

Mode de rémunérations des professionnels de santé

Brigitte Dormont

Université Paris Dauphine

Séminaire forfait à la pathologie, Paris, 14 janvier 2010

Les paiements des fournisseurs de soins : variable clé de la régulation du système de santé

- La valeur des tarifs conventionnels influence les dépenses de la Sécurité sociale
- Les dépassements menacent la garantie de couverture des soins
- Les rémunérations des médecins jouent sur les coûts du système de santé
 - Effet direct : financement des rémunérations
 - Effet indirect : les incitations engendrées par les systèmes de paiements influencent le niveau de la consommation de soins et la qualité des soins

Les problèmes actuels

- Mauvaise répartition géographique \Rightarrow inégalités dans l'accès aux soins
- Faible attractivité de la médecine générale
 - Une forte proportion des postes en MG non pourvus
- Fort développement des dépassements
 - inégalités entre secteurs qui renforcent les revendications des médecins du secteur 1
 - Remise en cause de la couverture des soins (problèmes d'équité entre individus selon leur couverture par les complémentaires)
- Importantes inégalités sociales de santé \rightarrow prévention, préoccupations sur la qualité de la prise en charge pour les maladies chroniques

- Les parties en présence et leurs objectifs
- Les systèmes de paiement

- *Remarque: Je me concentre sur l'ambulatoire*

-1- Les parties en présence et leurs objectifs

- Patients (assurés sociaux)
- Médecins (fournisseurs de soins)
- La tutelle (État, assureur unique, assurances plurielles en concurrence)

Objectifs des patients

- Soins de qualité
 - compétence du médecin, prise en compte de la douleur, qualité de vie, prévention, etc.
- Accès aux soins :
 - distance au médecin, files d'attente
- Progrès technique
- Soins appropriés
 - procédures justifiées et pas de soins excessifs
- Juste coût (cotisations, RAC et dépassements)
 - Efficacité de la production de soins

Objectifs des médecins

- Niveau de vie
- Estime de soi (éthique)
- Prestige
- Qualité de vie au travail
 - Durée du travail
 - Capacité à répondre à la demande (burn-out)
 - Charges administratives et moyens organisationnels (secrétariat, infirmières, auxiliaires)
- Liberté dans les stratégies de soins
 - Relations avec l'assureur

Objectifs de la tutelle

- La tutelle est un agent des assurés
- Soins appropriés → pas de demande induite
- Moindre coût → Efficacité de la dépense (efficience)
- Adoption et diffusion des innovations technologiques en accord avec les préférences des assurés → On ne cherche pas forcément à réduire les dépenses de santé
- Équité dans l'accès aux soins
- Pas de rationnement de l'offre de soins
 - Des médecins en nombre suffisant
 - Répartis correctement
 - En amont : préserver l'attractivité de la profession médicale

2. Les systèmes de paiement et leurs propriétés

- Paiement à l'acte (FFS)
- Capitation
- Salarial
- Formules mixtes
 - Capitation-FFS (Généralistes en Norvège)
 - Salarial-FFS (Spécialistes au Québec)
- Suppléments sur la base d'indicateurs de qualité → P4P

- Paiement à l'acte
 - Répond à la demande
 - Soins de qualité (progrès technique)
 - Dépend du niveau de concurrence entre médecins
 - Pas d'incitation à la prévention
 - Forte incitation à la demande induite

- **Capitation**

- Moins d'incitation à la qualité et à répondre à la demande
- Incitation à l'efficacité et à la prévention
- Pas d'incitation à la demande induite: moins coûteux
- Si soins secondaires inclus dans le forfait, risque de rationnement ou de sélection de patients (budget total au RU)
- Sinon, risque de report plus important vers autres structures médicales
- Encore une incitation à satisfaire les besoins

- **Salariat**
 - Pas d'incitation directe à la qualité et à répondre à la demande (indirecte : prestige à l'hôpital)
 - Pas d'incitation à la demande induite
 - Système le moins coûteux : pour la tutelle, pas de risque sur le niveau de dépense, maîtrisé *ex ante*
- **Formules mixtes : permettent de combiner les avantages et les inconvénients**
 - En théorie : si la qualité des soins est un substitut de la quantité d'actes délivrés, un paiement mixte a la vertu de diminuer le rendement marginal de l'acte supplémentaire et doit encourager une meilleure qualité des soins

- Pay-for-performance (P4P)
 - Généralement prévu pour la prise en charge des maladies chroniques
 - 5-6 indicateurs dans des HMO américains
 - 146 indicateurs au RU à partir d'avril 2004 (performances « exceptionnelles » : le revenu des médecins augmente de 38 % en deux ans (Ecosse))
- Mécanisme simple: incitation directe à la qualité par le paiement d'un bonus lié à la valeur des indicateurs
 - La qualité des soins est multidimensionnelle: les dimensions non rémunérées peuvent se dégrader
 - Le spillover sera positif ou négatif selon la technologie déployée pour augmenter la qualité
 - *Effet positif si un élément commun améliore toutes les dimensions
→ programme de rappel informatisé pour les examens de suivi
peut être utilisé pour toutes les maladies chroniques*

Le contexte influence beaucoup les propriétés des paiements

- FFS et niveau de la densité médicale
 - Si la densité est basse, le paiement à l'acte peut avoir de bonnes vertus (avec une forte charge de travail pour le médecin)
 - Les médecins peuvent alors réclamer une capitation qui aurait de mauvaises propriétés (coût élevé, baisse du service rendu)
 - Demande induite et niveau de densité
 - Si la concurrence entre médecins est faible et si beaucoup de patients par médecins, l'effet du FFS sur la qualité peut être inverse : baisse de la durée de consultation
- Effet de la capitation selon la taille de la liste et la fréquence des fenêtres de changement
 - Réduire la liste peut améliorer la qualité (Obésité en Angleterre)
- Calcul du niveau de la capitation peut avoir un fort impact sur les coûts

Contexte (suite)

- Relations avec les autres professions de santé
 - Si délégations de tâches, les revenus des médecins peuvent être plus élevés (« modèle » américain)
 - Mais il faut penser la définition des paiements des autres professions (libéral ? Salarial ?) → Ophtalmos/ orthoptistes

Résultats empiriques : FFS

- Très nombreux résultats qui montrent l'existence de demande induite avec le paiement à l'acte (trop d'actes ou procédures inappropriées)
- Pour la France:
 - On trouve de la demande induite pour les généralistes du secteur 1
 - Bonne réponse à la demande en cas de baisse de la densité
- Aux Etats-Unis, les patients plus malades choisissent assurance avec FFS plutôt que capitation (Cutler & Reber, *QJE* 1998)

Résultats empiriques : paiements mixtes

- Panachage capitation-FFS
 - Généralistes norvégiens : plus d'actes si liste de patients jugée insuffisante
- Danemark : passage capitation pure à capitation + FFS conduit à une baisse du taux d'adressage
- Spécialistes à l'hôpital au Québec
 - Passage en 1999 : FFS → Mixte salaire-FFS
 - Finalité : plus de temps aux tâches adm. et d'enseignement
 - Résultat: + 8 % pour ces tâches (Fortin, Jacquemet *et al.* 2007)