



3. Une approche systémique du système de santé

- Bonjour, je suis Alberto Holly, professeur émérite à l'Université de Lausanne. J'aimerais vous présenter aujourd'hui une approche systémique du système de santé. Le but est de proposer un schéma des acteurs principaux du système de santé et de leurs interrelations, ces acteurs principaux étant les producteurs de soins, les assureurs, et bien sûr les patients, appelés consommateurs en économie de la santé. Ce système est représenté par une triade, c'est-à-dire un triangle, qu'on appelle une triade médicale. Sur le graphique, on voit dans ce triangle les patients ou les consommateurs, d'un autre côté les assureurs ou plus généralement tiers-payants, et enfin, à l'autre sommet, les prestataires de soins. Ceci est encadré par un système dans lequel l'État est considéré comme régulateur du système et non pas forcément comme producteur de soins ou comme assureur. Il est donc essentiellement régulateur du système de santé. Du point de vue du financement du système de santé, dont je vais vous parler, il y a trois fonctions essentielles. Premièrement, la collecte des revenus. Ensuite, la mise en commun des ressources. Enfin, l'affectation des ressources, c'est-à-dire la fonction d'achat des soins de santé. Il est absolument essentiel de comprendre que ces fonctions sont interdépendantes et qu'il ne faut pas les analyser séparément lorsque l'on étudie un système de santé. La collecte des ressources est le moyen par lequel le système de santé perçoit les contributions apportées soit par les ménages, soit par les entreprises, soit par les diverses institutions. Il y a donc plusieurs manières de collecter les revenus. Nous savons que les impôts constituent l'une des façons de financer le système de santé, mais selon les autres systèmes, il peut y avoir des cotisations obligatoires à une caisse d'assurance maladie, ou des cotisations facultatives auprès de caisses privées, les assurances maladies privées, calculées en fonction du risque. Il faut également savoir qu'un élément important du financement est le paiement direct aux prestataires de soins. En anglais, cela s'appelle « out of pocket », c'est un terme à connaître car il est souvent utilisé. Un autre aspect à connaître en détail et qui est lié à certaines modifications du système de santé, notamment aux États-Unis, sont les comptes épargne-santé, dans lesquels les individus affectent une partie de leurs ressources de manière obligatoire à un compte d'épargne. Finalement, en observant ces formes de financement, on peut distinguer le prépaiement, donc ce que l'on paie avant toute utilisation du système de santé, et le paiement au moment de l'utilisation. Ces deux aspects sont importants car ils mettent en évidence des questions liées à l'équité au niveau du financement du système de santé. Ça consiste à accumuler et à gérer l'ensemble des revenus perçus et c'est traditionnellement la fonction d'assurance au sein d'un système de santé. Cela permet de répartir les divers risques entre tous les membres de ce système. La troisième fonction, aujourd'hui considérée comme la principale, est l'achat des soins de santé. Il s'agit du processus par lequel les fonds collectés sont ensuite redistribués aux prestataires de soins selon les interventions qu'effectuent ces derniers. Cet achat peut s'effectuer de façon passive ou de façon stratégique. De façon passive, il y a quelques années, les assureurs se contentaient de rembourser les dépenses qui leur étaient adressées ou ils payaient les prestataires de soins en fonction de la facture qui leur était adressée. Aujourd'hui, on ne fonctionne plus ainsi. On effectue essentiellement des achats stratégiques, donc on essaie d'intervenir pour augmenter au maximum la performance du système de santé. Cela s'effectue de plusieurs façons, notamment en s'interrogeant sur les interventions à acquérir, c'est-à-dire sur le catalogue des prestations. Ce catalogue est sans doute le premier élément sur lequel s'opère la fonction d'achat :





Module 1 : A quoi sert l'économie de la santé ?



- si une prestation ne figure dans aucune liste, l'assuré doit payer lui-même l'intégralité de l'intervention. Cette partie est donc essentielle. Lorsque l'on connaît les prestations, il faut encore déterminer le déroulement des interventions et leur nature, qui sont acceptables ou non, quels prestataires de soins peuvent intervenir, comment les payer... La fonction d'achat concerne aussi le rôle que peuvent avoir les acheteurs dans le management et la planification des soins via la contractualisation, c'est-à-dire des contrats sélectifs. Le management des soins, appelé « care management », diffère du « managed care ». Le « care management » consiste à s'intéresser aux soins dans leur ensemble et non pas aux soins spécifiques à une pathologie particulière, le but étant de mettre en place une médecine fondée sur les preuves pour être le plus efficace possible.

3. Une approche systémique du système de santé

