

Le système suisse de santé et l'économie de la santé: une série pour les débutants

Pratiquement chaque semaine, les lecteurs du Bulletin des médecins suisses (BMS) sont confrontés à un débat sur la meilleure façon de faire fonctionner le système de santé en Suisse: amendements à la loi sur l'assurance-maladie, maîtrise de la progression des coûts, nouvelles règles de tarification, managed care, gestion de la qualité des soins, clause du besoin ... Devant le déferlement de faits et opinions, d'arguments plus ou moins fondés, et de promesses des dirigeants, le médecin praticien peut se sentir démuné. On a appris à distinguer un frottement d'un crépitement, pas le rationnement de la rationalisation ... Si tel est votre cas, réjouissez-vous, car le BMS accueille dans les prochains numéros une série d'articles initialement écrits pour les étudiants en médecine de l'Université de Genève, mais qui peuvent être utiles à des médecins chevronnés qui n'ont pas trouvé le temps de devenir des experts en politique de santé.

Le premier article, déjà paru dans le numéro 32/33 («Survol du système suisse de santé»), plante le décor, en identifiant les buts et les principaux acteurs du système de santé. Le second article («Marché des soins», dans ce numéro, pages 1783-85) explique en quoi les particularités du système de soins empêchent que l'on laisse à la main invisible du marché libéral la régulation de ce système; il essaie aussi de comprendre pourquoi les coûts de la santé augmentent, et comment contre-carrer cette augmentation. Il est suivi d'un bref article plus descriptif sur les flux de l'argent dans le système de santé en Suisse («Coûts de la santé en Suisse»).

Une raison fondamentale qui met en échec le marché libéral dans le secteur de la santé est que le système de santé poursuit des objectifs, tels que l'équité ou l'accès universel aux prestations, qui

n'ont pas leur place dans l'économie libérale. C'est pour cela que nous avons une assurance maladie, qui dissocie le recours aux soins du paiement. Le fonctionnement de l'assurance et son impact sur les acteurs du système de santé sont décrits dans l'article suivant («Assurance et santé: comment ça marche?»). Or, comme l'assurance encourage la consommation, l'existence même d'une assurance impose une série d'interventions et de régulations visant à contenir les coûts, et dont la principale cible est le médecin. Ceci est discuté dans l'article suivant («Incitatifs et contraintes dans l'activité médicale»), qui présente les différentes méthodes de rétribution du médecin, ainsi que les moyens utilisés par les organisations de «managed care» pour maîtriser les coûts.

On voit ainsi se dérouler le jeu de dominos: un défaut dans le système (manque d'équité dans un système libéral) entraîne une correction (assurance maladie), qui provoque ses propres effets indésirables (augmentation des coûts), qui à leur tour nécessitent des ajustements (tarifs négociés, managed care) ... Et quel est le défaut de telles mesures? Les privations, le rationnement, ou de façon plus globale, une qualité des soins déficiente. Mais parce que l'abondance de moyens ne garantit pas la qualité, l'article consacré à ce thème («Qualité des soins») introduit des concepts de base utiles à la promotion de la qualité des soins, tout en se concentrant en particulier sur la gestion de la qualité dans les systèmes complexes, à savoir les hôpitaux. Enfin, le dernier article («Analyse économique appliquée à la santé: un tour d'horizon») montre comment on peut intégrer les outputs – à savoir le niveau de santé des patients ou de la population – avec les inputs – à savoir les coûts – pour arriver à une appréciation globale, et à une répartition des ressources plus efficace.

Bonne lecture!

Philippe Chastonay^a, Thomas Perneger^{a,b}

^a Institut de médecine sociale et préventive,
Université de Genève

^b Unité qualité des soins,
Hôpitaux universitaires de Genève