

CONFERENCES/ATELIERS

« Économie de la santé »

ENMAS, Alger, le 23/03/2021



المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة
Ecole Nationale de Management et de l'Administration de la Santé

المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة
Ecole Nationale de Management et de l'Administration de la Santé

ATELIER 2

La problématique de tarification des services de santé (éléments de cadrage n° 1)

Dr MESSAILI Moussa

Dr CHALANE Smail

Maîtres de conférences, Université de Béjaïa

moussa.moyses@gmail.com

chalanesmail@gmail.com



OBJECTIFS

- ✓ Présenter les **termes de la problématique de tarification des services de santé**
- ✓ Décrire et analyser les deux **(2) principales formules de rémunération des agents du système de soins** (*paiement rétrospectif* et le *payement prospectif*).

PLAN/CONTENU

- ✓ **Éléments de problématique**
- ✓ **Financement rétrospectif** *versus* **Financement prospectif**
- ✓ **La rémunération des professionnels de santé**
- ✓ **Le financement des hôpitaux**

INTRODUCTION

LE CASSE-TÊTE DE LA TARIFICATION DES SOINS !

- Le mode de tarification des soins a une influence critique sur le **comportement des prestataires de soins**.
- Tout mécanisme de rémunération contient des **incitations financières** ayant leurs **vertus** et leurs **effets pervers**, et présente donc ses **avantages** et ses **inconvenients**.
- Chacun génère des parades, voire des tricheries, qu'il convient de déjouer et de punir. **Aucun n'est neutre !**

POURQUOI LA FIXATION DES PROCÉDURES DE RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EST-ELLE AUSSI PROBLÉMATIQUE ?

**Mécanismes
de
rémunération**

**Incitations
financières**

**Comportement
des prestataires**

**Efficacité
des soins**

**Dépense
de santé**

1) ÉLÉMENTS DE PROBLÉMATIQUE

La problématique de base de tout *systeme de tarification* est simple : **Qui supporte le risque financier lié à la variabilité des coûts ?**

Le risque financier provient de **l'incertitude radicale qui pèse sur la dépense de soins.**

○ Variabilité des coûts

→ Spécificités de l'activité médicale

→ **Pratiques de prescription**
(médicaments, actes diagnostics, chirurgie...)

→ **Coûts hospitaliers** (séjours comparables en pathologies et en procédures)

→ **Profil personnel du patient**

○ Variabilité des coûts + Asymétrie d'information = **OPPORTUNISME**

L'incertitude sur les dépenses de santé peut provenir de trois facteurs :

- 1) le **choix et la qualité des soins** du producteur ;
- 2) le **hasard** qui amène au soignant une proportion de patients plus ou moins coûteux ;
- 3) l'**action volontaire** du soignant pour **augmenter son revenu**, par la demande induite entre autres.

Par exemple, **un hôpital qui présente des coûts moyens élevés.**

- Est-ce parce qu'il est mal géré ?
- Est-ce parce que ses chirurgiens sont « incompétents » (ils ont un faible taux de succès lorsqu'ils opèrent) ?
- Est-ce à cause des problèmes d'hygiène, parce que l'hôpital présente un fort taux d'infections nosocomiales ?
- Est-ce parce que l'hôpital est construit dans une zone de retraités et reçoit donc des patients âgés ?
- Enfin, est-ce parce qu'il allonge artificiellement les séjours afin d'augmenter son budget ?

- Les conséquences du risque financier peuvent peser soit sur le **producteur de soins**, soit sur le **payeur collectif** (Assurance-Maladie ou État), soit sur le **malade**.
- Idéalement, **elles devraient peser sur l'acteur responsable de la dépense injustifiée**.

Le premier et le troisième facteur de risque devraient peser sur l'**hôpital/médecin**.

Le second sur la **collectivité (payeur collectif)**.

- Sans cette répartition du risque financier, les acteurs sont incités :
 - soit à **augmenter la dépense**, par **négligence** ou par **intérêt** ;
 - soit à **refuser de traiter certains malades**, d'où une **injuste sélection des patients**.
- En définitive : La répartition du risque entre producteur de soins et payeur dépend de l'**adaptation des tarifs à la réalité des coûts**.

Par exemple :

Si le **tarif est unique et fixé *a priori* selon la moyenne des coûts constatés**, le producteur tirera une **marge bénéficiaire** d'un client peu coûteux par rapport à la moyenne, mais il devra **supporter la perte** engendrée par la présence d'un **client exceptionnellement coûteux**.

→ Financement prospectif ou *ex ante*.

Dans ce cas, le risque financier entourant les dépenses de santé est **supporté essentiellement par les producteurs de soins**.

A contrario, si le **tarif est complexe et bien ajusté aux coûts réels** (le tarif sera donc plus élevé pour les malades âgés ou graves), **le producteur échappera en partie au risque.**

Le financeur supporte donc l'essentiel du risque financier.

→ Financement rétrospectif ou *ex post*

2) FINANCEMENT PROSPECTIF
versus
FINANCEMENT RÉTROSPECTIF

- Le principe des « **tarifs rétroactifs** », ou *ex post*, consiste à fixer le tarif du producteur de soins en fonction des **dépenses moyennes ou marginales engagées par lui pour les soins**.
- Le producteur de soins doit donc faire connaître ses coûts au financeur qui ajuste son tarif en conséquence.

- Ce principe fait supporter tout le risque financier lié à la variabilité des coûts au financeur.
- De fait, le financeur devient un « **payeur passif** ».
- Il est difficile ici pour le financeur de **contrôler les coûts et les dépenses.**
→ « Désastre financier » pour le payeur collectif !
- Il était courant jusqu'aux années 1980 tant pour les **médecins** (paiement à l'acte) que pour les **hôpitaux** (payement à la journée).

- Le « **financement prospectif** », ou *ex ante*, consiste au contraire à **fixer à l'avance un tarif pour un service médical défini** et à s'y tenir quel que soit le coût réel.
- Ce principe *transfère le risque financier lié à la variabilité des coûts sur le producteur de soins*.
- Le tarif peut être **imposé au producteur de soins** par le payeur ou **négocié avec lui**.

3) LA RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

INTRODUCTION

- La **médecine libérale** est organisée selon un ensemble de principes :
 - ✓ **Paiement à l'acte**
 - ✓ Liberté thérapeutique et de prescription des médecins
 - ✓ Liberté d'installation des médecins
 - ✓ Liberté de choix de son médecin par le patient
 - ✓ Paiement direct du patient

INTRODUCTION

- Cependant, les modes de rémunérations des professionnels de santé dans le cadre de la médecine ambulatoire ne se résume pas au **payement à l'acte**.
- En fait, on peut distinguer au moins **trois grands mécanismes** de rémunération des soignants « en ville » :
 - **Payement à l'acte**
 - **Capitation**
 - **Salariat**

3.1. LE PAIEMENT À L'ACTE

- Le médecin est **remboursé** *après la réalisation du service*. Et donc, le **paiement se trouve renouvelé à chaque acte**.
- Le paiement à l'acte est-il un mode de paiement **rétrospectif** ou bien **prospectif** ?

- Le paiement à l'acte est LA TRADITION en médecine dite «libérale» et dans les pays à système bismarckien ou privé.
- Ainsi, l'Algérie, les États-Unis, la France, l'Autriche, la Belgique, l'Allemagne et la Suisse rémunèrent leurs généralistes et leurs spécialistes par le payement à l'acte.

3.2. LE PAIEMENT PAR CAPITATION

- La **capitation** est un **forfait par personne résidant dans la région ou inscrite sur la liste du médecin.**
- En général, elle est composée d'un **FORFAIT** dépendant de la **structure démographique de la clientèle**, auquel peut s'ajouter un **forfait** destiné :
 - à les inciter à s'installer dans des régions défavorisées,
 - et à participer à la formation des jeunes médecins.

Ces médecins sont en général **sous contrat avec le payeur (conventionnement).**

- Avec la capitation, le médecin reçoit donc un **forfait par patient pris en charge**.... indépendamment du **nombre de consultation** et la **consommation de soins** de ce patient !
- **Mode de paiement RÉTROSPECTIF ou bien PROSPECTIF ?**
- Le paiement par capitation rémunère la « **continuité des soins** » ou la « **prise en charge de la santé** » d'un **patient**.
- Elle peut s'appliquer à **toute une population** ou seulement à une **région sanitaire**.
- Elle est utilisée aussi bien pour une **polyclinique** ou pour un **médecin exerçant seul**.
- Les médecins payés à la capitation **travaillent moins longtemps** (38 heures par semaine en moyenne) **et consultent plus longtemps**.

- Formule ancienne, elle est surtout utilisée dans les **zones rurales**.
- Elle est apparentée à la fonction de **médecin de famille** ou de **généraliste**.
- Elle est aussi adaptée à **certaines spécialités**, telles que la **pédiatrie** ou la **gériatrie**, qui exigent la continuité des soins.
- Le paiement par capitation est pratiqué au **Royaume-Uni**, au **Danemark**, en **Italie**, en **Espagne** et aux **Pays-Bas**.

3.3. LE SALAIRE

- Le médecin reçoit un **salaire fixe** pour un **volume horaire déterminé**.
- Les « **médecins salariés** » reçoivent une **rémunération forfaitaire** en contrepartie de leur **temps** et de leur **disponibilité** à l'égard des malades.
- **Mode de paiement RÉTROSPECTIF ou bien PROSPECTIF ?**
- Les médecins salariés peuvent augmenter leur rémunération de 2 manières :
 - **en revendiquant des hausses de salaire,**
 - **et, pour les meilleurs, en recherchant les promotions hiérarchiques.**

- Les **médecins** et les **paramédicaux** peuvent être salariés. C'est le cas dans les **hôpitaux**.
- Les médecins chargés de la **prévention**, de la **médecine scolaire** et du **travail** sont aussi en général salariés.
- Ce mode de paiement est appliqué pour les **spécialistes dans les pays à système de Beveridge (modèle britannique)**.

Notre présentation étant terminée, *y a-t-il des points sur lesquels vous souhaitez revenir ?*

