

Economie de la santé

Rémunération des médecins de ville

Ce cours vous est proposé par Jérôme Wittwer, Professeur des universités en économie, Université de Bordeaux, et AUNEGe, l'Université Numérique en Économie Gestion.

Ceci est la version corrigée de l'étude de cas.

Étude de cas : « Positions syndicales sur le paiement à la capitation »

Consignes

A la lecture de l'article ci-dessous vous répondrez aux questions ci-dessous

1. En quoi le paiement par capitation pour le suivi par une équipe pluriprofessionnelle diffère-t-il d'un paiement par capitation pour le suivi par un médecin isolé ? Quels sont les objectifs recherchés par un paiement par capitation pour une équipe pluriprofessionnelle ?
2. L'argument de la prévention est mis en avant par le représentant des centres de santé. En quoi un paiement par capitation peut-il être favorable à des soins de prévention ? Pourquoi le paiement par acte serait-il moins favorable ?
3. Le représentant du syndicat UFML défend l'idée que le salariat (pratiqué dans les centres de santé) réduit la productivité des médecins. Comment définit-il cette productivité ? Comment pourrait-on la définir autrement ? En quoi une durée plus longue des consultations pourraient améliorer la productivité ?
4. Comment comprenez-vous l'argument du partage des risques entre assureurs et médecins ? En quoi la capitation ferait porter le risque sur les médecins ? Comment peut-on justifier ce transfert de risque ? En quoi l'assureur se repose-t-il sur les motivations intrinsèques du médecin pour éviter que le risque ne pèse *in fine* sur les patients ? Est-ce un risque pour le système de santé ?

Énoncé

Paiement forfaitaire vs paiement à l'acte : le Peps sème la zizanie entre médecins salariés et libéraux (article du site web caducee.net, août 2024)

[...] le modèle Peps, un système expérimental de paiement en équipe, en vigueur depuis 2018. L'objectif initial était de rémunérer globalement le suivi d'une patientèle spécifique (diabétiques, personnes âgées, etc.) par une équipe pluriprofessionnelle. Ce modèle, prônant une rémunération forfaitaire en lieu et place du paiement à l'acte, semble s'aligner sur les directives présidentielles favorisant le développement de cette forme de rémunération.

[...]

Les centres de santé voient dans le forfait annuel par patient une opportunité pour améliorer la prise en charge globale. Ils clament haut et fort : « La prévention au cœur du métier, finie la course aux actes ! », marquant ainsi leur engagement envers une médecine plus centrée sur le patient que sur les actes médicaux.

[...]

Si les centres de santé revendiquent des avantages concrets du modèle Peps, comme l'allongement du temps de consultation, le Dr Marty (syndicat UFML), explique que dans la réalité, le temps de consultation dans ces centres est bien supérieur, que le salariat fait chuter la productivité des médecins et ne permet pas de répondre à la demande de soins : « Nous n'avons aucune leçon à recevoir de gens qui prétendent augmenter leur temps de consultation à 20 min avec le PEPS quand, dans la réalité de leurs pratiques, le temps qu'ils consacrent au patient au sein de leur exercice salarié est de plus de 30 min ».

D'un côté, les défenseurs du modèle forfaitaire cherchent à promouvoir une approche plus holistique et préventive de la santé. De l'autre, les médecins libéraux s'inquiètent des implications de ce modèle sur leur pratique et sa soutenabilité financière.

Un outil de maîtrise des coûts qui transfère les risques aux prestataires de santé et au patient

La capitation repose sur un principe de transfert de risque financier du payeur, souvent un assureur ou une entité gouvernementale, vers le prestataire de soins de santé. Ce transfert s'opère à travers l'allocation d'une somme fixe par patient, indépendamment de la quantité ou de la nature des soins effectivement fournis.

Dans un système classique de remboursement à l'acte, le risque financier est principalement porté par le payeur. Si un patient nécessite des soins intensifs ou fréquents, les coûts augmentent pour l'assureur ou le système de santé public. En revanche, avec la capitation, ce risque est déplacé vers le prestataire. Ce dernier reçoit un paiement fixe et doit gérer les soins du patient

dans cette enveloppe budgétaire prédéterminée. Si les soins requis dépassent ce budget, c'est le prestataire qui absorbe le coût supplémentaire, et non l'assureur.

Ce modèle incite les prestataires à optimiser l'utilisation des ressources et à se concentrer sur la prévention et la gestion efficace des maladies, car les coûts élevés liés aux traitements intensifs ou aux complications réduisent leur marge bénéficiaire. Cependant, cela soulève également des inquiétudes quant à la qualité des soins. En effet, confrontés à des contraintes budgétaires, certains prestataires pourraient être tentés de limiter l'accès aux soins ou aux services spécialisés plus onéreux, mettant ainsi potentiellement en péril la santé des patients. »

Éléments de correction

1. Une des difficultés de la médecine ambulatoire dans les systèmes de santé des pays à revenus élevés est celle de la coordination des professionnels de santé intervenant pour la prise en charge de patients souffrant de pathologies chroniques au long cours. La capitation pour la prise en charge d'un patient par une équipe pluriprofessionnelle se distingue d'une capitation pour un médecin dans le sens où la somme d'argent est versée à l'équipe (et non professionnel par professionnel) qui doit s'organiser pour la répartition du forfait à chaque membre de l'équipe. Ce type de forfait collectif doit produire une incitation financière à une coordination efficace au sein de l'équipe pluriprofessionnelle visant à une utilisation parcimonieuse des ressources (pour que chaque professionnel reçoive une somme d'argent couvrant son investissement en temps pour la prise en charge du patient).

2. La durée des consultations n'a pas d'effet sur le revenu d'un médecin payé par capitation à la différence d'un médecin payé à l'acte dont le revenu va dépendre du nombre de consultations effectuées pendant le temps consacré à son travail. Hors les consultations de prévention requièrent un temps long nécessaire à l'élaboration avec le patient des stratégies de modification des comportements visant la réduction des risques de survenu ou d'aggravation de maladies.

3. L'argument développé par le médecin du syndicat UFML est que le salariat se traduit pas des temps de consultation long en raison de l'absence d'incitation financière à une pratique efficace. La productivité est ici implicitement mesurée par le nombre de consultations par heure de travail. Dans un contexte de densité médicale faible le risque est un rationnement des soins et en conséquence une qualité des soins dégradée pour la population. Il y a cependant une autre façon de considérer la productivité en mesurant non pas la productivité horaire d'un médecin par le nombre de consultations mais par les effets sur la santé des patients. Une

consultation de prévention longue peut avoir des effets sur la santé plus grand que deux consultations courtes.

4. La capitation attachée à un patient est indépendante de la demande de soins effective du patient (même si elle doit être calculée au regard des besoins attendus). En cas de demande plus importante qu'anticipée le médecin doit répondre cette demande plus élevée (en raison de ses motivations intrinsèques) sans que sa rémunération en soit affectée positivement. C'est donc le médecin qui prend en charge (au moins à court terme) le risque sur l'évolution de la demande. On pourrait rétorquer qu'il en tire bénéfice si la demande est plus faible qu'anticipée. Cependant si la capitation est conçue par le financeur comme un moyen de reporter sur le médecin l'augmentation attendue de la demande (en jouant sur les motivations intrinsèques des médecins) le risque est grand d'effets délétères durables sur l'engagement des professionnels de santé et *in fine* sur la qualité des soins.

Références

Bras P-L, 2015, La liberté des tarifs médicaux : la victoire de médecins spécialistes, Les Tribunes de la Santé, n°48.

Hickson_GB, Altemeier_WA, Perrin_JM. Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. *Pediatrics* 1987;**80**(3):344-50.

Iversen T, Lurås H. The effect of capitation on GPs' referral decisions. *Health Econ.* 2000 Apr;**9**(3):199-210.

Jia L, Meng Q, Scott A, Yuan B, Zhang L. Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 1. Art. No.: CD011865.

Li_J, Hurley_J, DeCicca_P, Buckley_G. Physician response to pay-for-performance: evidence from a natural experiment. *Health Economics* 2014;**23**(8):962-78.

McGuire TG. Physician agency and payment for primary medical care. In *The Oxford Handbook of Health Economics*, S. Glied, P.C. Smith (eds). Oxford University Press, 2011; 602-623.

Dimitar Yordanov, Anne Sophie Oxholm, Thim Prætorius, Søren Rud Kristensen 2024. Financial incentives for integrated care: A scoping review and lessons for evidence-based design, *Health Policy*, Volume 141.

Comment citer ce cours ?

Economie de la santé, Jérôme Wittwer, AUNEGe (<http://aunega.fr>), CC – BY NC ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Cette œuvre est mise à disposition dans le respect de la législation française protégeant le droit d'auteur, selon les termes du contrat de licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). En cas de conflit entre la législation française et les termes de ce contrat de licence, la clause non conforme à la législation française est réputée non écrite. Si la clause constitue un élément déterminant de l'engagement des parties ou de l'une d'elles, sa nullité emporte celle du contrat de licence tout entier.