



Module 4 : La production de soins, un métier comme un autre ?



2. Les modes de rémunération des médecins

- ➔ La richesse de l'économie de la santé tient à la conjonction de défaillances de marché, plus marquée que dans d'autres domaines. Le fait, par exemple, de traiter de questions de vie ou de mort oblige les économistes à prendre la mesure de ces spécificités en adaptant leurs outils en conséquence, à interagir de manière forte avec les acteurs, les décideurs, les patients, et à travailler de manière intégrée avec les autres disciplines. Dans ce module sur les métiers du soin se pose la question de la rémunération des producteurs. L'enjeu principal est de définir un système de rémunération, que ce soit pour l'hôpital ou en ville, qui concilie qualité des soins et pertinence, à savoir la réduction de dépenses inutiles, voire délétères, pour le patient. On peut tirer quatre messages forts de l'expérience de pays qui ont expérimenté des modes de tarification innovants. Le premier, est qu'aucun système de rémunération n'est neutre sur la pratique médicale. En effet, tout mode de rémunération comprend des formes d'incitation, qui sont implicites ou explicites, positives ou négatives, des sanctions ou des incitations, financières ou non. Par exemple, le paiement à l'acte, mode de paiement dominant pour la médecine de ville en France, implique la rémunération d'un acte et peut avoir un effet inflationniste. À l'inverse, en Grande-Bretagne, le mode de paiement dominant est la capitation, à savoir la responsabilité, pour le médecin, d'une population sur un territoire pour une période donnée. Ce mode de rémunération a lui aussi des effets incitatifs : comme peut-être un manque d'attention ou de temps consacrés au patient. Les travaux économiques montrent qu'en théorie, l'asymétrie d'information entre producteurs de soins et patients nécessite de mettre en place des incitations à la performance, qu'on appelle schémas mixtes de rémunération. On constate, dans les pays étudiés, une convergence des systèmes de rémunération vers une forme mixte de rémunération qui inclut une partie incitative, indexée sur les résultats, et une partie qui prend en compte les coûts, financiers ou en temps, associés à la production de l'acte. Le deuxième point important, d'après les retours d'expérience, c'est que les incitations financières sont toujours à double tranchant. Elles permettent certes d'inciter les agents, en l'absence de possibilités de contrôle, mais elles peuvent aussi avoir des effets très différenciés selon les individus. Dans le domaine de la santé, l'altruisme est très présent. Ce sont les motivations intrinsèques : l'importance que l'on attribue au fait de faire son travail, de le faire pour des patients. Ces motivations intrinsèques sont très fortes. Instaurer des motivations extrinsèques, c'est-à-dire financières, peut donc avoir des effets d'éviction des motivations intrinsèques. Le troisième point important, c'est que tous les schémas de rémunération mixte, quels qu'ils soient, que l'on met en place, font l'objet de gaming, c'est-à-dire de comportements stratégiques adoptés par les individus touchés par cette rémunération qui peuvent conduire à contourner la réglementation ou le système mis en place. Ces effets ne peuvent être qu'en partie anticipés. Par exemple, mettre en place des incitations financières sur une équipe plutôt que sur un individu crée un risque de free-riding, c'est-à-dire que certains seront des passagers clandestins et travailleront moins que d'autres, qui assumeront la responsabilité pour l'équipe. À l'inverse, mettre en place des incitations financières portant sur l'individu créera un risque de moindre coopération dans l'équipe, ce qui peut être très délétère lorsqu'on travaille en équipe, notamment à l'hôpital. Le quatrième point essentiel, après retour d'expérience, c'est l'importance de chercher des modes incitatifs de rémunération qui soient vraiment respectueux des missions premières des professionnels de santé.





Module 4 : La production de soins, un métier comme un autre ?



2. Les modes de rémunération des médecins

- Par exemple, en France, la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018 offre la possibilité d'expérimenter et d'instaurer des modes de tarification innovants, prenant en compte les dimensions de qualité, de performance, de pertinence donc, et de coordination des soins entre la ville et l'hôpital. À ce stade, quelques conditions peuvent être avancées, au moment de la construction de ce schéma incitatif de rémunération aux parcours de soins, donc incluant les soins de ville et hospitaliers. La première est de co-construire le schéma de rémunération incitatif avec les professionnels de santé. La deuxième est de mettre en place, au préalable, un système d'indicateurs fiables et consensuels, concernant à la fois les processus et les résultats. La troisième est de mettre en place des mécanismes qui empêchent la sélection, par exemple des patients les moins graves, les moins sévères, la réduction de la qualité des soins, ou bien la substitution, c'est-à-dire faire des activités moins productrices de santé. La quatrième condition à la mise en œuvre de ces mécanismes incitatifs, c'est de préférer, en tout cas pour l'hôpital, les incitations qui portent sur l'équipe plutôt que sur l'individu, et de combiner incitations financières et non financières, par exemple de type organisationnel. Enfin, et c'est un sujet important, il faut d'abord définir les conditions de partage des gains éventuels de productivité entre les acteurs associés dans ce parcours de soins. Vous l'aurez compris, ce chantier ouvre de belles perspectives pour les économistes de la santé.

