

2011

Sous la direction scientifique de

LUC GODBOUT – MARCELIN JOANIS –
NATHALIE DE MARCELLIS-WARIN

Le Québec économique

Un **bilan de santé** du Québec



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

<http://lequebececonomique.cirano.qc.ca>



Presses de
l'Université Laval

Chapitre 8

LES SYSTÈMES DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS ET LEURS ENJEUX

Pierre Thomas Léger

Professeur agrégé à HEC Montréal, membre du CIRPÉE et fellow au CIRANO

Erin Strumpf

Professeure adjointe à l'Université McGill et chercheure au CIRANO

Ce chapitre reprend les principaux éléments d'un rapport de projet intitulé « Système de paiement des médecins : Bref de politique » paru en juin 2010 au CIRANO. Le rapport peut être consulté à l'adresse suivante : <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2010RP-12.pdf>

Au Québec et ailleurs au Canada, les dépenses en matière de santé sont en hausse et représentent aujourd'hui une grande part du produit intérieur brut (PIB). Les dépenses totales en santé représentent environ 11 % et 12 % des PIB canadien et québécois respectivement (ICIS, 2008). Étant donné que les dépenses en matière de santé augmentent à un rythme plus élevé que la capacité (ou la volonté) du gouvernement à payer ou à augmenter ses revenus, il apparaît prioritaire d'établir des politiques publiques visant une amélioration de l'efficacité du système de santé actuel. Le défi consiste alors à faire diminuer les taux de croissance des dépenses en santé tout en préservant et même en augmentant la quantité et la qualité des soins offerts.

Plusieurs études américaines montrent l'existence de grandes variations dans les dépenses en santé entre différentes régions des États-Unis, sans toutefois trouver des variations importantes dans l'état de santé général des populations concernées. Ces résultats nous incitent à croire qu'il existe un potentiel d'amélioration du système de santé qui ne compromet pas l'efficacité et la qualité des services offerts et où la réduction des coûts n'affecte pas l'état de santé négativement (Fisher *et al.*, 2003 ; Skinner, Chandra, Goodman et Fisher, 2009). Toutefois, bien que les gouvernements soient en mesure de déterminer certaines façons d'augmenter l'efficacité et la qualité des soins médicaux, implanter les changements nécessaires reste difficile puisque la prestation de soins relève en grande partie des médecins qui sont des travailleurs indépendants du gouvernement (Cebul, Rebitzer, Taylor et Votruba, 2008). De plus, les objectifs des gouvernements sont souvent divergents de ceux des médecins et, conséquemment, il est difficile pour les gouvernements d'inciter une plus grande efficacité dans la prestation de soins par de nouvelles directives institutionnelles.

L'objectif de ce chapitre est d'établir les conditions selon lesquelles les mécanismes de paiement des médecins pourraient contribuer à promouvoir l'efficacité du système. Il ne s'agit pas de prescrire une solution en particulier, mais plutôt d'informer les décideurs publics pour faciliter leur processus de décision. Ce texte fournit donc des explications générales sur ce qui caractérise la prestation et la consommation efficaces des soins de santé. Il discute par la suite des spécificités de notre système de santé actuel (le principe d'universalité, le système de paiement à l'acte des médecins) ainsi que de ses avantages et de ses désavantages. La section suivante explore plusieurs mécanismes de rémunération des médecins qui ont le potentiel de remédier à ces problèmes. Pour chaque mécanisme de paiement, une description sommaire de ses modalités et des aspects positifs et négatifs qui y sont associés est présentée.

La quantité efficace des soins de santé

Afin de pouvoir améliorer l'efficacité du système de santé, il est important de comprendre en quoi consiste l'optimalité théorique de la prestation et de la consommation des soins de santé et pourquoi il est difficile d'y parvenir en pratique.

Dans la théorie, on suppose que tous les individus attribuent une valeur à leur santé et à leur consommation d'autres biens et services, et que ces individus disposent d'un montant donné de ressources financières avec lesquelles ils paient pour leur santé et leurs autres biens et services. Supposons aussi que ces individus doivent payer leurs soins de santé (c'est-à-dire en absence d'assurance maladie) pendant toute la durée de leur vie et que chaque unité de soins additionnelle consommée rapporte moins de bénéfices que la dernière unité consommée. Maintenant, prenons un individu victime d'une maladie en particulier. Sous les hypothèses d'information parfaite et d'un marché parfaitement concurrentiel, l'individu maximise son bien-être en achetant des services médicaux jusqu'à ce que le bénéfice d'une unité supplémentaire de services médicaux soit égal au prix qu'il paierait pour cette unité supplémentaire.

À la lumière de ces suppositions, nous pouvons calculer une quantité unique de soins de santé pour chaque état clinique ou niveau de sévérité de la maladie qui permet de maximiser le bien-être d'un individu. Dans ce contexte, si on interprète le bénéfice social comme étant la somme des bénéfices individuels, la société consomme la quantité « optimale » de soins de santé lorsque le montant total dépensé en soins de santé est égal aux bénéfices totaux retirés de ces soins.

Toutefois, il existe plusieurs raisons expliquant que le niveau de services actuellement consommés en réalité est inefficace. La section suivante montre comment l'assurance maladie universelle crée des incitatifs et ainsi mène à une consommation et à une prestation de soins de santé inefficaces.

Les bénéfices et les coûts de l'assurance maladie

Les explications de l'optimalité théorique de la consommation des soins de santé présentées ci-dessus n'abordent pas les problèmes inhérents au risque et à l'équité. Les problèmes liés au risque font référence aux périodes de temps où un individu malade doit sacrifier temporairement une partie de sa consommation d'autres biens et services pour défrayer ses frais de santé. À l'opposé, lorsque cet individu est en santé, sa consommation d'autres biens et services est plus élevée. Il en résulte ainsi que les individus sans assurance maladie font face au risque de tomber malade, mais

font aussi face au risque de voir leurs dépenses en santé augmenter et par le fait même de voir leur consommation non médicale diminuer. Comme les individus ont généralement une aversion pour le risque, ils préfèrent payer à l'avance un montant donné en échange de soins de santé « gratuits » (ou entièrement remboursés) lorsqu'ils sont malades. De cette façon, ces individus s'assurent de garder leur niveau de consommation non médicale constant et indépendant du fait qu'ils soient malades ou de la sévérité de leur maladie. C'est précisément le rôle de l'assurance, privée ou publique¹.

La forme la plus simple d'assurance maladie publique est celle en vigueur au Québec et ailleurs au Canada. Sous ce régime d'assurance maladie, les dépenses encourues par les patients sont entièrement couvertes sans qu'aucun coût direct ne soit assumé par ceux-ci par le biais d'une franchise ou d'un copaiement. Les primes d'assurance sont alors collectées indépendamment par le système de taxation général. Ce système d'assurance augmente le bien-être en réduisant le risque auquel l'individu fait face lorsqu'il est malade, mais il peut aussi encourager la surconsommation des soins médicaux.

Ce phénomène est connu sous le nom d'aléa moral ex post. Comme il a été mentionné plus haut, en l'absence d'assurance, les individus ont intérêt à consommer des soins de santé pour lesquels les coûts sont égaux aux bénéfices retirés. Cependant, en présence d'assurance, puisque les individus perçoivent les soins médicaux comme étant gratuits, il se crée un incitatif à consommer tous soins de santé associés à un bénéfice plus grand que zéro même si la valeur de ceux-ci est moins grande que le coût de leur production (honoraires, utilisation d'équipement, etc.). Dans ce contexte, comme le bénéfice social représente la somme des bénéfices individuels, alors la société consomme des unités de soins de santé qui lui coûtent plus cher que les bénéfices qu'elle en retire.

Le phénomène d'aléa moral ex post peut être réduit par des mécanismes provenant de la demande ou de l'offre. Du côté de la demande, la surconsommation de soins de santé peut être réduite par l'établissement d'un système de copaiement dans lequel les individus paient un pourcentage des soins qu'ils consomment. Néanmoins, le copaiement est critiqué puisqu'il réduit également le niveau de protection contre le risque garanti par l'assurance maladie, ce qui peut mener à un problème d'équité dans

les populations à faible revenu ou souffrant de maladies chroniques. Du côté de l'offre, des solutions de remplacement disponibles pour réduire la prestation inefficace de soins de santé seront présentées en détail dans les sections subséquentes.

Les principaux systèmes de rémunération des médecins et leur contribution aux mécanismes de marché efficaces

Plusieurs mécanismes qui permettent de réduire les coûts associés à la demande de soins ont déjà été proposés et mis en pratique dans de nombreux systèmes de santé. Toutefois, bien que l'assurance maladie sous sa forme actuelle encourage le phénomène d'aléa moral ex post, et vu le rôle clé que jouent les médecins dans les décisions liées au traitement des patients, des réformes de l'assurance maladie à cet égard n'auraient qu'un effet limité sur la consommation et les coûts des soins de santé. En effet, le médecin contrôle l'offre de soins puisque c'est lui qui détermine le plan de traitement qui sera adopté. Il est mieux informé que son patient sur la maladie de ce dernier et c'est donc lui qui est le plus apte à déterminer la quantité et le type de soins appropriés. En outre, ses décisions sont influencées par sa propre capacité à prendre des risques, incluant le risque financier associé à la maladie. Ces aléas expliquent pourquoi plusieurs sont d'avis que la façon la plus efficace de contrôler les coûts et d'encourager la prestation de soins efficaces passe par des mécanismes de contrôle de l'offre, dont font partie les modes de paiement des médecins.

Les sections suivantes décrivent une variété de mécanismes de paiement des médecins. Elles présentent plusieurs faits théoriques ou prédictions pour chaque mécanisme de paiement et les hypothèses à l'origine de ces prédictions. Finalement, lorsque disponibles, des résultats empiriques sont présentés pour soutenir les prédictions théoriques.

Le bien-être et la santé de leurs patients est sans doute le facteur qui influence le plus les décisions cliniques de plusieurs médecins. Les incitatifs discutés et la réponse comportementale associée à ces incitatifs doivent donc être caractérisés comme ayant un impact « à la marge » sur le processus de décision du médecin. Lorsque l'issue d'une action ou d'un traitement n'est pas claire ou a de grandes chances d'être bénéfique au patient

et une très petite probabilité de lui faire du tort, les autres incitatifs qui influencent le médecin prennent plus d'importance. Ainsi, même si les décisions inefficaces de chaque médecin ont le plus souvent peu d'impacts chez le patient, la somme des décisions inefficaces de milliers de médecins dans une province ou un pays peut avoir un impact substantiel sur le système de santé.

Le système de paiement à l'acte

Le paiement à l'acte est caractérisé comme étant « rétrospectif » puisque sous ce système, le revenu des médecins est directement lié au volume de soins qu'ils donnent. Ainsi, ce mode de rémunération incite les médecins à multiplier le nombre d'actes qu'ils effectuent pour augmenter leurs revenus. Cette section présente l'impact de ce mode de rémunération sur l'efficacité des traitements et montre pourquoi une remise en cause partielle de ce mode de rémunération est nécessaire pour améliorer notre système de santé.

D'abord, en théorie, un patient parfaitement informé sur sa condition médicale et sur l'efficacité des traitements disponibles va consommer une quantité efficace de soins s'il doit payer le coût total de ses soins. En outre, en théorie, un médecin qui travaille dans un environnement de concurrence parfaite et où les patients sont de parfaits substituts va fournir une quantité efficace de soins. Toutefois, en réalité, ces hypothèses sont peu probables. Premièrement, les médecins sont mieux informés sur la condition médicale et sur l'efficacité des traitements disponibles que les patients. Cette asymétrie d'information pourrait permettre au médecin d'exagérer la gravité de la maladie d'un patient ou de minimiser l'efficacité du traitement. De cette façon, le patient est encouragé à demander plus de soins que s'il avait été parfaitement informé. En général, le médecin ne met pas à risque la santé de son patient, mais il a intérêt à manipuler l'information pour augmenter la demande pour ses services et ainsi influencer son revenu à la hausse. Ce phénomène est appelé « la demande induite » (Evans, 1974).

De plus, lorsque les patients ont une assurance maladie, à cause des problèmes d'aléa moral présentés plus haut, ils désirent consommer davantage de soins que s'ils devaient déboursier pour les obtenir même s'ils sont parfaitement informés de leur condition médicale et des traitements disponibles. Par ailleurs, les médecins ont avantage à acquiescer à la demande

excessive des patients à cause de la liaison étroite entre l'offre de soins et leurs revenus découlant du système de paiement à l'acte. Il en résulte que ce système de paiement permet aux médecins de renforcer les effets néfastes sur la demande causés par la présence de l'assurance.

Ensuite, il importe également de souligner que si le marché des médecins n'est pas en concurrence parfaite, même en l'absence d'assurance et dans un contexte d'information parfaite, les médecins pourraient avoir la possibilité de « forcer » leurs patients à surconsommer des soins médicaux non désirés. En effet, devant un traitement « à prendre ou à laisser », le patient peut se voir obligé d'accepter trop de soins, simplement parce qu'il serait trop coûteux (en termes d'effort, de temps d'adaptation, de recherches, etc.), voire impossible de consulter un autre médecin (McGuire, 2000).

Il est aussi important de noter que, dans un contexte de système de paiement à l'acte, les médecins pourraient être moins disposés à recommander un patient à un spécialiste ou à d'autres professionnels de la santé, puisqu'ils sont payés uniquement lorsqu'ils offrent eux-mêmes leurs soins (Blomqvist et Léger, 2005). Malgré les coûts importants associés à la médecine de spécialité, celle-ci peut s'avérer d'une meilleure efficacité-coût que la médecine générale dans certains cas sévères. Donc, les médecins pratiquant dans un système de paiement à l'acte ont peu de motivations à s'engager dans la promotion de la prévention, à déléguer des tâches cliniques, ou à innover dans leur pratique pour réduire les coûts (Feldstein, 2004 ; Grembowski, Cook, Patrick et Roussel, 1998 ; Selder, 2005).

Même si le système de paiement à l'acte est reconnu pour avoir le désavantage d'encourager une prestation de soins excessive, ce système est aussi généralement vu comme favorisant la qualité puisque les médecins n'ont aucun avantage à « lésiner » sur la quantité de soins offerts (Quast, Sappington et Shenkman, 2008). Ceci est vrai jusqu'à ce que la trop grande quantité de soins prodigués commence à en diminuer la qualité. Toutefois, la satisfaction des patients est probablement plus élevée dans un tel système de paiement, puisque les médecins n'ont pas intérêt à refuser un patient ou encore à offrir une quantité moindre de soins.

Plusieurs résultats empiriques sur le système de paiement à l'acte valent la peine d'être mentionnés. Par exemple, le travail de Grembowski *et al.*

(1998) suggère que les médecins payés à l'acte réfèrent moins leurs patients vers des spécialistes que ceux payés d'une autre façon. Par ailleurs, Hickson, Altemeier et Perrin (1987) ont démontré que les résidents en pédiatrie payés à l'acte reçoivent 22 % plus de patients en consultation que les médecins résidents payés à salaire. De plus, en utilisant des données canadiennes et en contrôlant la sélection des médecins pour les différents systèmes de paiement, Devlin et Sarma (2008) ont trouvé que les médecins payés à l'acte reçoivent plus de patients en consultation que les médecins payés par d'autres méthodes (à forfait, à salaire ou à l'heure).

Or, bien que certains de ces résultats empiriques suggèrent que les médecins payés à l'acte sont susceptibles de donner plus de consultations que leurs homologues payés autrement, les auteurs n'arrivent pas à conclure que ce phénomène améliore l'état de santé général des patients ou encore que ces dépenses excédentaires sont bénéfiques d'un point de vue coûts-bénéfices.

Le système de paiement à forfait (par capitation)

Le système de paiement à forfait (par capitation) est la forme de paiement prospectif la plus élémentaire. Il est défini comme étant un paiement fixe reçu par le médecin pour chaque patient traité ou inscrit dans sa pratique. En retour de ce paiement, le médecin est responsable de tous les soins de médecine générale requis par les patients inscrits sans aucun remboursement supplémentaire. Le paiement par capitation est généralement fixé pour une période de temps donnée, inclut les frais d'examen et de tests de diagnostics, mais n'inclut pas les soins de la médecine spécialisée, les soins reçus à l'hôpital et les médicaments. Ainsi, si le coût total des soins pour la période est moins élevé que le paiement reçu, le médecin encaisse la différence, alors que si le coût du soin est supérieur au paiement reçu, le médecin subit une perte financière. De cette façon, le médecin assume le risque financier du plan de traitement.

L'avantage du système de paiement à forfait consiste à éliminer les incitatifs à la surconsommation de soins. Dans ce contexte, les médecins n'ont aucun avantage à proposer la prestation de traitements qui procurent peu de bénéfices aux patients tout en étant très coûteux. Il semble donc que ce système soit une façon efficace de contrôler les coûts croissants des soins de santé.

En plus, dans certaines conditions, le système de paiement à forfait encourage (ou du moins ne décourage pas) les médecins généralistes à recommander leurs patients aux spécialistes (Allard, Jelovac et Léger, 2009 ; Blomqvist et Léger, 2005). Finalement, en associant un bénéfice net pour le médecin à une diminution dans la consommation de soins de santé d'un patient, ce système incite financièrement le médecin à s'assurer que son patient reste en santé et, conséquemment, à fournir des soins qui contribuent à prévenir l'apparition ou l'aggravation d'une maladie.

Malgré que le système de paiement à forfait ait l'avantage d'encourager les médecins à se soucier des coûts de traitement, il comporte aussi plusieurs aspects négatifs. D'abord, ce système peut mener à une prestation sous-optimale de services de santé (Newhouse, 2002). C'est-à-dire que les médecins ont avantage à minimiser la gravité de la maladie ou à exagérer l'efficacité d'un traitement (Ellis et McGuire, 1986, 1990) et, par conséquent, à réaliser un bénéfice net plus élevé. Cependant, ce comportement préjudiciable peut être limité par la présence d'un contentieux sur la mauvaise pratique médicale (Danzon, 1985), par la révision médicale par une tierce partie (Léger, 2000) et par les effets néfastes d'une telle pratique sur la réputation du médecin et sur sa capacité de recruter de nouveaux patients.

En plus, le système de paiement à forfait peut entraîner un recours excessif aux services de santé spécialisés, puisque les médecins payés à forfait ne sont en général pas responsables financièrement des coûts d'hospitalisation, des coûts liés aux médicaments ou des coûts des soins de spécialité (Allard *et al.*, 2009).

Enfin, le plus grand désavantage du système de paiement à forfait est qu'il peut inciter les médecins à sélectionner des patients dont le coût de traitement est relativement peu élevé. En effet, la sélection des patients selon leur état de santé et le coût qu'il représente est susceptible de générer des problèmes d'équité sur le plan de l'accès aux soins et ainsi de créer d'autres effets négatifs sur le système de santé en général (par exemple, accroître la fréquentation des urgences par les patients dont le cas n'est pas urgent).

Le système de paiement par enveloppe budgétaire (fundholding)

Le système de paiement par enveloppe budgétaire (*fundholding*) est un système prospectif plus complet qui a eu cours pendant un certain temps en Grande-Bretagne. Le paiement est généralement attribué à un groupe de médecins ou à un groupe interdisciplinaire. Dans ce type de système, les médecins sont responsables de toutes les dépenses médicales relatives à une personne, incluant les médicaments d'ordonnance, les services de santé spécialisés et les hospitalisations. Ainsi, les médecins rémunérés selon ce mode doivent gérer tous les types de soins et tenir compte de leurs avantages et de leurs coûts. Plus précisément, ce système crée un incitatif à utiliser les soins de spécialité de façon plus efficace que dans le système de paiement à forfait, qui encourage la référence excessive, ou encore dans le système de paiement à l'acte, qui encourage la sous-référence aux médecins spécialistes (Allard *et al.*, 2009).

De plus, le système de paiement par enveloppe budgétaire récompense la médecine préventive. En effet, les médecins retirent un avantage financier significatif à avoir des patients en santé, puisqu'ils sont responsables de leur fournir tous les soins futurs dont ils pourraient avoir besoin.

Malgré cela, puisque les groupes de pratique sont responsables de tous les traitements médicaux consommés par leurs patients et que la quantité de soins peut varier considérablement pour chaque patient, les pratiques font face à des risques financiers importants advenant la détérioration de la santé de leur patient pour des raisons extérieures à leur bonne gestion de la prestation des soins de santé. Dans ce cas, le système de rémunération par enveloppe budgétaire encourage les groupes de pratique à n'accepter que les patients les plus en santé (il s'agit de sélection des risques). Enfin, dans ce contexte, s'il n'y a pas de sélection des risques, la rentabilité financière du groupe de pratique relève plus de la chance que de la bonne gestion de la provision de soins de santé.

Divers systèmes de paiement mixtes

La littérature récente rapporte l'existence de nouveaux types de paiement des médecins : les systèmes de paiement mixtes, qui sont un mélange des méthodes de paiement décrites plus haut. En effet, la description des mécanismes de rémunération des médecins et de leurs caractéristiques

permet de constater que les avantages du paiement rétrospectif des médecins sont les désavantages du paiement prospectif et vice-versa. Ainsi, il apparaît que le recours à un mélange des méthodes de paiement prospectif (fixe) et rétrospectif (à l'acte) pourrait tendre vers une prestation de soins optimale. C'est ce que les systèmes de paiement mixtes espèrent accomplir.

Dans ces systèmes, les médecins reçoivent en général un paiement initial, sous forme de paiement *per diem* ou de paiement par patient, qui représente la portion prospective du paiement. Les médecins reçoivent aussi un paiement à la marge par service (généralement plus petit que le coût marginal du soin) qui représente la portion rétrospective du mécanisme de rémunération. Cette section décrit les caractéristiques principales des systèmes de paiement mixtes et établit comment ce type de système pourrait être optimal pour la prestation de soins.

Plusieurs composantes d'un soin valorisées par les patients, tels que l'effort, le temps et la qualité du soin du médecin, sont non observables ou du moins difficilement perceptibles par une tierce partie. Par conséquent, ces composantes ne peuvent être utilisées comme objectif dans un contrat avec le médecin et ne peuvent être rémunérées sur une base unitaire. Toutefois, les modes de paiement basés sur les composantes observables, comme la rémunération à l'acte, incitent les médecins à se concentrer sur ces composantes et à ignorer les composantes non observables des soins (effort, temps et qualité, par exemple)². Donc, encourager les médecins à fournir la quantité optimale de soins observables et non observables nécessite un système de paiement beaucoup plus complexe que les traditionnels modes de paiement à l'acte ou à forfait.

Selon l'étude de Ma et McGuire (1997), un système de paiement mixte pourrait permettre d'inciter la prestation optimale de soins observables et non observables. Pour démontrer cette idée, supposons que les patients apprécient autant les composantes de soins observables (procédure médicale) que celles qui sont non observables (qualité, effort, temps). Puisque le médecin est payé uniquement sur la base de la quantité de soins observables dispensés, mais que les patients accordent aussi une valeur aux soins non observables, le médecin doit encourager les patients (a) à vouloir recevoir des soins par lui et (b) à demander la quantité observable de soins nécessaire pour qu'il soit payé. Dans le cas où les quantités de soins

observables et non observables sont complémentaires, le médecin fait donc un effort non observable pour encourager le patient à demander une quantité de soins observables et directement rémunérés. Au contraire, si les quantités de soins observables et non observables sont substitués, le médecin fournit peu d'efforts non observables pour encourager le patient à demander une quantité de soins observables. En combinant une partie de paiement prospectif et une partie de paiement rétrospectif, un système de paiement mixte peut encourager un mélange équilibré des composantes non observables (effort, qualité) et observables (procédures, traitements) d'un soin donné.

Dans un article récent d'Allard, Léger et Rochaix (2008), le lien entre le système de paiement mixte et la prestation optimale de soins observables et non observables est aussi analysé. Les auteurs démontrent que, dans un système de paiement mixte, la concurrence peut servir à encourager différents types de médecins à fournir un mélange approprié des deux types de composantes (observables et non observables) d'un soin. Cependant, dans un contexte de demande excessive de soins de santé (c'est-à-dire dans un contexte où il y a peu de concurrence entre les fournisseurs de soins), les médecins ont la possibilité de réduire leur offre de soins tout en recevant des paiements considérables. Donc, un des désavantages du paiement mixte est le profit excessif pour les médecins lorsque la demande dépasse l'offre.

De plus, l'altruisme des médecins est une autre variable à intégrer à l'étude des systèmes de paiement mixtes. En effet, lorsqu'ils font preuve d'altruisme, les médecins valorisent leur revenu ainsi que la santé de leurs patients et peuvent donc augmenter leur bien-être en fournissant une quantité excessive de soins (où le bénéfice marginal est positif mais plus petit que le coût). Pour limiter ce comportement, le gouvernement ou les compagnies d'assurance doivent fixer le montant du remboursement à l'acte plus bas que le coût du soin afin de décourager la prestation excessive de soins, puisque le médecin subit alors une perte pour chaque unité de bien fournie. Par ailleurs, le gouvernement ou les compagnies d'assurance doivent aussi indemniser le médecin pour cette perte financière par un paiement initial (*per diem* ou à forfait). De ce fait, en combinant un montant fixe et un montant à l'acte en dessous du coût marginal, le système de paiement mixte assure la participation des médecins et la prestation efficace de soins de santé en limitant les quantités excessives.

Enfin, peu de recherches empiriques ont révélé les effets des systèmes de paiement mixtes. Toutefois, l'étude de Dumont, Fortin, Jacquemet et Shearer (2008) (qui fait l'objet du chapitre 9 de cet ouvrage) a montré que l'instauration du paiement mixte au Québec (en contrôlant les types d'activité et les champs de spécialisation) a permis de réduire le nombre d'actes facturables pour la prestation de soins, alors que cela a induit une hausse dans le nombre d'heures dédiées à des tâches connexes, comme les tâches administratives et les tâches d'enseignement.

Le système de paiement à salaire

Le système de paiement à salaire, très commun dans certains secteurs de l'économie, demeure néanmoins rare dans le secteur de la santé. En payant un montant fixe par heure ou par année, ce système peut d'abord éliminer le problème d'incitation à la demande par les médecins traditionnellement associés au système de paiement à l'acte, parce que sous ce type de paiement, les médecins n'ont aucun avantage à manipuler l'information dont ils disposent pour encourager la prestation excessive de soins. De plus, les médecins payés à salaire ne sont pas pénalisés pour le temps et l'effort supplémentaires fournis aux patients (documentation de l'historique du patient, recherches sur une condition médicale, etc.).

Toutefois, même si le paiement à salaire ne pénalise pas ceux qui consacrent plus de temps à leurs patients ou à d'autres tâches connexes non rémunératoires, ce mécanisme de paiement comporte plusieurs désavantages. Premièrement, il pourrait encourager les médecins à se dérober de leur pratique, puisqu'ils reçoivent un montant fixe peu importe le nombre de patients qu'ils ont traités. Deuxièmement, payer les médecins à salaire diminue leur motivation à donner des services de qualité, surtout en l'absence d'une forte concurrence. Finalement, avec ce système de paiement, les médecins n'ont aucun incitatif à se soucier des coûts liés à leur pratique. Si la quantité et le type de dispositif (potentiellement très coûteux) sont laissés à la discrétion des médecins salariés, ceux-ci n'ont aucun incitatif à se soucier des coûts engendrés par leurs décisions.

Ajouts aux systèmes de rémunération existants

Les sections précédentes décrivent en détail les systèmes de paiement les plus utilisés à ce jour. Néanmoins, plusieurs autres incitatifs financiers ont été ajoutés aux mécanismes de paiement existants dans le but de résoudre des problèmes particuliers que les systèmes rétrospectif, prospectif ou mixte ne pouvaient régler. Cette section présente deux formes d'ajouts aux systèmes de paiement existants dans lesquelles les médecins reçoivent une prime s'ils atteignent certaines cibles.

Paiement à la performance

Même si les dépenses de santé ont augmenté à un rythme effréné et continuent de le faire, il existe plusieurs inquiétudes quant à la qualité des soins offerts. Plus spécifiquement, il existe de plus en plus de preuves que plusieurs patients ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin et que le niveau de provision de soins varie considérablement entre les patients et entre les régions où les soins sont offerts sans qu'une variation similaire ne soit observée dans les résultats (Fisher *et al.*, 2003 ; Institute of Medicine, 2001, 2007).

Ces informations démontrent qu'il existe de nombreuses opportunités d'améliorer la qualité des soins de santé sans nécessairement augmenter les coûts. Par conséquent, de nombreuses études qui se sont penchées sur le besoin d'améliorer la qualité des soins recommandent que les paiements versés aux médecins soient liés, en partie, à la qualité et aux résultats (Institute of Medicine, 2001, 2007). Les questions liées à la qualité des soins continuent d'être importantes dans l'élaboration de politiques pour l'amélioration du système de santé. Plusieurs questions doivent être soulevées pour qu'il soit possible de rendre les paiements versés aux médecins fonction de la qualité des soins dispensés aux patients. Premièrement, quelles mesures pourraient être utilisées pour quantifier le niveau de qualité des soins fournis ? De plus, y aurait-il une possibilité pour les médecins de contourner le système ? Enfin, est-ce qu'associer les paiements versés aux médecins à la qualité des soins est efficace ? Tel que constaté par Rosenthal, Fernandopulle, Song et Landon (2004), il existe en général trois façons de lier les paiements faits aux médecins à des mesures de qualité des soins donnés. Chacune d'entre elles présente des avantages et des désavantages.

D'abord, la méthode la plus simple est d'associer le paiement à la « structure », c'est-à-dire à l'utilisation de certaines ressources (installations médicales, personnel, instruments). Néanmoins, même si lier une prime à ces éléments est simple, rien ne garantit que de telles ressources soient utilisées efficacement ou dans des circonstances appropriées.

Les paiements peuvent aussi être associés au « processus ». Par exemple, les médecins pourraient recevoir une rémunération supplémentaire s'ils pratiquent le type de médecine préventive approprié (test de dépistage, immunisation). Toutefois, bien qu'il soit facile d'observer la prestation de tels soins, cette rémunération supplémentaire pourrait avoir des effets pernicieux. Par exemple, les médecins pourraient être encouragés à utiliser davantage de procédures associées aux primes ou à les privilégier au détriment de celles qui ne le sont pas. On craint en outre que les programmes de rémunération liée au rendement incitent les médecins à ignorer certaines caractéristiques spécifiques du patient dans le but de prescrire les procédures qui maximisent leur revenu.

Enfin, la dernière façon consiste à associer les paiements aux « résultats » selon la perspective du patient (comme la satisfaction) ou selon certaines mesures cliniques objectives. Cependant, la mesure de ces résultats peut être problématique. D'abord, on risque de créer une situation où les médecins ciblent leurs procédures sur des aspects facilement mesurables au détriment de procédures dont les résultats sont difficilement observables. De plus, les résultats dépendent de la physiologie des patients, de leur volonté à observer correctement les traitements et de la prise de médicaments prescrits, éléments qui sont hors du contrôle du médecin. Finalement, les médecins pourraient sélectionner les patients qui sont susceptibles d'être en bonne santé en évitant les patients qui sont plus malades ou qui répondent mal à leurs traitements (Roland, 2004).

Un autre problème du paiement à la performance vient de la possibilité de récompenser les médecins quand ils atteignent certaines cibles de qualité ou d'amélioration de la qualité. D'une part, payer les médecins parce qu'ils atteignent des objectifs pourrait être considéré comme étant une politique injuste qui ne récompense pas les médecins qui les ont déjà atteintes. Cela pourrait également encourager les médecins à offrir des soins uniformisés qui répondent aux critères de protocoles prédéterminés. D'autre part, payer les médecins seulement s'ils satisfont aux exigences pourrait décourager

ceux qui donnent des soins de moins bonne qualité d'investir dans leur pratique, surtout s'ils croient que ces cibles sont inatteignables ou trop coûteuses à atteindre. Par conséquent, cette politique pourrait décourager les groupes qu'elle vise.

Bien que le paiement à la performance constitue un outil d'encouragement à la prestation de soins adaptés et de plus grande qualité, le manque d'études empiriques mesurant les effets sur la qualité ne nous permet pas de tirer de conclusions sur l'efficacité-coût de ce mécanisme.

Systeme de paiement avec participation aux profits

Dans plusieurs hôpitaux, les médecins ont un statut de travailleur autonome. De plus, le versement de paiement direct aux médecins par les hôpitaux est souvent interdit. Cela a pour conséquence de désaligner les motivations des médecins avec les objectifs du système, puisqu'ils sont indépendants de l'hôpital. Dans un tel contexte, les médecins n'ont aucun intérêt à tenir compte du coût des médicaments et des appareils médicaux qu'ils emploient pour traiter leurs patients. Il est donc souhaitable d'instaurer des mécanismes qui permettent de faire concorder les incitatifs des médecins avec les objectifs des hôpitaux, qui, eux, doivent se préoccuper de la santé des patients et du coût des soins.

Plusieurs solutions seraient envisageables pour réduire la pression sur les coûts, comme de coordonner les achats d'équipements et de matériel médical afin d'avoir de plus bas prix. Les résultats préliminaires de Ketcham, Léger et Lucarelli (2009) suggèrent que donner une prime aux médecins sous forme de participation aux profits peut aussi mener à d'importants changements dans la pratique médicale, par exemple dans l'utilisation de différents types de dispositifs, l'uniformisation des procédures entre les équipes soignantes, le prix payé par l'hôpital pour ses dispositifs et le coût moyen par patient.

Principaux constats et conclusion

Qu'avons-nous retenu des recherches présentées dans cette revue de littérature ? Premièrement, les médecins, comme tous les autres individus, répondent aux incitatifs financiers. En effet, ils modifient leur offre de services ou leurs décisions de référer un patient en fonction de la structure de

leur rémunération. Deuxièmement, il n'existe pas de mécanisme de paiement parfait. Chaque mécanisme a ses avantages et ses désavantages. Finalement, le système actuel est loin d'être idéal et il ne permet pas l'atteinte des objectifs que nous nous sommes fixés.

Ce chapitre nous a permis de brosser un portrait général des différents systèmes de rémunération des médecins. L'analyse nous renseigne entre autres sur les réformes potentielles du système de paiement des médecins qui permettraient au Québec de faire correspondre les objectifs des médecins avec ceux du gouvernement en ce qui a trait à la qualité, à la quantité et au coût des soins administrés. En effet, les médecins peuvent modifier leur prestation de soins ou leur décision de référer un patient en réponse aux changements de la structure des paiements. De plus, on peut conclure que le système actuel de paiement à l'acte est loin d'être idéal et qu'il ne permet pas l'atteinte des objectifs que nous nous sommes fixés. Évidemment, il n'existe pas de mécanisme de paiement parfait et chacun des mécanismes présentés vient avec ses avantages et ses effets pervers. Néanmoins, les économistes de la santé s'entendent pour dire que le système de paiement mixte, grâce à sa flexibilité et à ses nombreux avantages, est le système le plus susceptible de parvenir à certains objectifs que ni le système prospectif (par capitation) ni le système rétrospectif (à l'acte) ne peuvent atteindre. Toutefois, la forme que pourrait prendre un tel système de paiement est moins claire et les études empiriques faites à ce sujet sont limitées. En établissant clairement des objectifs ainsi que les coûts et les bénéfices de chaque système de paiement, il est attendu que la discussion ci-dessus pourra contribuer au processus de décision.



Notes

1. L'assurance maladie publique peut avoir deux avantages particuliers que l'assurance maladie privée n'a pas. Premièrement, l'assurance maladie publique évite le problème de sélection adverse qui peut mener à des contrats d'assurance injustes pour certains et inabordable pour d'autres ou encore à l'effondrement du marché à la suite de la hausse dramatique des primes (Newhouse, 2002; Rothschild et Stiglitz, 1976). L'autre avantage de l'assurance maladie publique est qu'elle procure un accès aux soins égal pour tous les individus, indépendamment de leur capacité de payer.
2. En économie, ce phénomène est connu comme un problème de *multitasking* (Holmström et Milgrom, 1990).

Références

- Allard, M., Jelovac, I. et Léger, P. T. (2009). Treatment and Referral Decisions Under Different Payment Mechanisms. Mimeo.
- Allard, M., Léger, P. T. et Roचाix, L. (2008). Provider Competition Under a Dynamic Setting. *Journal of Economics and Management Strategy*, Forthcoming.
- Blomqvist, A. et Léger, P. T. (2005). Information Asymmetry, Insurance, and the Decision to Hospitalize. *Journal of Health Economics*, 24, 775-793.
- Cebul, R. D., Rebitzer, J. B., Taylor, L. J. et Votruba, M. E. (2008). Organizational Fragmentation and Care Quality in the U.S. Healthcare System. *Journal of Economic Perspectives*, 22, 93-113. doi:10.1257/jep.22.4.93
- Danzon, P. M. (1985). *Medical Malpractice: Theory, Evidence and Public Policy*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Devlin, R. A. et Sarma, S. (2008). Do Physician Remuneration Schemes Matter? The Case of Canadian Family Physicians. *Journal of Health Economics*, 27(5), 1168-1181.
- Dumont, E., Fortin, B., Jacquemet, N. et Shearer, B. (2008). Physicians' Multitasking and Incentives: Empirical Evidence from a Natural Experiment. *Journal of Health Economics*, 27(6), 1436-1450. doi:10.1016/j.jhealeco.2008.07.010
- Ellis, R. P. et McGuire, T. G. (1986). Provider Behavior Under Prospective Reimbursement. Cost Sharing and Supply. *Journal of Health Economics*, 5(2), 129-151.
- Ellis, R. P. et McGuire, T. G. (1990). Optimal Payment Systems for Health Services. *Journal of Health Economics*, 9(4), 375-396.
- Evans, R. G. (1974). *Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications*. Londres, Royaume-Uni : MacMillan.
- Feldstein, P. J. (2004). *Health Care Economics*. Thomson Delmar Learning.
- Fisher, E. S., Wennberg, D. E., Stukel, T. A., Gottlieb, D. J., Lucas, F. L. et Pinder, E. L. (2003). The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 2: Health Outcomes and Satisfaction with Care. *Ann Intern Med*, 138(4), 288-298.
- Grembowski, D. E., Cook, K., Patrick, D. L. et Roussel, A. E. (1998). Managed Care and Physician Referral. *Med Care Res Rev*, 55(1), 3-31.
- Hickson, G. B., Altemeier, W. A. et Perrin, J. M. (1987). Physician Reimbursement by Salary or Fee-for-Service: Effect on Physician Practice Behavior in a Randomized Prospective Study. *Pediatrics*, 80(3), 344-350.
- Holmström, B. et Milgrom, P. (1990). Regulating Trade Among Agents. *Journal of Institutional and Theoretical Economics (JITE) / Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft*, 146(1), 85-105.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2008). *National Health Expenditure Trends, 1975-2008*. Ottawa, Canada : Canadian Institute for Health Information.
- Institute of Medicine (U.S.) (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC : National Academy Press.
- Institute of Medicine (U.S.) (2007). *Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare*. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC : National Academy Press.
- Ketcham, J., Léger, P. T. et Lucarelli, C. (2009). Standardization Under Group Incentives. *Technical Report*, mimeo.

Les systèmes de rémunération des médecins et leurs enjeux

- Léger, P. T. (2000). Quality Control Mechanisms Under Capitation Payment for Medical Services. *Canadian Journal of Economics*, 33(2), 564-588.
- Ma, C. et McGuire, T. G. (1997). Optimal Health Insurance and Provider Payment. *American Economic Review*, 87(4), 685-704.
- McGuire, T. G. (2000). Physician Agency. Dans A. J. Culyer et J. P. Newhouse, (dir.), *The Handbook of Health Economics*.
- Newhouse, J. P. (2002). *Pricing the Priceless: A Health Care Conundrum*, Cambridge, MA : MIT Press.
- Quast, T., Sappington, D. E. et Shenkman, E. (2008). Does the Quality of Care in Medicaid MCOs Vary with the Form of Physician Compensation? *Health Econ*, 17(4), 545-550.
- Roland, M. (2004). Linking Physicians' Pay to the Quality of Care – A Major Experiment in the United Kingdom. *N Engl J Med*, 351, 1448-1454.
- Rosenthal, M. B., Fernandopulle, R., Song, H. R. et Landon, B. (2004). Paying for Quality: Providers' Incentives for Quality Improvement. *Health Aff (Millwood)*, 23(2), 127-141.
- Rothschild, M., Stiglitz, J. (1976). Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *Quarterly Journal of Economics*, 90(4), 630-649.
- Selder, A. (2005). Physician Reimbursement and Technology Adoption. *Journal of Health Economics*, 24(5), 907-930.
- Skinner, J., Chandra, A., Goodman, D. et Fisher, E. S. (2009). The Elusive Connection Between Health Care Spending and Quality. *Health Aff (Millwood)*, 28, w119-123.