

LE SALARIAT MÉDICAL, UNE IDÉE NEUVE ?

Nicolas Da Silva

Paris Ouest Nanterre La Défense

EconomiX

INTRODUCTION

- Limites du paiement à l'acte :
 - Privilégie les soins curatifs au détriment des soins préventifs
 - Financement prospectif et coût élevé
 - Coût d'autant plus important qu'il existe le secteur 2 et ses dépassements d'honoraires
 - Cela produit une augmentation des inégalités d'accès aux soins (non recours aux soins et refus de soins)
- Par quel mode de rémunération faut-il remplacer ou compléter le paiement à l'acte ?

INTRODUCTION

- Selon la théorie économique standard, les modes de rémunération traditionnels du médecin lui fournissent des incitations perverses :
 - Salariat : tire au flanc mais économe
 - Capitation : tire au flanc et/ou sélection des patients mais économe
 - Paiement à l'acte : qualité plus forte mais structurellement inflationniste
- Quelles solutions à ces problèmes ?

LE PAIEMENT À LA PERFORMANCE ET SA REMISE EN CAUSE

- Le paiement à la performance (P4P) :
 - Mettre en place des indicateurs de performance
 - Indexer la rémunération à l'atteinte d'objectifs chiffrés
 - Exemple : QOF et CAPI
- Effets très mitigés :
 - Efficacité limitée : pas d'économie des ressources et faible effet sur la qualité (effet d'aubaine)
 - Effets pervers : effet distorsion, sélection des patients, réduction de la continuité des soins, conflits d'intérêts, attribution de la performance (ex : prévention), codage, etc.

LES IMPENSÉS DE LA THÉORIE ECONOMIQUE STANDARD

- Comment expliquer les difficultés du P4P ?
- Désutilité de l'effort et intéressement ?
 - Le médecin a des motivations professionnelles
- Une faible qualité (?) et des surcoûts (?) imputables au médecin ?
 - Le médecin est un coproducteur du soin
- Quelles résistances au salariat ?
 - Le mode de rémunération le moins incitatif
 - Il s'oppose à la tradition libérale des médecins français

LE SALARIAT C'EST MAINTENANT ?

- Près de 50 % des médecins ont une activité salariée en 2012 : et ils travaillent ! De fait, pas d'aversion irréductible au salariat de l'ensemble de la profession (41 % de salariés exclusifs)
 - Effet féminisation
 - Volonté de réduire la contrainte temps de travail
- Le salariat améliore l'indépendance des médecins
 - Le salaire ne suppose ni hiérarchie ni subordination
 - Du libéralisme conservons l'autonomie
 - Ex : le professeur d'université

LE SALARIAT C'EST MAINTENANT ?

- Le salariat améliore la relation patient-médecin :
 - Résolution problème d'accès aux soins pour raisons financières (contre P4P et paiement à l'acte)
 - Restauration de la confiance dans la relation de soin parce qu'indépendance entre rémunération du médecin et activité (opposé aux concessions faites à la médecine libérale)
 - Hausse de la qualité des soins et hausse des soins de prévention notamment si coordonnés (CMS)

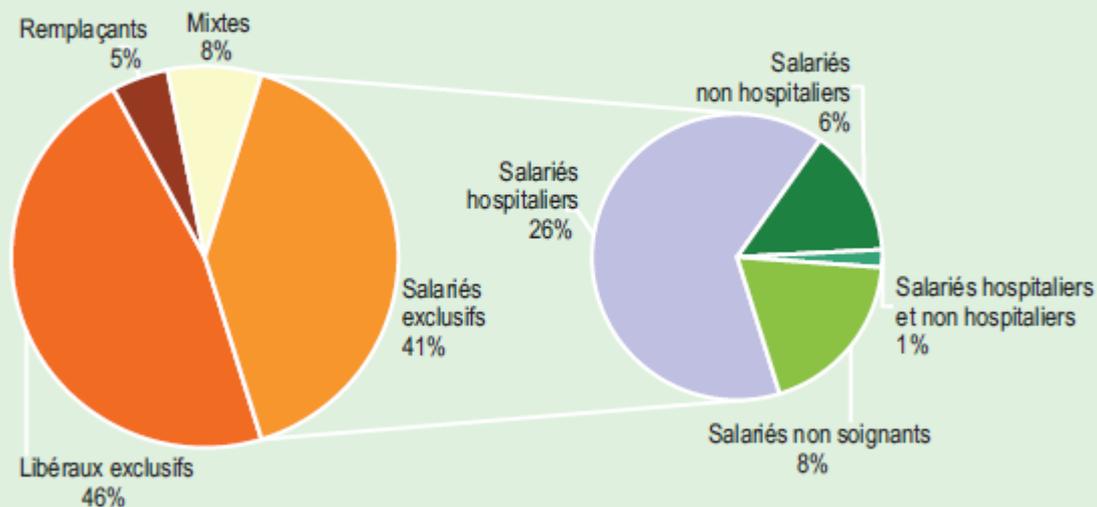
CONCLUSION

- Le P4P est inefficace (qualité et économie) et produit des effets pervers qui remettent en cause la qualité des soins, l'accès au soins et la relation patient-médecin elle-même
- Le salariat améliore l'égalité d'accès aux soins et restaure la confiance dans la relation de soin. En déconnectant la rémunération du volume d'activité, il permet au praticien de se concentrer sur son métier (et donc sur la qualité des soins)
- Le salariat, impensé de la théorie économique, est l'antidote du P4P

ANNEXE : RÉPARTITION DES MÉDECINS PAR MODE D'EXERCICE

■ GRAPHIQUE 3

Répartition des médecins par mode d'exercice au 1^{er} janvier 2012



Champ • France métropolitaine + DOM : médecins actifs au 1^{er} janvier 2012.

Sources • RPPS 2012.