

2010RP-12

Système de paiement des médecins : bref de politique

Pierre Thomas Léger, Erin Strumpf

Rapport de projet
Project report

Montréal
Juin 2010

© 2010 Pierre-Thomas Léger, Erin Strumpf. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©.
Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

CIRANO

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Québec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO

Partenaire majeur

Ministère du Développement économique,
de l'Innovation et de l'Exportation

Partenaires corporatifs

Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Laurentienne du Canada
Banque Nationale du Canada
Banque Royale du Canada
Banque Scotia
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du Québec
Fédération des caisses Desjardins du Québec
Gaz Métro
Hydro-Québec
Industrie Canada
Investissements PSP
Ministère des Finances du Québec
Power Corporation du Canada
Raymond Chabot Grant Thornton
Rio Tinto
State Street Global Advisors
Transat A.T.
Ville de Montréal

Partenaires universitaires

École Polytechnique de Montréal
HEC Montréal
McGill University
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.

ISSN 1499-8610 (Version imprimée) / ISSN 1499-8629 (Version en ligne)

Système de paiement des médecins : bref de politique

Pierre Thomas Léger^{*}, *Erin Strumpf*[†]

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Au Canada et au Québec, l'assurance-maladie publique procure un accès équitable aux soins de santé à tous les individus, indépendamment de leur capacité à payer. Toutefois, cela pourrait se faire au prix d'une surconsommation importante de soins médicaux. En effet, l'apparente gratuité des soins de santé incite les usagers à consommer des services de santé au-delà de ce qui est efficace pour l'ensemble de la société. Il en résulte des coûts importants qui contribuent à augmenter les dépenses gouvernementales en santé. Cela n'est pas sans lien avec la situation actuelle des finances publiques du Québec.

Cette surconsommation peut cependant être réduite par des mécanismes provenant de la demande (co-paiement, ticket modérateur) ou de l'offre (forme de rémunération des médecins). Le recours à des systèmes de rémunération plus efficaces pour les médecins permettrait de réduire le coût des soins de santé et d'encourager une provision efficace de ceux-ci. Plusieurs mécanismes de paiements pourraient permettre d'atteindre ces objectifs. Le rapport « *Système de paiement des médecins : bref de politique* » en fait une revue.

^{*} Professeur agrégé, Titulaire du Professorship en économie de la santé, Institut d'économie appliquée, HEC Montréal, CIRANO et CIRPÉE. Courriel : pierre-thomas.leger@hec.ca

[†] Professeure adjointe, Département d'épidémiologie, biostatistique et de santé au travail, Département de sciences économiques, Université McGill et CIRANO.

Le paiement à l'acte : mode de rémunération imparfait

Au Québec, les médecins sont généralement rémunérés par un **système de paiement à l'acte**, c'est-à-dire qu'ils sont remboursés pour chaque service médical dispensé (p. 7). Ce système a pour avantage de ne pas encourager le lésinage sur la qualité et la quantité des soins offerts. Il pourrait toutefois entraîner une provision excessive de soins de santé. Puisque le traitement d'un plus grand nombre de patients se solde par un revenu plus élevé pour le médecin, celui-ci n'a que peu de motivations à encourager la prévention, à innover dans la pratique pour réduire les coûts et à référer un patient à un médecin spécialiste.

Quelles sont les alternatives ?

D'autres méthodes de rémunération sont envisageables pour contrer ce problème, notamment le système de **paiement à forfait** ou le système de **paiement par enveloppe budgétaire**. Dans le premier cas, le médecin reçoit un montant fixe pour chaque patient traité. Ce montant doit couvrir l'ensemble des frais relatifs à la médecine générale. Dans le second cas, l'enveloppe budgétaire perçue pour chaque patient doit couvrir toutes les dépenses de santé, incluant le coût des soins spécialisés et des médicaments.

Ces deux systèmes ont en commun de réduire la provision excessive de soins de santé et d'encourager la médecine préventive. Toutefois, puisque les médecins encaissent la différence entre le montant fixé ou l'enveloppe reçue et le coût des soins dispensés, ces systèmes peuvent les inciter à sélectionner les patients les moins coûteux et à lésiner sur la quantité et la qualité des soins offerts.

Les systèmes de paiement mixtes sont un mélange de méthodes rétrospectives (tel le paiement à l'acte) et prospectives (tel le paiement à forfait ou par enveloppe budgétaire). Ils tendent à équilibrer les incitatifs compétitifs de ces types de paiements « purs » (p.16) et à motiver les médecins à se soucier à la fois de la quantité de soins à offrir et la qualité de ces derniers.

Dans certains cas, des ajouts (tels le paiement à la performance ou avec participation aux profits) aux différents systèmes de paiements actuels (à l'acte, à forfait ou à enveloppe budgétaire) permettraient de modifier les incitations auxquelles sont confrontés les médecins de sorte à rendre leur pratique plus efficace.

Le paiement à la performance est un exemple de mécanisme de rémunération qui pourrait être ajouté aux systèmes de paiements actuels. Il implique de lier la rémunération des médecins à (1) l'utilisation des ressources médicales, (2) au processus (rémunération supplémentaire lors de la pratique d'une médecine préventive) ou (3) aux résultats obtenus par l'équipe médicale (p. 23).

Une seconde alternative serait le **système de paiement avec participation aux profits**. Celui-ci instaure des mécanismes permettant d'aligner les motivations des médecins, qui ne sont pas incités à se préoccuper des coûts, avec celles de l'hôpital qui doit respecter sa contrainte budgétaire. Par exemple, les médecins peuvent recevoir des primes, calculées et partagées au sein de l'équipe médicale, pour avoir réussi à diminuer leurs dépenses. Les résultats d'une étude sur un programme semblable dans un laboratoire de cathétérisme cardiaque américain ont démontré un impact positif sur : (1) l'utilisation de différents types de dispositifs, (2) sur l'uniformisation des procédures entre équipes soignantes et à l'intérieur de l'hôpital ainsi que (3) sur le coût moyen par patient (p. 24).

Un système de rémunération mixte des médecins permettrait de mieux contrôler les coûts

Aucun mécanisme de paiement n'est parfait. Un système de rémunération mixte pourrait toutefois conduire à une provision et à une consommation de soins de santé plus efficace. En effet, les médecins répondent aux incitatifs financiers au même titre que n'importe quel individu. La structure de paiement qu'il leur est imposée peut donc effectivement modifier leur provision de soins ou leur décision de référer un patient à un autre médecin spécialiste.

Si le système de paiement à l'acte actuel n'est pas idéal puisqu'il n'atteint pas les objectifs escomptés, il semble exister deux réformes potentielles. La première réforme étant le paiement à la performance et la seconde la participation aux profits. Ensemble, ils pourraient diminuer les coûts engendrés par les traitements prescrits et accroître leur qualité. En ce sens, il semble qu'il y ait des voies prometteuses pour l'avenir qui devraient être explorées plus rigoureusement dans les prochaines recherches.

Table des matières

1. Introduction	4
2. Qu'est-ce que la consommation et la provision de soins efficace?	5
3. Quels sont les coûts et les bénéfices d'une assurance qui couvre la totalité du premier dollar?	6
4. Systèmes de paiement versés aux médecins	8
4.1 Le système de paiement à l'acte	9
4.2 Le système de paiement à forfait (par capitation)	12
4.3 Le système de paiement par enveloppe budgétaire (fundholding).....	15
4.5 Système de paiement à salaire	20
5. Ajouts aux systèmes de paiement existants	22
5.1 Paiement à la performance	22
5.2 Système de paiement avec participation aux profits.....	24
6. Différentes options de politiques publiques	25
7. Conclusion	26
Bibliographie	28

1. Introduction

Les dépenses en matière de santé augmentent de façon croissante dans les pays développés et représentent une part importante de leur produit intérieur brut (PIB). Le Canada et le Québec ne font pas exception à cette règle. Les dépenses totales en santé, et plus spécifiquement, les dépenses gouvernementales représentent environ 11% et 12% du budget des gouvernements canadien et québécois respectivement (ICIS, 2008). Puisque les dépenses en matière de santé augmentent à un rythme plus élevé que la capacité (ou la volonté) du gouvernement d'augmenter ses revenus, améliorer l'efficacité du système de santé est devenu un objectif évident dans l'élaboration de politiques publiques. Il est relativement facile pour les gouvernements de diminuer le taux de croissance des dépenses en santé en attribuant moins de ressources à ce secteur. Par contre, il est beaucoup moins facile de le faire en préservant ou en augmentant la quantité et la qualité des soins offerts¹. Même si les gouvernements étaient en mesure d'identifier certaines façons d'augmenter l'efficacité et la qualité des soins, implanter les changements nécessaires serait difficile puisque la provision de soins (et donc les coûts totaux) relève en grande partie des médecins qui sont des travailleurs indépendants du gouvernement (Cebul et al., 2008). De plus, les objectifs des gouvernements sont souvent mal alignés avec ceux des médecins, et par conséquent, il est difficile pour les gouvernements d'inciter la provision de soins par de nouvelles directives institutionnelles.

Nous fournissons dans les sections suivantes une explication générale de ce qui caractérise la provision et la consommation efficace de soins de santé. Nous discutons ensuite des raisons pour lesquelles le système de santé actuel (caractérisé en partie par son universalité et son système de paiement à l'acte versés aux médecins) pourrait venir décourager l'efficacité de la provision et de la consommation de soins de santé. Nous explorons ensuite plusieurs mécanismes de paiement versés aux médecins en supposant toujours que le premier dollar est couvert en totalité par l'assurance-maladie. Pour chaque mécanisme de paiements, nous décrivons sommairement les modalités du paiement et nous comparons les aspects positifs et négatifs associés

¹ Il existe une grande variation dans les dépenses en santé (plus particulièrement dans les dépenses du programme Medicare) entre les régions géographiques (par exemple, les états aux États-Unis), mais peu de variation dans l'état de santé général (en contrôlant une multitude de variables individuelles et géographiques). Ces observations portent à croire qu'il est possible d'améliorer l'efficacité du système de santé. En effet, il semble (au moins dans certaines régions) qu'il existe un potentiel important d'amélioration de l'efficacité (c'est-à-dire, réduire les coûts sans compromettre l'état de santé) ou de la qualité (c'est-à-dire améliorer la qualité et l'état de santé sans augmenter les coûts) (Skinner et al., 2009).

à chacun. Pour les systèmes de paiement différents du paiement à l'acte omniprésent au Québec et au Canada, nous discutons des conditions dans lesquelles ces mécanismes pourraient dominer le paiement à l'acte dans la promotion de l'efficacité. Chaque système de paiement a des avantages et des désavantages et donc, le rôle de ce bref n'est pas de recommander un mécanisme en particulier, mais plutôt d'informer les décideurs politiques et de faciliter le processus de décision.

2. Qu'est-ce que la consommation et la provision de soins efficace?

Quelle est la quantité efficace de soins de santé? Définir la quantité efficace de soins de santé est difficile en pratique, mais est quand même relativement simple en théorie. Supposons premièrement que chaque individu attribue une valeur à sa santé et à sa consommation d'autres biens et services, et que ces individus disposent d'un montant donné de ressources financières avec lequel 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, posons un individu victime d'une maladie en particulier. Sous les hypothèses d'information parfaite et d'un marché parfaitement concurrentiel (en réalité, ces hypothèses sont en général irréalistes), l'individu maximiserait 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 payerait pour cette unité supplémentaire². Par exemple, si nous pouvions évaluer la santé en dollar, un individu consommerait une visite additionnelle chez le médecin à 20\$ si le bénéfice en santé qu'il en retirerait valait 20\$ ou plus.

Si l'individu consommait moins de soins de santé que le montant optimal, il pourrait augmenter son bien-être en achetant plus de soins puisque la valeur de la consommation d'un soin additionnel pour cet individu serait supérieure au prix de ce soin. À l'opposé, si l'individu consommait plus de soins de santé que le montant optimal, il pourrait augmenter son bien-être en diminuant l'achat de soins puisque la valeur d'un soin additionnel pour cet individu serait inférieure au prix de ce soin. À la lumière de ces simples suppositions, nous pouvons calculer une quantité unique de soins de santé pour chaque état clinique (sévérité de la maladie) qui permet de

² Plusieurs de ces suppositions (incluant celles de l'information parfaite et du marché concurrentiel des soins de santé) mentionnées ci-dessus sont irréalistes dans le secteur de la santé. Nous relaxons ces hypothèses et discutons de leurs implications tout au long de ce bref.

maximiser le bien-être d'un individu, c'est-à-dire quand le prix marginal est égal au bénéfice marginal. En interprétant le bénéfice social comme étant la somme des bénéfices individuels, la société, dans ce contexte, consommerait la quantité « optimale » de soins de santé, c'est-à-dire quand le montant dépensé en soins de santé est égal aux bénéfices retirés de ces soins.

3. Quels sont les coûts et les bénéfices d'une assurance qui couvre la totalité du premier dollar?

Malgré que les suppositions ci-dessus caractérisent une consommation efficace de soins de santé, ces suppositions n'abordent pas les problèmes inhérents au risque et à l'équité. Dans le cas des problèmes liés au risque, il est évident que dans les périodes de temps où l'individu est malade (correspondant à des dépenses majeures en santé) il doit sacrifier une partie de sa consommation d'autres biens et services. À l'opposé, lorsque l'individu est en santé (correspondant à des dépenses mineures en santé) sa consommation d'autres biens et services est plus élevée. Conséquemment, dans les temps favorables, l'individu possède plus de santé et voit sa consommation (non médicale) augmenter tandis que dans les périodes moins favorables, la consommation (de biens et services non médicaux) de l'individu malade est grandement diminuée. Il en résulte donc que les individus sans assurance-maladie font face au risque de tomber malade (risque non assurable), 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 (risque non assurable). En général, les individus sont averses au risque et c'est pourquoi ceux-ci préfèrent payer à l'avance un montant donné en échange de soins de santé « gratuits » 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 publique³. La forme la plus simple d'assurance-maladie publique est celle en vigueur au Québec et ailleurs au Canada. Elle est définie comme étant la couverture complète du « premier dollar » ce qui veut dire que les dépenses encourues par les patients sont entièrement couvertes sans qu'aucun coût direct

³ 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 bien connu de sélection adverse qui peut mener à des contrats d'assurance injustes pour certains et inabordable pour d'autres. Le problème de sélection adverse peut aussi causer l'effondrement du marché de l'assurance-maladie par la hausse dramatique des primes (Newhouse, 2002, Rothschild et al., 1976). L'autre avantage de l'assurance-maladie publique est que cela procure un accès aux soins égal pour tous les individus indépendamment de leur capacité à payer.

ne soit assumé par ceux-ci soit par le biais d'une franchise ou par le biais d'un copaiement. Les primes d'assurance sont collectées indépendamment par le système de taxation général. Même si ce système d'assurance augmente le bien-être en réduisant le risque auquel l'individu fait face lorsqu'il est malade, il encourage celui-ci à consommer une importante quantité de soins médicaux qui sont inefficaces. Ce comportement est mieux connu sous le nom d'aléa moral *ex-post*. Tel qu'illustré plus haut, en 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, le prix d'un soin (ici 0\$) observé par l'individu ne reflète pas le coût réel de ce soin. En l'occurrence, 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 du médecin, coût de l'équipement, etc.)⁴. Dans ce contexte, si le bénéfice social représente la somme des bénéfices individuels, alors la société consomme des unités de soins de santé qui lui coûte plus cher que les bénéfices qu'elle en retire. L'aléa moral *ex post* (ou simplement l'excès de consommation de soins de santé dû à la réduction du prix associé à la présence d'assurance-maladie) peut cependant être réduit par des mécanismes provenant de la demande ou de l'offre. Du côté de la demande, la consommation de soins de santé non-efficace peut être réduite par l'établissement d'un système de copaiement dans lequel les individus paient un pourcentage des soins qu'ils consomment. En revanche, le copaiement est critiqué puisqu'il réduit 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, ayant une capacité limitée de payer ou souffrant de maladies chroniques⁵. Du côté de l'offre, les

⁴ La réponse de la demande de services médicaux des individus aux changements de prix est une question empirique qui a suscité beaucoup d'attention. En attribuant différents systèmes d'assurance-maladie à des individus de façon aléatoire (différents niveaux de copaiements), le Rand Health Insurance Experiment (Manning et al., 1987, Newhouse et al., 1993) a démontré que les individus payant un petit copaiement demandent plus fréquemment des soins médicaux. Cela suggère que les individus réagissent aux prix lorsqu'ils demandent un service médical. Cependant, une fois qu'un contrat est élaboré avec un fournisseur de soins, le montant du copaiement a peu d'effet sur la demande de services médicaux. Cela suggère que la quantité de services consommés est probablement dictée par le médecin (soit parce que le patient suit les recommandations du médecin ou, dans certains cas, parce que le médecin prend ce genre de décision (surtout à l'urgence)). L'étude du Rand a aussi démontré qu'à des montants plus élevés de copaiements, la demande de services médicaux diminuait sans toutefois avoir un effet significatif sur l'état de santé général (Newhouse et al., 1993).

⁵ Une façon d'éviter le problème d'aléa moral *ex post* tout en offrant une assurance-maladie complète serait d'écrire des contrats d'assurance spécifiques à chaque maladie. Les patients recevraient un montant d'argent fixe en fonction de la sévérité de la maladie. Ils pourraient donc utiliser ces montants pour acheter leurs soins dans un marché ouvert. Puisque

alternatives disponibles pour réduire la consommation de soins de santé non-efficace sont décrites en détail dans les sections subséquentes.

4. Systèmes de paiement versés aux médecins

Les 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, plusieurs croient que les mécanismes contrôlant l'offre (plus spécifiquement, les mécanismes de paiement versés aux médecins) seraient plus efficaces pour contrôler les coûts et encourager la provision de soins de santé efficace. Premièrement, ce sont généralement les médecins qui prennent les décisions liées aux traitements. Ils ont donc plus de contrôle sur le type et la quantité de soins consommés et par conséquent, sur le coût total. Deuxièmement, les médecins sont susceptibles d'être plus aptes à prendre des décisions informées à propos du niveau de soins appropriés. Finalement, les médecins et groupes de médecins sont plus capables de faire face au risque financier associé à chaque patient que le patient lui-même (Ellis et al., 1986).

Dans la section suivante, nous décrivons une variété de mécanismes de paiement versés aux médecins. Nous présentons aussi plusieurs faits théoriques/prédictions pour chaque mécanisme de paiement et les hypothèses derrière ces prédictions. Finalement, nous présentons des résultats empiriques (lorsque disponibles) pour chaque mécanisme.

Pour plusieurs médecins, le bien-être et la santé de leurs patients est sans doute leur première priorité. Les incitatifs discutés et la réponse comportementale associée à ces incitatifs doivent donc être caractérisés comme des actions « à la marge », probablement lorsque l'issue d'une action ou d'un traitement n'est pas clair ou lorsqu'un test diagnostique a de grandes chances d'être bénéfique au patient, mais a une très petite probabilité de lui faire du tort. Les décisions inefficaces de chaque médecin ont probablement peu d'impact pour le patient, sauf que 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.

les patients paieraient leurs soins avec le montant reçu de l'assurance, ils n'auraient aucune motivation à surconsommer. Même si ce genre de contrats représente un optimum théorique, ces contrats sont en réalité impossibles à implanter puisqu'il n'existe aucune façon de vérifier la sévérité d'une maladie (Arrow, 1963).

4.1 Le système de paiement à l'acte

Le paiement à l'acte est caractérisé comme étant « rétrospectif » puisque les médecins sont essentiellement remboursés pour chaque service médical dispensé. Ce type de paiement est sans risque pour les médecins puisque toutes les dépenses encourues (incluant le coût de l'effort) sont remboursées. En effet, les taux d'honoraires sont généralement fixés au-dessus du coût marginal du soin. Donc, il est toujours plus avantageux pour un médecin de traiter plusieurs patients ou de donner plus de soins puisque cette pratique se solde par un revenu plus élevé.

Il faut se rappeler qu'un patient parfaitement informé sur sa condition médicale et sur l'efficacité des traitements disponibles consommera une quantité efficace de soins s'il doit payer le coût total de ces soins. Parallèlement, un médecin qui travaille dans un environnement de concurrence parfaite et où les patients sont de parfaits substitués fournira la quantité efficace de soins demandée. En réalité, plusieurs de ces hypothèses sont peu envisageables. Premièrement, tel que mentionné au préalable, les médecins détiennent plus d'informations sur la condition médicale des patients et l'efficacité des traitements disponibles. Cette asymétrie d'information pourrait permettre au médecin d'exagérer la condition médicale d'un patient et/ou de minimiser l'efficacité d'un traitement. De cette façon, le patient exigera de recevoir plus de soins qu'il en aurait demandé s'il avait été parfaitement informé. En général, les médecins ne veulent pas mettre le bien-être de leurs patients à risque, toutefois, à la marge, les médecins ont intérêt à manipuler l'information de façon telle que la demande augmente pour leurs services. Cela a pour résultat de faire augmenter le revenu du médecin. Ce phénomène est appelé « demande induite »⁶ (Evans, 1974).

En présence d'assurance et à cause des problèmes d'aléa moral discutés plus haut, les patients désireraient néanmoins surconsommer même s'ils étaient parfaitement informés de leur condition médicale et des traitements disponibles. Par conséquent, dans un système de paiement à l'acte, les médecins ont un avantage à acquiescer à la demande excessive des patients puisqu'ils ont directement la possibilité d'augmenter leur revenu. Il en résulte donc que le système de paiement à l'acte permet aux fournisseurs de soins de renforcer les effets négatifs de la demande causés par la présence d'assurance.

⁶ Des études empiriques ont démontré entre autres que la demande induite est réelle dans les secteurs de l'obstétrique (Gruber et al., 1996) et de la chirurgie thoracique (Yip, 1998).

En absence d'assurance et dans un contexte d'information parfaite, les médecins pourraient également avoir la possibilité de « forcer » leurs patients à surconsommer des soins médicaux (c'est-à-dire consommer une unité de soin que le patient ne désire pas consommer) si le marché des médecins n'est pas en concurrence parfaite. En effet, les médecins savent qu'il peut être difficile pour un patient de changer de médecin et/ou que le coût de le faire est tellement élevé (coût de l'effort et/ou le coût du temps de chercher un nouveau médecin et/ou temps d'adaptation à un nouveau médecin) que le médecin pourrait se trouver dans une position où il offre une quantité excessive de soins « à prendre ou à laisser ». Plus explicitement, un médecin pourrait être capable de forcer un patient à surconsommer des soins médicaux simplement en annonçant qu'il offre une quantité donnée de soins et, si le patient n'est pas satisfait avec la quantité offerte, ce patient devra aller consulter un autre médecin (McGuire, 2000).

Il est aussi important de noter que les médecins pratiquant dans un système de paiement à l'acte sont payés uniquement lorsqu'ils donnent des soins et donc, ces médecins pourraient être peu disposés à recommander un patient à un spécialiste ou à d'autres professionnels de la santé (Blomqvist et al., 2005). La médecine de spécialité peut s'avérer très coûteuse, mais dans certains cas sévère, elle peut devenir plus coût-efficace que la médecine générale. Finalement, puisque le système de paiement à l'acte rembourse seulement les actes rendus pour des soins traitants, les médecins ont peu de motivations à s'engager dans la promotion de la prévention, à encourager leurs patients à rester en santé, à déléguer des tâches cliniques, ou encore à innover dans leur pratique pour réduire les coûts (Feldstein, 2004, Grembowski et al., 1998, Selder, 2005).

Même si le système de paiement à l'acte est reconnu pour avoir le désavantage d'encourager la provision de soins excessive, ce système est aussi généralement vu comme étant un système qui favorise la qualité puisque les médecins n'ont aucun avantage à « lésiner » sur la quantité de soins offerts (Quast et al., 2008). Par contre, une trop grande quantité de soins dispensés pourrait diminuer la qualité de ceux-ci. Aussi, les soins iatrogènes (soins médicaux pouvant nuire à un patient) sont susceptibles d'être plus fréquents dans un système où la provision de soins excessive est encouragée. 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. Premièrement, Gosden, Kristiansen, Sutton, Lesse, Giuffrida, Sergison et Pederson (2004) ont conclu dans leur

revue de la littérature que les médecins payés à l'acte donnent plus de consultations, prescrivent plus de tests diagnostiques et de références à des spécialistes que les médecins payés par d'autres méthodes de paiement. Ces résultats ont été reproduits par Hickson, Altemeier et Perrin (1987) qui 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. En utilisant des données canadiennes et en contrôlant la sélection des médecins dans les différents systèmes de paiement, Devlin et Sarma (2008) ont trouvé que les médecins payés à l'acte reçoivent considérablement plus de patients en consultation que les médecins payés à forfait, à salaire ou à l'heure. Même si ces résultats empiriques suggèrent que les médecins payés à l'acte sont susceptibles de donner plus de consultations que leurs homologues, les auteurs sont incapables de 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 de coût-bénéfice.

Avantages du système de paiement à l'acte

1. Encourage la provision de soins de qualité (n'encourage pas le lésinage sur la quantité de soins offerts).
2. Décourage la référence excessive aux médecins spécialistes.
3. Associé à la satisfaction des patients.

Désavantages du système de paiement à l'acte

1. Encourage la provision excessive de soins (par le biais de l'incitation à la demande par le fournisseur ou par le biais du « à prendre ou à laisser »).
2. Ne contribue pas à diminuer l'aléa moral ex post causé par la présence d'assurance-maladie
3. Décourage la référence aux médecins spécialistes (même si cela pourrait être coût-efficace).
4. Décourage l'innovation ayant pour but de diminuer les coûts.
5. Décourage la délégation des tâches.

4.2 Le système de paiement à forfait (par capitation)

Le système de paiement à forfait (capitation) est la forme de paiement prospectif la plus élémentaire et est défini comme étant un paiement fixe reçu par le médecin pour chaque patient traité ou inscrit dans sa pratique (paiement par capita). En retour de ce paiement, le médecin est responsable de tous les soins de médecine générale sans aucun remboursement marginal. Le paiement prospectif est en général fixé pour une période de temps donnée (en année par exemple) et n'inclut pas les coûts des soins de médecine de spécialité, des soins reçus à l'hôpital et des médicaments. Si le coût d'un soin (incluant le coût de l'effort) est moins élevé que le paiement reçu, le médecin encaisse la différence comme un revenu. À l'opposé, si le coût du soin est plus élevé que le paiement reçu, le médecin subit une perte financière. Le médecin est celui qui reçoit le bénéfice net et par conséquent, c'est lui qui assume entièrement le risque financier du traitement.

L'avantage majeur du système de paiement à forfait est qu'il force le médecin à être responsable (du moins en partie) du coût du traitement. Donc, les médecins n'ont aucun avantage à induire la demande de soins ou la provision de traitements qui procurent peu de bénéfices aux patients, mais qui sont très coûteux. De plus, tel que mentionné au préalable, ce système de paiement est reconnu pour être une meilleure façon de contrôler les coûts puisque, contrairement aux patients, les médecins: (i) sont des acteurs-clé dans la prise de décisions sur la quantité et le type de soins à fournir/à consommer, (ii) sont mieux informés à propos des coûts et des bénéfices des traitements, et (iii) sont plus en mesure de supporter les risques financiers associés aux coûts du traitement médical d'un patient. Pour toutes ces raisons, il semble que le système de paiement à forfait soit une façon efficace de contrôler les coûts croissants des soins de santé.

Le système de paiement à forfait pourrait également encourager (ou du moins ne pas décourager) les médecins à recommander leurs patients aux médecins spécialistes, ce qui représente un autre avantage potentiel de cette méthode de paiement. Tel que mentionné plus haut, un médecin pratiquant dans un système de paiement à l'acte pourrait être porté à s'approprier un patient au lieu de le référer à un spécialiste puisque le médecin n'est payé que s'il le traite. Dans certains cas, le médecin spécialiste est plus apte à traiter le patient puisque i) il offre des soins qui ne peuvent pas être donnés par un médecin généraliste, ii) il donne des soins plus coût-efficaces pour certaines maladies, et (iii) il peut éviter la complication de certaines maladies. Il en résulte que, dans certaines conditions, le paiement à forfait fournit les incitations nécessaires pour encourager

les médecins généralistes à recommander leurs patients aux spécialistes (Allard et al., 2009, Blomqvist et al., 2005). Finalement, le système de paiement à forfait encourage la médecine préventive. Plus spécifiquement, le médecin a avantage à ce que ses patients ne soient pas malades dans le futur (ou similairement, qu'ils ne consomment pas de soins de santé coûteux dans le futur) parce que le médecin pourrait avoir à fournir des soins supplémentaires à ces patients dans le futur sans recevoir de remboursement marginal.

Malgré que le paiement à forfait ait des avantages marqués dans certaines conditions, ce système de paiement est aussi associé à plusieurs désavantages. Premièrement, le paiement à forfait pourrait inciter les médecins à fournir moins de soins que nécessaire (un phénomène nommé *stinting* (lésiner) par Newhouse (2002)). Plus explicitement, le médecin pourrait avoir tendance à limiter le nombre de soins donné à son patient à la marge puisqu'une quantité plus grande de soins ou encore des soins plus complexes demandent un effort plus grand et un revenu net moins élevé. De plus, la capacité d'un médecin à lésiner sur la provision de soins est accentuée par la présence d'asymétrie d'information. C'est-à-dire que les médecins ont un avantage à minimiser la sévérité de la maladie et/ou à exagérer l'efficacité d'un traitement (Ellis et al., 1986, Ellis et al., 1990) et par conséquent, recevoir un paiement net plus élevé. Toutefois, il est important de noter que cette distorsion comportementale peut être limitée par la présence d'un contentieux sur la mauvaise pratique médicale (Danzon, 1985), la révision médicale par une tierce partie (Léger, 2000) et les effets que pourraient avoir ce genre de pratique sur la réputation du médecin et sa capacité de recruter de nouveaux patients⁷.

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, ils pourraient être incités à surutiliser ce genre de services (ce qui se traduirait par des coûts excessifs dans certaines conditions) (Allard et al., 2009). Le système de paiement à forfait peut aussi inciter les médecins à jouer avec le système en utilisant des codes diagnostiques inappropriés ou excessifs dans le but de recevoir un paiement plus élevé, spécialement si ces paiements sont ajustés en fonction de la sévérité de la maladie (« DRG creep ») (Dafny, 2005).

⁷ Plusieurs auteurs ont étudié la réponse des médecins à la variation des honoraires et ont démontré qu'il existe réellement un phénomène de « lésinage ». Par exemple, les données de l'étude du Rand démontrent que les patients dans un système de paiement à forfait reçoivent moins de services que ceux dans un système de paiement à l'acte (Newhouse et al., 1993). Des résultats similaires ont été obtenus dans le secteur des maladies mentales (Huskamp, 1999). Par contre, il est moins clair que la réduction de la provision de soins ait un impact sur la santé des patients.

Néanmoins, le plus grand désavantage du système de paiement à forfait est que les médecins ont un avantage à essayer de sélectionner les patients dont le coût de traitement est relativement peu élevé. Plus spécifiquement, les paiements à forfait sont grossièrement ajustés pour le risque (par exemple pour l'âge et le sexe), mais les dépenses anticipées sont susceptibles de varier considérablement entre les patients et à l'intérieur des catégories pour lesquelles le risque est ajusté. En attirant dans leur pratique des patients relativement en santé, le paiement à forfait devient beaucoup plus rentable pour les médecins. Dans plusieurs juridictions, la sélection explicite des patients est illégale, cependant, les fournisseurs de soins disposent d'autres moyens pour attirer les patients « peu coûteux » et éviter les patients « coûteux ». Par exemple, certains médecins pourraient choisir d'établir leur pratique dans les quartiers où le revenu moyen est plus élevé et où les patients y sont généralement en meilleure santé. Ils pourraient aussi offrir un menu de services destiné à attirer les patients plus en santé (chirurgie plastique, soins préventifs, stationnement gratuit) en n'offrant pas certains services susceptibles d'attirer des patients plus coûteux (soins pour malades chroniques, thérapie pour toxicomanes). De toute évidence, la sélection des patients selon leur état de santé et le coût qu'ils représentent est susceptible de générer des difficultés d'accès majeures pour les patients les plus malades et donc d'avoir un impact négatif sur le système de santé en général.

Avantages du système de paiement à forfait (capitation)

1. Réduit la provision et la consommation excessive de soins de santé.
2. Encourage la référence aux médecins spécialistes qui pourrait être, dans certaines conditions, coût-efficace.
3. Encourage la médecine préventive.

Désavantages du système de paiement à forfait (capitation)

1. Pourrait mener à une provision sous-optimale de soins de santé (lésinage).
2. Encourage la référence aux médecins spécialistes qui pourrait ne pas être coût-efficace dans certaines conditions.
3. Encourage la sélection des patients.

4.3 Le système de paiement par enveloppe budgétaire (fundholding)

Il existe un système de paiement prospectif plus complet qui fut mis en place pendant un certain temps en Grande-Bretagne, c'est le système de paiement par enveloppe budgétaire (communément appelé fundholding en Grande-Bretagne). Dans ce type de système, les médecins sont responsables de toutes les dépenses relatives à un patient. Similairement au système de paiement à forfait, le système d'enveloppe budgétaire a l'avantage de décourager la provision excessive de soins et encourage les médecins (ou les groupes de médecins) à mieux utiliser les ressources médicales. De plus, en incluant le coût des soins de spécialité ainsi que le coût des médicaments dans le paiement prospectif, le système d'enveloppe budgétaire élimine les motivations pernicieuses de substituer des soins médicaux par des soins souvent plus coûteux que l'on retrouve dans le système de paiement à forfait. Dans le cas des malades sévères, la référence aux médecins spécialistes pourrait être plus coût-efficace et efficace puisque cela permettrait au patient de recevoir un diagnostic rapide, un traitement approprié et par conséquent, éviter la détérioration clinique liée aux complications. À l'opposé, la provision de soins de spécialité aux patients souffrant d'une maladie bénigne pourrait s'avérer très coûteuse sans nécessairement fournir de meilleurs soins du point de vue médical. Inclure les coûts de la médecine de spécialité dans l'enveloppe budgétaire 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).

Le système de paiement par enveloppe budgétaire apporte aussi un bénéfice potentiel important puisqu'il récompense la pratique de la médecine préventive. Puisque le médecin reçoit un paiement fixe pour chaque patient inscrit dans sa pratique et qu'il est responsable de fournir tous les soins futurs (ou sur une période de temps donnée) requis par ses patients sans remboursement à la marge, le médecin retire un bénéfice financier significatif à avoir des patients qui sont en santé. Ce qui n'est pas le cas dans un système de paiement à l'acte. Par exemple, pour un patient diabétique, le médecin qui pratique dans un système de paiement à l'acte reçoit un remboursement seulement si le patient diabétique est malade et qu'il nécessite des traitements médicaux. Cependant, dans un système de paiement par enveloppe budgétaire, le médecin reçoit un gain financier net supérieur si son patient diabétique NE NÉCESSITE PAS de soins. Il en résulte que le paiement par enveloppe budgétaire accroît l'intérêt des médecins pour la santé de leurs patients et génère un

avantage financier pour ceux qui encouragent leurs patients à prendre soins de leur santé (par exemple par la nutrition ou par l'exercice).

Toutefois, comme dans le cas du système de paiement à forfait, l'inquiétude causée par la sélection des patients rentables est omniprésente. Plus spécifiquement, le paiement versé pour chaque patient (comme le paiement à forfait) ne peut dépendre uniquement des caractéristiques observables du patient par le payeur ou l'assureur. Si les médecins réussissent à n'inscrire que des patients en santé ou moins coûteux dans leur pratique, les patients plus malades auront de la difficulté à se trouver un médecin qui acceptera de les inscrire dans leur pratique ou encore de fournir la provision de soins appropriée⁸.

Finalement, puisque les groupes de pratique sont responsables de tous les soins médicaux consommés par leurs patients et que la quantité de soins varie considérablement pour chaque patient, les groupes de pratique font face à des risques financiers importants. Dans ce contexte, la rentabilité d'un groupe de pratique pourrait relever plus de la chance que de la bonne gestion de la provision de soins de santé.

Avantages du système de paiement par enveloppe budgétaire (fundholding)

- 1. Pourrait mener à la provision de soins sous-optimale.**
- 2. Encourage la référence aux médecins spécialistes qui pourrait être, dans certaines conditions, coût-efficace.**
- 3. Encourage la médecine préventive.**
- 4. Décourage l'utilisation de soins substituts (potentiellement plus coûteux).**

⁸ Lorsqu'on étudie empiriquement l'effet du système de paiement à forfait ou par enveloppe budgétaire sur les dépenses totales, il faut contrôler les effets potentiels de sélection. Sinon, on pourrait voir que le système de paiement par enveloppe budgétaire réduit les dépenses sans vraiment être le cas. C'est-à-dire que la diminution des dépenses pourrait simplement venir du fait que les médecins pratiquants dans ce système de paiement transfèrent les patients plus coûteux aux médecins qui pratiquent dans un système de paiement à l'acte.

Désavantages du système de paiement par enveloppe budgétaire (fundholding)

- 1. Réduis la provision et la consommation excessive de soins.**
- 2. Encourage la sélection des patients.**
- 3. Pourrait entraîner des risques financiers importants pour les groupes de pratique**

4.4 Divers systèmes de paiement mixtes

Les sections ci-dessus décrivent des systèmes de paiement dans lesquels le paiement est soit entièrement prospectif (paiements à forfait (capitation) ou par enveloppe budgétaire (fundholding)) ou encore pleinement rétrospectif (paiement à l'acte). Ces diverses méthodes de paiement ont toutes été très populaires en pratique et ont été le sujet de plusieurs études théoriques et empiriques. Toutefois, la littérature plus récente rapporte de nouveaux types de paiement, les systèmes de paiement mixtes, qui sont un mélange des méthodes de paiements décrits en détail plus haut. Dans ces systèmes, les médecins reçoivent en général un paiement initial (sous forme de per diem ou de paiement par patient) qui représente la portion prospective du paiement. Les médecins reçoivent aussi un paiement à la marge (généralement plus petit que le coût marginal du soin) ce qui représente la partie rétrospective du paiement. Dans les sections suivantes, nous soulignons les caractéristiques principales des systèmes de paiement mixtes et nous décrivons comment ce type de système pourrait être optimal pour la provision de soins (ou est susceptible d'être plus performant qu'un système de paiement purement prospectif ou rétrospectif) (Allard et al., 2008, Ma et al., 1997, McGuire, 2000). Tel qu'énuméré dans les tableaux sommaires, les avantages du paiement rétrospectif semblent être les désavantages du paiement prospectif et vice versa. Par conséquent, un système de paiement mixte équilibre les incitatifs compétitifs inhérents à ces types « purs » de paiements.

Comme nous l'avons suggéré plus haut, plusieurs composantes d'un soin sont valorisées par les patients (l'effort, le temps et la qualité du soin donnée par le médecin), mais sont non-observables, ou du moins très difficile à identifier par une tierce partie. Par conséquent, ces composantes non-observables ne peuvent pas être utilisées dans l'élaboration d'un contrat et ne peuvent certainement pas être remboursées sur une base unitaire. Ceci dit, tous les systèmes de paiement qui compensent les médecins uniquement sur la base des

composantes observables d'un soin (comme les procédures médicales) inciteront ceux-ci à ne donner que des soins qui sont observables et rémunérateurs en ignorant ou en limitant les soins qui ne sont pas directement observables et donc, non remboursés (comme le temps et l'effort)⁹. Donc, encourager les médecins à fournir la quantité optimale de soins observables et non-observables nécessite un système de paiement beaucoup plus complexe que le traditionnel paiement à l'acte ou encore le paiement à forfait.

Dans leur article précurseur, Ma et McGuire (1997) soutiennent qu'un système de paiement mixte pourrait permettre d'inciter la provision optimale de soins observables et non-observables. Supposons que les individus valorisent les composantes observables d'un soin (procédure médicale) ainsi que les composantes non-observables (qualité, effort, temps). Puisque le médecin est payé uniquement sur la base de la quantité de soins observables dispensés, mais que le patient accorde aussi une valeur aux soins non-observables, le médecin doit, d'une certaine façon, encourager les patients (a) à vouloir recevoir des soins par ce médecin et (b) à demander la quantité observable (procédures, traitements) de soins nécessaires pour être payé. Si les quantités de soins observables et non-observables sont complémentaires, le médecin fera un effort non-observable pour encourager le patient à demander une quantité de soins observables et directement rémunérateurs. À l'opposé, si les quantités de soins observables et non-observables sont substitués, le médecin fournira peu d'effort non-observable pour encourager le patient à demander une quantité de soins observable. Un système de paiement mixte peut donc être développé dans lequel une partie du paiement est prospective (fixe) et une partie du paiement est rétrospective (paiement à l'acte), ce qui encourage un mélange équilibré des composantes non-observables (effort, qualité) et observables (procédures, traitements) du soin donné.

Dans un récent article, Allard, Léger et Rochaix (2008) démontrent qu'un système de paiement mixte est nécessaire pour encourager la provision des composantes non-observables et observables d'un soin dans un modèle plus général. Le paiement rétrospectif (paiement à l'acte) est fixé égal au coût marginal du traitement tandis que la portion fixe du paiement (paiement prospectif) compense l'effort non-observable. Les auteurs démontrent que, dans un système de paiement mixte, la concurrence pourrait servir à encourager différents types de médecins à fournir un mélange approprié des deux composantes d'un soin. Cependant, en présence d'une 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 pourraient être dans la possibilité de donner des quantités inefficaces

⁹ En économie, ce phénomène est connu comme étant un problème de multitasking (Holmstrom et al., 1990).

de soins tout en recevant des paiements considérables. Donc, lorsque la demande de soins médicaux dépasse l'offre, le système de paiement mixte pourrait permettre aux médecins de faire un profit excessif.

L'altruisme des médecins est une autre raison pour laquelle le système de paiement mixte pourrait être nécessaire pour limiter la provision excessive de soins de santé. Plus spécifiquement, supposons que les médecins valorisent leur revenu et la santé de leurs patients. En présence d'altruisme, le médecin augmentera son bien-être (et son revenu) en fournissant une quantité significative de soins inefficaces (c'est-à-dire que le bénéfice des soins fournis est considérablement plus petit que le coût de ces soins). Pour limiter ce comportement, le gouvernement ou les compagnies d'assurance doivent fixer le remboursement marginal (paiement à l'acte) en dessous du coût du soin tel que le médecin encaisse une perte pour chaque unité de soin qu'il fournit (donc la « perte » encourue par unité de soin donnée à la marge augmente avec le degré d'altruisme). Par conséquent, fixer le montant du paiement à l'acte en dessous du coût du soin pourrait décourager la provision excessive puisque le médecin obtiendrait un profit négatif et donc, refuserait de donner des soins non-nécessaires. Par ailleurs, pour dédommager le médecin de la perte de profits engendrée par la petitesse du paiement à l'acte, le gouvernement ou les compagnies d'assurance doivent indemniser le médecin par un paiement initial (un per diem ou un paiement à forfait par patient). Donc, en payant 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 provision efficace de soins de santé en limitant les quantités excessives.

Peu de recherches empiriques ont identifié les effets d'un système de paiement mixte. Toutefois, Dumont, Fortin, Jacquemet et Shearer (2008) ont récemment exploité des changements dans les systèmes de rémunération des médecins québécois des dix dernières années pour identifier l'impact d'un système de paiement mixte particulier. Des systèmes de paiement mixtes ont été implantés au Québec en partie pour encourager les médecins à fournir des services nécessaires pour le système de santé (tâches administratives et d'enseignement), mais qui ne sont pas rémunérés par le système traditionnel de paiement à l'acte. En utilisant des données détaillées sur chaque spécialité incluant le nombre de services donnés, le nombre d'heures travaillées (dans différents types d'activité), le nombre de semaines travaillées, le gain personnel et les caractéristiques individuelles avant et après l'implantation du système de paiement mixte, les auteurs de l'étude

ont estimé l'impact du paiement mixte sur les pratiques médicales¹⁰. Tel qu'attendu, leurs résultats suggèrent que le système de paiement mixte pousse les médecins qui choisissent ce système de paiement à réduire le nombre d'heures facturables pour la provision de soins et à augmenter le nombre d'heures dédiées à des tâches connexes comme des tâches administratives et des tâches d'enseignement.

Avantages du système de paiement mixte

- 1. Encourage un mélange approprié de soins observables et non-observables.**
- 2. Réduire les effets pernicieux causés par l'altruisme.**
- 3. Encourage l'augmentation du temps consacré aux patients (dimension de qualité).**

Désavantages du système de paiement mixte

- 1. Exige que le payeur soit au courant du degré de substituabilité et de complémentarité entre les composantes observables et non-observables d'un soin.**
- 2. Exige que le payeur connaisse le niveau d'altruisme des médecins.**
- 3. Pourrait exiger un niveau considérable de concurrence entre les médecins.**

4.5 Système de paiement à salaire

Le système de paiement à salaire, très commun dans d'autres secteurs, demeure rare dans le secteur de la santé. Ce système est néanmoins fréquemment rencontré dans certains secteurs de la santé comme en psychiatrie (aussi en vigueur au Québec dans les CLSCs). En payant un montant fixe par heure ou par année, le système de paiement à salaire élimine le problème d'incitation à la demande par le fournisseur traditionnellement associé au système de paiement à l'acte. Les médecins ne reçoivent pas de revenu supplémentaire en fournissant des soins excédentaires (services additionnels), ils n'ont donc aucun avantage à

¹⁰ Pour contrôler le biais potentiel causé par l'endogénéité due à la sélection des spécialistes dans les différents systèmes de paiement, les auteurs ont utilisé une spécification « différence-en-différence » modifiée.

manipuler l'information dont ils disposent pour encourager la provision excessive de soins. De plus, puisque le médecin n'est pas payé sur la base de services rendus ou de patients servis, il n'est donc pas pénalisé pour la provision de composantes non-observables (par une tierce partie ou du moins, qui ne peut pas être à la base d'un contrat) de soin valorisées par le patient. Ces services pourraient inclure le temps nécessaire pour documenter l'historique du patient, le temps alloué à l'approfondissement de la recherche du problème du patient et le temps requis pour s'assurer que le patient ait bien compris sa condition clinique et le traitement.

Même si le paiement à salaire des médecins ne pénalise pas ceux qui consacrent plus de temps à leurs patients ou encore qui allouent du temps à des tâches connexes non rémunérables, ce mécanisme de paiement a plusieurs désavantages. Premièrement, ce système de paiement pourrait encourager les médecins à se dérober de leur pratique puisqu'ils reçoivent le même paiement, peu importe le nombre de patients qu'ils ont traités. Parallèlement, payer les médecins à salaire diminue leur motivation à donner des services de qualité surtout en absence de forte concurrence puisque le médecin reçoit toujours le même paiement (au moins à court-terme) et que ce paiement est indépendant du type de soins et du nombre de patients servis. Finalement, les médecins payés à salaire n'ont aucun avantage à se préoccuper des coûts liés à leur pratique. Ceci est particulièrement important dans les environnements de pratique dans lesquels l'utilisation de dispositifs ou de médicaments potentiellement coûteux est complètement laissée à la discrétion des médecins (décrit comme étant les préférences des médecins). Si la quantité et le type de dispositif sont laissés à la discrétion des médecins salariés, ceux-ci n'ont aucun incitatif à se soucier des coûts engendrés.

Avantages du système de paiement à salaire

- 1. Ne punit pas les médecins pour le temps et l'effort supplémentaire auprès des patients.**
- 2. Ne donne aucun avantage aux fournisseurs à inciter la demande de soins.**

Désavantages du système de paiement à salaire

- 1. N'encourage pas l'efficacité.**
- 2. Pourrait encourager l'esquive de la pratique médicale.**

5. Ajouts aux systèmes de paiement 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 rétrospectifs, prospectifs ou mixtes ne pouvaient pas régler. Dans les prochaines sections, nous décrivons deux formes d'ajouts aux systèmes de paiements existants dans lesquels les médecins reçoivent une prime s'ils atteignent certains buts fixés.

5.1 Paiement à la performance

Même si les dépenses en matière de santé ont augmenté à un rythme effréné et qu'elles constituent une large portion du PIB du Canada et des États-Unis, il existe toujours plusieurs inquiétudes quant à la qualité des soins offerts. Plus spécifiquement, de nombreuses études ont démontré que plusieurs patients ne reçoivent pas un nombre approprié de soins de première ligne, de soins préventifs ainsi que de soins pour les malades chroniques. De plus, le niveau de provision de soins varie considérablement entre les patients et entre les régions où ces soins sont offerts sans qu'une variation similaire soit observée dans les résultats. Ces résultats démontrent qu'il existe de nombreuses opportunités d'améliorer la qualité des soins de santé sans nécessairement augmenter les coûts. Par conséquent, plusieurs des rapports qui se concentrent sur le besoin d'améliorer la qualité recommandent que les paiements versés aux médecins soient liés, en partie, à la qualité et aux résultats (Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America, 2001, Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America, 2007). Plusieurs questions doivent être soulevées pour 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 par les médecins? De plus, y aurait-il une possibilité pour les médecins de contourner le système? Finalement, est-ce qu'associer les paiements versés aux médecins à la qualité des soins offerts est efficace?

Tel que constaté par Rosenthal, Fernandopulle, Song et Landon (2004), il existe trois grandes façons de lier les paiements versés aux médecins à des mesures de qualité de soins donnés, mais chacune d'entre elles a des avantages et des désavantages. La méthode la plus simple est d'associer le paiement (au moins dans le domaine hospitalier) à la « structure » : c'est-à-dire à l'utilisation de certaines ressources comme les installations médicales, les instruments ou le personnel. Par contre, même si lier une prime à ces éléments est simple

puisqu'ils sont facilement observables par une tierce partie, rien ne garantit que de telles ressources seraient 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 pratiquaient le type de médecine préventive approprié (mammographie, colonoscopie, examen de la prostate, immunisation) ou s'ils utilisaient certaines thérapies. Ici encore, il serait facile d'observer la provision de soins, mais la rémunération supplémentaire pourrait générer des effets pernicioeux. Par exemple, les médecins pourraient sélectionner certains patients dans le but de maximiser la rémunération supplémentaire. De plus, ils pourraient contourner le système en concentrant leurs efforts sur des procédures associées à cette prime en délaissant les autres procédures. Finalement, il est possible que les médecins ignorent certaines caractéristiques spécifiques liées aux patients ou encore les préférences des patients dans le but de maximiser leur revenu.

La dernière façon consiste à associer les paiements versés aux médecins aux « résultats » selon la perspective du patient (comme la satisfaction du patient) ou selon certaines mesures cliniques objectives. Malgré que les résultats positifs soient le but ultime en santé, les mesures subjectives et objectives des résultats sont problématiques. Premièrement, même si les soins dispensés sont appropriés, les résultats pourraient être différents de ceux attendus puisque chaque individu possède une physiologie qui lui est propre. Mesurer les résultats pourrait aussi inciter les médecins à contourner le système en ciblant leurs procédures sur des aspects qui peuvent être mesurés (réduction de la morbidité, réduction de la mortalité) en délaissant les procédures dont les résultats sont plus difficiles à observer ou à mesurer (réduction de la douleur). De plus, les résultats dépendent entièrement de la volonté du patient de se soumettre correctement au traitement ce qui est hors du contrôle des médecins. Finalement, les médecins pourraient jouer avec le système en sélectionnant les patients qui sont susceptibles d'être en bonne santé (bons résultats) en évitant les patients qui sont plus malades (mauvais résultats) ou qui répondent mal à leur traitement. Par exemple, ils pourraient choisir de ne pas établir leur pratique dans des régions à faible revenu, des régions où les patients pourraient ne pas répondre ou se soumettre aux traitements selon les recommandations du médecin (Roland, 2004).

Un autre problème du paiement à la performance vient de la possibilité de récompenser les médecins (groupes de médecins) lorsqu'ils atteignent certaines cibles de qualité ou encore des cibles d'amélioration de la qualité. Ces deux variantes peuvent avoir des conséquences potentiellement positives ou négatives. D'un côté,

payer les médecins pour atteindre ces cibles pourrait être considéré comme étant une politique juste qui ne pénalise pas les médecins ou les groupes de médecins qui les ont déjà atteints. Cela pourrait également encourager les médecins à offrir des soins uniformisés qui répondent aux exigences de protocoles prédéterminés ou de qualité. De l'autre côté, payer les médecins ou les groupes de médecins seulement s'ils rencontrent les cibles exigées 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 visés par cette politique.

Depuis les dix dernières années, le paiement à la performance est devenu très populaire aux États-Unis (des données de sondage suggèrent que plus d'un quart des médecins généralistes qui travaillent dans un groupe de pratique reçoivent une forme de paiement à la performance (Reschovsky et al., 2007)), cependant, son effet sur la qualité n'a pas encore été déterminé (Rosenthal et al., 2007). Même si certaines études ont tenté de déduire l'effet du paiement à la performance sur différentes mesures, ils n'ont réussi qu'à établir des corrélations. Ces corrélations sont souvent déduites de mesures peu objectives comme l'opinion du personnel médical et des patients et ne sont pas généralisables. Plus spécifiquement, aucune étude empirique n'a mesuré l'effet causal du paiement à la performance sur la qualité des soins en contrôlant la sélection des patients, des médecins et des établissements dans un programme de paiement à la performance. De plus, il n'existe aucune preuve que ces programmes sont coût-efficaces (c'est-à-dire que les ressources additionnelles utilisées pour financer ce type de programme sont avantageuses du point de vue coût-bénéfice).

5.2 Système de paiement avec participation aux profits

Dans plusieurs hôpitaux, les médecins ont un statut de travailleurs autonomes. En effet, la législation interdit fréquemment les hôpitaux de verser une rémunération directement aux médecins. Cela a pour conséquence de désaligner les motivations des médecins puisque ceux-ci sont indépendants de l'hôpital et ne sont pas responsables du coût de traitement de leurs patients. Par exemple, les cardiologues peuvent choisir plusieurs dispositifs lorsqu'ils opèrent un patient (stent à élution médicamenteuse, stent métallique nu, cathéter cardiaque) et l'utilisation d'un dispositif plutôt qu'un autre, la marque et le nombre utilisé est complètement laissés à la discrétion du médecin. Étant donné que ces dispositifs peuvent être coûteux et que leur prix varie considérablement d'une marque à l'autre, les médecins ont donc un rôle déterminant sur l'amplitude des coûts

dont l'hôpital doit faire face. Ceci dit, il serait possible de refiler la hausse des coûts aux patients sauf que plusieurs compagnies d'assurance, incluant Medicare, ne remboursent qu'un montant fixe par patient. Par conséquent, l'hôpital doit supporter entièrement le coût du traitement. Même si les hôpitaux (à but lucratif ou non) ont avantage à contrôler leurs coûts, les médecins (ici, les cardiologues) ont peu de motivation à limiter leurs dépenses puisqu'ils sont rémunérés sur une base rétrospective (comme par paiement à l'acte). Des mécanismes sont donc nécessaires pour essayer d'aligner les motivations de l'hôpital (qui se préoccupe des coûts des soins) avec celles des médecins (qui ne sont pas incités à le faire).

Par ailleurs, les hôpitaux ne bénéficient probablement pas de grandes réductions de prix pour certains dispositifs parce que les médecins ne coordonnent pas leurs achats, une autre conséquence de l'indépendance des médecins par rapport aux hôpitaux. Plus spécifiquement, les contrats entre fournisseurs et hôpitaux prévoient régulièrement des rabais si les achats sont faits en grande quantité et lorsque la part des achats attribuée à un fournisseur augmente pour une catégorie de dispositifs. Donc, la capacité de coordonner l'utilisation de dispositifs pourrait faire augmenter le pouvoir de négociation des hôpitaux avec les fournisseurs puisque la menace d'un changement de fournisseur deviendrait plus grande et donc, plus crédible.

Des résultats préliminaires de (Ketcham, 2009) suggèrent que partager les profits sous forme de participation aux profits (gainsharing) (programme où les médecins reçoivent des primes, calculées et partagées au niveau de l'équipe médicale, pour avoir réussi à diminuer leurs dépenses relatives à certaines catégories de médicaments et de dispositifs) pourrait mener à d'importants changements dans la pratique médicale. En utilisant des informations détaillées sur tous les programmes de participation aux profits en place aux États-Unis et un très grand groupe contrôle, les auteurs montrent que le programme de participation aux profits dans les laboratoires de cathétérisme cardiaque ont un impact sur (i) l'utilisation de différents types de dispositif (quantité, types et fournisseurs), (ii) sur l'uniformisation des procédures entre les équipes soignantes et à l'intérieur de l'hôpital, (iii) sur le prix payé par l'hôpital pour ces dispositifs et (iv) le coût moyen par patient.

6. Différentes options de politiques publiques

Que peut-on retenir de la littérature présentée dans ce bref de politique et qu'est-ce que ces recherches nous enseignent sur les réformes potentielles du système de paiement des médecins du Québec? La première grande conclusion pouvant être tirée de la littérature est que les médecins, comme tous autres individus,

répondent aux incitatifs financiers. En effet, les médecins modifient leur provision de soins ou leur décision de référer un patient en réponse aux changements de la structure des paiements. Deuxièmement, il n'existe pas de mécanismes de paiement parfaits, chaque mécanisme a ses avantages et ses désavantages. Finalement, on peut conclure de la littérature que le système actuel de paiement à l'acte est loin d'être idéal et qu'il ne permet probablement pas l'atteinte des objectifs que nous nous sommes fixés.

À la lumière de ces résultats, il semble exister deux types potentiels de réforme. Le premier serait de restructurer le système actuel de paiement à l'acte en y ajoutant une alternative. Par exemple, au lieu d'un système de paiement purement à forfait, un système de paiement mixte serait peut-être plus approprié. Toutefois, malgré que le système de paiement mixte puisse être meilleur d'un point de vue sociétair, il est peu probable qu'un si grand changement dans la structure de paiement puisse être une option, du moins à court terme. Étant donné que toutes réformes comportent des avantages et des désavantages et qu'elles sont également le résultat de certains gagnants et perdants, réussir à convaincre toutes les parties d'accepter une telle réforme ne serait pas une tâche simple.

Une seconde alternative serait de modifier les façons de faire en essayant de limiter les désavantages de l'actuel système de paiement à l'acte tout en mettant l'accent sur ses forces. Ceci dit, malgré que la recherche sur les autres alternatives de paiement comme le paiement à la performance et la participation au profit soit limitée, ces structures de paiement semblent être prometteuses. Plus spécifiquement, ces structures de paiement pourraient faire en sorte d'inciter les médecins pratiquants dans un système de paiement à l'acte à porter une plus grande attention aux coûts engendrés par les traitements qu'ils prescrivent.

7. Conclusion

Ce bref exposé nous permet de brosser un portrait général des différents systèmes de rémunération des médecins. Il est évident qu'aucun système de paiement n'est parfait. En effet, chaque système vient avec des avantages et des désavantages/effets pernicieux. Néanmoins, les économistes de la santé s'entendent pour dire que le système de paiement mixte, à cause de sa flexibilité et de ses nombreux avantages, est le système le plus susceptible d'atteindre certains buts que ni le système prospectif et le système rétrospectif ne peuvent

atteindre. Toutefois, la forme que pourrait prendre un tel système de paiement est moins claire et les études empiriques sont limitées. En établissant clairement les objectifs des décideurs politiques, les coûts et les bénéfices de chaque système de paiement, il est attendu que la discussion ci-dessus pourra contribuer au processus de décision, peu importe le système de paiement actuel, lequel est susceptible d'être à la base d'une réforme sur les paiements versés aux médecins.

Bibliographie

- ALLARD, M., JELOVAC I. & LÉGER P.-T. (2009) Treatment and referral decisions under different payment mechanisms, mimeo.
- ALLARD, M., LÉGER P.-T. & ROCHAIX L. (2008) Provider competition under a dynamic setting. *Journal of Economics and Management Strategy*, Forthcoming.
- ARROW, K. (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 53, 941-969.
- BLOMQUIST, A. & LEGER, P. T. (2005) Information asymmetry, insurance, and the decision to hospitalize. *J Health Econ*, 24, 775-93.
- CEBUL, R. D., REBITZER, J. B., TAYLOR, L. J. & VOTRUBA, M. E. (2008) Organizational fragmentation and care quality in the U.S healthcare system. *J Econ Perspect*, 22, 93-113.
- DAFNAY, L. (2005) How do hospitals respond to price changes? *American Economic Review*, 95, 1525-1547
- DANZON, P. M. (1985) *Medical malpractice : theory, evidence, and public policy*, Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- DEVLIN, R. A. S. S. (2008) Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *Journal of Health Economics* 27, 1168-1181.
- DUMONT, E., FORTIN, B., JACQUEMET, N. & SHEARER, B. (2008) Physicians' multitasking and incentives: empirical evidence from a natural experiment. *J Health Econ*, 27, 1436-50.
- ELLIS, R. P. & MCGUIRE, T. G. (1986) Provider behavior under prospective reimbursement. Cost sharing and supply. *J Health Econ*, 5, 129-51.
- ELLIS, R. P. & MCGUIRE, T. G. (1990) Optimal payment systems for health services. *J Health Econ*, 9, 375-96.
- EVANS, R. G. (1974) *Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications.*, London, MacMillan.
- FELDSTEIN, P. J. (2004) *Health Care Economics*, Thomson Delmar Learning
- GOSDEN, T., FORLAND, F., KRISTIANSEN, I. S., SUTTON, M., LEESE, B., GIUFFRIDA, A., SERGISON, M. & PEDERSEN, L. (Eds.) (2004) *Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians*, Chichester, UK, John Wiley Sonds Ltd.

- GREMBOWSKI, D. E., COOK, K., PATRICK, D. L. & ROUSSEL, A. E. (1998) Managed care and physician referral. *Med Care Res Rev*, 55, 3-31.
- GRUBER, J. & OWINGS, M. (1996) Physician financial incentives and cesarean section delivery. *Rand J Econ*, 27, 99-123.
- HICKSON, G. B., ALTEMEIER, W. A. & PERRIN, J. M. (1987) Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. *Pediatrics*, 80, 344-50.
- HOLMSTROM, B. & MILGROM, P. (1990) Regulating trade among agents. *Journal of Institutional and Theoretical Economics* 146, 85-105.
- HUSKAMP, H. A. (1999) Episodes of mental health and substance abuse treatment under a managed behavioral health care carve-out. *Inquiry*, 36, 147-61.
- ICIS (2008) National Health Expenditure Trends, 1975—2008. Ottawa, Canadian Institute for Health Information.
- INSTITUTE OF MEDICINE (U.S.). COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA (2001) *Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century*, Washington, D.C., National Academy Press.
- INSTITUTE OF MEDICINE (U.S.). COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA (2007) *Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare*, Washington, D.C., National Academy Press
- KETCHAM, J., P. LEGER, AND C. LUCARELLI, (2009) Standardization under group incentives. *Technical report, mimeo*.
- LÉGER, P.-T. (2000) Quality control mechanisms under capitation payment for medical services. *Canadian Journal of Economics*, 33 564-588.
- MA, C. & MCGUIRE, T. G. (1997) Optimal health insurance and provider payment. *American Economic Review*, 87 685-704.
- MANNING, W. G., NEWHOUSE, J. P., DUAN, N., KEELER, E. B., LEIBOWITZ, A. & MARQUIS, M. S. (1987) Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *Am Econ Rev*, 77, 251-77.
- MCGUIRE, T. G. (2000) Physician agency. . IN B.V., E. S. (Ed.) *In A. J. Culyer and J. P. Newhouse, The Handbook of Health Economics*.
- NEWHOUSE, J. P. (2002) *Pricing the priceless : a health care conundrum*, Cambridge, Mass., MIT Press.

NEWHOUSE, J. P. & RAND CORPORATION. INSURANCE EXPERIMENT GROUP. (1993) Free for all? : lessons from the Rand Health Insurance Experiment. Cambridge, Mass., Harvard University Press.

QUAST, T., SAPPINGTON, D. E. & SHENKMAN, E. (2008) Does the quality of care in Medicaid MCOs vary with the form of physician compensation? *Health Econ*, 17, 545-50.

RESCHOVSKY, J. & HADLEY, J. (2007) Physician financial incentives: use of quality incentives inches up, but productivity still dominates. *Issue Brief Cent Stud Health Syst Change*, 1-4.

ROLAND, M. (2004) Linking physicians' pay to the quality of care--a major experiment in the United kingdom. *N Engl J Med*, 351, 1448-54.

ROSENTHAL, M. B., FERNANDOPULLE, R., SONG, H. R. & LANDON, B. (2004) Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. *Health Aff (Millwood)*, 23, 127-41.

ROSENTHAL, M. B., LANDON, B. E., HOWITT, K., SONG, H. R. & EPSTEIN, A. M. (2007) Climbing up the pay-for-performance learning curve: where are the early adopters now? *Health Aff (Millwood)*, 26, 1674-82.

ROTHSCHILD, M. & STIGLITZ, J. (1976) Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information. *Quarterly Journal of Economics*, 90, 630—649.

SELDER, A. (2005) Physician reimbursement and technology adoption. *J Health Econ*, 24, 907-30.

SKINNER, J., CHANDRA, A., GOODMAN, D. & FISHER, E. S. (2009) The elusive connection between health care spending and quality. *Health Aff (Millwood)*, 28, w119-23.

YIP, W. C. (1998) Physician response to Medicare fee reductions: changes in the volume of coronary artery bypass graft (CABG) surgeries in the Medicare and private sectors. *J Health Econ*, 17, 675-99.