différence de 8,6 par 1000 personnes comparé à la Belgique, la Suisse présente un nombre inférieur d'infirmiers et de sage-femmes pour 1.000 personnes en 2019 par rapport à 2020 (Tableau 7) (The World Bank, 2024). Malgré cela, il n'y a toujours pas assez de praticiens infirmiers en Suisse, et on tente par conséquent d'attirer des praticiens infirmiers de l'étranger. Il y a quelques années, une loi a été approuvée via un référendum qui était spécialement axé sur la promotion de l'art infirmier. Cela inclut une série de mesures en faveur de la profession infirmière avec un accent sur l'augmentation du nombre de personnes travaillant dans ce domaine. Les responsabilités autour de cette initiative (loi) ont été partagées entre le niveau fédéral et le niveau cantonal (Clémence, Planification des soins de santé Suisse, 2024).

3.4 ACCÈS AUX SOINS

Depuis 2012, les patients peuvent recevoir des soins dans n'importe quel canton. Il n'est pas obligatoire de s'enregistrer auprès d'un médecin généraliste et on peut donc choisir librement dans l'offre de médecins généralistes, sauf si on a souscrit un « plan de soins gérés ». Ce type de plan prévoit une rémunération des médecins à la capitation. La plupart des médecins généralistes ne figurent pas dans ce système et sont rémunérés selon le principe de tarification « fee-for-service » appelé TARMED. Chaque année, les indemnités sont renégociées entre les organisations d'assureurs de soins et les organisations de prestataires cantonaux. Si aucun accord n'est trouvé, l'autorité cantonale peut intervenir (Tikkanen, Osborn, Mossialos, Djordjevic, & Wharton, 2020). En utilisant ce système, il est impossible de facturer au-delà du schéma tarifaire défini pour les services médicaux tant dans les hôpitaux que dans les cabinets (Praxisgemeinschaft 4P, 2024 ; Tikkanen, Osborn, Mossialos, Djordjevic, & Wharton, 2020). Les patients peuvent aussi s'adresser directement, sans renvoi par un généraliste, à des spécialistes. Exception faite ici aussi des personnes inscrites à un « plan de soins gérés » (Tikkanen, Osborn, Mossialos, Djordjevic, & Wharton, 2020).

4. PLANIFICATION DES SOINS DE SANTÉ

4.1 AUTORITÉS RESPONSABLES DE LA PLANIFICATION

La planification des soins de santé est principalement réglementée au niveau des cantons. Au niveau fédéral, aucun institut ne s'occupe spécialement de cette matière. On réfléchit néanmoins, au niveau fédéral, à une **planification stratégique nationale** en ce qui concerne le système de soins de santé. La plateforme prévue pour ce faire est le Dialogue « Politique nationale de la santé » » (De Pietro, et al., 2023). La stratégie la plus récente est décrite dans le document « *Santé 2030* », lequel se focalise sur quatre défis urgents, à savoir : (1) la transformation technologique et numérique, (2) l'évolution démographique et sociale, (3) le maintien de soins de haute qualité dans un système financièrement viable, (4) l'opportunité de vivre en bonne santé (environnement, lieu de travail) (OFSP, 2023). Ce document fonctionne comme une sorte de guide dans l'élaboration d'une nouvelle politique de santé (fédérale). Il n'est donc pas directement associé à la planification des services de soins de santé, mais peut l'influencer (De Pietro, et al., 2023).

Les **cantons** en revanche, et plus particulièrement leurs départements en charge de la santé, sont responsables de la planification des services de soins de santé (comme le prévoit la Constitution fédérale). Cela signifie que les modalités de planification varient d'un canton à l'autre. Cependant, les positions de chaque canton se rapprochent de plus en plus dans ce domaine, et l'implication du niveau fédéral augmente d'année en année. Le mandat de proposer des soins intra-muros en milieu hospitalier et des soins infirmiers à long terme incombe néanmoins explicitement aux cantons. Ils ont pour responsabilité de satisfaire aux besoins de la population. Cela inclut donc aussi la responsabilité de garantir une offre adéquate en prestataires de soins au sein des cantons (De Pietro, et al., 2023). Il est question ici d'un système très libéral. S'il n'y a pas suffisamment de prestataire de soins, des efforts sont mis en œuvre pour recruter à l'étranger (Clémence, Planification des soins de santé Suisse, 2024).

Comme signalé précédemment, l'**Observatoire suisse de la santé (Obsan)** procède à des analyses de santé au niveau fédéral et met cette aide à la disposition des cantons (et autres institutions liées à la santé) dans le cadre de leur planification (Obsan, 2024). Une équipe de quatre personnes travaille sur le thème de la « planification des professions des soins de santé ». Notons que l'Obsan ne dépend pas de l'OFS et que ces organismes ont tous les deux des responsabilités différentes. Si l'OFS gère les bases de données, l'Obsan quant à lui va analyser les données (liées à la santé). L'Obsan est totalement indépendant du politique, de sorte que les parties prenantes lui font confiance en tant qu'instance indépendante. De ce fait, l'organisation se situe hors du système politique, avec pour conséquence une continuité et une transposition médiocres des analyses de données dans la politique. Les deux organismes occupent le même bâtiment, ce qui favorise la collaboration. Toutefois, la frontière entre les responsabilités et les missions n'est pas toujours très claire (Clémence, Planification des soins de santé Suisse, 2024).

Plus précisément, des projections sont réalisées (par l'Obsan) à la demande des autorités fédérales ou cantonales (lesquelles sont quasiment les seuls clients). Concernant la planification hospitalière et la planification des soins de longue durée (pour lesquelles les cantons sont responsables), la plupart des cantons s'adressent, presque tous les cinq ans, à l'Obsan pour une analyse ; ils ne font appel à un organisme privé qu'à titre exceptionnel.

Pour certaines professions de santé, une analyse est effectuée tous les cinq ans, mais pour la Suisse dans son intégralité. Il s'agit uniquement d'une analyse et non d'une planification spécifique (au niveau fédéral). L'accent est actuellement mis sur les praticiens de l'art infirmier, en raison de la nouvelle loi qui vise à promouvoir les soins infirmiers. Cette forte demande est axée sur la facilitation de l'implémentation de la nouvelle loi. Il arrive cependant que les départements de soins des cantons procèdent aussi eux-mêmes à des projections, risquant ainsi de faire double emploi et d'être inefficaces (Clémence, Planification des soins de santé Suisse, 2024).

4.2 SCISSION ENTRE HÔPITAUX ET SOINS AMBULATOIRES

En Suisse, une scission s'opère dans le cadre de la planification des soins de santé. La planification des services de soins de santé en milieu hospitalier est réglementée séparément des soins ambulatoires, résultat d'une évolution historique.

4.2.1 PLANIFICATION DES HÔPITAUX

La révision de l'art. 39 de la LAMal (loi fédérale sur l'assurance maladie) a introduit des critères de planification uniformes pour les différents cantons, spécialement pour les hôpitaux. L'article révisé en question prévoit que la planification doit se baser sur des critères transparents et objectifs. Pour les hôpitaux où des soins aigus sont dispensés, la planification est basée sur les prestations (outputs). Pour les hôpitaux psychiatriques et de réadaptation, tant les outputs que les inputs sont pris en compte. Pour les soins de longue durée, on se base uniquement sur les inputs. Par ailleurs, les cantons déterminent quels sont les hôpitaux qui peuvent facturer à l'assurance soins de santé obligatoire en les inscrivant sur une liste d'hôpitaux agréés (CSS, 2022). Les prestataires mentionnés sur cette liste doivent être sélectionnés sur la base des paramètres suivants : qualité, efficacité et accessibilité géographique. En outre, cette planification doit être revue chaque année, la fréquence exacte étant déterminée par les cantons.

La planification doit être coordonnée entre les cantons afin de tenir compte des services qui traversent les frontières des cantons. Comme indiqué précédemment, la CDS/GDK fait office ici de coordinateur. La CDS/GDK établit des directives de planification détaillées pour hôpitaux basées sur les exigences fédérales en matière de planification.

La recommandation 1a prévoit que les prestataires de services doivent être évalués selon des critères de planification pertinents. Ce processus peut déboucher sur un refus ou une inscription sur la liste des hôpitaux. Plus spécifiquement, les critères de planification de l'article 58a de l'OAMal et de l'article 39 doivent être conformes aux étapes suivantes : Analyse des besoins détaillée pour l'avenir ; Procédure de demande ; Évaluation et définition de l'offre ; Coordination avec d'autres cantons ; Fixation de la liste d'hôpitaux (GDK/CDS, 2022).

Ces recommandations de la CDS/GDK suggèrent également qu'un nombre minimum de prestations (numéros de dossiers) doit être défini pour garantir la qualité et l'efficacité de l'offre de soins de santé. À l'inverse aussi, en cas d'augmentation du nombre de prestations, celles-ci peuvent être contrôlées en définissant un nombre maximum de prestations (et/ou tarifs dégressifs). Une autre possibilité est de limiter la capacité des hôpitaux (infrastructure/appareils) dans le cadre du processus de planification (GDK/CDS, 2022).

De même, la CDS/GDK propose de suivre un modèle de planification des hôpitaux qui a été conçu par le canton de Zurich. Ce modèle utilise 140 groupes de services hospitaliers. Pour chacun de ces groupes (par ex. cancers du système nerveux, maladies cérébrovasculaires...), des critères structurels spécifiques sont définis. Les prestataires de soins peuvent décider d'être repris dans la liste d'hôpitaux pour chacun de ces 140 groupes de services. Il revient au département de santé au niveau cantonal de contrôler le respect de ces critères structurels (GDK/CDS, 2022). Cette façon de faire permet une planification hospitalière centrée sur la prestation et permet en même temps au canton de fixer des exigences spécifiques à l'attention de groupes de prestataires de services (Kanton Zürich, 2024).

Ces recommandations s'appliquent à la planification des services actifs dans les soins aigus, la psychiatrie et la réadaptation. Concernant la planification de la psychiatrie et de la réadaptation, il convient de faire remarquer que les recommandations reposent essentiellement sur des problèmes au niveau des soins somatiques aigus. C'est pourquoi, dans l'exemple de l'Obsan, le modèle des soins somatiques aigus est inclus à titre d'illustration plus loin dans le présent rapport (GDK/CDS, 2022).

Cette coordination entre les cantons ne se déroule toutefois pas de la façon souhaitée. Il est important que les cantons communiquent clairement entre eux au sujet de leur planification hospitalière afin d'éviter une offre excédentaire. Hormis quelques cas, l'alignement des planifications des différents cantons n'est pas l'objet d'une collaboration optimale. Il en résulte que les planifications hospitalières cantonales ne reflètent que la situation à l'intérieur des frontières du canton et sont principalement motivées par des intérêts locaux et économiques (CSS, 2022). Ce qui donne lieu à une sorte de compétition entre les différents cantons (conflits d'intérêts), avec comme conséquence une hausse des frais de soins de santé (Swissinfo, 2023). Par exemple, plus spécifiquement, l'attractivité est renforcée en promouvant l'image des hôpitaux dans le canton. Ce faisant, la liberté de choix des patients est limitée et une distorsion du marché se produit du fait que d'autres hôpitaux sont lésés (CSS, 2022).

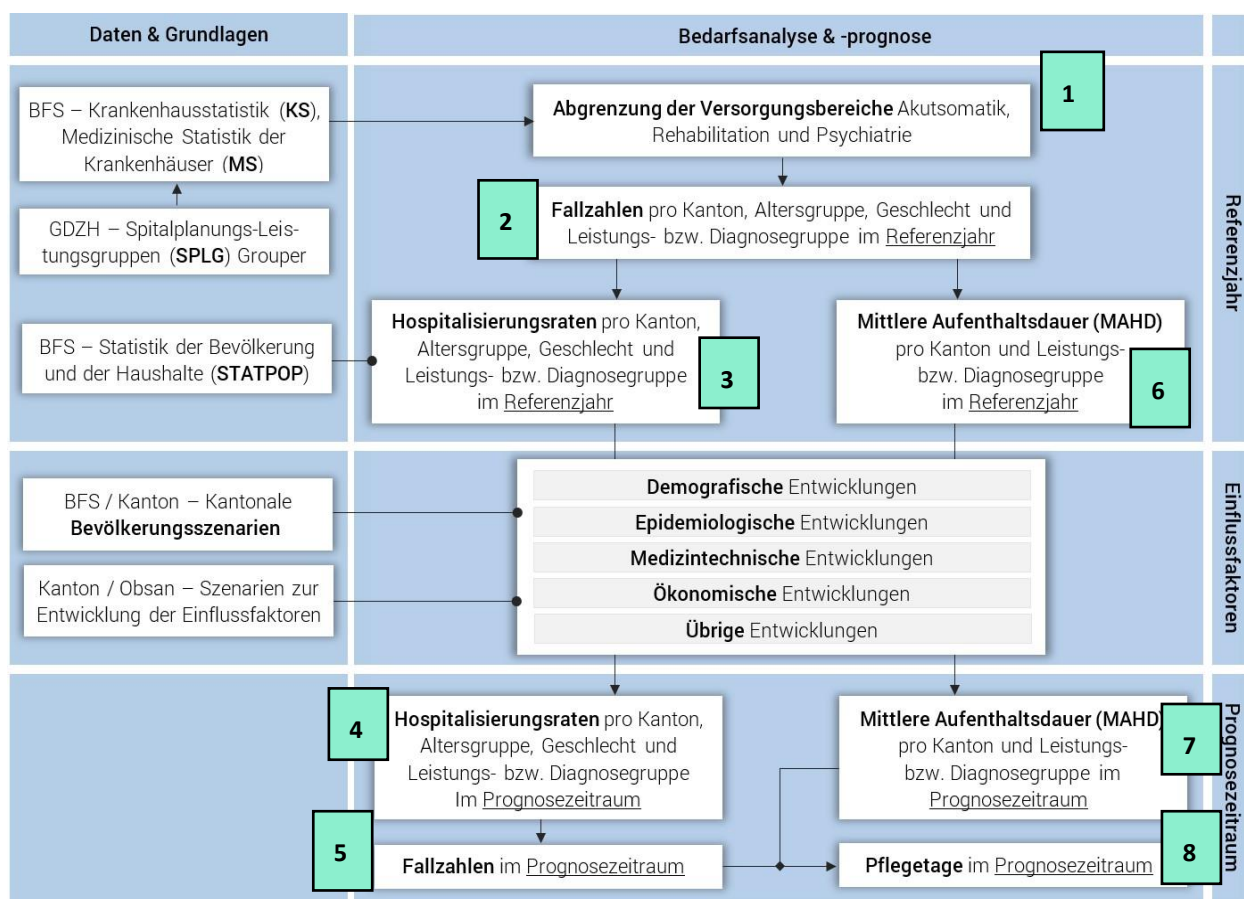
La conséquence de cette coordination déficiente est qu'il n'est pas simple pour les cantons de réaliser les objectifs nationaux dans le domaine de la santé. Le Conseil fédéral a déjà entrepris des actions et a décidé d'harmoniser les conditions de planification des hôpitaux et maisons de repos entre les cantons. Ce dans l'idée d'améliorer la qualité des soins et d'économiser des coûts. Tous les hôpitaux doivent en effet passer par un même audit de performance. Les nouveaux critères de planification des hôpitaux et des maisons de repos sont entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (CSS, 2024 ; CSS, 2022).

Il y a aussi bel et bien une demande de reprise du mandat des cantons par le niveau fédéral. Les assureurs de soins suisses veulent que l'autorité fédérale prenne en charge la planification des hôpitaux. Le président de Santésuisse va même plus loin et estime que la délivrance de licences doit être réglée au niveau fédéral, alors que cette compétence revient actuellement aux cantons (Swissinfo, 2023).

4.2.1.1 MODÈLE DE L'OBSAN À TITRE D'ILLUSTRATION

Le modèle général utilisé par l'Obsan pour établir des projections en matière de planification hospitalière est utilisé pour chaque canton, mais est parfois adapté à la demande du canton ou pour des raisons méthodologiques. Ces projections se basent sur le nombre de lits d'hôpitaux (Clémence, Planification des soins de santé Suisse, 2024). 1

Tableau 8 : Modèle Obsan de prévision des besoins en soins dans le cadre des soins somatiques aigus



Source : (Jörg & Tuch, 2023))

Le tableau 8 est une représentation schématique du modèle de prévision utilisé par l'Obsan pour évaluer les besoins en soins (dans le cadre de soins somatiques aigus). Les modalités de cette évaluation peuvent se résumer en quelques étapes :

- 1.) Identification des services pertinents dans les trois domaines de soins : soins somatiques aigus, réadaptation et psychiatrie.
- 2.) Calcul du nombre de numéros de dossiers (cas) par canton, classe d'âge, sexe et groupe de prestations durant l'année de référence.
- 3.) Calcul du nombre d'hospitalisations durant l'année de référence sur la base du nombre de cas par canton, classe d'âge, sexe et groupe de prestations, en tenant compte du nombre d'habitants.
- 4.) Estimation du nombre d'hospitalisations durant la période de prévision, en tenant compte des évolutions économiques, épidémiologiques et médico-techniques.
- 5.) Estimation du nombre de cas durant la période de prévision sur la base des hospitalisations et des scénarios de l'évolution démographique.

- 6.) Calcul de la durée moyenne de séjour par groupe d'allocations durant l'année de référence.
- 7.) Estimation de la durée moyenne de séjour pour la période de prévision, en tenant compte des évolutions économiques, épidémiologiques et médico-techniques.
- 8.) Estimation du nombre de jours d'hospitalisation dans la période de prévision sur la base de l'estimation du nombre de cas et de l'estimation de la durée moyenne de séjour par groupe d'allocations (Jörg & Tuch, 2023).

Utilisation de trois scénarios prospectifs

Le modèle fonctionne avec trois scénarios qui sont utilisés pour se faire une idée des éventuelles évolutions. Tous les scénarios reposent sur des hypothèses différentes quant à l'évolution des facteurs d'influence (examinés ci-dessous).

1. Scénario de base
Basé sur un résumé de l'évolution la plus plausible ou probable des facteurs d'influence.
2. Scénario maximum
Basé sur une combinaison d'hypothèses qui exigent un besoin en capacité accru.
3. Scénario minimum
Basé sur une combinaison d'hypothèses qui résultent en un besoin de capacité relativement faible (Jörg & Tuch, 2023).

Facteurs d'influence

Les facteurs qui impactent la demande future en services de soins de santé et qui sont pris en compte dans le modèle prospectif sont : **les évolutions démographiques, médico-techniques, épidémiologiques et économiques** (Jörg & Tuch, 2023).

Évolutions démographiques

Dans un souci d'intégration des évolutions démographiques dans le modèle, on se base sur les scénarios de population de l'OFS. Pour le scénario de base, le scénario de référence de l'OFS est utilisé ; on utilise une population plus nombreuse pour le scénario maximum, et une population plus basse pour le scénario minimum (Jörg & Tuch, 2023).

Évolutions épidémiologiques et médico-techniques

Le calcul des évolutions épidémiologiques et médico-techniques est basé sur des études et avis réalisés par la GDZH (Direction Santé du canton de Zurich) (Kanton Zürich, 2024).

Évolutions économiques

En ce qui concerne les évolutions économiques, deux effets sont pris en compte dans le modèle prévisionnel. Il y a d'une part le glissement du traitement en milieu intra-muros vers le secteur ambulatoire, et d'autre part, la réduction de la durée moyenne de séjour des patients (Jörg & Tuch, 2023). Pour mesurer cela, on utilise des listes harmonisées des cantons eux-mêmes, ainsi que la liste des procédures policliniques (catalogue AOP). On y applique aussi les différents scénarios (De Pietro, et al., 2023).

Les progrès de **la technologie médicale et les impulsions financières** dans le système tarifaire suisse permettent quant à eux de réduire la durée moyenne de séjour. Ces facteurs sont donc également pris en compte. Pour prévoir ces évolutions, le modèle se base sur la répartition de la durée moyenne de séjour par prestataire de services et groupe de services dans l'année de référence (De Pietro, et al., 2023).

Enfin, le modèle tient compte d'une adéquation du nombre d'hospitalisations dans le(s) canton(s) examiné(s) par rapport au nombre total d'hospitalisations en Suisse. À titre de données de base pour cette projection, les chiffres d'hospitalisation sont calculés pour tous les groupes d'allocations selon le sexe, la classe d'âge et la région de résidence dans l'année de référence. Il importe toutefois ici de souligner le fait que ces chiffres ne représentent pas les besoins réels, mais quantifient uniquement l'hospitalisation (De Pietro, et al., 2023). On peut en effet supposer que l'offre actuelle se compose d'une offre excédentaire dans certains groupes de services et d'une offre insuffisante dans d'autres. Si l'on se fie uniquement aux pourcentages régionaux d'hospitalisation, ces inefficacités seraient visibles dans la projection. Or, dans des années individuelles, il y a toujours des outliers, lesquels peuvent avoir un impact majeur sur la projection, surtout dans des groupes de prestations avec un faible nombre de cas. Une mise en adéquation des tarifs pour toute la Suisse permet de relativiser cet impact des outliers dans les groupes de prestations individuels (De Pietro, et al., 2023).

4.2.1.2 COORDINATION INTERCANTONALE DES SOINS MÉDICAUX HAUTEMENT SPÉCIALISÉS

Pour les soins médicaux de haute spécialisation, d'autres mécanismes de planification entrent en jeu. Depuis la révision susmentionnée de l'art. 39 de la LAMal, les cantons sont tenus de coordonner leurs activités de planification pour les soins hyperspécialisés. Étant donné que les cantons voulaient éviter une nouvelle réglementation fédérale, ils organisent eux-mêmes conjointement la planification de ce type de soins. La Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) a été conclue dans ce but. Un Organe de décision MHS (composé de dix ministres cantonaux en charge de la santé, élus par la CDS) prend des décisions en matière de planification des soins hautement spécialisés, décisions qui ont force contraignante pour tous les cantons.

L'Organe scientifique MHS, composé d'experts médicaux, conseille l'Organe de décision MHS sur tous les problèmes de santé pertinents et élabore des exigences de qualité pour les services de soins de santé hautement spécialisés. Partant des propositions formulées par cette instance, l'Organe de décision établira, pour chaque discipline médicale définie, une liste nationale d'hôpitaux autorisés à proposer ces services médicaux très spécialisés en Suisse. En plus des listes d'hôpitaux par canton, il existe donc une liste d'hôpitaux intercantonale pour la médecine hautement spécialisée. Cette liste mentionne où ces services peuvent être dispensés en Suisse. Les parties prenantes sont consultées tout au long de ce processus.

4.2.2 PLANIFICATION DES SOINS AMBULATOIRES

Globalement parlant, il n'existe aucune structure qui planifie de manière systématique les soins ambulatoires en Suisse. L'offre actuelle est essentiellement définie par le nombre de prestataires de soins de santé individuels qui souhaitent s'établir dans certaines régions. Les règles actuelles y contribuent, dans la mesure où il est interdit aux cantons (et assureurs) de réglementer activement l'offre des prestataires de soins ambulatoires. Il en résulte, par exemple, une densité élevée de médecins dans les zones urbaines, et dans le même temps, une faible densité dans les zones rurales (De Pietro, et al., 2023).

Le secteur ambulatoire a néanmoins fait l'objet d'une attention accrue ces dernières années. Ce qui se traduit aussi dans la planification de ce secteur. C'est ainsi que le principal point de discussion de l'assemblée plénière de « Santésuisse », une organisation faîtière des assureurs suisses dans le domaine de l'assurance maladie sociale, s'était focalisé sur la planification des soins ambulatoires en Suisse (Santésuisse, 2021 ; Bohmüller, Brand, & Kaempf, 2017). Il a été dit qu'une planification des besoins et soins ambulatoires qui tient compte des frontières cantonales (régions limitées) n'a souvent que peu de sens (Bohmüller, Brand, & Kaempf, 2017). Le Conseil fédéral avait proposé une nouvelle loi, visant à réglementer la planification des soins ambulatoires d'une manière similaire aux soins intra-muros (De Pietro, et al., 2023). Cette loi n'a toutefois pas été approuvée, de sorte qu'il n'y a à ce jour pour ainsi dire aucune réglementation en matière de planification des soins ambulatoires (Fedlex, 2024).

Ce qui est réglementé, c'est la limitation du nombre de médecins autorisés à dispenser des services dans un contexte ambulatoire (art. 55a de la LAMal). Ainsi, les cantons peuvent limiter le nombre de médecins proposant des services de soins ambulatoires à charge de l'assurance maladie obligatoire. Quelques restrictions légales sont néanmoins d'application. En effet, c'est le Conseil fédéral qui fixe les critères et principes méthodologiques pour déterminer le nombre maximum. Il est tenu compte ici des flux de patients intercantonaux, des régions de soins et de l'évolution générale de la participation au travail des médecins. Pour fixer les quotas maximums, les cantons consultent également les associations de prestataires de services, assureurs et assurés. Il est demandé aux deux premiers (prestataires de services et d'assureurs) de fournir des données (gratuitement) pour pouvoir prendre une décision réfléchie (Fedlex, 2024).

Les conditions de travail en Suisse sont très attractives pour les médecins étrangers (et pour d'autres professions de santé) (De Pietro, et al., 2023 ; Confédération suisse, 2023 ; Switzerland Global Enterprise, 2024). La conclusion d'un accord sur la libre circulation des personnes avec l'UE en 1999 avait suscité des inquiétudes quant à un flux entrant de médecins potentiellement trop important (excédant les besoins de la population). C'est pourquoi des restrictions temporaires ont déjà été imposées à plusieurs reprises pour les médecins (étrangers) désireux d'exercer en Suisse (De Pietro, et al., 2023 ; Confédération suisse, 2023). C'est le cas aujourd'hui aussi. La récente loi 55a sur l'assurance maladie précise que les cantons peuvent limiter le nombre de médecins dans une ou plusieurs spécialités médicales ou régions (en collaboration avec les sociétés d'assurance). Cela se fait en n'accordant pas de licence (Harris, Rubinstein, Aplington, LeGros, & Wurzburg, 2024). Cette mesure est née dans le but de réduire les coûts de l'assurance maladie, et s'explique donc par un contexte d'assurance (et non de planification).

Cette mesure tient cependant compte uniquement d'une offre excédentaire, ce pour quoi les cantons sont responsables. Par ailleurs, il n'y a pas de quotas limitatifs à l'entrée de la formation en médecine (Clémence, Planification des soins de santé Suisse, 2024).

Outre une planification minimale de la profession de médecin (basée sur le nombre de prestataires), aucun mécanisme n'assure la planification des autres professions de soins de santé. Il y a néanmoins un focus sur la promotion de la profession de praticien infirmier, comme mentionné précédemment (Clémence, Planification des soins de santé Suisse, 2024).

4.3 D'OÙ PROVIENNENT LES DONNÉES ?

La réalisation de projections pour les hôpitaux utilise principalement des données administratives des hôpitaux eux-mêmes. Ces données sont souvent centrées sur le patient. Il en va de même pour les données de soins à long terme, les données de soins à domicile et les données de soins stationnaires. Toutes ces données sont collectées et gérées à l'échelle fédérale par l'OFS. Si un canton dispose de meilleures données, on les utilisera aussi au niveau cantonal (Clémence, Planification des soins de santé Suisse, 2024).

Comme décrit plus haut, la planification est limitée pour les professions de soins de santé. L'accent est principalement mis sur les médecins, ainsi que sur les praticiens de l'art infirmier (en raison de la nouvelle loi sur la promotion de la profession). En Suisse, savoir combien de prestataires de soins exercent est un vrai défi, étant donné qu'il n'y a pas de base de données centrale disponible. Pour le nombre de médecins actifs dans le pays, il s'agit toujours d'une estimation grossière. C'est plus facile pour les praticiens infirmiers, ce groupe professionnel exerçant plutôt dans les hôpitaux et les soins à long terme où l'on dispose de données. Dans le cadre de la promotion de l'art infirmier, la profession fait l'objet d'un monitoring et des enquêtes sont utilisées pour certains indicateurs (Clémence, Planification des soins de santé Suisse, 2024).

BIBLIOGRAPHIE

- Bohmüller, I., Brand, H., & Kaempf, C. (2017). *Info Santésuisse*. Zurich: Santésuisse.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020). *Hoe wordt de Nederlandse bodem gebruikt?* Von Nederland in cijfers: <https://longreads.cbs.nl/nederland-in-cijfers-2020/hoe-wordt-de-nederlandse-bodem-gebruikt/> abgerufen
- Clémence, M. (02. 04 2024). Planification des soins de santé Suisse. (B. Lavaert, & V. Vivet, Interviewer)
- Clémence, M., Grünig, A., & Dolder, P. (2021). *Gesundheitspersonal in der Schweiz - Nationaler Versorgungsbericht 2021*. Neuchâtel: Obsan.
- Confédération Suisse. (27. 12 2023). *Free Movement of Persons Switzerland - EU/EFTA*. Von State Secretariat for Migration SEM: https://www.sem.admin.ch/sem/en/home/themen/fza_schweiz-eu-efta.html#:~:text=On%2021%20June%201999%2C%20the,live%20or%20work%20in%20Switzerland . abgerufen
- CSS. (2022). *Hospital financing and hospital planning*. Von CSS: <https://www.css.ch/en/about-css/driving-force/responsibility/health-policy/hospital-financing.html> abgerufen
- CSS. (2024). *Company*. Von CSS: <https://www.css.ch/en/about-css/who-we-are/company.html> abgerufen
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., . . . Quentin, W. (2015). *Overview of the health system*. Von Health Systems and Policy Monitor: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/switzerland-2015/introduction/> abgerufen
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., . . . Quentin, W. (2015). *Switzerland - Health system review*. Copenhagen: World Health Organization.
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., . . . Quentin, W. (18. 11 2021). *Overview of the statutory financing system*. Von Health Systems and Policy Monitor: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/switzerland-2015/financing/overview-of-the-statutory-financing-system/> abgerufen
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., . . . Quentin, W. (04. 07 2023). *Organization*. Von Health Systems and Policy Monitor: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/switzerland-2015/organization-and-governance/organization/> abgerufen
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., . . . Quentin, W. (04. 07 2023). *Planning*. Von Health Systems and Policy Monitor: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/switzerland-2015/organization-and-governance/planning/> abgerufen
- EEAS. (30. 07 2021). *The European Union and Switzerland*. Von Delegation of the European Union to Switzerland and Liechtenstein: https://www.eeas.europa.eu/switzerland/european-union-and-switzerland_en?s=180 abgerufen
- Federal Statistical Office. (03. 08 2019). *Swiss Health Survey 2017: Physical activity and health*. Von Federal Statistical Office: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/news/whats-new.assetdetail.9546745.html> abgerufen

- Federal Statistical Office. (03. 09 2020). *Swiss Health Survey 2017: Overweight and obesity*. Von Federal Statistical Office: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.14147720.html> abgerufen
- Federal Statistical Office. (2021). *S80/S20 equivalised disposable income quintile share ratio in Europe*. Von Schweizerische Eidgenossenschaft: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/statistics/economic-social-situation-population/economic-and-social-situation-of-the-population/inqualities-income-distribution/income-distribution.assetdetail.24308347.html> abgerufen
- Federal Statistical Office. (2023). *Income distribution*. Von Schweizerische Eidgenossenschaft: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/statistics/economic-social-situation-population/economic-and-social-situation-of-the-population/inqualities-income-distribution/income-distribution.html#:~:text=In%202021%2C%20the%20S80%2FS20,income%20of%20the%20poorest> abgerufen
- Federal Statistical Office. (26. 09 2023). *Key population figures, 1950-2022*. Von Federal Statistical Office: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/statistics/population.assetdetail.27225432.html> abgerufen
- Federal Statistical Office. (2024). *Ageing in Switzerland*. Von Federal Statistical Office: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/statistics/cross-sectional-topics/ageing-switzerland.html#:~:text=The%20ageing%20of%20the%20population,be%20enabled%20in%20your%20browser.&text=Fertility%20in%20Switzerland%20has%20been,birth%20rate%20remains%20relativ> abgerufen
- Federal Statistical Office. (2024). *Population*. Von Schweizerische Eidgenossenschaft: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/statistics/population.html> abgerufen
- Fedlex. (01. 03 2024). *Fedlex Die Publikationsplattform des Bundesrechts*. Von Bundesgesetz über die Krankenversicherung: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de abgerufen
- FOPH. (25. 09 2023). *The Federal Council's health policy strategy 2020–2030*. Von Federal Office of Public Health FOPH: <https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/strategie-und-politik/gesundheits-2030/gesundheitspolitische-strategie-2030.html#:~:text=With%20its%20health%20policy%20strategy,for%20all%20health%20system%20actors.> abgerufen
- GDK/CDS. (20. 05 2022). *Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung*. Von Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren: <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/empfehlungen-der-gdk-zur-spitalplanung> abgerufen
- Harris, S. F., Rubinstein, K., Aplington, D., LeGros, E., & Wurzburg, J. (2024). *Healthcare regulation - Switzerland*. Lexology. Von https://www.wengervieli.ch/getattachment/91b016d4-ec51-492d-aaf5-e2d660c4dc5c/Switzerland-Chapter-in-Lexology-Panoramic_Healthcare-Regulation_Wenger-Vieli.pdf.aspx abgerufen
- Instituut voor de Nederlandse Taal. (2024). *Zoeken in woordenboeken*. Von Instituut voor de Nederlandse taal: <https://ivdnt.org/woordenboeken/zoeken-in-woordenboeken/?w=corporatie> abgerufen
- Instituut voor de Nederlandse Taal. (2024). *Zoeken in woordenboeken*. Von instituut voor de Nederlandse taal: <https://ivdnt.org/woordenboeken/zoeken-in-woordenboeken/?w=corporatisme> abgerufen
- Jörg, R., & Tuch, A. (2023). *Spitalversorgung Modell Ost*. Neuchâtel: Swiss Health Observatory (Obsan).

Kanton Zürich. (2024). *Spitalplanung 2023*. Von Kanton Zürich: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung.html> abgerufen

Kanton Zürich. (2024). *Zahlen und Fakten zu den Spitälern*. Von Kanton Zürich: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/zahlen-fakten-spitaeler.html> abgerufen

Lauwerier, N. (28. 03 2023). *Neutraal Zwitserland wil geen wapens leveren aan Oekraïne en dat leidt tot spanningen met Europese Unie*. Von VRTNWS: <https://www.vrt.be/vrtnews/nl/2023/03/28/neutral-zwitserland-wil-niet-dat-zijn-wapens-naar-oekraïne-ga/#:~:text=Zwitserse%20neutraliteit%2C%20wat%20is%20dat,de%20status%20van%20neutraal%20land.> abgerufen

Obsan. (2024). *Obsan*. Von Swiss Health OBServatory: <https://www.obsan.admin.ch/en/obsan> abgerufen

OECD. (07 2017). *Health Policy in Switzerland*. Von OECD: www.oecd.org/health abgerufen

OECD. (2023). *OECD Health at a Glance 2023 - Zwitserland*. Von OECD: [OECD.org/health at a glance](http://OECD.org/health-at-a-glance) abgerufen

OECD. (2024). *Fertility rates*. Von Organisation for Economic Co-operation and Development: <https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.htm> abgerufen

OECD. (2024). *Foreign-born population*. Von OECD Data: <https://data.oecd.org/migration/foreign-born-population.htm> abgerufen

OECD. (2024). *Health spending*. Von OECD - Data: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> abgerufen

OECD. (14. 03 2024). *Healthcare Resources: Dentists*. Von OECD.Stat: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30177#> abgerufen

Praxisgemeinschaft. (2024). *OPTIONS FOR FINANCING PSYCHOLOGICAL, PSYCHIATRIC AND PSYCHOTHERAPEUTIC SERVICES*. Von 4P - Praxisgemeinschaft: <https://www.psychotherapie-4p.ch/en/cost-of-psychological-and-psychotherapeutic-services.html> abgerufen

Praxisgemeinschaft 4P. (2024). *OPTIONS FOR FINANCING PSYCHOLOGICAL, PSYCHIATRIC AND PSYCHOTHERAPEUTIC SERVICES*. Von 4P - Praxisgemeinschaft: <https://www.psychotherapie-4p.ch/en/cost-of-psychological-and-psychotherapeutic-services.html> abgerufen

Santésuisse. (2021). *Organisation*. Von Santésuisse: <https://www.santesuisse.ch/ueber-santesuisse/unternehmen/organisation> abgerufen

Swiss Health Survey. (2024). *Tobacco consumption (age: 15+)*. Von Swiss Monitoring System of Addiction and Noncommunicable Diseases: <https://ind.obsan.admin.ch/en/indicator/monam/tobacco-consumption-age-15> abgerufen

Swissinfo. (27. 09 2023). *Swiss health insurers want federal government to oversee hospitals*. Von Swissinfo: <https://www.css.ch/en/about-css/driving-force/responsibility/health-policy/hospital-financing.html> abgerufen

Swissmedic. (2019). *Swissmedic, Swiss Agency for Therapeutic Products*. Von Swissmedic: <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/en/home.html#:~:text=The%20Swiss%20Agency%20for%20Therapeutic,and%20monitoring%20of%20medicinal%20products.> abgerufen

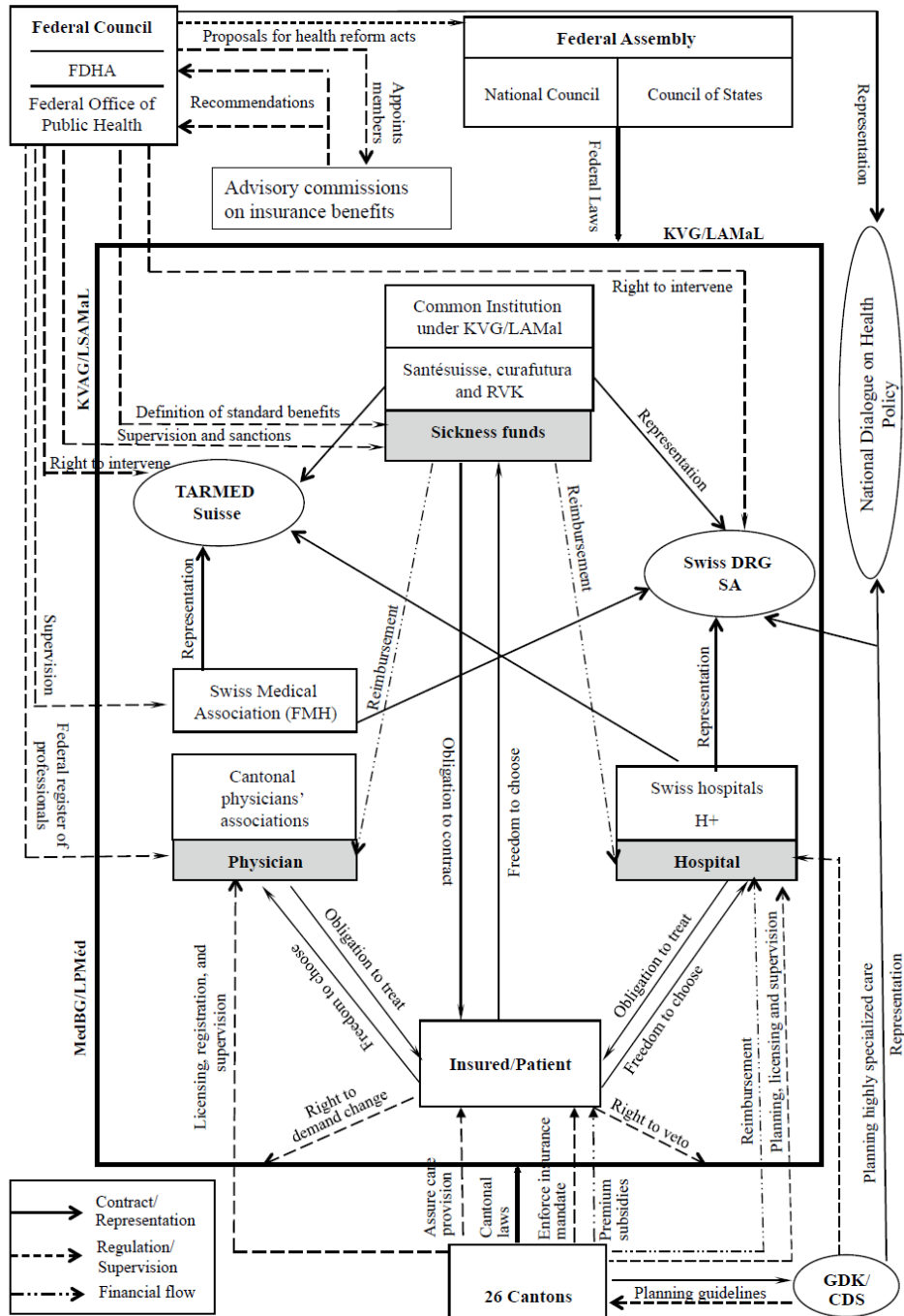
- Switzerland Global Enterprise. (2024). *Talent*. Von Switzerland Global Enterprise: <https://www.sge.com/en/article/expertise/20232-ip-health-talent?ct> abgerufen
- The World Bank. (2024). *GDP per capita (current US\$) - Switzerland*. Von The World Bank - Data: https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?contextual=aggregate&end=2022&locations=CH&name_desc=false&start=2022&view=bar abgerufen
- The World Bank. (2024). *Life expectancy at birth, total (years) - Switzerland*. Von The World Bank - Data: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?contextual=aggregate&locations=CH> abgerufen
- The World Bank. (2024). *Mortality rate, adult, female (per 1,000 female adults) - Switzerland*. Von The World Bank - Data: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.AMRT.FE?locations=CH> abgerufen
- The World Bank. (2024). *Mortality rate, adult, male (per 1,000 male adults) - Switzerland*. Von The World Bank - Data: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.AMRT.MA?locations=CH> abgerufen
- The World Bank. (2024). *Nurses and midwives (per 1,000 people) - Switzerland*. Von The World Bank - Data: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?contextual=aggregate&locations=CH> abgerufen
- The World Bank. (2024). *Physicians (per 1,000 people) - Switzerland*. Von The World Bank - Data: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?contextual=default&locations=CH-EU> abgerufen
- The World Bank. (2024). *Poverty headcount ratio at national poverty lines (% of population) - Switzerland*. Von The World Bank - Data: <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.NAHC?locations=CH> abgerufen
- The World Bank. (2024). *Unemployment, total (% of total labor force) (national estimate) - Switzerland*. Von The World Bank - Data: <https://data.worldbank.org/indicator/SL.UEM.TOTL.NE.ZS?locations=CH> abgerufen
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. A. (05. 06 2020). *International Health Care System Profiles - Switzerland*. Von The Commonwealth Fund: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/switzerland> abgerufen
- WHO. (2024). *Cause-specific mortality, 2000-2019*. Von World Health Organization: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/gho-leading-causes-of-death> abgerufen

ANNEXES

Figure 1 – Aperçu détaillé du système de soins de santé en Suisse

Source : (De Pietro, et al., 2023)

Organization of the health system in Switzerland



Source: Authors' own compilation.

Tableau 1 – Liste des autorités publiques qui relèvent de ministères autres que le DFI, mais qui ont une compétence en lien direct avec la santé

Source : (De Pietro, et al., 2023)

Organisation	Description
Office fédéral des assurances privées (OFAP)	Fait partie du Département fédéral des finances et est notamment responsable de la réglementation et la supervision des assurances maladie.
Office fédéral du sport (OFSP)	Fait partie du Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports, et est notamment responsable de la promotion de la santé.
Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche (DEFR)	Joue un rôle important dans la surveillance des prix dans le système des soins de santé. Les bureaux aux niveaux fédéral et cantonal qui déterminent et approuvent ces prix doivent suivre les recommandations du DEFR. S'ils ne le font pas, ils doivent en expliquer la raison.
Secrétariat d'État à l'économie (SECO)	Fait partie du DEFR et opère dans le domaine de la protection de la santé et de la prévention au travail, ainsi que dans la sécurité des appareils et systèmes techniques.
Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI)	Fait partie du DEFR et réglemente les formations pour les professions, dont les professions de soins de santé.