

Résumé

Les pays de l'OCDE peuvent être fiers des progrès accomplis dans l'amélioration de l'état de santé de leurs populations. Un enfant né en 2000 dans l'un de ces pays peut espérer vivre neuf ans de plus en moyenne qu'un enfant né en 1960. La mortalité infantile a été divisée par cinq, et le taux de décès prématurés – mesuré par le nombre d'années de vie perdues avant 70 ans – a diminué de moitié.

Certes, la croissance économique et l'élévation du niveau d'instruction ont été propices à l'amélioration de l'état sanitaire, mais l'amélioration des soins de santé y a aussi contribué. Le passé récent a vu des avancées considérables dans le domaine de la prévention et du traitement de pathologies telles que les cardiopathies, le cancer, les accidents vasculaires cérébraux et les naissances prématurées, pour n'en citer que quelques-unes, et les nouveautés en matière de médicaments, d'appareils et d'interventions permettent d'obtenir de meilleurs résultats. C'est ainsi par exemple que les nouvelles techniques chirurgicales peu invasives permettent une récupération plus rapide et moins douloureuse, et que certains cas qui naguère n'étaient pas opérables peuvent maintenant être traités.

Dans la plupart des pays, la couverture maladie universelle – qu'elle soit financée par le secteur public ou privé – n'offre pas seulement une sécurité financière contre les coûts d'une maladie grave, mais favorise l'accès aux traitements et aux soins préventifs les plus modernes. En 2001, plus des deux tiers des pays de l'OCDE affichaient des taux de vaccination des enfants contre la rougeole supérieurs à 90 %, contre un tiers seulement dix ans plus tôt. Effet direct de ces améliorations des soins, on vit plus longtemps et en meilleure santé.

Ces gains ont évidemment un coût. Les données les plus récentes montrent que les dépenses de santé atteignent en moyenne plus de 8 % du PIB pour la zone de l'OCDE, et dépassent 10 % aux États-Unis, en Suisse et en Allemagne, alors qu'en 1970, ces dépenses représentaient à peine 5 % du PIB en moyenne. Une grande partie de cette augmentation s'explique par les progrès de la médecine et par une hausse concomitante des attentes à l'égard des soins de santé. En clair, avec les avancées technologiques on peut faire beaucoup plus, et on peut s'attendre à plus, mais il faut payer plus aussi.

Dépenser plus n'est pas nécessairement un problème, surtout si les bénéfices supplémentaires qu'on en tire dépassent les coûts, mais comme les dépenses de santé des pays de l'OCDE sont financées aux trois quarts par les fonds publics, cela pèse sur les budgets des États. Même aux États-Unis, où le secteur privé occupe une place exceptionnellement importante dans le financement, les dépenses publiques de santé représentent 6 % du PIB, ce qui est comparable au niveau moyen des pays de l'OCDE.

Le problème est que, compte tenu des progrès constants de la médecine et de l'augmentation de la demande due au vieillissement des populations, les pressions à la hausse des dépenses de santé ne se relâchent pas. En même temps, la proportion d'actifs va diminuer, rendant encore plus difficile la situation des finances publiques.

Si les pays riches tendent à dépenser davantage pour la santé, il y a néanmoins de grandes différences, même entre des pays dont les revenus sont comparables. Par ailleurs, les systèmes qui dépensent le plus ne sont pas nécessairement ceux qui obtiennent les meilleures performances.

Mis à part ces problèmes de coûts et de financement, le public étant de plus en plus conscient qu'il existe de multiples possibilités d'améliorer encore les performances des systèmes de santé, les autorités compétentes se trouvent confrontées à une demande forte et sans cesse croissante d'accroître la capacité de réponse des systèmes de santé aux besoins des consommateurs et des patients, d'améliorer la qualité des soins et de remédier aux disparités de l'état de santé et de l'accès aux soins. Dans ce domaine, est-il possible de faire mieux sans augmenter les coûts ?

Certes, les systèmes de santé diffèrent aussi bien par les montants et les types de ressources utilisées que par les résultats qu'ils atteignent. Mais les responsables des politiques de santé ont des objectifs communs dans tous les pays et ils peuvent tirer profit de leur expérience mutuelle quant à l'efficacité ou non des réformes visant à améliorer les performances. Le projet triennal de l'OCDE sur la santé a eu pour but d'enrichir la base d'information que les autorités responsables pourront adapter à leur contexte national dans leur recherche d'amélioration de leurs systèmes de santé.

Qualité des soins et prévention

L'importance des écarts constatés d'un pays à l'autre sur le plan de l'espérance de vie et d'autres indicateurs de la santé montre bien que des gains additionnels sont possibles dans beaucoup de pays, sinon tous. L'importance de ces écarts pose question, en même temps qu'elle suscite des attentes. Par exemple, pourquoi en 1999 la Suède et le Japon ont-ils affiché des taux de mortalité infantile d'à peine 3.4 pour 1 000 naissances vivantes, alors qu'en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis, ces taux étaient plus du double (7.2 et 7.7 respectivement) ? Pourquoi en Irlande ou en Pologne, les femmes de 65 ans avaient-elles une espérance de vie moyenne de moins de 18 ans en 2000, alors qu'au Japon, en Suisse et en France, cette espérance de vie était plus longue de trois ans ou davantage ?

On constate aussi d'importantes disparités de l'état de santé à l'intérieur d'un même pays, selon les catégories de population. Celles-ci peuvent être dues en partie à des difficultés d'accès aux soins nécessaires, qui peuvent être plus grandes pour les catégories sociales défavorisées.

Il importe de ne pas négliger les possibilités d'améliorer l'état de santé par des mesures qui ne relèvent pas des compétences traditionnelles des autorités chargées de la santé. À titre d'exemple, compte tenu de l'impact des accidents ou des maladies résultant en partie de facteurs environnementaux et de facteurs de risque, améliorer la santé implique aussi de s'attaquer aux problèmes de violence, à la prévention des accidents et à la sécurité au travail, à la sécurité routière et aux problèmes de drogue, d'alcool et de tabac.

Par ailleurs, des systèmes axés sur la guérison des maladies aujourd'hui peuvent négliger des possibilités de prévenir des maladies et des incapacités demain. En fait, 5 %

seulement des dépenses sont consacrées à des mesures visant à maintenir les gens en bonne santé. Pourtant, des mesures préventives telles que des campagnes de sensibilisation, réglementation et taxation ont permis d'améliorer la santé de la population (dans le cas, par exemple, du tabagisme). Pour preuve, la réduction spectaculaire du tabagisme observée dans la plupart des pays de l'OCDE depuis les années 60, qui a permis de réduire la fréquence du cancer du poumon. Mais de nouvelles menaces sont apparues, et le développement considérable de l'obésité que l'on observe est à cet égard particulièrement inquiétant. En effet, l'obésité augmente le risque de maladies chroniques diverses, du diabète à la démence, de sorte que la croissance rapide de la prévalence de l'obésité laisse présager des problèmes de santé dans les années à venir. Compte tenu de la difficulté qu'il y a à traiter l'obésité, il est souhaitable que l'on accorde davantage d'attention aux stratégies de prévention.

L'un des faits les plus importants de la dernière décennie est la prise de conscience générale des problèmes de qualité dans le domaine des soins de santé. En fait, on voit se multiplier dans les pays de l'OCDE les signes de manquements graves à la qualité qui se traduisent par des morts, des incapacités ou des séquelles de santé qui n'auraient pas dû se produire et qui ne font qu'ajouter aux coûts. Ces problèmes sont de trois sortes. Premièrement, certaines interventions sont pratiquées alors que, selon les normes médicales en vigueur, elles ne devraient pas l'être. Les études relatives à des interventions non urgentes telles que les pontages coronariens montrent qu'une minorité non négligeable des interventions sont pratiquées alors que l'état du patient ne le justifie pas. Il s'ensuit des risques inutiles et un gaspillage de ressources. Un deuxième type de problème de qualité provient de ce que les patients qui pourraient tirer profit de certains soins de base n'en bénéficient pas toujours. Par exemple, il est fréquent que les médicaments anti-hypertenseurs ne soient pas prescrits alors qu'ils le devraient, ce qui a des répercussions sur l'état de santé ultérieur et par conséquent sur les coûts. Et l'aspirine n'est pas assez souvent prescrite après une crise cardiaque, alors que c'est un moyen peu cher et efficace de réduire le risque d'une nouvelle crise. Un troisième type de problème de qualité est posé par la manière médiocre techniquement ou erronée dont certains soins sont dispensés : erreurs sur l'organe à opérer, erreurs de médication, etc.

Les différences selon les pays des résultats des traitements pour des maladies comme les accidents vasculaires cérébraux, les crises cardiaques et les cancers du sein s'expliquent peut-être par l'intensité des traitements, la qualité technique des soins, leur organisation et leur coordination, et d'autres facteurs extérieurs aux systèmes de santé. Des informations supplémentaires sur les facteurs explicatifs potentiels, par exemple la prévention et le dépistage, sont nécessaires pour étudier ces diverses hypothèses.

De nombreux pays de l'OCDE ont commencé à faire un suivi des indicateurs de qualité des soins, souvent pour pouvoir établir des référentiels dans le cadre d'une politique générale de suivi des performances de leurs systèmes de santé. Dans la plupart des cas, on s'est d'abord penché sur la qualité des soins hospitaliers, mais des mesures visant à évaluer d'autres structures de soins et de prise en charge de longue durée sont également mises en place. Cette action pourra être renforcée par la mise au point d'outils tels que des guides des pratiques cliniques et normes de performances, qui encouragent l'exercice d'une médecine fondée sur l'expérience et les résultats.

De meilleurs systèmes d'enregistrement et de suivi des données relatives aux patients, leur santé, et les soins qui leur sont dispensés sont indispensables si l'on veut

faire des progrès importants dans l'amélioration de la qualité. Les dossiers médicaux, ordonnances et comptes-rendus d'examens sur papier ne favorisent pas la précision, l'accessibilité ou le partage des informations. Là où ils ont été mis en place, les systèmes automatisés d'information ont eu un impact positif aussi bien sur la qualité des soins que sur leur coût. En Australie et aux États-Unis, par exemple, les hôpitaux qui ont adopté les systèmes automatisés de traitement des ordonnances ont considérablement réduit le pourcentage d'erreurs de médication et des séquelles qui en résultent pour les patients, ce qui a permis des améliorations mesurables de la qualité et un raccourcissement de la durée d'hospitalisation.

Les médecins et les hôpitaux doivent être incités à investir dans des systèmes informatiques et autres dispositions nécessaires pour améliorer la qualité des soins. Or, les incitations économiques et administratives qui existent actuellement ne font parfois que dissuader les prestataires d'appliquer les meilleures méthodes. C'est ainsi que dans certains pays, le système de responsabilité pour faute médicale pousse à prescrire beaucoup d'examens inutiles et inadaptés. Optimiser la qualité des soins nécessite de remédier à ces incitations contre-indiquées et de les remplacer par d'autres qui encouragent la pratique d'une médecine fondée sur les meilleures pratiques.

Accessibilité des soins de santé

Dans plusieurs pays de l'OCDE, on note des inquiétudes concernant un écart grandissant entre la demande et l'offre de médecins et d'infirmières. De fait, des pénuries de professionnels de la santé sont déjà apparues dans plusieurs pays. Malgré l'accroissement prévu de la demande pour les services de santé, on prévoit que l'offre va diminuer, ou au mieux qu'elle va augmenter lentement (en l'absence de mesures correctives), compte tenu des tendances sociales à la réduction des heures de travail et aux départs hâtifs à la retraite, au vieillissement de la population des médecins, et à une moindre attractivité du métier d'infirmières par rapport à d'autres professions.

Certains pays essaient déjà d'accroître le nombre et la productivité des médecins et des infirmières. Des stratégies ayant trait à la formation, au maintien en activité dans le secteur de la santé, et au recrutement à l'étranger ont obtenu des succès variables pour atteindre cet objectif. Augmenter le nombre d'infirmières s'est révélé particulièrement difficile, mais il y a place à l'expérimentation en jouant sur des leviers tels que la hausse des salaires, l'amélioration des conditions de travail et l'amélioration des programmes d'éducation et de formation.

Si le fait d'assurer une couverture globale des soins de base et de réduire les obstacles financiers et autres à leur accès a effectivement favorisé une utilisation plus équitable des services de santé, il subsiste des inégalités dans certains pays. Celles-ci, qui peuvent être dues à l'impact du ticket modérateur pour les catégories à faible revenu, à des différences de couverture, etc., peuvent se traduire par une détérioration de l'état de santé qui ne fait qu'accroître l'isolement économique et l'exclusion sociale. D'autres types d'inéquité, par exemple au niveau du délai d'accès aux soins, peuvent découler de politiques visant à promouvoir une plus grande liberté de choix pour les consommateurs.

Les amendements à la politique de santé peuvent ne pas suffire à rattraper les retards sanitaires dont souffrent certaines catégories sociales défavorisées, dans la mesure où ces disparités sont symptômes de problèmes comme la pauvreté et l'exclusion sociale.

L'expérience montre toutefois que l'action publique peut atténuer les inéquités d'accès aux soins liés aux revenus, lorsqu'elles existent, même si cela peut coûter cher. En France, par exemple, la mise en place pour les personnes à faible revenu d'un financement public du ticket modérateur a considérablement réduit les disparités de recours aux médecins spécialistes.

Les progrès de la médecine offrent des chances d'améliorer les soins et par conséquent les résultats sanitaires, mais ils peuvent aussi alourdir les dépenses totales. Les incertitudes fréquentes au sujet des coûts et des avantages des nouvelles technologies constituent un dilemme pour les décideurs qui doivent déterminer quelle est la meilleure utilisation des crédits dont ils disposent. Les processus de décision concernant l'acquisition des nouvelles technologies diffèrent beaucoup selon les pays, et la diffusion de ces technologies en dépend. Certaines, comme la thérapie génique, posent des problèmes éthiques qui peuvent rendre la décision encore plus difficile. L'approbation conditionnelle de technologies prometteuses dans l'attente d'études complémentaires, des pratiques rigoureuses d'évaluation des technologies, et l'application de processus de décision transparents peuvent aider à faire face au problème de décision dans un contexte d'incertitude.

Une capacité de réponse qui satisfasse les patients et les consommateurs

Les systèmes de santé peuvent améliorer la réponse aux attentes et aux choix des patients et des consommateurs. Les travaux de l'OCDE ont permis d'identifier des mesures qui réduisent les délais d'attente pour la chirurgie non urgente et qui améliorent les soins de longue durée, deux sources majeures d'insatisfaction dans plusieurs pays. Par ailleurs, proposer un choix entre différents produits d'assurance-maladie peut rendre le système de santé plus adapté aux besoins des patients.

Dans une douzaine au moins de pays, les temps d'attente en chirurgie non urgente sont jugés excessifs. Des temps d'attente modérés ne semblent pas nuire aux résultats, mais ils nuisent à la qualité de vie ; en outre, quelqu'un qui attend dans l'inconfort a moins de chance d'être pleinement productif au travail.

Pour réduire les délais d'attente, il faut de manière générale accroître soit la capacité, soit la productivité des systèmes de soins de santé. Cependant, cela entraînera probablement des coûts supplémentaires. Les pays où les délais d'attente sont longs ont en général une dépense de santé plus faible et moins de lits d'hôpital en soins aigus. Ils tendent aussi à ne pas appliquer la rémunération à l'acte pour les médecins et à l'activité pour les hôpitaux, qui sont deux moyens d'encourager la productivité. Et c'est dans les pays qui ont le moins de médecins par habitant que les délais d'attente tendent à être les plus longs. Néanmoins, si l'offre d'interventions est jugée adéquate, on peut aussi réduire les délais d'attente en s'assurant que les patients ne soient pas ajoutés aux listes à moins que (ou jusqu'à ce que) leurs besoins dépassent un certain seuil minimum et que ceux qui ont les besoins les plus grands accèdent en temps opportun aux services.

Un certain nombre de pays expérimentent actuellement des mesures visant à donner aux consommateurs plus de choix pour les soins de longue durée et à aider les personnes à recevoir des soins à domicile, au lieu de les placer en établissement, lorsque cela est possible. Certains pays versent des allocations directes aux bénéficiaires pour les aider à payer ces services, au lieu de payer les services aux prestataires, et ces allocations peuvent être utilisées dans la plupart des cas pour rémunérer des membres de la famille qui

fournissent des soins. Pour les bénéficiaires, il en résulte plus de souplesse et de maîtrise des services reçus et un sentiment moins grand de dépendance. Cependant, les politiques de dépenses qui laissent plus de liberté au consommateur risquent fort d'être plus onéreuses que les approches traditionnelles.

La possibilité de choisir des options à financement public ou privé pour la couverture maladie peut par elle-même élargir le choix du consommateur. Qui plus est, un système de santé dans lequel de multiples assureurs sont libres d'innover peut évoluer en fonction des préférences des consommateurs. Mais comme pour les autres avantages, le choix a un coût. Comparés aux régimes à payeur unique ou à système intégré de financement et de production des soins, les régimes à payeurs multiples peuvent accroître la pression sur les dépenses et rendre difficile le maintien de l'équité d'accès et de financement.

Des coûts raisonnables et un financement durable

Les systèmes dont le financement repose sur les cotisations des actifs rencontrent de plus en plus de difficultés à mesure que la population vieillit et que la proportion des actifs diminue. Le recours à l'impôt pour financer l'accroissement du volume de soins alourdit la charge du contribuable, ou oblige à renoncer à d'autres services ou programmes financés sur fonds publics. Pour alléger la pression future sur le budget de l'État, les individus peuvent être appelés à financer une plus grande part de leurs propres soins de santé.

La quote-part des frais laissée à la charge des usagers peut alléger la charge des systèmes de financement public. Mais il est peu probable que cela se traduise par des économies importantes, d'autant que les populations vulnérables doivent être exonérées de cette quote-part afin d'éviter des restrictions d'accès qui pourraient à long terme se révéler coûteuses. Ces exonérations impliquent aussi des coûts administratifs. En outre, les consommateurs risquent de négliger les soins préventifs et les traitements appropriés s'ils ne sont pas incités à faire autrement. Les assurances complémentaires privées peuvent aider à assurer l'accès aux soins lorsque la part laissée à la charge de l'utilisateur est importante, mais elles peuvent aussi amplifier la demande et par conséquent les coûts globaux.

L'assurance-maladie privée peut prendre en charge une partie des coûts qui, sans cela, seraient supportés par les fonds publics. Toutefois, il faut parfois prévoir des subventions pour encourager l'achat d'assurance privée, et d'autres mesures peuvent être nécessaires pour favoriser l'utilisation de prestations financées de manière privée par les personnes qui ont une assurance privée en plus d'une assurance publique. Même dans les pays où une part importante de la population a une assurance privée, ce type d'assurance tend à représenter une proportion relativement faible des dépenses totales de santé, car elle est souvent axée plus sur les risques mineurs que sur les traitements coûteux.

Les primes d'assurance-maladie privée représentent un moyen de financement régressif comparé à l'impôt ou aux cotisations d'assurance sociale assises sur le revenu. Lorsque les primes sont calculées en fonction de l'état de santé, elles peuvent être aussi régressives que des paiements directs par l'utilisateur ; néanmoins, elles permettent à celui-ci de bénéficier d'une mutualisation des risques et d'éviter les dépenses trop lourdes. Les mesures gouvernementales visant à promouvoir l'accès à l'assurance-maladie privée par la restriction de la sélection des risques ou par des subventions ciblées peuvent améliorer l'équité sur les marchés de l'assurance-maladie privée aussi bien sur le plan du financement que de l'accès aux soins, mais cela a un coût.

Lorsque les marchés de l'assurance-maladie privée jouent un rôle dans le financement de la santé, il faut que les autorités compétentes mettent au point une réglementation ou des incitations fiscales soigneusement conçues pour assurer le respect de leurs objectifs, faute de quoi les marchés de l'assurance-maladie privée ne favoriseront pas l'accès des malades chroniques et autres personnes à haut risque, non plus que celle des personnes à bas revenu. Des mesures supplémentaires comme la normalisation des produits d'assurance ou autres actions permettant aux consommateurs de bien juger des coûts et avantages d'une assurance, peuvent accroître les chances que les marchés de l'assurance privée apportent une contribution positive aux performances du système de santé.

Les gens ont besoin de protection contre le risque d'avoir à faire face à de gros frais en cas de dépendance, comme c'est le cas pour les soins aigus et l'invalidité. Différentes approches peuvent être efficaces, comme par exemple une assurance publique obligatoire (au Luxembourg, aux Pays-Bas et au Japon), une structure mixte d'assurance publique et d'assurance privée obligatoire (en Allemagne), des allocations financées par l'impôt (en Autriche) et des prestations en nature financées par l'impôt (en Suède et en Norvège). Le marché de l'assurance-dépendance privée est restreint, mais des mesures appropriées pourraient lui permettre de se développer.

Les pays ont pu ralentir la croissance des dépenses en conjuguant maîtrises budgétaire et administrative des paiements, des prix et de l'offre de prestations. Même s'il peut être techniquement difficile d'appliquer des systèmes de paiement sophistiqués, il existe de nombreux systèmes – comme les systèmes de tarification en fonction des sorties pour les hôpitaux – qui permettent d'accroître la productivité sans nuire aux résultats sanitaires. D'un autre côté, les systèmes qui maintiennent artificiellement bas les salaires des professionnels de santé et les prix risquent fort de poser un jour des problèmes de nivellement de la qualité par le bas, de difficultés de recrutement et de maintien en activité dans la profession, ou d'insuffisance de l'offre de prestations et de produits médicaux innovants.

L'efficacité des systèmes de santé

En fin de compte, accroître l'efficacité est peut-être le seul moyen de concilier l'augmentation de la demande de soins et les contraintes du financement public. Les données internationales indiquent qu'il y a possibilité d'améliorer le rapport coût/efficacité des systèmes de soins. En effet, le secteur de la santé se caractérise généralement par des imperfections du marché et une intervention publique massive, deux facteurs qui peuvent être générateurs de dépenses excessives ou mal réparties. Il peut en résulter un gaspillage de ressources et des occasions manquées d'améliorer la santé. En d'autres termes, ce n'est pas simplement en réduisant les coûts, mais en changeant la manière de dépenser que l'on pourra améliorer l'efficacité.

D'une façon générale dans les pays de l'OCDE, pour la rémunération des hôpitaux, médecins et autres prestataires, on a abandonné le système du remboursement des coûts, qui encourage l'inefficacité, pour un système de tarification à l'activité qui encourage la productivité. Mais celui-ci n'est pas sans risques, notamment celui d'encourager un volume de prestations trop élevé dans certains domaines, et celui d'un bénéfice marginal faible. Il peut sous-valoriser les services et traitements préventifs qui réduisent la nécessité d'interventions ultérieures coûteuses. Il vaudrait beaucoup mieux des modalités de rémunération qui incitent

à fournir les prestations voulues au moment voulu et qui récompensent les prestataires ou organismes qui contribuent à la réalisation d'objectifs de performances tels que l'amélioration des résultats sanitaires. Mais cela est techniquement difficile. Certains pays commencent à prendre des mesures pour améliorer les incitations en offrant des bonifications aux prestataires qui respectent certaines normes de qualité, par exemple.

Dans les systèmes où le financement et la prestation des soins sont de responsabilité publique, les mesures prises pour bien séparer les rôles des payeurs et des prestataires, de façon à permettre aux marchés, par le jeu de la concurrence, de produire des gains d'efficacité, se sont d'une manière générale révélées efficaces. Dans tous les types de systèmes, les transferts de responsabilité en matière de gestion ou d'administration des soins peuvent aussi réduire les gaspillages et augmenter la productivité. Ainsi, par exemple, certaines infirmières qualifiées pourraient, lorsque les conditions de sécurité sont réunies, remplir certaines fonctions qui sont également celles des médecins.

Les infirmières ou les médecins généralistes peuvent assurer un filtrage, évaluer la nécessité d'un traitement et orienter les patients vers le prestataire de soins le plus approprié. Avec l'Internet, les patients peuvent être mieux informés des coûts, des risques et des résultats attendus des traitements. Une meilleure information des patients peut soit freiner, soit augmenter la demande. Pour encourager une utilisation judicieuse, on pourrait moduler la quote-part à la charge des patients de façon qu'ils aient un intérêt financier à choisir les traitements les plus efficaces par rapport à leur coût.

En théorie, la concurrence entre assureurs (privés ou sociaux) devrait favoriser l'efficacité du système de santé. En pratique, il s'est révélé difficile d'instaurer entre les assureurs une concurrence basée sur la valeur des soins, car ils ont tendance à essayer d'attirer les populations en bonne santé, qui leur coûtent moins cher. Des mesures peuvent être prises pour empêcher cela, par exemple l'interdiction de la sélection des risques et la mise en place d'un système de péréquation entre assureurs des risques en fonction de l'expérience, mais ces mêmes mesures réduisent leur incitation à gérer les coûts et peuvent nécessiter des réglementations complexes.

Les instruments de pure et simple maîtrise des coûts peuvent ne viser que des effets à court terme, sans tenir compte des possibilités d'accroître l'efficacité à plus long terme en investissant dans les nouvelles technologies médicales. Une gestion des technologies axée sur leur utilité peut consister à appliquer des programmes d'évaluation des technologies et à utiliser des mécanismes tels que « les conventions utilité-coût » entre acheteurs et fournisseurs, qui prennent en compte les effets des nouvelles technologies sur les résultats sanitaires et sur les coûts.

En route vers une meilleure performance des systèmes de santé

Les responsables des politiques de santé des pays membres de l'OCDE ont maintenant une assez bonne idée des outils et des approches qui peuvent permettre de remplir beaucoup de leurs objectifs – maîtrise du rythme de croissance des dépenses publiques, équité d'accès aux soins, amélioration de la santé et prévention des maladies, et mise en place d'un financement viable et équitable des prestations de santé et de dépendance. Ces outils et ces approches ont été appliqués avec un succès variable dans le cadre des réformes effectuées depuis quelques décennies, ce qui a permis d'accumuler toute une expérience, composée à

la fois de réussites et d'échecs. Il importe maintenant d'en tirer des enseignements afin de progresser et d'anticiper les nombreux obstacles qui se dressent sur le chemin de la réussite.

La politique de santé implique de bien mesurer les arbitrages à réaliser en fonction des poids relatifs attribués à divers objectifs et en tenant compte d'une marge importante d'incertitude. L'objectif ultime est évidemment la bonne santé de la population, mais la promotion de la santé n'est pas le seul souci. Les décisions en la matière peuvent avoir des conséquences économiques considérables, du fait que le secteur de la santé est une composante majeure des économies des pays de l'OCDE, qui représente de nombreux emplois et une activité rentable. Même lorsqu'on a fait les choix les plus difficiles, modifier les systèmes pour en améliorer les performances n'est jamais facile, car la réussite dépend de l'attitude des diverses parties prenantes face aux réformes proposées. Compte tenu de la rapidité d'évolution de la médecine et des objectifs de soins, la réforme des systèmes de santé est nécessairement un processus permanent ; il existe peu de solutions rapides ou définitives.

Les travaux récents de l'OCDE ont comblé un certain nombre de lacunes dans nos connaissances. Mais beaucoup de questions importantes restent sans réponse. En voici quelques-unes parmi les plus urgentes : Comment peut-on favoriser la poursuite des avancées dans le domaine des technologies médicales et en assurer l'accès en temps voulu tout en gérant les ressources publiques de façon responsable ? Comment peut-on mieux promouvoir l'innovation afin qu'elle réponde aux besoins et priorités en matière de santé ? Quel est le meilleur moyen de garantir une offre future suffisante de professionnels de santé ? Comment peut-on mieux accorder les motivations économiques des prestataires de soins aux objectifs d'une production de soins efficace par rapport à son coût ? Comment peut-on mieux exploiter les forces concurrentielles du marché pour accroître l'efficacité des systèmes de santé ? Quelles sont les approches de la responsabilité médicale qui pourront le mieux tout à la fois empêcher les négligences, indemniser les victimes et encourager un bon usage des services ?

Optimiser le rapport coût/résultats est un objectif mouvant qui exige à la fois d'expérimenter et de mesurer soigneusement les performances à l'aide d'indicateurs spécifiques et opérationnels, d'effectuer des évaluations comparatives tant à l'intérieur de chaque pays qu'entre les pays, et de partager les informations. L'observation mutuelle permet de mettre en lumière les pratiques efficaces et les conditions dans lesquelles elles le sont. La poursuite des travaux à l'échelle internationale aidera les autorités nationales compétentes, en réunissant les expériences, les données et les idées nouvelles, à répondre aux défis auxquels elles sont confrontées.