

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia

Faculté de Médecine

Département des Sciences Médicales

COURS

« SYSTÈME DE SANTÉ »

6^{ème} année Médecine (2022-23)

M. CHALANE Smail

CHAPITRE 5 (PARTIE 1) :

**La problématique de tarification
des services de santé**

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

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 rétrospectifs** », 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**.