

## 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 combinaison des modes de  
tarification : *une solution d'avenir ?*  
(éléments de cadrage n° 4)

Dr MESSAILI Moussa

Dr CHALANE Smail

Maîtres de conférences, Université de Béjaïa

[moussa.moyse@gmail.com](mailto:moussa.moyse@gmail.com)

[chalanesmail@gmail.com](mailto:chalanesmail@gmail.com)



# OBJECTIFS

- ✓ Montrer l'intérêt et la pertinence que présente la combinaison des modes de **tarification** dans l'optimisation de l'efficacité des soins et la maîtrise de la dépense globale.
- ✓ Présenter quelques **expériences internationales** en la matière.

# PLAN/CONTENU

- ✓ **Les systèmes mixtes de rémunération en médecine de ville**
- ✓ **Les formules mixtes de financement des hôpitaux**

# **INTRODUCTION :**

**Conflit acteurs/système et  
l'impératif de la régulation**

# Tous les modes de tarification sont perfectibles...

| <i>Mécanisme de tarification</i> | EFFICACITÉ                        |                                     | COÛT     |   |
|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------|---|
|                                  | Nombre cas<br>(patients, journée) | Quantité<br>(composition organique) | Dépenses | Substitution de services à coût + élevé |
| Payment à l'acte                 | +                                 | +                                   | +        | +                                       |
| Capitation                       | +                                 | 0                                   | -        | -                                       |
| Salaire                          | -                                 | 0                                   | 0        | 0                                       |
| Prix de journée                  | +                                 | 0                                   | 0        | 0                                       |
| Budget global                    | -                                 | -                                   | -        | -                                       |
| Forfait par pathologie           | +                                 | +                                   | -        | +                                       |
| <b>Solution optimale</b>         | +                                 | +                                   | -        | -                                       |

# • Dans tout système de santé :

- Chaque acteur agit selon les règles générales **en fonction de sa motivation et développe des stratégies (+ ou – opportunistes) pour maximiser sa satisfaction.**
- Le **système** (à travers son organisation) doit amener les différents acteurs à suivre ses objectifs en définissant les **règles de fonctionnement** et les **éléments formels de motivation POUR MAXIMISER :**
  - ✓ la **performance** (efficacité et qualité des soins)
  - ✓ l'**efficience** (coûts des prestations et des productions)

➔ **Les modèles mixtes de tarification des soins** ouvrent des pistes prometteuses pour atteindre au mieux ces objectifs.

# **1) Les systèmes mixtes de rémunération en médecine de ville**

- De nombreux pays **combinent *salarial, capitation et paiement à l'acte.***
- Les **généralistes suédois**, par exemple, reçoivent :
  - **60 %** de leur revenu sous forme de **salaire**
  - **20 % de capitation**
  - **15 % de paiements à l'acte** et **5 % de forfaits**
- Les **médecins de famille norvégiens** touchent **35 % de salaire** et **65 % de paiements à l'acte.**
- Au **Danemark**, **30 % de capitation**, **65 % de paiements à l'acte** et le solde sous forme de **primes.**



- Ce mode de rémunération incite les médecins de tenir compte des **coûts** et des **avantages** des **différentes possibilités de traitement**, d'où une **amélioration globale de l'efficience et de la qualité des soins**.
- Le **modèle de la rémunération mixte** semble aujourd'hui s'imposer dans de nombreux systèmes de santé.

## En conclusion :

- En Algérie, c'est l'**opposition du corps médical** qui fait actuellement obstacle à la **réforme des modes de rémunération** et à l'**institutionnalisation du médecin de famille**.
- Ainsi, l'**ordre des médecins** et les **différents syndicats professionnels** sont actuellement dirigés par des **praticiens déjà bien installés** et qui n'ont **aucun intérêt à voir le mode de rémunération changer** pour un système mixte, pourtant *plus juste pour les jeunes médecins* et *plus favorable à la prévention et à la maîtrise de la dépense globale*.

## **2) Les formules mixtes de financement des hôpitaux**

➔ Il n'y a pas de formule « miracle » : *chaque mécanisme de rémunération présente des avantages et des inconvénients.*

- ✓ Le **financement par le prix de journée** pousse à l'allongement de la durée moyenne des séjours et n'est plus adapté au progrès des techniques médicales qui permet de raccourcir les séjours et concentre les dépenses sur les premiers jours (ex. chirurgie de jour).
- ✓ Le **financement par budget global** pousse à la sous-production d'actes et à leur réalisation avec le moins de ressources possibles (d'où la sous-utilisation des équipements techniques et des chirurgiens).
- ✓ Le **financement à la pathologie** pousse à la multiplication des admissions et à rechercher les patients les plus lourds possibles.

- En définitive : chaque mode de tarification est à l'origine de **comportements contraires aux préférences collectives**.

*Dès lors, comment concilier les intérêts de l'hôpital et ceux de la collectivité ?*

- Pour inciter les établissements et les médecins à se comporter conformément aux besoins de la population, certains pays ont opté pour **des formules mixtes de financement**.
- Nous allons aborder dans ce qui suit **2 formule innovante** de financement des hôpitaux :
  - ✓ **Le budget basé sur l'activité**
  - ✓ **La combinaison de tarifs.**

# 1. Le budget basé sur l'activité

- Le **budget basé sur l'activité** est fondé sur :
  - ✓ le **nombre prospectif** de séjours pour chaque catégorie de diagnostic ( $\approx$  GHM)
  - ✓ et le **coût moyen** par pathologie (catégorie de diagnostic)
- Cette formule permet de combiner l'**effet modérateur du budget global sur la dépense** et l'**effet incitatif du forfait par pathologie**.
- Le budget prospectif de l'hôpital  $j$  sera calculé selon la formule :

$$B_j = N (CD_i) \times C (CD_i)$$

Où :

$B_j$  : Budget prospectif de l'hôpital  $j$

$N (CD_i)$  : Nombre prospectif de séjours pour la catégorie de diagnostic  $i$  ( $\approx$  GHM $_i$ )

$C (CD_i)$  : Coût moyen pour la pathologie  $i$  (catégorie de diagnostic  $i$ )

**N.B.** La France, l'Italie, la Suède, la Norvège et l'Allemagne ont adopté ce principe de tarification, toutefois selon des **formules diverses**.

## 2. La combinaison de tarifs

- Pour inciter les établissements et les médecins à se comporter conformément aux besoins de la population, d'autres pays ont opté pour **une combinaison de plusieurs tarifs** :

✓ *prix de journée* pour l'hôtellerie

✓ *forfait* pour les actes lourds

✓ *honoraires à l'acte* pour l'activité intellectuelle ou manuelle réalisée par les médecins

- Plus concrètement, ce **financement composite** combine :
  - ✓ une **rémunération au prix de journée**, censée couvrir les dépenses d'hôtellerie et les soins courants
  - ✓ une **rémunération à l'acte pour les médecins**
  - ✓ des **forfaits pour financer les soins lourds**, comme la radiothérapie, l'hémodialyse ou la chimiothérapie
- Toutefois, cette formule présente aussi **certaines limites** :
  - ✓ Elle incite à **multiplier le nombre de séjours** et à **raccourcir la durée moyenne** pour accélérer la rotation des malades dans les lits.
  - ✓ Elle pousse aussi à **maximiser le rendement des équipements techniques et des chirurgiens** afin d'augmenter le volume de leurs honoraires.



**EN CONCLUSION...**

## → QUELS SONT LES OBJECTIFS ORGANISATIONNELS DE L'HÔPITAL ?

*Soigner tous les malades, avec la plus grande humanité, au meilleur prix, en leur offrant la meilleure qualité des soins, compte tenu des connaissances médicales du moment.*

→ **La manière de savoir si ces objectifs sont atteints n'est pas évident !**

- Les patients sont-ils **traités comme ils devraient l'être** ?
- Les très importantes **ressources collectives (impôts et cotisations)** payées par les algérien sont-elles utilisées à bon escient ?
- N'y a-t-il pas aujourd'hui trop **d'erreurs médicales** et, le cas échéant, de **malversations** ?...

- Il est dès lors essentiel de disposer d'une **unité de mesure** pour savoir si les patients sont traités comme ils devraient l'être, pour s'assurer que les très importantes ressources collectives (impôts et cotisations) payées par les algérien sont utilisées à bon escient, qu'il n'y a pas d'erreurs médicales et, le cas échéant, de malversation.
- En résumé, pour **contrôler que les objectifs définis par la collectivité (communauté) à l'hôpital** sont bien atteints, il faut une ou plusieurs unités de mesure.
- **On ne peut se contenter des seules déclarations de bonnes intentions !**
  - ➔ **D'où l'impératif de mise à niveau du système d'information hospitalier** comme préalable absolu à toute réforme hospitalière « sérieuse » !

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