

La rémunération des médecins libéraux - état des lieux et perspectives

Yann Bourgueil

Master gestion et politiques de santé
10 avril 2015

Plan intervention

- Rappel historique
- Éléments théoriques
- Evolutions
 - Des modes de paiements
 - Des attentes des médecins
- Paiement à la performance, ENMR et...

Le paiement à l'acte

- Le paiement à l'acte au fondement de l'identité libérale (charte de 1927) : un ancrage historique fort
- Un lien important avec la liberté tarifaire (entente directe, secteur 2)
- Une exception en Europe :
 - pas de paiement à l'acte dans les systèmes nationaux de santé (UK, pays scandinaves)
 - Les évolutions des systèmes d'assurance maladie : l'exemple du développement des forfaits en Allemagne (plus des $\frac{3}{4}$ de l'activité des médecins intégrés à des forfaits)

Coexistence de modalités multiples de rémunération

- Paiement à l'acte dominant (C, V, urgences, actes techniques...)
- Salariat plus ou moins lié à l'activité (minoritaire en centres de santé)
- Introduction de forfaits
 - permanence des soins, ALD, forfait de coordination pour les centres de santé

Éléments théoriques

"There are many mechanisms for paying physicians ; some are good and some are bad. The three worst are fee-for-service, capitation, and salary."

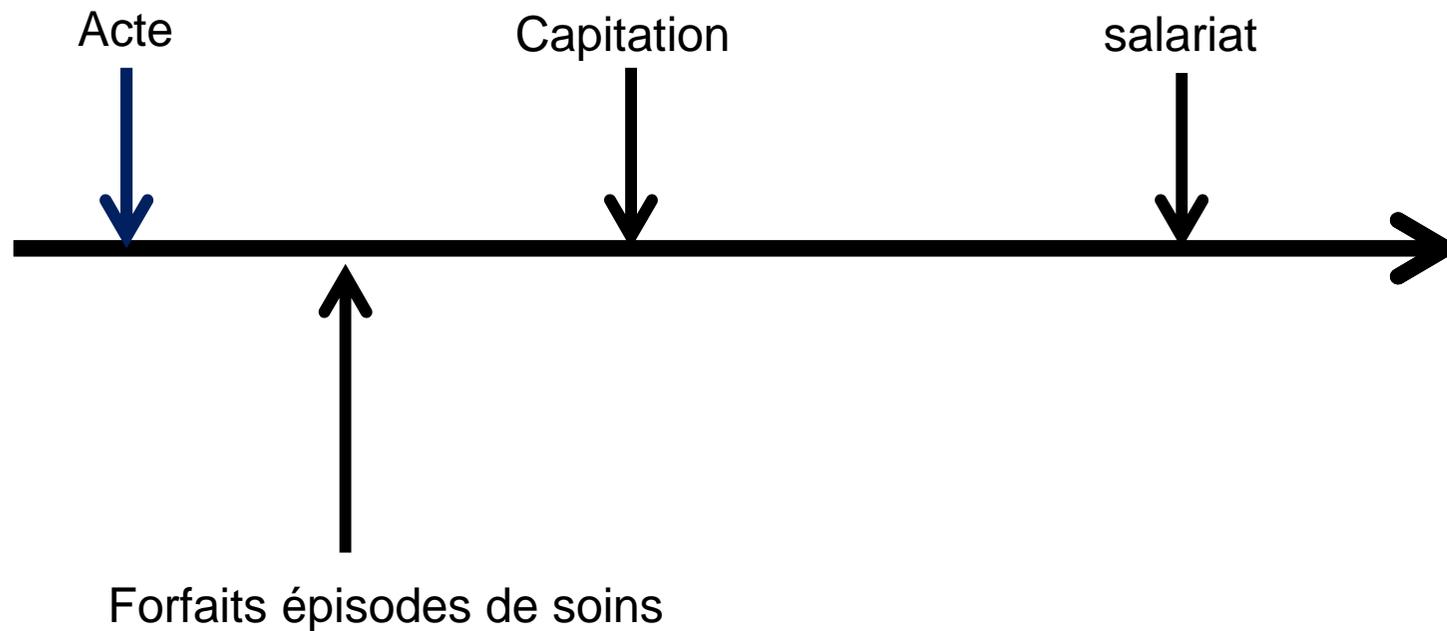
James C. Robinson (Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives, 2001)

Trois modes de rémunération sont habituellement distingués

- Le paiement à l'acte (FR, ALL)
 - une forte attention au patient (qualité des soins) et une rémunération qui dépend de l'activité (avec dépassements possibles)
 - mais incitation à la multiplication des actes, un effet de demande induite, une moindre attention à la prévention et surtout n'incite pas à la coordination
- La capitation (UK) : rémunération en fonction du nombre de patients (indépendamment de l'activité)
 - Plus forte orientation vers la prévention et une prise en charge plus globale du patient
 - Mais risque de sous production de soins, adressage, volume prescrit et de non prise en charge des patients qui demandent le plus de soins
- Le salaire (SUE) : la rémunération dépend de la durée du travail
 - Faible sélection des patients, consultations plus longues et favorise une prise en charge collective mais un risque de création de files d'attente

Modalités intermédiaires

- Différentes formes de forfait



Combinaison d'incitations

- A l'échelon individuel
 - Capitation – acte – résultats (sanitaire/financiers)
- Mixte individuel et collectif
 - Incitation au groupe et à l'individu
 - Incitation non monétaire collective (groupes de pairs, évaluation...)

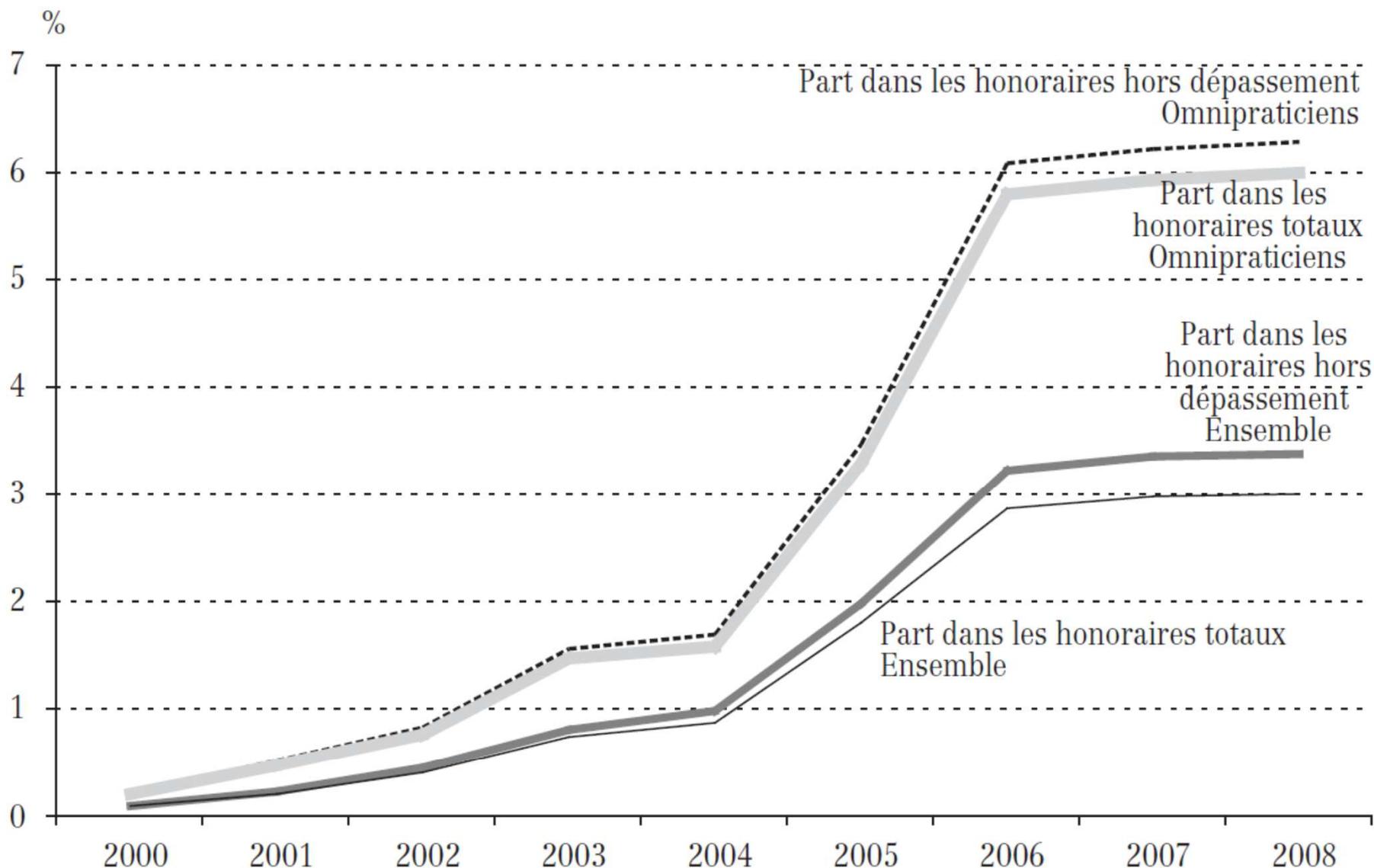
Le plus souvent : combinaison de modes de rémunération

- UK : capitation plus paiement à l'acte plus forfait
- Incitations selon résultats sanitaire (P4P ou paiement par objectifs) plus souvent que financiers (peu compatible avec l'éthique et la relation)
- Compenser incitations individuelles pas incitations collectives (trop large - risque de passager clandestins → tarifs dégressifs - trop petits – solidité financière ? -→ taille optimale ?)
- Incitations collectives non monétaires (protocoles, évaluation, conventionnement collectifs, infrastructure ?)

Autres modes de rémunération : entre expérimentations et innovations

- Le médecin référent et son « échec » (une forme de capitation)
- La mise en place d'un forfait à la pathologie : la prise en charge des patients en ALD par le médecin traitant
- Les forfaits par « tâche » : permanence des soins, gardes et astreinte, aides à la télétransmission, responsabilité civile professionnelle, majoration de coordination, majoration plus de 80 ans..
- Aides à l'installation : zones franches, avenant 20, financements MSP - différentes formes d'incitation

Part des forfaits dans les honoraires totaux et hors dépassement entre 2000 et 2008



SOURCES • Fichiers SNIR (CNAMTS).

CHAMP • Ensemble des omnipraticiens ayant perçu au moins un euro d'honoraires au cours de l'année, France métropolitaine.

Autres modes de rémunération : entre expérimentations et innovations

- La rémunération par objectifs : les CAPI et la généralisation des paiements par objectif la convention de 2011
- Quelques données chiffrées: la part des forfaits est passée de 0,2 % des honoraires totaux des omnipraticiens en 2000 à plus de 10% en 2014

P4P : des premiers éléments positifs (amélioration de 1,7% du respect des objectifs cliniques)

- Les ENMR – paiement à la structure – trois modules - coordination – ETP – coopération/Asalee – résultats - quels usages des ressources ? – 5% budgets

Rémunérer l'organisation : Pourquoi ? Qui ? Pour quoi ? Comment ?

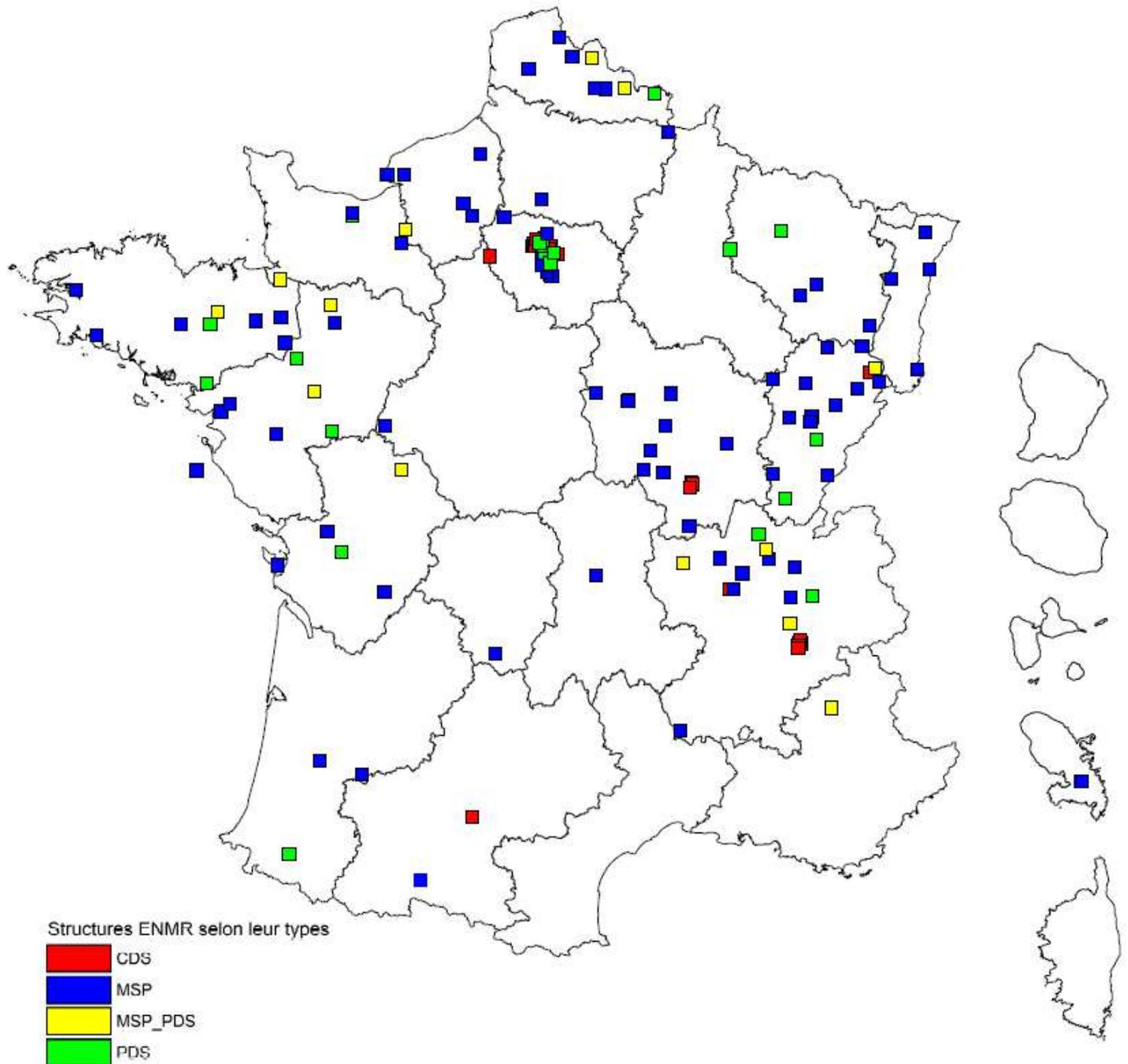
- Rémunérer une structure (150 sites en 2011 - MSP, CDS, PDS) pour:
 - Favoriser l'installation et le maintien des professionnels
 - Améliorer la performance (qualité, efficience, équité) mesurée :
 - Module structure pour valoriser la coordination → répartition et gouvernance (SISA – SI)
 - Module éducation thérapeutique pour valoriser de nouvelles pratiques
 - Ajustement au case mix ? CMU ?
- Pilotage DSS – ARS, évaluation IRDES - Prospere (identification sites selon culture – croiser données enquêtes et données SNIIRAM, Indicateurs (limites) – tester recours hôpital et prescription – (design évaluation pluriannuel et comparatif)

L'évaluation des expérimentations des nouveaux modes de rémunérations

- Un double objectif :
 - Appui au ARS dans leur pilotage régional (documentation des indicateurs « conventionnels »)
 - Eclairage quantitatif et qualitatif sur les apports du regroupement pluri-professionnel et l'impact des Enmr
- Un cadre et une méthode d'analyse, un dispositif de travail (équipe d'évaluateurs & Prospere, copil évaluation)
- Evaluation quantitative ; cas témoins et panels
- Evaluation qualitative : changements induits ENMR

Hypothèses et dimensions d'évaluation des ENMR

- Hypothèses: + attractif, + performant, % rému. acte = barrière
- Dimension d'analyses correspondantes :
 - Attractivité :
 - Caractéristiques de l'environnement d'implantation des communes avec des sites Enmr (vs sans sites Enmr),
 - Evolution de l'offre en soins de proximité (MG) pour les périodes 2004-2008 et 2008-2011 , des communes avec des sites Enmr (vs sans sites Enmr)
 - Performance :
 - Accessibilité: profil patientèle (cmuc, ame)
 - Qualité: efficacité des pratiques (ex. diabétiques: probabilité d'être bien suivi pour...)
 - Efficience: prescription et productivité
 - Consommation, recours aux soins et parcours
 - avec comme variables de contrôles : patients, MG, sites (typologie à partir de l'enquête) et environnement (typologie)



Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé: Analyse qualitative dans le cadre des ENMR*

- Les conditions d'émergence et les formes prises par les pratiques «pluriprofessionnelles» ou «coordonnées»
- Les facteurs influençant ces pratiques (dynamique professionnelles) et les rôle des NMR
- Les conditions et précautions pour une généralisation

*QES 200 – juillet-Aout 2014 – Rapport - Cécile Fournier, Marie-Odile Frattini, Michel Naiditch

Les conditions d'émergence et les formes prises par les pratiques « pluriprofessionnelles » ou « coordonnées »

- Travail en « mode projet » autour d'instruments (projet de santé, programme d'ETP, protocoles, ENMR, projet immobilier, ...) facilité par:
- Diminution de la concurrence
- Parfois un travail monoprofessionnel antérieur
- Proximité physique → cognitive → organisationnelle
- Management participatif, gouvernance collégiale
- Formation pluriprofessionnelle
- Temporalité longue

Caractéristiques du travail pluriprofessionnel dans les 4 MSP

- Diversité des thèmes et situations, des acteurs (mono- pluriprof^{el}, int/ext), des compétences
- Faible part du travail, mais «supplémentaire » et nécessitant investissement et compétences
- Diversité des niveaux de formalisation des pratiques (guidelines/mindlines)

L'entrée dans l'ENMR

- Amplifie un « choc culturel » entre une logique individuelle (majoritaire) et une logique collective
- Favorise le développement des activités pluri-professionnelles qui peut permettre :
 - Une transformation des postures soignantes
 - une redéfinition des frontières professionnelles
 - L'acquisition de compétences nouvelles
- Permet une institutionnalisation des soins primaires et une territorialisation

Les Nouveaux Modes de Rémunération

- Mobilisés pour :
 - Fonctionner (nouveaux services, coordination projets, gestion MSP)
 - Développer et tester des actions dans le cadre de protocoles, ou hors nomenclature (idée de pousser une reconnaissance future)
 - Impliquer des professionnels, créer de la collaboration
 - Rétablir une équité dans la rémunération entre médecins, paramédicaux +/- secrétaires

Les NMR : quelles répartitions ?

- **Entre actions : des choix à faire** entre :
 - indemniser un travail ancien non rémunéré
ou bien de nouvelles actions
 - Indemniser les actions auprès des patients
ou leur préparation et coordination
 - Indemniser les professionnels de santé
ou un coordinateur
- **Entre prof^{els} : logiques variées, arbitrages locaux et évolutifs**
 - +/- lié au temps passé, à la profession, équilibre entre forfaits, temps passé et actes hors nomenclature
 - recherche d'égalité +/- d'équité

Freins à l'engagement dans les pratiques pluriprofessionnelles

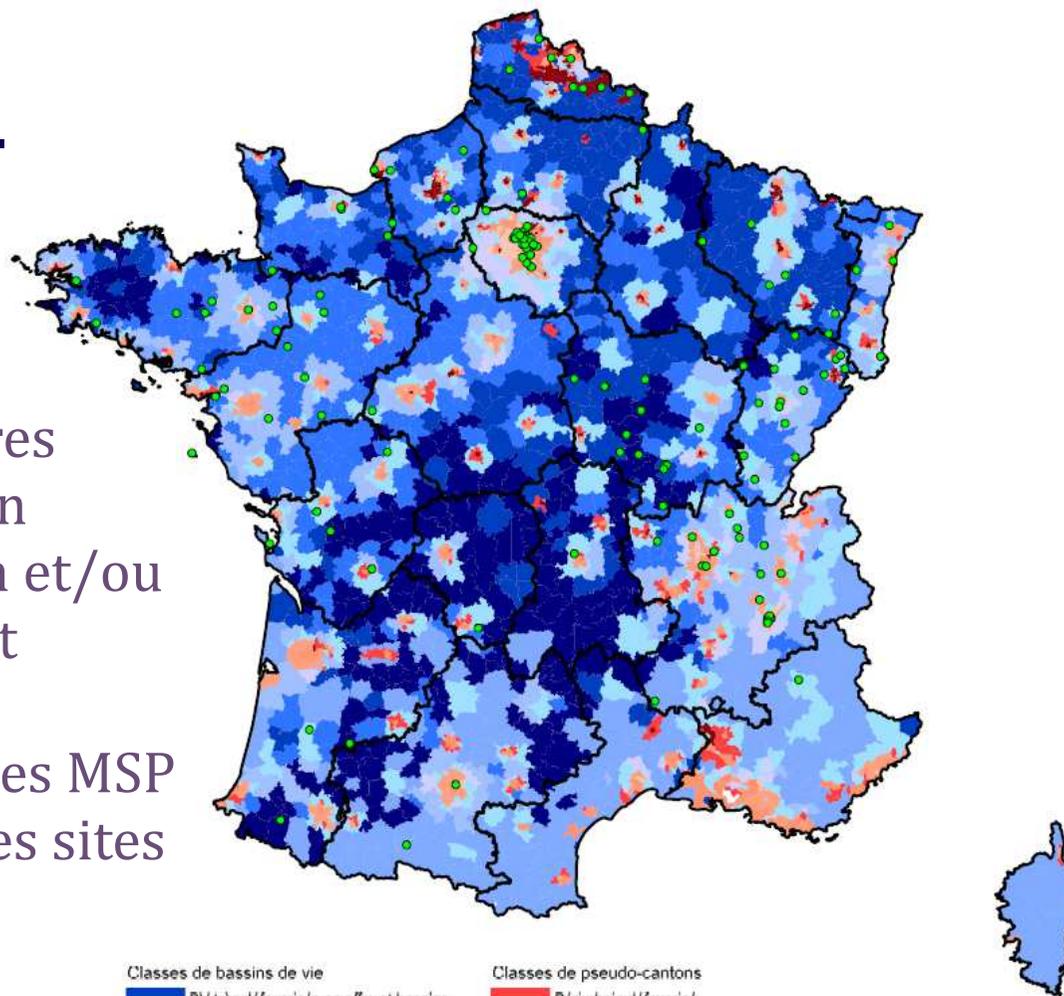
- Prégnance des logiques professionnelles
- Négociation délicate des partages d'activités (frontières professionnelles et responsabilités)
- Inégalités de ressources, de liberté et d'autonomie pour l'innovation (entre médecins et paramédicaux)
- Faible préparation au travail pluriprofessionnel
- Rare remise en question du paiement à l'acte
- Défis des logiciels pluriprofessionnels
- Absence des usagers

Conditions/précautions pour développer les pratiques pluriprofessionnelles

- Projet santé, gouvernance, formalisation, formation ETP
- Négocier l'usage et la répartition des NMR
- Formation changement-organisations
- Simplifier cadre coopérations (Art51)
- Logiciels pluri-professionnels (IDE)
- Mieux reconnaître temps non médical calcul NMR
- Stabilité du cadre (apprentissage continu)

- Les NMR = un des leviers favorisant le développement du travail pluriprofessionnel et de la coordination
- NMR + respect de la liberté d'agir + maintien du financement à l'acte : rendent acceptable une régulation croissante (contractualisation), qui constitue pourtant un « choc culturel »
- Le « mode projet » permet de maintenir le collectif en mouvement : respect de niveaux de formalisation variés des protocoles, importance de l'informel pour maintenir une « vigilance collective » dans les pratiques

- Dans des territoires moins favorisés en matière de besoin et/ou d'offre de soins, et légèrement plus « urbains » pour les MSP & PDS que pour les sites de l'Observatoire



Réalisation : IRDES, 2013
Sources : INSEE, CépidC-INSERM, SNIIR-AM

IRDES Résultats – qualité des soins

- Qualité des soins supérieure sinon équivalente
 - Suivi des patients diabétiques (E.M: 1,6 % à 16 %)
 - Vaccination, dépistage et prévention du risque iatrogénique (E.M: 1,7 % et 6 %): supériorité ou équivalence (grippe des 65 ans et plus, mammographie pour les femmes de 50 à 74 ans sauf CDS, >)
 - Taux d'acquisition génériques (E.M: 1,8 % à 5,7 %)
- Hospitalisation
 - Hospitalisation MCO : pas de différences
 - Hospitalisation « évitables »: pas de différences
- Pas d'évidence d'impact des forfaits Enmr (différence-de-différences) sur chacune des dimensions

- MSP « les plus intégrées »: activité de MG supérieure (file active, patients inscrits, actes), comme l'efficacité technique (sauf actes délivrés)
- MSP/PDS « les moins intégrés »: activité et efficacité technique supérieure file active, équivalence sinon
- CDS « les plus intégrés »: activité équivalente sinon supérieure (file active, patients inscrits) efficacité similaire
- CDS « les moins intégrés » : activité équivalente et efficacité moindre (file active, patients inscrits)
- Pas d'évidence d'impact des forfaits Enmr (différence-de-différences) sur chacune des dimensions

- Economie sur la dépense ambulatoire, concentrée sur la dépense de spécialistes (e.g. endocrinologie, dermatologie, gynécologie médicale, cardiologie, oto-rhino-laryngologie et rhumatologie), IDE, MK et pharma
- Economies comprises entre -0,4% pour les moins intégrés et -2,3% pour les plus intégrés
- Pas d'évidence d'impact des forfaits Enmr (différence-de-différences) sur chacune des dimensions

Rémunérer l'organisation : Pourquoi ? Qui ? Pour quoi ? Comment ?

- Enjeu du système information clinique et structuré - entre professionnels et pour usage « stratégique » (requêtes)
- Enjeu de mutualisation – ressources à partager, voire acheter (TIM, éducation thérapeutique, case management, fonctions réseaux spécialisées...)
- Quelle gouvernance avec les professionnels sur le territoire ? (152 PCT au RU, 100 départements en France ? HMO territoriaux GCS ? Quelle place pour l'hôpital ? Quelle place pour le social ?)
- Vers un cadre contractuel régional ? Équipes de soins de proximité ? Santé 2010

LES MÉDECINS FACE À LEUR MODE DE RÉMUNÉRATION

- Source : le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecin générale constitué par la DREES en partenariat avec les ORS et les URML de 5 régions (Basse-N, Bourgogne, Bretagne, Pays de L., PACA) = des territoires contrastés tant en termes de densité médicale que de caractéristiques socio-démographiques
- Au total 1900 médecins interrogés sur leur mode de rémunération en 2008
 - Revue Française des Affaires Sociales (n°2-3/2011 « le métier de médecin »)

RÉSULTATS GÉNÉRAUX

- 60 % des médecins interrogés satisfaits du paiement à l'acte (satisfaction croissante avec l'âge)
- 40 % insatisfaits
- Mais 61% favorables à des changements
- Pas de spécificité régionale ni de l'attitude des femmes
- Typologie conduisant à distinguer 3 groupes :
 - Les médecins favorables au changement
 - Les médecins défavorables au changement
 - Ceux qui ne savent pas

LES MÉDECINS FAVORABLES AU CHANGEMENT : 42 % des médecins

- Exercice en groupe + fréquent que la moyenne
- 20 % « enthousiastes » favorables à la capitation et au salariat (+ en secteur 1, + d'exercice à l'hôpital – actifs – 3,4 actes en moyenne par patient)
- 15 % « proforfait » favorables au forfait à la pathologie (font plus d'actes que la moyenne, permettrait d'allonger la durée des consultations)
- Les 7 % restant n'ont pas de préférence et exercent plutôt dans des zones sous-dotées

LES MÉDECINS RÉTICENTS AU CHANGEMENT 39 % de l'échantillon et les autres

- Groupe des « conservateurs » médecins aux revenus les + élevés, + âgés – satisfaits (29%)
- « moins conservateurs » 10% - plus secteur 2, moins de femmes
- Les 20% des médecins restant ne savent pas : ils sont avant tout préoccupés par leur situation financière (revenus inférieurs à la moyenne, + jeunes que la moyenne, + de MEP, densité plus élevée)

UNE NOUVELLE IMPULSION

- « J'améliorerai la prise en compte de la santé publique, notamment en augmentant la part de rémunération forfaitaire des médecins généralistes » (engagement 19 de François Hollande)
- L'annonce d'une expérimentation « mettant fin à la seule tarification à l'acte pour valoriser la rémunération forfaitaire, qui permet de renforcer la prévention » (Marisol Touraine, 19/08/12)
- « inventer des tarifications incitant à un travail soignant plus transversal entre l'hôpital, les soins de ville et le médico-social » : un « travail prioritaire » pour le HCAAM (avis unanime du 26 mars 2012)
- → Quelles propositions concrètes ?

LE RAPPORT HUBERT (2010)

Prône une « refonte totale du système de rémunération des médecins » reposant sur :

- Un paiement à l'acte gradué : tarification selon la complexité de l'acte
- Un forfait pour les soins coordonnés intégrant le temps de coordination et l'intervention de plusieurs professionnels : modèle de la tarification à l'activité en HAD pour une prise en charge sur un temps déterminé de patients atteints de pathologies spécifiques
- Le paiement de la structure (MSP et PSP labellisés) pour couvrir les surcoûts

LE RAPPORT DE TERRA NOVA (2012)

- Principe général : compléter le paiement à l'acte par d'autres modes de rémunération (capitation, forfaits, paiement à la performance, salariat)
- Compléter la rémunération individuelle par le paiement collectif à des structures de soins allant de dotations forfaitaires à la capitation au paiement direct des patients aux structures en passant par le paiement collectif des structures à la performance
- La mise en place de paiement à la pathologie en médecine de ville : repose sur l'allocation d'une somme correspondant au coût moyen de la prise en charge d'une pathologie
- Une insistance forte sur la mixité et la diversité des modes de paiement, assez proche du rapport Hubert en fin de compte

CONCLUSION (1)

- Pas de solution unique « clefs en mains »
- Incitations aux collectifs : monétaires ? non monétaires ?
- Tenir compte de la diversité des situations des médecins
- Un consensus assez important mais des difficultés structurelles fortes :
 - cloisonnement ville/hôpital
 - coûts à court terme problématiques dans le contexte budgétaire actuel
- Vers une diversification des modèles ?

Conclusion (2)

- La continuité des soins et la coordination (attente des patients)
- Objectifs et contrôles
 - Un enjeu de connaissance et de systèmes d'information (SNIIRAM et systèmes d'information en ville ?)
 - Dimension sociale - approche écologique
- Vers le parcours de soins ?
 - Prado, Paerpa