

2013RP-06

# **Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux**

*Joanne Castonguay*

---

**Rapport de projet**  
*Project report*

---

Montréal  
Mars 2013

© 2013 Joanne Castonguay. 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 de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie

#### **Partenaires corporatifs**

Autorité des marchés financiers  
Banque de développement du Canada  
Banque du Canada  
Banque Laurentienne du Canada  
Banque Nationale du Canada  
Banque Scotia  
Bell Canada  
BMO Groupe financier  
Caisse de dépôt et placement du Québec  
Fédération des caisses Desjardins du Québec  
Financière Sun Life, Québec  
Gaz Métro  
Hydro-Québec  
Industrie Canada  
Investissements PSP  
Ministère des Finances du Québec  
Power Corporation du Canada  
Rio Tinto Alcan  
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)**

*Partenaire Financier*  
**Enseignement supérieur,  
Recherche, Science  
et Technologie**  
**Québec** 

# Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux

*Joanne Castonguay<sup>1</sup>*

## Sommaire exécutif

Nous allouons toujours plus de deniers publics dans l'espoir d'accroître la disponibilité de services à la population et c'est le contraire qui semble se produire. L'attente pour les services médicaux et pour les chirurgies électives demeure élevée. D'autres juridictions ont amélioré leurs résultats à cet égard. Cette analyse compare les réformes de santé de 6 juridictions afin de déterminer s'il existe des mécanismes de gouvernance, en particulier de rémunération des hôpitaux, qui incitent à une plus grande productivité; elle fait ressortir les différences avec le système québécois et propose des changements à y apporter pour l'améliorer.

L'analyse comparative de données macroéconomiques de santé révèle que les dépenses publiques de santé par habitant du Canada sont plus élevées que celles des autres pays analysés. Celles du Québec sont légèrement inférieures aux dépenses canadiennes et danoises, mais plus élevées que celles de la Grande-Bretagne et de la Finlande. Nous avons moins de médecins par 1000 habitants que dans les autres pays, mais plus de visites sont effectuées par médecin. Par ailleurs, l'activité par 1000 habitants dans les hôpitaux est moins élevée.

Alors existe-t-il un moyen d'accroître la productivité de nos institutions de santé?

Les mécanismes de financement sont un des moyens qui peut conduire les établissements à adopter des comportements en lien avec les objectifs du système de santé. Cependant, chaque mécanisme de paiement pris indépendamment ne permet pas d'atteindre tous les objectifs d'un système de santé. En plus, l'environnement dans lequel il est implanté va influencer son efficacité à atteindre les objectifs.

En effet, aucun mécanisme de financement des hôpitaux ne satisfait seul l'ensemble des objectifs du système de santé. On observe que les réformes des mécanismes de financement sont généralement un processus évolutif qui avait pour point de départ la volonté des gestionnaires des systèmes d'améliorer leurs connaissances des activités des hôpitaux et du poids de ces dernières dans l'utilisation des ressources. Le plus souvent, on observe une évolution du mode de financement par budget historique vers un budget alloué selon une estimation des activités. Éventuellement, une portion où tout le budget est alloué rétrospectivement par cas.

---

<sup>1</sup> CIRANO, [joanne.castonguay@cirano.qc.ca](mailto:joanne.castonguay@cirano.qc.ca)

Les analyses empiriques révèlent que le financement par cas est efficace pour accroître le niveau d'activités et la productivité des hôpitaux, mais qu'il fait augmenter les coûts totaux du système. En effet, plus d'activités signifient des coûts totaux plus élevés si le niveau total des activités augmente et que le tarif payé est égal ou supérieur au coût moyen des activités. Mais la volonté d'augmenter l'activité est précisément la raison pour laquelle une juridiction implante un tel système. Si le budget total ne doit pas augmenter, il faut prévoir un mécanisme qui vise à l'empêcher.

Dans les juridictions analysées, le financement à l'activité a été implanté en même temps que les budgets de la santé ont été augmentés. Il est donc difficile de dire si l'activité a augmenté à cause de l'incitation liée au mécanisme de financement où parce que les budgets ont augmenté. Par ailleurs, les principaux désavantages associés au financement à l'activité, dont le risque d'observer une baisse des durées de séjour et de la qualité des services, la sélection des patients ou une propension à manipuler le codage des activités effectuées, n'ont pas été observés.

En Grande-Bretagne, l'augmentation de l'activité a été liée à l'instauration de mécanismes de concurrence par une plus grande transparence des résultats des hôpitaux et par la possibilité des patients de choisir leur hôpital.

Au-delà des mécanismes de financement, d'autres caractéristiques institutionnelles ont été observées comme étant fondamentales à un système efficace. Par exemple, la décentralisation de la responsabilité d'organiser les services, la séparation des fonctions d'achat et de prestation de services de santé, le financement tout au long du cycle de soins et surtout la transparence des données sur les coûts par cas et sur les résultats des services sont des caractéristiques institutionnelles observées dans les autres juridictions. Ces mêmes caractéristiques sont pour la plupart à l'opposé des tendances observées au Québec.

En somme, l'analyse des stratégies adoptées à l'extérieur du Canada et du Québec ne fait que confirmer que le Québec a été timide à bien des égards dans ses réformes de santé et que le temps est venu d'y remédier. Modifier les mécanismes de rémunération des hôpitaux ne suffira pas à améliorer l'efficacité de notre système de santé. Cette stratégie pourrait même générer des effets opposés à ceux escomptés.

Toutefois, il serait possible d'obtenir des gains importants d'efficacité et d'améliorer la réponse aux besoins de la population en santé, simplement en adoptant des stratégies qui pour plusieurs sont fondamentales à l'efficacité de toute organisation. On pourrait observer rapidement une augmentation de la productivité de nos organisations de santé si le ministère de la Santé acceptait de modifier sa façon d'intervenir, de faire davantage confiance dans notre réseau qui recèle de compétences et de se concentrer sur le soutien au réseau.

Ce soutien pourrait se décliner en 5 stratégies qui résument nos recommandations, dont :

- Publier des données comparatives sur les coûts par cas et sur les résultats des hôpitaux;

- Décentraliser la responsabilité d'organiser les services de santé;
- Mandater une organisation indépendante pour assurer le contrôle de la qualité des organisations et de leur viabilité financière;
- Lier le financement des prestataires de services à l'amélioration de la valeur tout au long du cycle de soins;
- Reconnaître que les politiques publiques efficaces sont dynamiques et évoluent continuellement en fonction des résultats.

## REMERCIEMENTS

Je remercie Wendy Thomson de l'Université McGill et Fellow au CIRANO pour sa contribution au développement du cadre d'analyse et à la réalisation des entrevues et de l'annexe 6 sur l'évolution du financement de la santé en Grande-Bretagne.

Je remercie Henri Thibaudin, professionnel de recherche indépendant, pour sa contribution importante à la collecte d'information, la revue documentaire et à la rédaction des annexes 3 et 7.

Je remercie Marine de Montaignac pour avoir effectué la revue du système québécois.

Je remercie Marcel Boyer, professeur Émérite de l'Université de Montréal et Fellow au CIRANO pour ses commentaires.

Enfin, nous remercions toutes les personnes dont le nom figure à l'annexe 2 qui ont accepté de nous accorder une entrevue.

## Table des matières

<b>Sommaire exécutif.....</b>	<b>3</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Introduction .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Contexte Économique .....</b>	<b>15</b>
<b>3. Revue Documentaire.....</b>	<b>20</b>
3.1 Les systèmes de classification et de tarification .....	20
3.2 Les modes de financement des hopitaux prospectifs .....	23
3.2.1 <i>Le financement par budget.....</i>	23
3.2.2 <i>Le financement par capitation .....</i>	26
3.3 Les modes de financement des hôpitaux rétrospectifs.....	27
3.3.1 <i>Le financement à l'activité .....</i>	27
<i>Les avantages du financement basé sur l'activité .....</i>	28
<i>Les inconvénients du financement basé sur l'activité .....</i>	29
3.3.2 <i>Le financement incitatif (basé sur la performance ou les résultats) .....</i>	30
3.4 Le financement des hôpitaux, un processus évolutif .....	33
<i>L'évolution et la mixité des mécanismes de financement .....</i>	33
3.5 Caractéristiques institutionnelles qui influencent L'efficacité des modes de paiement.....	34
3.5.1 <i>La séparation des roles d'approvisionnement de services et de celui de fournisseurs de services.....</i>	34
3.5.2 <i>L'indépendance de gestion.....</i>	35
3.5.3 <i>L'indépendance et la remunération des medecins.....</i>	35
3.5.4 <i>La qualité de l'information.....</i>	36
3.6 Sommaire des evaluations des politiques de Financement à l'activité dans les hôpitaux.....	36
3.7 Sommaire des principaux constats issus de la revue documentaire.....	41
<b>4. Analyse comparative .....</b>	<b>42</b>
4.1 Les réformes analysées, leurs objectifs et stratégies .....	42
4.2 Contexte institutionnel et reglementaire .....	45
<i>Centralisation versus décentralisation.....</i>	46
<i>La séparation des fonctions d'achat et de provision de services de santé .....</i>	48
<i>Les systèmes de données et la transparence.....</i>	49
<i>Les mécanismes de contrôle.....</i>	51
4.3 Mécanismes transactionnels.....	58
<i>La nature des liens entre les parties.....</i>	58

<i>Les mécanismes de rémunération des médecins</i> .....	59
<i>Les mécanismes de financement des hôpitaux</i> .....	61
<i>Complémentarité entre les mécanismes transactionnels</i> .....	62
4.4 Les réactions des parties prenantes et la mitigation des risques.....	64
4.5 Sommaire de l'Analyse comparative .....	68
<b>5. Recommandations</b> .....	<b>70</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>73</b>
<b>Annexe 1 : Mécanismes institutionnels du système, présents et ajoutés, selon les objectifs poursuivis</b> .....	<b>76</b>
<b>Annexe 2 : Personnes interviewées</b> .....	<b>78</b>
<b>Annexe 3 : Le système de santé de la Colombie-Britannique</b> .....	<b>80</b>
<b>Annexe 4 : Mécanismes de financement des hôpitaux Danois</b> .....	<b>91</b>
<b>Annexe 5 : Évolution du financement des hôpitaux en Finlande</b> .....	<b>107</b>
<b>Annexe 6 : L'évolution du financement des hôpitaux en Grande-Bretagne</b> .....	<b>118</b>
<b>Annexe 7 : Évolution du financement des hôpitaux en Ontario</b> .....	<b>139</b>
<b>Annexe 8 : Le système de santé au Québec</b> .....	<b>154</b>

## 1. INTRODUCTION

Par Joanne Castonguay (CIRANO)

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE:

*Les systèmes de santé universels du monde entier font face à une problématique de financement. La situation n'est pas différente au Québec.*

Les coûts de santé augmentent plus rapidement que le Produit Intérieur Brut (PIB) des pays et donc de leur capacité de payer pour ces régimes. La pression sur les coûts de santé est expliquée par l'évolution des technologies de santé, la richesse et le vieillissement de la population. Ce dernier facteur exerce de plus en plus de pressions puisque le vieillissement de la population implique une proportion plus grande de la population qui vit avec une maladie chronique et qui consomme des soins de santé. Par ailleurs, la proportion de personnes qui travaillent et donc qui paient des impôts diminue, ce qui accroît les pressions sur la capacité des finances publiques à financer le régime public de santé. *La viabilité du financement de la santé est menacée.*

Cette problématique n'est pas nouvelle. Les économistes sont nombreux à avoir sonné l'alarme sur cette question depuis au moins les deux dernières décennies. Plusieurs commissions publiques sur le financement de la santé, québécoises et canadiennes, ont d'ailleurs été appelées à faire des recommandations. Ces dernières portaient sur les sources de financement, la réorganisation des services, le contrôle de l'offre et la prévention. Plusieurs ont été implantées dont la création des CSSS et des GMFs, certainement les deux transformations les plus importantes à avoir vue le jour au Québec depuis l'instauration du système. Malgré ces décisions, la croissance des dépenses publiques allouées à la santé a augmenté en moyenne de 4,1 % depuis 2005<sup>2</sup>, soit 1,9 point de pourcentage de plus que le taux de croissance des dépenses des autres programmes gouvernementaux.

### Taux de croissance annuel moyen des dépenses publiques (\$ constants)

	Santé et services sociaux	Autres programmes	Part des dépenses de santé et services sociaux dans les dépenses de programmes*
1990-2005	2,0	0,1	43,0
2005-2010	4,1	2,3	44,9

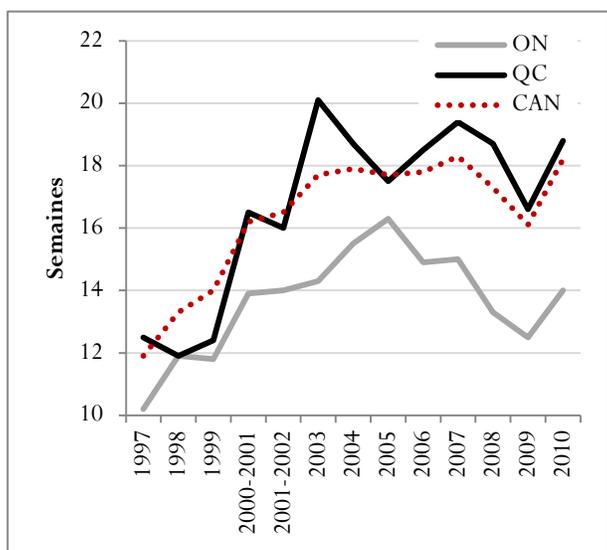
\* : dernière année de la période

Sources : Finances Québec 2011, CANSIM 326-0021, ICIS, Calculs de l'auteur

<sup>2</sup> Il s'agit de la croissance annuelle des dépenses réelles. Ainsi, le taux de croissance est ajusté pour exclure l'inflation. Il s'agit donc de l'augmentation annuelle des ressources financières réelles.

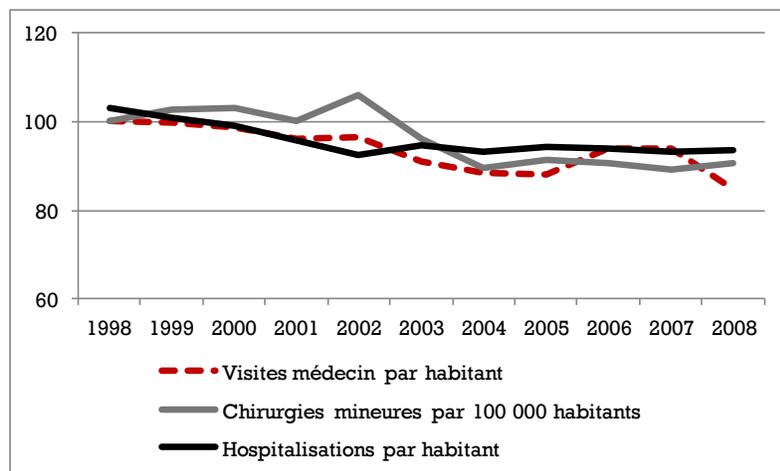
Malgré ces efforts au niveau des dépenses de santé, l'attente pour les services médicaux et pour les chirurgies électives demeure élevée. Un rapport de l'Alliance sur les temps d'attente (ATA) publié en 2012 signale que la situation sur les temps d'attente se dégrade depuis l'année dernière. Alors que les efforts se sont souvent concentrés sur la réduction du temps d'attente avant l'obtention d'un rendez-vous chez un spécialiste, les données indiquent que les Canadiens attendent maintenant plus longtemps avant de pouvoir voir un médecin de famille et subir certains examens<sup>3</sup>. Par ailleurs, bien que les dépenses publiques de santé par habitant aient augmenté en moyenne de 3,3% depuis 1997, l'activité mesurée en nombre de visites médicales par habitant, taux d'hospitalisations par 1000 habitants et nombre de chirurgies par 1000 habitants, est en constante diminution.

Temps d'attente médian attendu de la référence d'un médecin généraliste jusqu'au traitement, Canada et provinces, 1997-2010



Source: Fraser Institute, *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada* Fraser Institute, *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada*.

Évolution des services de santé par habitant au Québec



Sources : ICIS 2011

<sup>3</sup> ATA 2012.

*La problématique des temps d'attente a incité notre gouvernement à mettre beaucoup d'emphase sur l'accroissement du nombre d'activités. Des objectifs précis sur le niveau d'activités à atteindre sont donnés aux établissements à chaque période dans le cadre des exercices stratégiques. Leur atteinte est mesurée et les résultats sont divulgués. En plus, depuis 2003, le ministère de la Santé finance une partie des chirurgies à l'activité.*

Ces initiatives ont pour résultat d'orienter l'effort sur la multiplication d'activités sans égard pour les résultats pour le patient. Pourtant ce qui importe ce n'est pas le nombre d'activités indépendantes effectuées, mais bien les résultats des services de santé donnés.

*La volonté de notre gouvernement de répondre à la problématique de croissance des coûts de santé a certainement contribué à favoriser le financement de nos hôpitaux par budget.*

Actuellement, notre système de santé est centré sur le contrôle des budgets et le maintien de l'équilibre budgétaire est prioritaire au Québec depuis de nombreuses années. Les hôpitaux sont financés par budget, c'est-à-dire le moyen le plus efficace pour contrôler les coûts de santé<sup>4</sup>. Le problème est que ces objectifs sont sans considération pour les besoins de la population en termes de services de santé. En plus, réduire les coûts revient le plus souvent à réduire la durée des hospitalisations ou à remettre à plus tard des interventions qui préviendraient les complications. Plusieurs études semblent, d'ailleurs, lier l'emphase sur la réduction des coûts et les coûts plus élevés à long terme, soit à cause de son impact sur la multiplication des erreurs médicales soit à cause de son impact sur les réadmissions.

En résumé :

- La croissance des dépenses publiques allouées à la santé augmente plus rapidement que celle des dépenses des autres programmes gouvernementaux.
- Même si nous allouons toujours davantage de deniers publics dans l'espoir d'accroître la disponibilité de services à la population, les temps d'attente demeurent élevés et les niveaux d'activités rapportés par habitant déclinent.
- Les politiques de santé adoptées au Québec pour accroître le niveau d'activités sont sans égard pour les résultats de santé des patients.
- Les efforts de contrôle de budgets semblent générer des effets pervers et accroître les besoins de services de santé et donc exercer davantage de pressions sur les coûts de santé.

En somme, malgré que nous ayons accru considérablement nos budgets de santé et les incitations à accroître l'activité, les problèmes d'accès aux services perdurent.

---

<sup>4</sup> Voir section sur les avantages et désavantages du financement par budget de la revue documentaire du chapitre 3.

## OBJECTIF DE L'ETUDE

Pour répondre à la problématique d'accès, plusieurs juridictions ont opté pour un mixte de mécanismes de financement des hôpitaux incluant le financement à l'activité. Notre étude examine les mécanismes de financement des hôpitaux de 6 juridictions, notamment ceux fondés sur les activités. L'objectif de l'étude est de déterminer lesquels seraient applicables au Québec.

## PREMISSSES

- Il n'existe pas de solution universelle pour améliorer l'efficacité d'un système en santé pour tous les pays puisque chaque système s'inscrit dans un environnement différent de celui des autres, et ce à plusieurs niveaux comme :
  - la culture et les valeurs de la population
  - l'état de santé de la population
  - l'historique du système de santé;
  - les ressources disponibles, la richesse et l'état des connaissances;
  - l'organisation, les mécanismes de gouverne et la réglementation en place.
- « Tous les systèmes de santé universels ont pour objectifs d'améliorer la valeur au patient, celle-ci étant définie comme les résultats de santé compte tenu des unités de coûts dépensées. Un système basé sur la valeur oriente ses interventions sur la santé plutôt que sur les services de santé » (Teperi et al. 2009)<sup>5</sup>.
- Le concept de soins intégrés a été initialement proposé par Stephen Shortell et al. en 1993 qui décrivait le système idéal comme étant « un réseau d'organisations qui offre et coordonne un continuum de services à une population définie et qui accepte de prendre la responsabilité clinique et financière des résultats et de la santé de cette population ». Depuis, l'intégration des services de santé (primaire, secondaire, réadaptation et tertiaire) a été graduellement reconnue comme étant la solution à plusieurs des problèmes des systèmes de santé (Leatt et al. 2000). Une des caractéristiques d'un système de soins coordonnés est l'utilisation d'incitatifs pour aligner la gouvernance, les gestionnaires, les médecins et autres fournisseurs autour d'objectifs communs.
- Les systèmes de santé sont **dynamiques et complexes**. Toute transformation des mécanismes de financement déclenche des comportements prévisibles, mais aussi d'autres inattendus et potentiellement non souhaitables, qui engendrent d'autres comportements. Ainsi, le développement de solution à la pièce ou fragmentaire ne fonctionne pas (« Piece meal approach »). L'analyse doit éclairer sur la façon dont ont été anticipés les effets dynamiques et systémiques des interventions.

---

<sup>5</sup> Traduction libre.

En acceptant ces prémisses, nous étions tenus d'examiner non seulement les mécanismes de financement des hôpitaux, mais aussi comment les différentes juridictions ont intégré ces dimensions dans leurs mécanismes institutionnels. En d'autres mots, nous avons tenté de comprendre comment :

- Le mécanisme de financement des hôpitaux tient compte de l'importance d'un système qui offre un continuum de soins dont les divisions entre les services sont invisibles pour le patient.
- L'architecture du système de santé tient compte des intérêts et objectifs des parties prenantes (professionnels, patients, gouvernements, hôpitaux...) et si les mécanismes incitatifs contribuent à aligner leurs intérêts.
- Le système et les organisations tiennent compte des réactions des parties prenantes et les enjeux créés par les politiques de santé.

## METHODOLOGIE

Nous avons adopté un modèle d'analyse qualitative basé sur des informations primaires et secondaires. La recherche documentaire a porté sur le financement des hôpitaux, la rémunération des médecins, les réformes de systèmes de santé, soit des pays analysés soit génériques, les politiques de santé, la gouvernance et institutions des systèmes de santé et l'amélioration de la valeur. La littérature sur ces questions est très volumineuse. Nous avons donc limité nos choix aux documents les plus récents ou qui ont le plus influencé les auteurs. Nous avons été également confrontés à devoir décider comment gérer la multitude de publications diffusées au cours de nos travaux. À ce sujet, nous avons cessé de considérer les nouvelles publications au début 2012, car la valeur ajoutée de les considérer devenait de plus en plus marginale.

Pour la collecte des informations primaires, nous avons réalisé 37 entrevues au total<sup>6</sup>, effectuées en personne auprès de gestionnaires des ministères, régions, hôpitaux, associations et de chercheurs des juridictions. L'objectif des entrevues était de bien saisir l'évolution des politiques, comment l'implantation a été effectuée et les réactions des parties prenantes gérées.

## CADRE D'ANALYSE

Notre cadre d'analyse a été inspiré du cadre adopté par le NHS lors de la réforme du système de santé britannique en 2007. Il a été utilisé afin d'appuyer l'analyse de l'évolution des mécanismes de financement des hôpitaux de 6 juridictions : la Grande-Bretagne, le Danemark, la Finlande, la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec.

La figure 1.1 est une représentation figurative des considérations suivantes. Chaque partie prenante engage une relation avec le système de santé compte tenu de ses

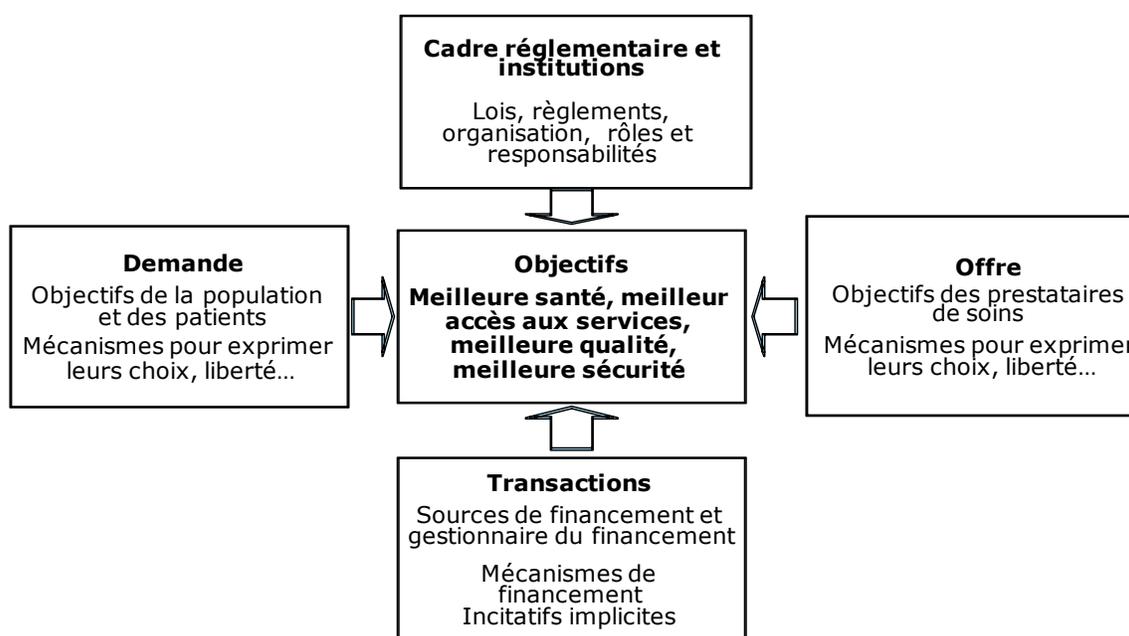
---

<sup>6</sup> 10 en Grande-Bretagne, 2 en Finlande, 6 au Danemark, 4 en Ontario, 4 en Colombie-Britannique et 10 au Québec.

objectifs, son rôle et sa relation avec le système. Théoriquement, la population demande des services de santé, les établissements et les prestataires sont offreurs de santé et le gouvernement est censé préserver les intérêts de la population. Ce dernier a pour rôle de développer un système qui optimise l'atteinte des objectifs sanitaires compte tenu de ses ressources financières. Le rôle du gouvernement est donc de développer un système qui maximise la valeur au patient. Pour y arriver, il met en place une structure de gouvernance, un cadre réglementaire et des institutions pour faciliter les transactions entre les parties et obtenir le maximum de résultats.

Le cadre d'analyse illustre l'interaction entre les acteurs et les mécanismes qui influencent l'efficacité avec lesquels les systèmes atteignent leurs objectifs. Le cadre d'analyse inclut les différentes composantes des systèmes de gouvernance dont le cadre réglementaire et les institutions, les perspectives des parties prenantes et l'impact de cette dynamique sur la capacité des systèmes à atteindre leurs objectifs. Les objectifs sanitaires sont l'amélioration de la santé et de l'accès à des services de santé sécuritaires et de qualité compte tenu de nos ressources. L'enjeu est donc de maximiser la valeur des services obtenus (résultats de santé compte tenu des ressources).

**Figure 1.1 : Cadre d'analyse**



Source : Figure adaptée du cadre d'organisation proposé par le NHS en 2007, (*The organising framework for the health reforms*) Department of Health, Departmental report 2007.

## CHOIX DES JURIDICTIONS

Les juridictions ont été choisies en fonction des critères suivants :

- Les régimes publics sont universels et financés principalement par les impôts;
- Les objectifs de santé sont les mêmes (services de qualité et sécuritaire accessibles pour tous);

- 100 % des frais hospitaliers, incluant les services médicaux, sont payés par les régimes publics;
- 100 % des frais de santé jugés nécessaires sont payés par les régimes publics;
- Avant les réformes du financement des hôpitaux, ces derniers étaient tous financés par budget;
- L'information est transparente et nous avons la possibilité de rencontrer des interlocuteurs représentatifs de toutes les parties prenantes.

Toutes les juridictions choisies satisfont ces critères à l'exception de la Finlande puisque les frais de santé jugés nécessaires ne sont pas tous défrayés par le régime public. En effet, les Finlandais doivent déboursier des frais d'usagers de 7 % pour accéder au régime public. La Finlande demeurerait toutefois un exemple intéressant à analyser à cause de sa structure institutionnelle particulière.

Ce rapport présente le résultat de notre analyse et nos recommandations en quatre parties. La première présente une brève analyse comparative des données macroéconomiques en santé des juridictions choisies. La deuxième fait le sommaire de notre revue documentaire sur les mécanismes de financement des hôpitaux<sup>7</sup>. La troisième présente l'analyse comparative des politiques de financement des hôpitaux de nos 6 juridictions et la dernière nos recommandations. En plus, une description détaillée des structures de gouverne et de l'évolution des mécanismes de financement des hôpitaux de chacune des 6 juridictions est présentée en annexe.

## 2. CONTEXTE ÉCONOMIQUE

*Par Joanne Castonguay (CIRANO)*

Les services publics de santé qu'une population reçoit dépendent non seulement du niveau de ses dépenses, mais aussi de la valeur comparative de sa monnaie, du prix et quantité des ressources matérielles et humaines, des institutions et de l'organisation des services. Ainsi, nous n'obtenons pas tous une quantité et une qualité égales de services de santé par dollar public dépensé. Il est toutefois intéressant de comparer la production de services des différents systèmes compte tenu des ressources qu'ils y allouent. L'analyse suivante ne cherche pas à expliquer les différences à ce niveau entre les pays, mais simplement à faire le constat de ces dernières.

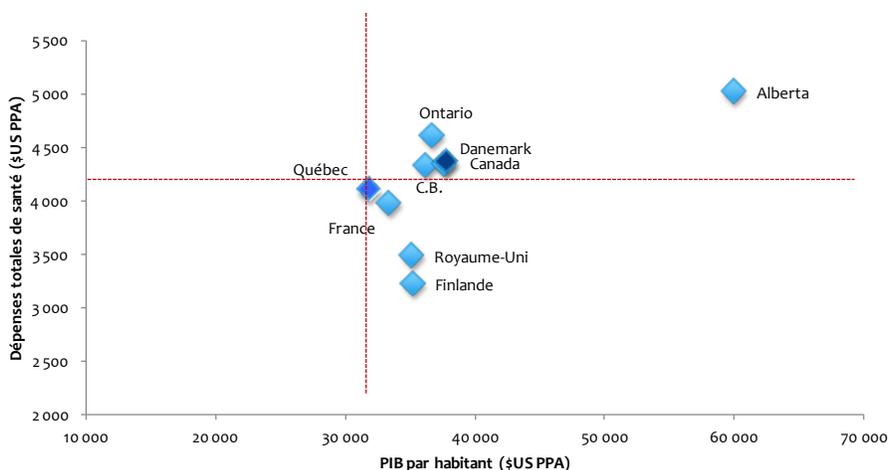
La figure 2.1 compare les niveaux de dépenses totales (publiques et privées) de santé par habitant exprimées en \$ US ajustés pour tenir compte de l'effet des niveaux de prix des pays compte tenu de leur niveau de PIB par habitant en \$ US PPP<sup>8</sup>. On y observe que l'Alberta a un niveau de PIB et de dépenses bien supérieurs aux autres juridictions.

<sup>7</sup> Le lecteur qui a déjà une bonne connaissance des mécanismes de financement des hôpitaux pourra passer directement à la lecture au chapitre 3 présentant les résultats de l'analyse comparative sans difficulté.

<sup>8</sup> Indice PPP, indice de parité du pouvoir d'achat qui permet d'ajuster les données pour tenir compte des différences de prix entre les pays.

Ceci est dû à son industrie pétrolière. On y observe aussi que le Québec a le niveau de PIB par habitant le plus faible des juridictions comparées, mais que son niveau de dépenses en santé se situe en milieu de peloton. En effet, malgré un niveau de PIB inférieur à ceux de la France, de la Finlande et de la Grande-Bretagne, nous allouons une plus grande part de ce dernier à la santé.

**Figure 2.1 : Dépenses totales de santé par habitant et PIB par habitant en 2009, \$ US PPP**

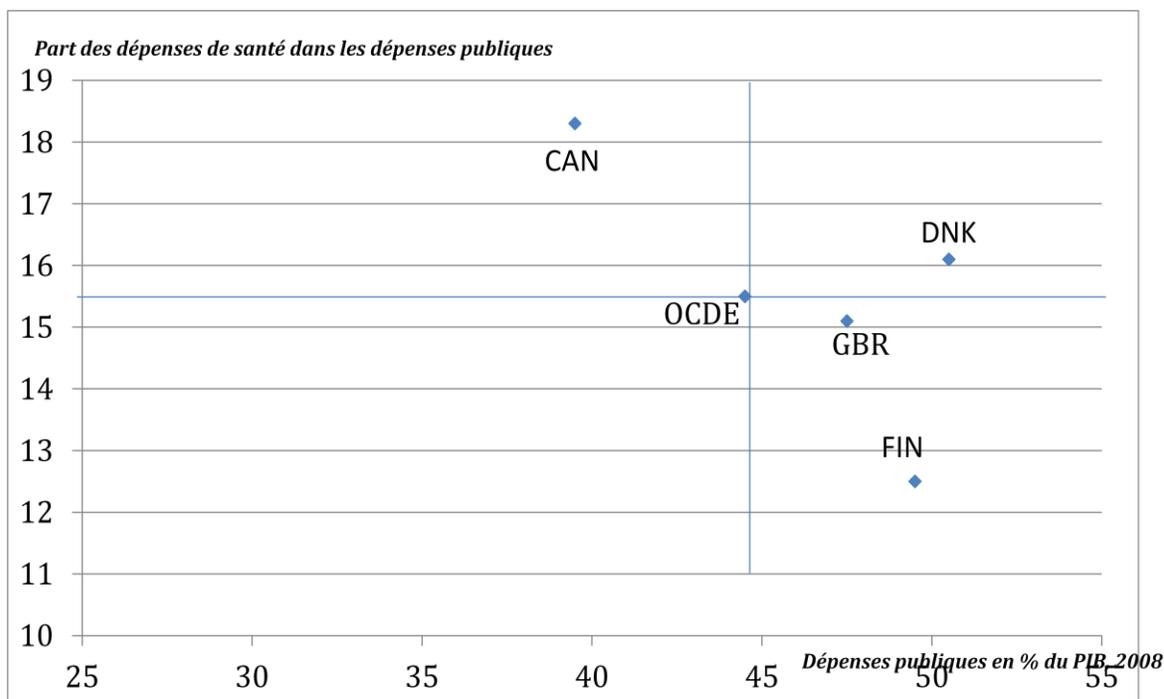


Source : ICIS, BDDNS.

La figure 2.2 révèle que le Canada est parmi les pays de l'OCDE où les dépenses publiques en pourcentage du PIB sont les moins élevées. Le Canada est effectivement le 8<sup>e</sup> pays de l'OCDE où les services publics contribuent le moins au PIB<sup>9</sup>. Il est toutefois en 6<sup>e</sup> position en termes de la part des dépenses publiques allouées à la santé. Le Canada priorise ou valorise plus la santé comparativement à la majorité des pays de l'OCDE dont on tient compte dans ce tableau. En outre, en combinant les figures 2.1 et 2.2, on observe que le PIB en Grande-Bretagne est équivalent à celui de la Finlande, mais moins dépendant des services publics et qu'elle alloue une part plus importante de son PIB à la santé que cette dernière. Le niveau de vie (mesuré en termes de PIB) du Danemark est équivalent à celui du Canada, mais les services publics occupent une place plus importante de l'activité économique. Par ailleurs, les Danois octroient une part moins importante de leur PIB à la santé que les Canadiens. Toutefois, si le Canada valorise beaucoup la santé en y octroyant une part importante de son PIB, cela est encore plus vrai au Québec. Mais est-ce réellement une question de valorisation ou est-ce parce que notre PIB est plus faible?

<sup>9</sup> Mesuré par le produit intérieur brut (PIB).

**Figure 2.2 : Part des dépenses de santé dans les dépenses publiques totales, pays de l'OCDE 2008**

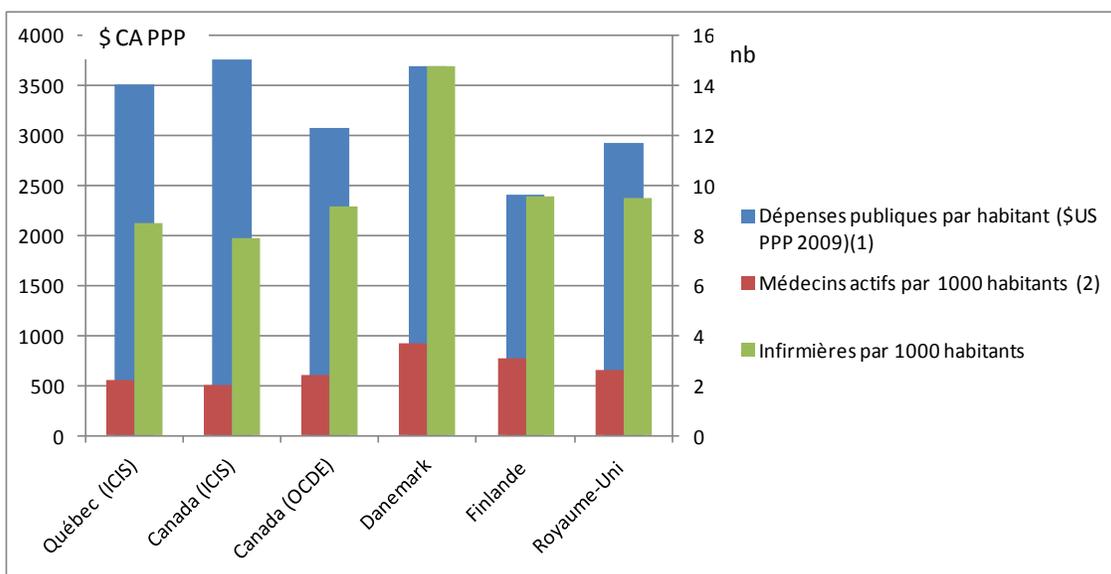


Source : OCDE 2010

Le Québec alloue moins de dollars publics à la santé que le Canada (- 7 %) et le Canada moins que le Danemark (- 17 %), mais beaucoup plus que la Finlande (28 %) et un peu plus que la Grande-Bretagne (5 %)<sup>10</sup>. Au niveau des ressources humaines, le portrait est différent. Le Québec a plus de médecins actifs par millier d'habitants que le Canada mais ce dernier en a beaucoup moins que toutes les autres juridictions, - 35 %, - 23 % et - 8 % que le Danemark, la Finlande et la Grande-Bretagne respectivement. Le portrait est similaire au niveau des infirmières, plus que le Canada (8 %) et moins que le Danemark (- 38 %), la Finlande (- 4 %) et la Grande-Bretagne (- 3 %).

<sup>10</sup> Pour les tableaux suivants, les données du Québec sont comparables avec les données du Canada produites par l'ICIS seulement. Les données internationales sont comparables avec les données canadiennes produites par l'OCDE qui, de toute évidence, n'ont pas la même source, période ou le même ajustement.

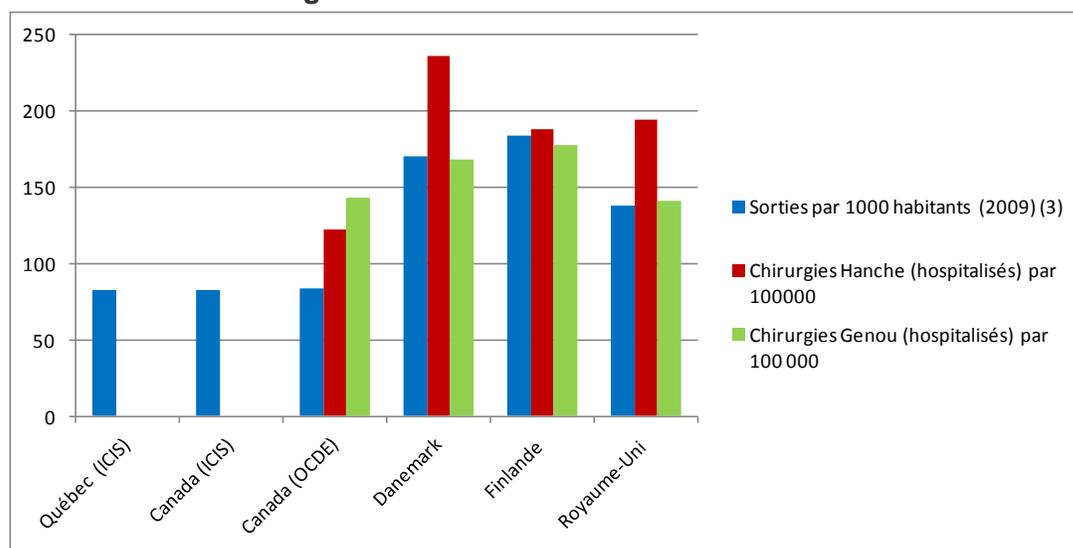
**Figure 2.3 : Ressources allouées à la santé en 2008 \***



Source : OCDE Health stats et ICIS, compilation par les auteurs, \* données 2008 à moins d'indications contraires. (1) Données ICIS en \$ CAN courants (2) Données 2009 pour le Canada et la Grande-Bretagne.

La production de services des juridictions est comparée par le nombre de sorties des hôpitaux, de certaines chirurgies et par le nombre de visites médicales. Au niveau des sorties des hôpitaux par 1000 habitants, on observe que les Canadiens hospitalisent beaucoup moins que les Danois (- 51 %), les Finlandais (- 54 %) et les Anglais (- 39 %). Les Canadiens effectuent également beaucoup moins de chirurgies de la hanche que le Danemark (-48 %), que la Finlande (- 35 %) et que la Grande-Bretagne (- 37 %). Enfin, les Canadiens opèrent moins les genoux que le Danemark (- 15 %) et la Finlande (- 20 %) mais plus que la Grande-Bretagne (+ 1 %).

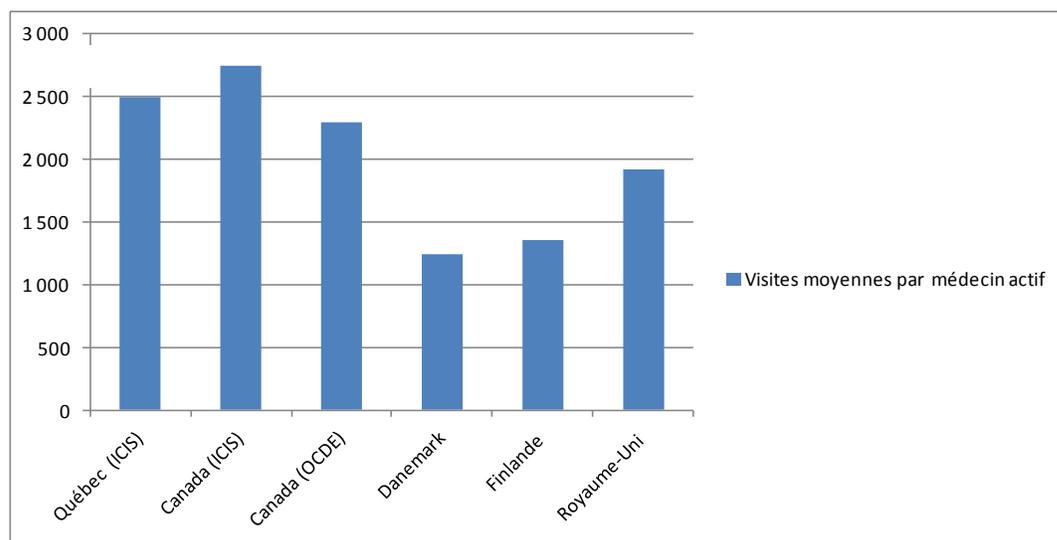
**Figure 2.4 : Production de services en 2008**



Source : OCDE Health stats et ICIS, compilation par les auteurs, \* données 2008 à moins d'indications contraires (3) Données 2008 pour le Canada et le Québec.

Cependant au niveau des visites médicales, les médecins du Québec et du Canada voient beaucoup plus de patients que les autres juridictions. En effet, le nombre moyen de visites médicales par médecin au Canada est plus élevé de 85 % que celui du Danemark, 69 % que celui de la Finlande et 19 % que celui de la Grande-Bretagne. Par contre, les médecins du Québec voient en moyenne moins de patients que les médecins canadiens, - 9 %. On pourrait penser que c'est une question de productivité des médecins, mais cela peut aussi être dû à la qualité ou à l'organisation des services. En d'autres mots, il est possible que cette apparente plus grande productivité soit due au fait que les médecins canadiens passent moins de temps avec leurs patients et/ou qu'une part des services soit offerte par d'autres intervenants que les médecins. Il se peut aussi que ce soit parce que les médecins spécialistes sont en grande partie salariés des hôpitaux dans les autres pays et qu'ils ne sont pas incités à multiplier les visites de patients.

**Figure 2.5 : Visites moyennes par médecin en 2008**



Source : OCDE Health stats et ICIS, compilation par les auteurs, \* données 2008 à moins d'indications contraires (3) Données 2008 pour le Canada et le Québec.

En somme, le Canada alloue une part plus grande de ses dépenses publiques à la santé que les autres juridictions. C'est également le cas pour ce qui est du niveau de ses dépenses publiques par habitant, mais à l'exception du Danemark. Toutefois, le Canada a des ratios de médecins et d'infirmières par 1000 habitants moins élevés et moins d'activités hospitalières que le Danemark, la Finlande et la Grande-Bretagne. Par ailleurs, le nombre moyen de visites médicales effectuées par médecin au Canada est beaucoup plus élevé que celui de leurs confrères des autres pays étudiés. Bien que la valeur de ces indicateurs soit différente pour le Québec par rapport à l'ensemble du Canada, le portrait comparatif entre le Québec et les autres juridictions est sensiblement le même que celui du Canada.

### 3. REVUE DOCUMENTAIRE

*Par Joanne Castonguay (CIRANO), Wendy Thomson (Université McGill et CIRANO) et Henri Thibaudin (indépendant)*

Les mécanismes de financement des hôpitaux appartiennent à l'une ou l'autre des deux catégories selon qu'ils sont prospectifs ou rétrospectifs. Dans le premier cas, le payeur alloue ou paie pour les services au fournisseur avant que celui-ci ne les rende. Dans le deuxième, le payeur /acheteur ne paie pour les services que lorsqu'ils sont rendus par le fournisseur. Les deux catégories du mode de financement des hôpitaux comportent des formes de paiement différentes.

Cette partie du rapport présente une revue documentaire des différents modèles de financement des hôpitaux en montrant la perspective économique. La première section est consacrée aux mécanismes de classification de l'activité puisqu'ils ont inspiré et facilité l'évolution des mécanismes de financement des hôpitaux. Les deux sections suivantes sont consacrées à définir les mécanismes et à présenter les différentes formes qu'ils peuvent prendre, leurs caractéristiques, leurs avantages et leurs inconvénients. La section suivante présente un sommaire des analyses empiriques des impacts qu'ont eus les réformes du financement des hôpitaux dans les juridictions qui nous intéressent.

Enfin, une dernière section fait une synthèse en mettant l'emphase sur les considérations à prendre en compte dans le choix d'un type de financement.

#### 3.1 LES SYSTEMES DE CLASSIFICATION ET DE TARIFICATION

À l'origine, les systèmes de classification ont été développés pour évaluer et comparer les activités des hôpitaux et leur utilisation des ressources. Ce n'est que par la suite qu'ils ont été utilisés pour appuyer le financement des hôpitaux et que les tarifs associés à chaque activité ont été mis en place.

En effet, les systèmes de classification des activités ont pour origine une volonté de soutenir la prise de décision et la gestion des hôpitaux<sup>11</sup>. Traditionnellement, l'information sur les coûts est pauvre dans les hôpitaux parce que les systèmes comptables des services publics sont en général peu sophistiqués. En effet, le recours à la comptabilité de caisse est presque généralisé, soit une comptabilité qui se borne à enregistrer les entrées et sorties de fonds.

Partout, le besoin de restructurer l'organisation des services a été exacerbé par la croissance importante des coûts des systèmes de santé. Les professionnels de la santé et les cliniciens ont historiquement eu peu ou pas d'incitatifs à améliorer la productivité

---

<sup>11</sup> ICIS (2010), Patient Classification System International <http://www.pcsinternational.org>, Lehtonen (2007), Entrevues notamment avec Poul Eric Hansen du ministère de la santé et de l'Intérieur du Danemark.

des services. En général, ils n'avaient pas eu à rendre des comptes sur les implications de leurs décisions sur la consommation de ressources et n'avaient pas l'information à cet égard (Lehtonen 2007). C'est donc pour mieux comprendre l'activité hospitalière et appuyer la prise de décision sur la consommation des ressources que les systèmes de classification et d'information sur l'activité en milieu hospitalier ont été développés. Ce n'est que par la suite et pour inciter à une plus grande productivité que les systèmes de paiement qui tiennent compte du niveau d'activité ont été développés (définis dans la section suivante).

Dans un premier temps, ces systèmes d'information ont été développés au niveau central des gouvernements (ou payeurs) pour améliorer l'allocation des ressources et influencer la productivité des hôpitaux. Dans un deuxième temps, à mesure que les pressions se sont exercées sur les prestataires et que les mécanismes de financement incitatifs ont évolué, les établissements ou prestataires se sont dotés eux-mêmes de systèmes d'information sur leurs activités et utilisations des ressources pour améliorer leur gestion et soutenir leur processus de négociation avec le payeur. Le développement des systèmes d'information locaux n'est cependant pas généralisé.

**Les objectifs poursuivis** – Busse (2009) liste trois principales catégories d'objectifs poursuivis par la mise en place des systèmes de classification selon les groupes de diagnostic :

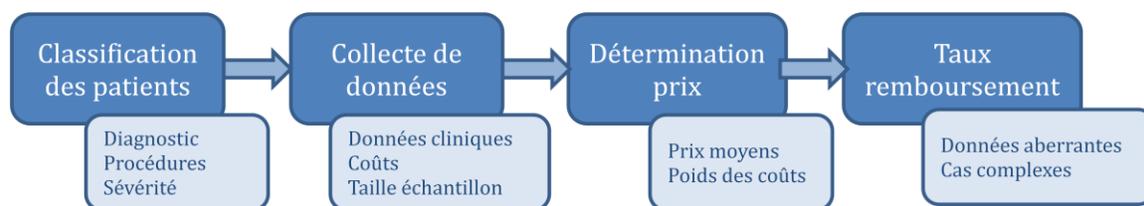
- i) améliorer la transparence,
- ii) encourager l'efficacité dans l'usage des ressources hospitalières (par activité),
- iii) aider la gestion des hôpitaux.

*Améliorer la **transparence** et encourager l'**efficacité*** – La classification des activités hospitalières facilite la collection de données sur la consommation de ressources par catégories d'activités. Lorsqu'elles sont rendues accessibles, les données colligées permettent aux établissements et aux décideurs de connaître la structure de coûts des activités hospitalières, les ressources utilisées par type de patients et par diagnostic. Ainsi les décideurs peuvent établir des comparaisons en termes d'efficience et identifier les grands consommateurs de ressources.

*Aider la **gestion des hôpitaux*** – Cet objectif est proche du premier en ce sens que la disponibilité d'information permet aux établissements d'identifier les écarts par rapport aux meilleures pratiques et les encourage à les adopter.

A ces derniers s'ajoute ***l'amélioration de l'allocation des ressources*** – Une bonne connaissance de la structure de coûts selon les activités permet de lier les paiements aux activités et ultimement aux meilleures pratiques. Ainsi les systèmes d'information facilitent la mise en place d'incitatifs visant à améliorer l'efficience et décourager les activités non nécessaires des hôpitaux. Un hôpital rémunéré selon un tarif fixe par activité a intérêt à ce que le coût des ressources qu'il utilise pour rendre un service soit inférieur au tarif qu'il reçoit pour rendre ce service.

**Figure 3.1 : Étapes de développement des systèmes de classification et de tarification**



Source : Traduction libre de Busse and Al., *The ABC of DRGs*, Euro Observer, Vol.11 n° 4, 2009.

**Le système de classification** – La classification de l'activité hospitalière comporte deux niveaux d'information. Le premier est la nature des actes et des patients traités et le deuxième est orienté vers les ressources utilisées. La superposition des deux niveaux conduit à un système de classification des épisodes de soins des patients. Ainsi, les systèmes catégorisent les épisodes de soins des patients en groupes *par cas* (*GDC*) de sorte que les épisodes à l'intérieur de chaque groupe soient cliniquement similaires et consomment le même niveau de ressources, ICIS (2010). Ainsi, Busse (2009) note que la définition des services hospitaliers se base sur :

- les données cliniques, tels les diagnostics et les procédures utilisées par le patient durant son séjour;
- des données démographiques et populationnelles comme l'âge, le sexe et la morbidité,
- des mesures de consommation des ressources par les coûts et la durée de séjour entre autres.

La collecte de données en vue de créer le système de classification doit être à la fois pertinente d'un point de vue clinique et économique. Cela implique que les cas inclus dans un groupe doivent former une entité distincte basée sur les diagnostics et les procédures médicales. La pertinence économique est satisfaite si les mesures de l'activité clinique sont significatives pour les travailleurs des établissements afin d'assurer un contrôle de qualité. En d'autres termes, on doit pouvoir identifier de manière distincte les ressources utilisées et les services fournis, Busse (2009).

Les systèmes de classification ne sont pas normalisés. Comme le note l'ICIS (2010), une juridiction voulant mettre en place un financement basé sur ce type de classification a le choix entre importer un système existant, adapter un système existant à ses caractéristiques ou créer un nouveau système. Busse (2009) fait état de la variation dans le niveau de détails des systèmes de classification. Il cite comme exemple de systèmes très détaillés ceux de la France et des Pays-Bas.

La connaissance de la consommation des ressources par type d'activités a facilité la détermination des tarifs.

**La Tarification** – Le prix est soit établi unilatéralement, soit négocié (Schreyögg 2006; Barnum, Kutzin, Saxenian, 1995). À partir de l'information colligée par les hôpitaux, il existe deux méthodes pour calculer le coût d'une activité. La première consiste à calculer le coût moyen de chaque groupe de classification à partir d'un échantillon d'établissements dont l'information est disponible (du bas vers le haut). La deuxième méthode est dite indirecte (Busse 2009) et consiste à relier les groupes de classification à l'intensité des ressources qu'ils utilisent. Ainsi, l'indice ou le poids relatif de 1 est alloué au groupe de diagnostics connexes (GDC) pour lequel le poids des ressources utilisées correspond à l'utilisation moyenne de ressources. Le poids des autres GDC est établi en fonction de leur utilisation comparative par rapport au groupe moyen. Le tarif par activité est déterminé en évaluant l'indice 1 et en multipliant cette valeur par l'indice du groupe de diagnostic de l'activité.

## 3.2 LES MODES DE FINANCEMENT DES HOPITAUX PROSPECTIFS

Selon le financement prospectif, l'allocation des ressources par le payeur à l'établissement hospitalier se fait en début d'exercice ou année financière. Ce dernier est chargé de le gérer de telle sorte à ne pas le dépasser.

### 3.2.1 LE FINANCEMENT PAR BUDGET

Traditionnellement, les systèmes de santé intégrés et universels ont recours au financement des organisations par subventions globales ou par budget. Cette méthode est généralement utilisée lorsqu'il y a peu d'information sur l'activité et sur les coûts. Cette information qui s'est plus ou moins améliorée selon les juridictions a permis de faire évoluer le financement par budget pour mieux refléter l'activité. On la retrouve au Canada, en Finlande, au Danemark, en Norvège, en Suède et encore en partie en Angleterre. L'emphase des systèmes financés par budget est mise sur le contrôle des coûts.

#### *La détermination des budgets prospectifs*

Il existe deux principales approches de détermination des budgets globaux<sup>12</sup> (Banque Mondiale, 2009). La première selon les budgets historiques est la forme la plus simple, mais aussi la plus limitée en termes de soutien à la gestion des établissements. C'est précisément cette quête qui a donné lieu au développement de la seconde approche, le financement basé sur les groupes de diagnostics connexes<sup>13</sup>.

L'approche **historique** consiste à calculer le montant du budget de la nouvelle année en se basant sur celui de l'année précédente. L'objectif implicite à cette méthode est de conserver la même activité que l'année précédente et ainsi contrôler le budget. Ainsi,

<sup>12</sup> À ce sujet, la formule utilisée en Ontario est intéressante. Voir *Integrated Population Based Allocation Formula (IPBA)*, N. Brooks, 2001.

<sup>13</sup> Méthodologie de regroupement des patients selon leur diagnostic, en anglais « Diagnostic Related Group (DRG) ».

d'une année à l'autre, les budgets de l'année précédente sont tout de même ajustés pour tenir compte de facteurs tels le taux d'inflation, les décisions d'investissement en capital et les ententes avec les différents syndicats (Sutherland, 2009).

On observe deux modes d'allocation budgétaire dans les systèmes de financement hospitalier par budget historique, l'allocation globale et l'allocation ligne par ligne.

**Le budget global** est un montant total alloué à l'hôpital afin qu'il assure les activités anticipées durant l'année. **Le budget ligne par ligne** suit le même principe à l'exception que les montants alloués le sont pour chaque ligne de service au lieu de laisser l'établissement décider de sa répartition. La principale différence entre ces deux mécanismes d'allocation se situe au niveau de la liberté qu'il confère à l'établissement pour allouer les ressources selon les activités.

Pour tenir compte des différences observées dans les coûts et niveaux d'activités dans les hôpitaux, les provinces canadiennes ont développé des modèles de répartition des budgets **fondés sur la population**. Ces budgets tiennent compte des besoins de la population et sont généralement utilisés pour effectuer l'allocation régionale (Sutherland 2011). La répartition des budgets selon cette méthode utilise les données historiques d'utilisation des soins médicaux et hospitaliers en phase aiguë et les ajuste pour tenir compte de l'évolution démographique.

**Les budgets prospectifs basés sur les groupes de diagnostics connexes (GDC)** sont des budgets déterminés à partir de la combinaison de cas historiquement traités dans l'institution en question. En d'autres mots, le payeur évalue le budget qu'il octroie à l'établissement en considérant les cas (quantité et type) et le prix qu'il a payé pour les ressources allouées par cas l'année précédente. Cette approche est également appelée **normative**. Le payeur a la flexibilité d'ajuster le budget qu'il octroie pour tenir compte d'un objectif de quantité. Cette méthode a pour avantage de mieux tenir compte de la productivité des établissements et donc d'être plus équitable que la méthode historique. Les systèmes de paiements prospectifs selon les GDC sont développés dans le but d'encourager une plus grande efficacité. En Suède, une comparaison entre les cantons où les soins sont payés par ce système et ceux qui ne l'utilisent pas a révélé une différence de coûts de l'ordre de 10 %. Il en est de même en Australie (European Observatory on Health Systems and Policies 2005 et 2006). Certains pays, comme la France, implantent ce système provisoirement comme une première étape vers un système de facturation basé sur les cas réels. Le Québec détermine en partie les budgets des hôpitaux selon cette méthode.

#### *Les avantages des méthodes de financement par budget*

**Le contrôle des coûts** – est certainement l'avantage le plus important et généralement reconnu dans la littérature sur le financement des services de santé. Street (2007) ajoute que cette qualité est l'un des facteurs expliquant qu'elle a été la forme prédominante de financement durant de nombreuses années.

**La simplicité de calcul** – Si le budget à calculer n'est pas le premier depuis l'apparition de l'établissement hospitalier, le calcul du nouveau montant est relativement simple.

**La flexibilité** – Sutherland (2009) note que les budgets globaux peuvent parfaitement être complétés par d'autres formes de paiements.

**Plus équitable pour la population** – La Banque Mondiale (2009) considère le financement par budget comme la forme la plus équitable du point de vue de la population. En effet, la distribution des montants disponibles facilite une meilleure répartition des services aux patients eus égard aux facteurs démographiques, épidémiologiques et socioéconomiques.

#### *Les inconvénients des financements prospectifs*

**Un manque d'incitatifs** – Dans la littérature, le principal inconvénient de ce mode de financement est le manque d'incitation à l'efficacité, notamment sur les points suivants : la qualité des soins, la performance en termes d'efficacité des établissements et l'accès aux services. L'hôpital est responsable de ne pas dépasser son budget mais chaque nouveau patient a un impact sur les coûts. Cette priorité a pour effet de restreindre l'accès aux services. En plus, ce mécanisme n'incite pas les hôpitaux à raccourcir la durée de séjour des patients et à les aiguiller vers des ressources moins coûteuses parce que le coût journalier de l'hospitalisation diminue avec la durée du séjour. En libérant une place plus tôt, on remplace un patient moins coûteux par un patient plus coûteux. C'est pourquoi on observe dans les systèmes où les hôpitaux sont financés par budget une rotation assez faible de patients traités et une tendance à vouloir minimiser les ressources consommées par chacun. Ce qui peut entraîner une qualité des soins moindre.

**Des durées de séjour longues** – Cet inconvénient est directement lié au manque d'incitations expliqué dans le paragraphe précédent.

**Une innovation limitée** – Le CHSRF (Sutherland 2010) note que les budgets globaux limitent l'innovation du fait que le risque financier est trop grand pour les hôpitaux de modifier leur procédure.

**Un risque non partagé** – Selon Street (2007), les hôpitaux sont tenus d'avoir une activité minimale correspondante à l'accord entre l'établissement et le payeur. Ainsi, dans le cas où le budget est épuisé avant la fin de l'année et qu'il existe encore une demande de soins, alors l'hôpital fonctionnera à perte.

**La perpétuation des inégalités** — Si à l'état initial les budgets globaux ont été calculés de manière inégalitaire, les renouvellements des montants sur une base historique vont entraîner une perpétuation de ces inégalités.

**L'opacité du processus d'allocation des fonds** – Les budgets globaux laissent un degré de liberté potentiellement important aux gestionnaires des établissements. La possibilité pour le payeur d'exiger un niveau d'efficacité en retour du financement octroyé dépend de la qualité des systèmes d'information sur l'activité et donc de sa capacité à comparer la performance des différentes régions et établissements.

**Les services et/ou fournitures non couverts** - L'incitation implicite à prioriser le contrôle des budgets et l'opacité du processus engendrent une confusion sur la

composition du panier de services assurés par le régime public. Il en résulte un accès limité à des services, fournitures et médicaments potentiellement plus performants que ceux offerts dans les établissements (Castonguay, 2011).

---

### 3.2.2 LE FINANCEMENT PAR CAPITATION

Le financement par capitation est un mode de financement plus fréquemment utilisé pour financer les services primaires de santé. Selon ce mode de financement, le prestataire, soit un médecin ou une organisation de soins primaires, reçoit un prépaiement per capita, ajusté ou non en fonction du risque de consommation pour couvrir tous les besoins médicaux des personnes enregistrées auprès d'eux.

Ce mode de financement est inspiré des méthodes de financement et de transfert de risque développées par les Compagnies d'assurance privées aux États-Unis et sociales, aux États-Unis et en France. La capitation responsabilise le prestataire pour la dispensation d'une gamme de services, des soins primaires seulement jusqu'à la couverture totale des besoins de santé (Angleterre).

Le financement par capitation transfère le risque lié au contrôle des coûts des services à assurer au prestataire. Ainsi, il encourage les prestataires à maintenir leur clientèle en santé, ou à prévenir la maladie, pour qu'elle consomme le moins possible de services. Ce mode de financement nécessite une surveillance pour éviter que les prestataires réduisent leurs dépenses aux dépens des patients dans le but d'accroître leur rentabilité. Selon les caractéristiques du contrat de capitation, les avantages et inconvénients suivants ont été observés dans la littérature.

*Les avantages du financement par capitation sont de :*

- assurer un meilleur contrôle du budget du point de vue du payeur;
- encourager la prévention ;
- réduire la prestation excessive de services;
- encourager l'adoption de paquet de soins uniformes (selon les évidences) pour tous les patients.

*Par contre, il présente les inconvénients de :*

- risquer une sous-consommation potentielle, à moins que les services compris dans le forfait soient prescrits dans le contrat avec le payeur;
- encourager le prestataire à se limiter à des actes qui sont compris dans le forfait et de reporter des actes non prévus mais qui pourraient être nécessaires;
- risquer une certaine sélection des patients.

Même s'il existe deux formes de financement des services de santé prospectifs, on observe surtout le financement par budget dans les pays où le système de santé est intégré et universel, dont les pays et juridictions étudiés dans le cadre de cette analyse comparative. Les inconvénients liés à l'absence d'incitation à l'efficacité de ce mode de financement génèrent en plus un sentiment d'iniquité entre les établissements. Ce sont

ces inconvénients qui ont généré le besoin de lier financement et niveau de services. C'est aussi ce qui a incité les établissements et les payeurs à développer des systèmes d'évaluation, de classification et de coût des activités dans les établissements. Pour les premiers, c'est un moyen de comparer la qualité et les coûts de leurs activités en plus d'améliorer leur capacité de négocier avec le payeur. Pour le bailleur de fonds, l'amélioration de l'information sur les coûts de revient des activités hospitalières leur permet de comparer la performance des établissements, la comprendre et l'influencer.

### 3.3 LES MODES DE FINANCEMENT DES HOPITAUX RETROSPECTIFS

Le principe de base du financement rétrospectif est que le paiement est effectué après que les services aient été prodigués par les établissements hospitaliers. On dit de ce mode de financement que le « financement suit le patient ». Ainsi, le patient est une source de revenus plutôt qu'une source de dépenses.

#### *Les formes de financements rétrospectifs*

Les mécanismes de financement rétrospectifs peuvent prendre plusieurs formes selon la nature des services attendus en contrepartie du paiement. Cette diversité engendre une certaine confusion parce que les termes peuvent désigner différents mécanismes selon les interlocuteurs.

Les mécanismes de financement rétrospectifs peuvent être regroupés sous les vocables de financement à l'activité ou de financement incitatif. On observe trois types de financement à l'activité selon la nature des activités qui sont financées : le financement basé sur l'acte, le financement par cas ou item, le financement basé sur les évidences. Les mécanismes de financement incitatif récompensent la performance d'une activité spécifique.

#### 3.3.1 LE FINANCEMENT A L'ACTIVITE

Le financement des hôpitaux basé sur l'activité repose sur deux composantes essentielles. La première est le système de classification de l'activité permettant de suivre le nombre, la nature des activités et l'utilisation des ressources d'un ou des établissements. La deuxième composante est la tarification de cette activité.

Comme mentionnée précédemment, l'évolution des mécanismes de financement est tributaire de la sophistication des systèmes d'information de classification des activités et de collecte d'information. Dans la majorité des cas, ces systèmes de classification ont été développés initialement afin de mieux comprendre la nature des activités, la comparer et améliorer la gestion des établissements. Éventuellement, ces systèmes ont rendu possible l'implantation de financement dit à l'activité.

**Le financement à l'acte**, la forme la plus simple de financement à l'activité, est une méthode de paiement au sein de laquelle les hôpitaux sont remboursés pour chaque acte effectué. Un épisode de soins hospitalier génèrent une quantité d'actes dont les actes diagnostics (tests de laboratoire, radiographies, chirurgies, ...), les services

médicaux (du médecin) et les services infirmiers (souvent rémunérés par jour d'hospitalisation). Le paiement est associé à chaque acte sans considération pour l'ensemble des actes effectués dans le cadre de l'épisode de soins ou des besoins du patient.

**Le financement par cas (ou selon le GDC)** – Le financement par cas finance l'ensemble des services et fournitures requis dans le cadre d'un épisode de soins, soit du début d'une hospitalisation jusqu'à la sortie du patient de l'hôpital. Il responsabilise l'hôpital pour l'ensemble des coûts suscité par une hospitalisation donnée. Les tarifs sont soit établis par le payeur et sont liés aux coûts attendus par ce dernier pour les services offerts, soit négociés entre le payeur et le prestataire.

**Le financement basé sur les évidences** — Ce type de financement a pour objet d'améliorer la qualité en influençant les pratiques pour qu'elles respectent les évidences. Les tarifs sont établis en fonction du coût lié aux ressources utilisées lorsque les meilleures pratiques sont appliquées.

Ces méthodes de financement sont différentes les unes des autres tant du point de vue de ce qui est remboursé que des objectifs poursuivis. Elles sont toutefois toutes tributaires de la sophistication des systèmes de classification et de tarification en place.

#### *Les avantages du financement basé sur l'activité*

Les avantages des systèmes de financement à l'activité dépendent du contrat lié au paiement de l'activité et des systèmes d'information, de classification et de tarification, qui les appuient. L'instauration du financement à l'activité dans un système financé par budget aura pour effet indirect d'encourager les organisations à développer leurs systèmes d'information. C'est en grande partie ce développement qui génère les avantages que l'on confère au financement à l'activité. Le contrat où les conditions attachées au paiement de l'activité ont pour effet de pallier certains désavantages liés à cette forme de paiement.

**Augmentation de la quantité de soins offerts** – Contrairement aux hôpitaux financés par budget global où chaque nouveau patient diminue la quantité de ressources financières disponibles, les hôpitaux financés à l'activité augmentent leur budget en fonction des patients accueillis. Ceci peut conduire à l'augmentation de l'activité et donc à la réduction des files d'attente et donc à l'amélioration de l'accès aux services hospitaliers.

#### *Avantages additionnels liés au financement par cas et selon les évidences*

Dans le cas des systèmes de financement par cas et de financement basé sur les évidences, les avantages suivants s'ajoutent :

**Amélioration de la qualité de gestion des hôpitaux** – Cet avantage est clairement à l'origine de l'instauration de ces systèmes de financement. En mettant en place les systèmes de classification, les hôpitaux documentent leurs procédures et peuvent identifier les sources de consommation de ressources. En plus, ils sont en mesure de

comparer leurs résultats, niveaux d'activités et coûts dans le temps et entre hôpitaux. Cette connaissance est un incitatif puissant à s'améliorer.

**Augmentation de l'efficacité et la réduction des coûts par patients** – Cet incitatif provient de la tarification de l'activité par cas ou selon les évidences. En effet, le montant remboursé selon le groupe dans lequel le patient est classifié est connu des établissements. Avec l'information dont ils disposent, ils vont être incités à améliorer leurs procédures afin que les ressources utilisées soient en deçà de ce qui est remboursé. Ceci peut aussi conduire à l'adoption par les établissements des meilleures pratiques cliniques.

#### *Les inconvénients du financement basé sur l'activité*

Le financement basé sur l'activité comme tout autre mécanisme de financement comporte des inconvénients. Afin de pallier pour ces inconvénients, les juridictions ayant adopté ces modes de financement ont adopté des mécanismes pour les mitiger. Ces derniers sont décrits en italique.

**Incite les fournisseurs de soins à réaliser les activités les plus lucratives** — Les paiements par traitement individuel (à l'acte ou par cas) créent un incitatif à produire plus de services sans égard à la création de valeur tout au long de l'épisode de maladie. Ces méthodes créent un incitatif à réaliser des procédures les mieux rémunérées, **aux dépens des activités à valeur ajoutée**, mais mal rémunérées telles que la prévention, l'éducation ou le conseil. *On observe de plus en plus un recours au financement par épisodes de soins regroupés ou selon les évidences (selon la condition médicale du patient), ce qui exige du fournisseur de soins qu'il assure les soins nécessaires au rétablissement complet et à l'autonomie du patient, par exemple les services de réadaptation et les soins à domicile après une chirurgie de la hanche (Teperi 2009).*

**Un contrôle des coûts affaibli** – puisque chaque patient est lié à un accroissement de revenu, les hôpitaux sont incités à multiplier le nombre de cas pris en charge et ainsi à accroître leur budget. *Les payeurs qui souhaitent contrôler leur budget annuel ont recours soit à la fixation du budget de l'acheteur (au Danemark et en Finlande), à la diminution des tarifs au-delà du niveau d'activités attendu (en Angleterre) ou à la tarification liée aux coûts marginaux des activités.*

**Une sélection des patients** – Il y a une préférence à traiter les groupes de patients dont les coûts pour l'établissement sont inférieurs aux paiements établis. *Pour éviter la sélection des patients, les payeurs vont établir soit un tarif pour les patients complexes ou ajouter une capitation pour la prise en charge de ces patients.*

**Des durées de séjour plus courtes** – Le fait que les hôpitaux sont incités à traiter plus de patients va induire une diminution de leur durée de séjour afin d'augmenter leur capacité d'accueil annuelle. Ceci peut devenir un problème dans le cas où la rapidité des congés met en péril la qualité des soins prodigués. *Pour prévenir les sorties d'hôpitaux trop rapides, les payeurs peuvent refuser de payer pour les réhospitalisations à l'intérieur d'un délai donné.*

**Une possibilité pour les hôpitaux de manipuler le codage** – L’Audit Commission (2005) de la Grande-Bretagne liste cinq sources potentielles de manipulation de la classification des activités de la part des hôpitaux. Ces manipulations ont pour objectif d’obtenir un remboursement plus important que nécessaire :

- i) Enregistrer des diagnostics et procédures additionnelles et non nécessaires, sélectionner les diagnostics les plus chers pour les patients (*upcoding*);
- ii) La sortie et la réadmission des patients afin d’obtenir des paiements additionnels pour un même accès;
- iii) Des admissions inappropriées;
- iv) Garder les patients plus d’un certain temps afin d’avoir accès au remboursement basé sur une longue durée de séjour;
- v) Déplacer l’activité vers celles qui sont remboursées au détriment de celles exclues.

Les mécanismes de contrôle et d’audit mis en place en Angleterre et au Danemark ont permis de minimiser ces comportements. Si bien qu’en Angleterre les travaux d’évaluation effectués sur cette question n’ont pas pu démontrer la présence de ces pratiques (Audit Commission 2008).

#### *Inconvénients additionnels liés au financement à l’acte*

Dans le cas du financement à l’acte de base, en plus de restreindre la capacité à contrôler les coûts de système, on observe les inconvénients additionnels suivants :

**Multiplication d’actes non nécessaires** — L’augmentation de la quantité d’actes n’est pas forcément accompagnée d’une augmentation du volume de patients traités. En effet, les hôpitaux sont incités à augmenter le nombre d’actes posés par patient. *Le développement des systèmes d’information sur les coûts par cas et leur utilisation pour comparer la performance des établissements et pour établir les tarifs ont pour effet de lier l’activité des établissements avec les besoins des patients.*

**Inefficacité** – Il n’y a aucun incitatif pour les hôpitaux à revoir leurs procédures. Ainsi, dans le cas où ces dernières seraient dispensées de manière inefficace, ce type de paiement aura tendance à perpétuer le mauvais usage de ressources.

### 3.3.2 LE FINANCEMENT INCITATIF (BASE SUR LA PERFORMANCE OU LES RESULTATS)

**Objectifs poursuivis** – Le financement incitatif<sup>14</sup>, aussi appelé à la performance, est utilisé comme moyen d’atteindre des objectifs prioritaires en mettant l’emphase sur des résultats précis. Il permet ainsi de prioriser des cibles de qualité des soins, d’assurer la relation entre le patient et l’établissement et/ou de réduire les délais d’attente. Tout dépend de l’indicateur de résultat auquel est lié le paiement. Ce type de paiement

---

<sup>14</sup> Selon l’OCDE il n’existe pas de définition du paiement à la performance qui soit reconnue à l’échelle internationale.

accompagne généralement un autre mode de financement qu'il soit prospectif ou rétrospectif.

**Les indicateurs de résultats (également nommé « de performance »)** – Les indicateurs suivis ainsi que le paiement associé à l'atteinte de résultat sont définis par les comportements que le payeur désire susciter chez les fournisseurs de services. Ceci implique que les systèmes d'information doivent permettre le suivi des indicateurs de résultats pour justifier le paiement associé (ou la sanction le cas échéant). Le plus souvent, la mesure de résultats des hôpitaux est associée à la réalisation de procédures recommandées (vaccins, mammographies...) et parfois à un indicateur de qualité de celles-ci (taux de réhospitalisations). D'autres indicateurs de résultats sur l'expérience du patient (délais d'attente) ou la pertinence des soins dispensés font partie des objectifs récompensés observés (taux de cholestérol, pression...) (Sutherland, 2009).

Par exemple, en Colombie-Britannique, « the Emergency Decongestion Pilot » a été mis en place afin de récompenser les établissements qui ont réduit les temps d'attente dans les urgences. Dans ce programme, il est considéré qu'un certain pourcentage de patients doit être pris en charge et sorti en moins de 2 ou 4 heures selon la gravité de leur cas et que les patients nécessitant un lit en obtiennent un dans les 10 heures suivant leur arrivée. Les établissements respectant ces critères se voient récompensés d'un montant financier qui se doit d'être investi dans un programme d'accès de leur choix<sup>15</sup>.

#### *Les avantages du paiement incitatif (à la performance)*

**Un puissant incitatif** – Selon les objectifs poursuivis, les paiements à la performance sont de puissants incitatifs. Ils permettent de conduire les établissements à adopter un comportement désiré.

**Meilleure information sur la qualité** – lorsque ces paiements sont mis en place, les établissements sont incités à fournir les informations sur la qualité de leur procédure afin de pouvoir prétendre à leur compensation financière. Ces données vont non seulement permettre aux administrateurs d'évaluer leurs forces et faiblesses, mais aussi au décideur du système de mettre en place des stratégies à but précis.

#### *Les inconvénients du paiement à la performance*

**Des coûts administratifs élevés** — La récolte d'informations peut entraîner une hausse des coûts administratifs. L'importance de ces coûts dépend cependant de l'existence de technologies d'information appropriées dans les établissements, par exemple les dossiers médicaux informatisés (Sutherland, 2009). L'OCDE note ici que les coûts peuvent être élevés au moment de l'implantation du système, mais qu'ils peuvent produire un retour sur l'investissement surtout lorsque les patients sont en meilleure santé (OCDE 2010 (b)).

---

<sup>15</sup> Pour plus d'informations : [www.providencehealthcare.org/EDP\\_Success.htm](http://www.providencehealthcare.org/EDP_Success.htm) (site consulté le 5 mars 2012).

**Un déplacement de l'offre de services** — Si les incitatifs financiers ne concernent qu'une partie de l'activité ou encore se basent sur un nombre limité d'indicateurs de qualité, les établissements vont être conduits à mettre plus d'efforts sur ce qui est évalué que sur ce qui ne l'est pas. En outre, l'OCDE note que le problème d'asymétrie de l'information est difficilement contournable. Le médecin est plus instruit que le patient, c'est pourquoi ce dernier se fie sur lui en tant que « mandataire ». Toutefois même si le médecin est sensé agir dans l'intérêt du patient ce n'est pas toujours le cas, car les médecins ont aussi leurs intérêts, des objectifs et des informations différentes (OCDE 2010 (b)). Le financement incitatif peut influencer le comportement du médecin.

Les deux précédentes sections ont présenté les différentes méthodes de financement des hôpitaux. On a observé que chacune d'entre elles possédait ses propres caractéristiques, tant au niveau des mécanismes utilisés que de leurs effets positifs et négatifs.

Le tableau suivant résume les caractéristiques de chacun des mécanismes de paiement décrit dans les sections précédentes en fonction des objectifs des politiques de santé:

**Figure 3.3 : Effets des mécanismes de financement sur les caractéristiques de l'offre**

	Contrôle des coûts	Accès	Volume	Qualité
Budget <sup>16</sup>	+	-	-	-
Capitation		+		+
Financement par acte	-	-	+	-
Financement par cas	-	+	+	(-) <sup>1</sup>
Financement basé sur les évidences	-	+	+	+
Financement incitatif (performance)	(-) <sup>2</sup>	+	+	+

1 : le financement par cas aura pour effet d'améliorer la qualité à condition que des mesures visant à restreindre l'impact sur la durée des hospitalisations soient également adoptées. 2 L'impact du financement incitatif sur le contrôle des coûts dépend des mesures adoptées et des coûts d'administration.

À la lecture de ce tableau, la principale observation est qu'aucun mécanisme de financement pris à son état brut ne satisfait l'ensemble des objectifs du système de santé. C'est ce qui explique que les juridictions adoptent des modes de paiement mixtes selon les besoins.

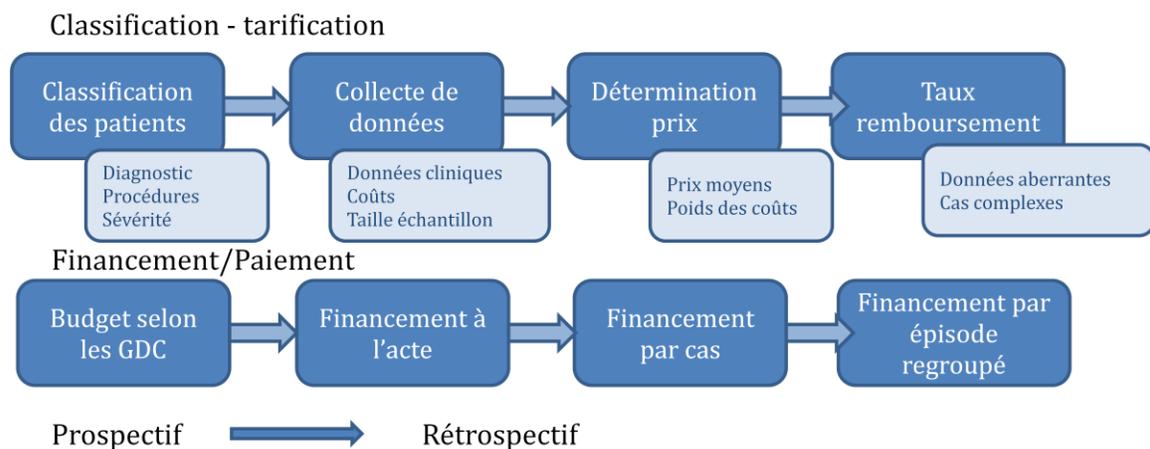
<sup>16</sup> On parle ici autant des budgets globaux que des budgets ligne par ligne, historiques et basés sur les GDC.

### 3.4 LE FINANCEMENT DES HOPITAUX, UN PROCESSUS EVOLUTIF

L'efficacité des méthodes de financement des hôpitaux dépend des objectifs des décideurs. Si l'objectif primaire est de contrôler les coûts, alors la méthode de financement par budget est la plus efficace malgré son coût élevé au niveau de l'attente. Toutefois, les pays qui ont recours à cette méthode le font souvent faute de meilleurs indicateurs pour évaluer les besoins de santé. Les méthodes utilisées reflètent le plus souvent l'information dont disposent les payeurs.

#### *L'évolution et la mixité des mécanismes de financement*

Le passage d'un mode de financement par budget à un mode de financement à l'activité est généralement un processus évolutif.



Source : Busse et al (2009) ajusté par les auteurs

#### *Des budgets globaux historiques au budget basé sur les GDC*

Avec le temps la nécessité de mieux contrôler l'évolution des coûts, d'améliorer l'accès, d'être plus équitable dans les allocations et surtout d'accroître la valeur des allocations budgétaires, ont encouragé les gestionnaires des systèmes de santé à améliorer la connaissance des activités des hôpitaux dans le but de les comparer et de les influencer, ce qui a donné naissance au système de classification selon les GDC.

Ces systèmes ont permis aux gestionnaires d'ajuster les budgets historiques globaux en fonction d'objectifs plus précis, par exemple : tenir compte de la nécessité d'investir dans de nouvelles technologies; pallier au manque de ressources humaines dans les régions éloignées et favoriser un volume de soins approprié. Les budgets globaux sont également ajustés pour prendre en compte la diversité des populations desservies, tant du point de vue de leur condition socio-économique, démographique que de la prévalence des morbidités.

#### *Le financement par budget combiné au financement à l'activité*

Dans les systèmes de santé intégrés et universels, on observe une tendance à transformer les systèmes de financement entièrement par budgets globaux en ajoutant

des paiements basés sur l'activité pour une partie des services et éventuellement pour tous les services hospitaliers de courte durée. Les juridictions combinent **les modes de financement** des hôpitaux afin de conserver les effets positifs de chacun et d'en évacuer les effets négatifs. En plus, les modes de financement mixtes permettent de résoudre l'arbitrage entre les coûts administratifs et les incitations désirées (Barnum, Kutzin, Saxenian, 1995).

Cette stratégie est généralement liée à un besoin d'augmenter les volumes de soins pour pallier des temps d'attente trop élevés et des niveaux de productivité anémiques. Le fait que le financement à l'activité ne soit appliqué que pour une partie des activités a pour effet d'augmenter les volumes des services pour lesquels l'attente est la plus problématique tout en préservant l'avantage de contrôler les budgets. En plus, le budget global permet aux établissements d'assumer graduellement les risques liés aux dépassements de leurs coûts par rapport au tarif et de s'ajuster. Cette prise de conscience graduelle des coûts a contribué à améliorer les compétences des gestionnaires de système de santé (Bloom et al. 2010).

La nature des activités elles-mêmes évolue dans la majorité des cas observés. Par exemple, l'implantation de tarif à l'activité encourage les établissements à développer une meilleure connaissance de leurs coûts pour maintenir un équilibre budgétaire. Le développement des systèmes d'information et de classification des activités a permis d'aligner les tarifs avec les coûts attendus par cas et ainsi de faire évoluer les paiements à l'acte aux paiements par cas. Ce qui incite les établissements à améliorer leur efficience. Ultimement, les systèmes de financement à l'activité les plus sophistiqués établissent les tarifs selon les meilleures pratiques (évidences) et influencent ainsi leur adoption.

#### *Autres combinaisons de modes de paiement*

Les paiements incitatifs sont combinés à d'autres modes de paiement, par budget ou à l'activité, afin de favoriser l'emploi de certaines procédures.

### 3.5 CARACTERISTIQUES INSTITUTIONNELLES QUI INFLUENCENT L'EFFICACITE DES MODES DE PAIEMENT

Le mode de financement des hôpitaux est un des mécanismes de gouverne qui s'insère dans un système dynamique. L'efficacité du mode de financement qu'une juridiction adopte pour atteindre des objectifs donnés dépend non seulement du type et du mélange de mécanismes de paiement, mais aussi des autres composantes institutionnelles du système de santé.

#### 3.5.1 LA SEPARATION DES ROLES D'APPROVISIONNEMENT DE SERVICES ET DE CELUI DE FOURNISSEURS DE SERVICES

La dissociation des rôles d'acheteur et de prestataire de services de santé a pour avantage de clarifier les responsabilités et les modalités de gouvernance des systèmes de santé. Les acheteurs agissent, en théorie, pour le compte des patients, identifient les

besoins de services de santé et passent des contrats avec des prestataires pour y répondre. Ils mettent en place des mécanismes afin de s'assurer de la réalisation du contrat et possiblement de l'atteinte d'objectifs de qualité. Les systèmes de santé basés sur les prestations sociales se prêtent plus facilement à ce type de relation contractuelle puisque la division des responsabilités d'achat et de provision de services est intrinsèque au système. Toutefois, certains systèmes intégrés tels que le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et quelques pays nordiques se sont inspirés de cette caractéristique pour transformer leur système et aligner les incitatifs des parties prenantes (OCDE 2010 (a)).

**Le rôle de l'acheteur** – Busse, Figueras, Robinson et Jakubowski (2007) mettent en évidence l'importance d'un système d'achat de services stratégique. Selon eux, tous les systèmes de santé exercent la forme la plus simple d'approvisionnement en allouant les fonds de santé ou en remboursant les prestataires de soins. Cette fonction peut évoluer, car elle constitue un puissant levier si elle est alignée avec les besoins de la société en services de santé. Elle peut influencer la performance du système de santé.

Michael Porter souligne que la connaissance des coûts et des résultats permet d'allouer les ressources auprès des fournisseurs de soins qui offrent la meilleure valeur, soit les meilleurs résultats par dollar (Kaplan et Porter 2011).

---

### 3.5.2 L'INDEPENDANCE DE GESTION

L'OCDE note que dans les systèmes gérés centralement, les hôpitaux ont une marge de manœuvre restreinte face à la gestion des budgets. Dans plusieurs cas, dont le Royaume-Uni, les capacités de gestion se sont améliorées par l'octroi d'une plus grande autonomie décisionnelle et la possibilité de réinvestir leurs surplus budgétaires autrefois rapatriés au niveau central en fin d'exercice. Cette plus grande autonomie de gestion les a conduits à externaliser certains services non essentiels. L'OCDE observe que de l'avis général l'externalisation peut faire baisser les coûts dans la mesure où il y a une concurrence dans l'offre de ces services (OCDE 2010 (a)).

---

### 3.5.3 L'INDEPENDANCE ET LA REMUNERATION DES MEDECINS

Léger (2011) et Sutherland (2009) notent que l'indépendance des médecins par rapport aux hôpitaux pose un enjeu (au Canada). Selon eux, il serait profitable pour l'établissement que le médecin qui y pratique porte une partie du risque associé aux coûts des ressources utilisées. En effet, au Canada les médecins sont non salariés<sup>17</sup> et indépendants de l'hôpital, mais ils décident du type et du niveau de soins prodigués aux patients, deux composantes directement liées aux coûts. La relation entre le médecin et l'établissement est un facteur important dans l'atteinte des objectifs sanitaires. Dans aucun autre système, nous n'avons observé ce niveau d'indépendance des médecins par rapport aux hôpitaux dans lesquels ils œuvrent.

---

<sup>17</sup> Par indépendance nous signifions que le médecin n'est pas payé par l'établissement, tout en y travaillant. Ce sont les régimes d'assurance publics qui rémunèrent directement les médecins.

Léger (2011) fait aussi état des effets que peuvent avoir le statut et la structure de rémunération des médecins sur des composantes du système de santé, incluant les hôpitaux. On peut établir deux catégories d'effets induits par les médecins sur les hospitalisations. D'une part, la rémunération des médecins peut les conduire à envoyer un patient à l'hôpital alors qu'ils auraient pu le prendre en charge. Par exemple, un paiement par capitation des médecins généralistes<sup>18</sup> va inciter ces derniers en ce sens. Ainsi, ils garderaient pour eux la prime associée à la personne dont ils ont la charge alors que ce patient se fait traiter à l'hôpital. L'effet ici est clair : des patients ne devant pas se trouver à l'hôpital y sont, ce qui peut tendre à une augmentation de la demande de services hospitaliers. D'autre part, un paiement à l'acte peut aussi entraîner une multiplication de soins non nécessaires de la part du médecin sans se préoccuper de l'impact sur les ressources hospitalières.

#### 3.5.4 LA QUALITE DE L'INFORMATION

Lorsque l'information sur l'activité des hôpitaux est nécessaire à leur financement, qu'il soit rétrospectif ou prospectif, la qualité de la récolte d'information est un facteur central. Schreyögg, Stargardt, Tiemann et Busse (2006) discutent des considérations à prendre en compte à ce sujet. Selon eux, il y a un arbitrage à faire entre la récolte de données satisfaisantes à de hauts standards de qualité et la quantité des établissements tenus de les colliger. Il est important aussi que les données soient relevées de manière uniforme entre les établissements. Les coûts administratifs peuvent s'avérer élevés. Des juridictions prennent en charge une partie de ces derniers afin d'inciter les hôpitaux à fournir l'information pertinente<sup>19</sup>.

L'OCDE observe enfin que les progrès de l'information médicale et la manière dont elle est transmise — des patients aux prestataires, entre les prestataires et des prestataires aux payeurs — peuvent resserrer la coordination des soins, réduire l'offre de services redondants, faire baisser les coûts administratifs, assurer un retour d'information aux prestataires et ouvrir la voie à un système mieux planifié (OCDE 2010 (a)).

### 3.6 SOMMAIRE DES EVALUATIONS DES POLITIQUES DE FINANCEMENT A L'ACTIVITE DANS LES HOPITAUX

Bien que la littérature sur le financement des hôpitaux soit abondante, nous avons recensé peu d'études qui évaluaient les impacts des différents mécanismes. Ceci s'explique en partie par le fait que les réformes de ces mécanismes sont rarement implantées sans d'autres changements au système qui affectent aussi les résultats. Il est donc difficile d'isoler et évaluer la part de l'impact due au mécanisme de financement. Ensuite, les études internationales ne sont pas toutes traduites en anglais ou en français (études scandinaves par exemple). Enfin, dans plusieurs juridictions les

<sup>18</sup> La capitation dont il est question ici est allouée simplement pour la provision de soins primaires à des patients inscrits.

<sup>19</sup> En France par exemple, la moitié des salaires des personnes traitant l'information est prise en charge par l'État.

réformes sont si récentes qu'elles n'ont pas encore pu être évaluées. C'est le cas des réformes dans les provinces canadiennes. Nous avons tout de même identifié six études empiriques, dont trois sur les impacts du Financement à l'activité (FAA) et trois sur l'impact des politiques de concurrence en Grande-Bretagne; une évaluation des réformes du NHS en Grande-Bretagne et deux revues de littérature portant sur l'efficacité du FAA dans les pays scandinaves. Les paragraphes qui suivent résument les constats et résultats des évaluations d'impacts recensées dans le cadre de notre recherche documentaire.

**Les méthodes d'évaluation.** L'objet de toute évaluation de politique est de déterminer si elle atteint les objectifs pour lesquels elle a été implantée. On observe trois méthodes d'évaluation des impacts d'une politique publique. La première établit un lien de cause à effet. Ce lien est analysé par des techniques économétriques et répond au questionnement de savoir si une nouvelle politique est effectivement à l'origine des variations observées<sup>20</sup>. Il est à noter qu'il n'existe pas une méthode économétrique unique et acceptée par tous. Le choix de celle utilisée dépend du modèle économique développé, des données disponibles et des hypothèses retenues par le chercheur. La deuxième méthode d'évaluation ne prétend pas établir ce lien, mais permet de faire un état des lieux. C'est l'analyse statistique descriptive. Le chercheur y regarde en général l'évolution de différents paramètres dans le temps généralement des données secondaires. Enfin, dans un contexte où l'on cherche à évaluer des critères non observables quantitativement comme la motivation des employés ou lorsqu'il y a peu ou pas de données quantitatives, une étude qualitative peut être effectuée. Cette dernière est basée sur des questionnaires et entrevues.

**Les critères évalués varient en fonction des objectifs visés par la politique analysée.** Les politiques de FAA visent généralement l'augmentation de la quantité de soins réalisés, mais puisque les objectifs du système de santé sont plus larges, les analyses des résultats portent sur quatre critères : la quantité de soins, la qualité des soins, l'efficacité technique et l'efficacité allocative. Hollingworth, Dawson et Maniadakis (1998) donnent les définitions des deux derniers critères. L'efficacité technique correspond à la fourniture d'une quantité de soins maximale pour un montant donné d'intrants. Par exemple, cela correspond à la maximisation du nombre d'opérations du genou compte tenu du nombre de médecins disponibles. Cette mesure permet donc aux décideurs d'observer si l'introduction du FAA a en effet incité les hôpitaux à en faire plus pour un même budget. Le concept d'efficacité allocative correspond à l'efficacité économique d'une politique ou son efficacité à améliorer l'allocation des ressources au sein de la population. L'efficacité allocative ne considère donc pas strictement l'efficacité productive avec laquelle les ressources sont utilisées pour améliorer les résultats de santé, mais aussi l'efficacité avec laquelle ces résultats de santé sont distribués au sein de la communauté. L'efficacité allocative est positive lorsque les ressources allouées maximisent le bien-être de l'ensemble de la communauté.

**La difficulté d'isoler l'impact du FAA.** Une des difficultés que rencontrent les

---

<sup>20</sup> Les variations observées sont les critères évalués et mentionnés ci-dessus.

évaluateurs du FAA (PbR en Grande-Bretagne<sup>21</sup>) sur la performance des systèmes de santé est d'isoler les effets propres au FAA. L'Audit Commission dans son rapport intitulé « PBR : The right result? » (2008) discute de ce point lorsqu'il y est mentionné que « le FAA a sans aucun doute amélioré l'équité et la transparence du système de paiement. Il a potentiellement également eu un effet positif sur le niveau d'activité et l'efficacité des activités électives. Le nombre de cas d'un jour a augmenté et la durée de séjour a diminué pour les autres. Deux effets qui correspondent aux incitations que devrait générer le FAA. Toutefois, d'autres politiques (mises en œuvre en même temps) encourageaient les mêmes effets, en particulier les incitatifs à rencontrer les cibles de délais d'attente. Une analyse détaillée suggère que d'autres facteurs sont responsables des résultats positifs du FAA ». Les auteurs indiquent par la suite que les effets négatifs anticipés « par la théorie » ne se sont pas produits. Cohen, McGregor, Ivanova et Kinkaid (2012) vont dans ce sens lorsqu'ils affirment qu'il est difficile d'évaluer les conséquences précises d'une politique spécifique. D'une part, l'implantation d'un nouveau mode de financement est souvent un volet d'une politique plus large. D'autre part, les critères évalués sont liés entre eux. La qualité des soins par exemple a un effet sur les coûts du système, en limitant le nombre de réadmissions entre autres.

**L'impact du FAA sur l'efficacité des hôpitaux.** Cinq études retenues portent sur les impacts du FAA sur l'efficacité des hôpitaux, deux analyses économétriques, une évaluation qualitative et deux revues de 12 études portant sur les effets du FAA sur les établissements de santé scandinaves. En somme, les évaluations sont mitigées, mais les résultats avaient en commun les points suivants :

1. Il y a un lien positif entre le FAA et l'efficacité technique des établissements (c.-à-d. les établissements produisent plus avec les mêmes ressources);
2. L'efficacité coût ou l'amélioration des coûts unitaires n'a pas été démontrée, il est possible que l'augmentation de l'activité ait fait pression sur le coût des ressources dont l'offre est restreinte;
3. Les effets négatifs anticipés tels que le surcodage (« upcoding ») ou sur la sélection des patients ne se sont pas matérialisés.

Jakobsen a avancé deux raisons pour expliquer les résultats contradictoires des études qu'il a recensées et le fait qu'il faut porter une attention particulière à leurs interprétations. L'« image floue » émergeant de l'analyse des 12 études est selon l'auteur causée par :

- Les recherches existantes omettent un point important en focalisant sur le mode de paiement : Au cours des années, les règles sont souvent modifiées, adaptées et donc ont un effet mitigé sur l'atteinte des objectifs. L'argument sous-jacent à cette affirmation est que les systèmes de santé sont hautement hiérarchisés et bureaucratisés. Ceci fait en sorte que les interventions politiques sont nombreuses et de fait, certains hôpitaux publics vont être plus résistants aux incitatifs que d'autres.

---

<sup>21</sup> En Grande-Bretagne le FAA a été nommé « Payment by Result » mais il s'agit d'un paiement par cas et non par résultat dans le sens où nous l'avons défini dans les sections précédentes.

De plus, les parties prenantes peuvent elles-mêmes modifier les règles du jeu. L'exemple est donné avec les comtés qui sont très puissants dans les pays scandinaves vis-à-vis du gouvernement central et qui peuvent établir un rapport de force avec ce dernier.

- La deuxième raison avancée est plus technique. Elle fait appel à la façon dont les modèles théoriques sont testés. Les évaluations de la politique sont faites à partir de deux modèles. Le premier, appelé le modèle de l'effet relatif du prix, prédit une réponse uniforme par les établissements d'un paiement de type FAA. Cette réponse veut que ce type de paiement permette une augmentation de l'efficacité à un coût moindre. Le deuxième modèle, le modèle de pression, veut que le FAA améliore principalement l'efficacité des hôpitaux se trouvant en dessous de la moyenne. Cependant, l'auteur souligne l'importance d'inclure dans les modèles l'efficacité des établissements avant la réforme. Ceci peut être vu comme les dotations initiales des établissements<sup>22</sup>.

**L'impact de la concurrence sur les activités des hôpitaux.** Le NHS a adopté une stratégie d'introduction de la concurrence entre les hôpitaux pour les inciter à plus d'efficacité<sup>23</sup>. Avant les réformes des années 1990, le système britannique était reconnu comme l'un des plus centralisés des pays de l'OCDE et cela conduisait à une inefficacité dans la fourniture de soins (Maynard et al. 1996). Trois études se sont penchées sur les effets des incitatifs induits par la compétition entre les fournisseurs de soins : celle de Propper, Gaynor et Morrena-Serra en 2010, celle de Cooper, Gibbons, Jones et McGuire (2010) et celle de Bloom, Propper, Seller, Van Reenen (2010). Ces effets sont évalués en termes de qualité et de quantité des soins. Une autre, de l'Unité de recherche économique en santé du gouvernement britannique (Health Economics Research Unit HERU) analyse l'impact de la réforme (le PbR soit le « Payment by Result » le FAA de la Grande-Bretagne) sur la performance des hôpitaux. Les résultats des études sont plutôt positifs.

La conclusion de Propper, Gaynor et Moreno-Serra (2010) est que les établissements situés dans des marchés où la concurrence était importante (concentration d'hôpitaux) avaient plus de chance de mieux traiter leur patient, en des délais plus courts et pour le même coût. Ainsi, dans un marché concentré, c'est-à-dire où le nombre d'hôpitaux accessibles pour les patients est faible, la qualité et l'efficacité des soins seront inférieures que dans les autres marchés. La qualité est évaluée en fonction du taux de mortalité dans les 30 jours suivant une admission pour un infarctus du myocarde (AMI) tandis que la productivité et les coûts sont comptabilisés par divers facteurs comme la durée moyenne de séjour, le nombre d'admissions, les dépenses et les coûts par admission.

---

<sup>22</sup> Bjorn, Hagen, Iversen, Magnussen, 2010

<sup>23</sup> Voir l'annexe sur la Grande-Bretagne.

Cette conclusion est similaire à celles de Cooper et les autres (2010) selon lesquelles la compétition entre établissements dans un contexte où les prix sont fixes<sup>24</sup> tend à améliorer la qualité des soins offerts. Ils spécifient plusieurs définitions conceptuelles de la compétition, lesquelles confirment toutes l'amélioration du taux de mortalité au cours des 30 jours suivant une admission pour un infarctus du myocarde (AMI) suite à l'introduction du choix de l'établissement par le patient.

Une troisième étude s'est penchée sur l'effet de la compétition sur la qualité de la gestion des hôpitaux (Bloom, Propper, Seller, Van Reenen, 2010). Ils concluent que la compétition entre les établissements entraîne une amélioration de leur gestion. Les auteurs avancent plusieurs raisons à cela. Selon eux, la compétition leur donne un incitatif à obtenir de nouveaux patients et à un plus grand contrôle de la part des gestionnaires sur des critères de performance. Enfin, ils avancent qu'à l'intérieur d'une région à grande densité d'établissements, le marché va attirer de meilleurs gestionnaires et ceci va augmenter la compétition entre eux.

Une étude attribuable au *Health Economic Research Unit* (2007) a retenu notre attention pour son exhaustivité. Elle porte sur les effets de la réforme du NHS en 2004 dont l'introduction du PbR. Les auteurs y passent en revue l'historique des réformes du système de santé britannique, puis présentent les résultats du changement de mode de financement d'un point de vue qualitatif d'une part et quantitatif d'autre part. L'analyse qualitative se penche sur la compréhension du processus du PbR par les parties prenantes, sur la perception de son implantation et de ses conséquences. Les entrevues se sont déroulées en trois phases distinctes dans le temps afin que le processus de familiarisation avec le nouveau système soit pris en considération. Selon les auteurs, les parties prenantes ne semblaient pas opposées au PbR bien que leur enthousiasme pour la réforme variait. À la fin de la période, tous semblaient l'avoir acceptée. Les entrevues ont toutefois révélé que les acteurs du système ont trouvé que l'implantation a été trop rapide et les gestionnaires étaient en général sceptiques quant aux attentes des décideurs publics par rapport aux effets réels de cette réforme. La deuxième partie du rapport, quantitative, évalue les effets du PbR sur les coûts unitaires, le volume de soins, la qualité et sur les soins ambulatoires. Selon les auteurs, le PbR, avec son prix fixe a fait diminuer les coûts unitaires des soins et le volume de soins aurait augmenté. En effet, les volumes ont crû durant la période d'étude et les tests statistiques permettent d'établir un lien direct avec le mode de paiement des hôpitaux. Les auteurs ne peuvent en dire autant à propos de la qualité des soins. Ils mentionnent cependant qu'elle n'a pas diminué. Enfin, concernant les soins ambulatoires, l'objectif de la recherche portait sur le risque d'observer du surcodage « upcoding » ou un déplacement dans l'offre de services des établissements. Ils n'ont pu établir de lien entre

---

<sup>24</sup> Il est intéressant de noter que la fixation des tarifs en Grande-Bretagne a fait l'objet de nombreuses études et débats. L'intérêt entourant ce sujet se trouve au niveau de la compétition. Dans un environnement où les tarifs ne sont pas fixes, les prix deviennent un outil de compétition important en permettant d'attirer de nouveaux patients. Le fait de fixer les prix fait disparaître cet outil de concurrence. À ce moment-là, les établissements se concurrencent sur la qualité des soins qu'ils dispensent afin d'attirer de nouveaux patients.

le PbR et ces comportements dans la provision de services ambulatoires pendant la période.

En somme, les résultats portant sur les impacts de la réforme du système de santé de la Grande-Bretagne (GB) concordent avec les résultats des études effectuées sur les systèmes de financement dans les pays scandinaves à l'exception de l'observation sur les coûts unitaires des activités. Il est à noter que l'étude britannique évalue l'effet du PbR qui comprend un ensemble de politiques incitatives au-delà du FBA. Enfin, les auteurs s'entendent pour dire que le FBA a un impact à la hausse sur les volumes d'activités et sur les coûts totaux et à la baisse sur les durées de séjour. Les résultats sur l'efficience ou sur l'efficacité technique sont toutefois partagés.

### 3.7 SOMMAIRE DES PRINCIPAUX CONSTATS ISSUS DE LA REVUE DOCUMENTAIRE

Les mécanismes de financement sont un des moyens qui peut conduire les établissements à adopter des comportements en lien avec les objectifs du système de santé. Cependant, chaque mécanisme de paiement pris indépendamment ne permet pas d'atteindre tous les objectifs d'un système de santé. En plus, l'environnement dans lequel il est implanté va influencer son efficacité à atteindre les objectifs.

En effet, aucun mécanisme de financement ne satisfait seul l'ensemble des objectifs du système de santé. C'est pourquoi les juridictions adoptent un ensemble de mécanismes, ce dernier étant déterminé par la situation de départ, les priorités et les objectifs de la réforme. Les réformes des mécanismes de financement sont généralement un processus évolutif avec pour point de départ la volonté des gestionnaires du système d'améliorer leurs connaissances des activités des hôpitaux, leurs poids et l'utilisation des ressources. Le plus souvent, on a initialement observé une évolution du mode de financement par budget. On ajoute un budget alloué selon une estimation des activités jusqu'à une portion où tout le budget est alloué rétrospectivement par cas. La volonté de transparence et d'accroître l'efficience des systèmes a incité les gestionnaires de système à adopter des mécanismes de financement incitatifs, tel que le financement à l'activité.

Les analyses empiriques révèlent que le financement par cas est efficace pour accroître le niveau d'activités et la productivité des hôpitaux, mais qu'il fait augmenter les coûts totaux du système. En effet, plus d'activités signifient des coûts totaux plus élevés à partir du moment où le tarif payé équivaut au coût moyen et que le niveau total des activités a augmenté. Toutefois, la volonté d'augmenter l'activité est précisément la raison pour laquelle une juridiction implante un tel système. Si le budget total ne doit pas augmenter, il faut prévoir un mécanisme qui vise à l'empêcher.

Par ailleurs, les principaux désavantages associés au financement à l'activité n'ont pas été observés dans les contextes des évaluations retenues, soit le risque d'observer une baisse des durées de séjour trop importante et de la qualité des services, une sélection des patients et une propension à manipuler le codage des activités effectuées.

## 4. ANALYSE COMPARATIVE

*Par Joanne Castonguay (CIRANO)*

### 4.1 LES REFORMES ANALYSEES, LEURS OBJECTIFS ET STRATEGIES

Les politiques de financement des hôpitaux des juridictions analysées ont été adoptées dans le cadre de réformes des systèmes de santé visant à améliorer l'ensemble des objectifs sanitaires de ces derniers. Le tableau 4.1 présente les objectifs et les stratégies adoptés par les différentes juridictions analysées au cours de la réforme ou des réformes de santé de la dernière décennie et ayant influencé l'efficacité des mécanismes de financement des hôpitaux. On y observe que les réformes des mécanismes de financement des hôpitaux faisaient soit partie d'une réforme du système qui incluait plusieurs politiques d'amélioration des mécanismes de gouvernance et/ou soit partie d'une évolution dans le temps de politiques de santé qui ont facilité l'implantation du financement à l'activité.

Le tableau 4.1 énumère les objectifs des réformes de santé qui ont été analysées dans les six juridictions ainsi que les stratégies qui ont été mises en œuvre pour les atteindre. Les grands constats des différentes approches se résument ainsi :

La Grande-Bretagne est la juridiction qui a effectué le plus grand bouleversement de ses institutions afin d'améliorer l'efficacité de son système. Toutefois, les réformes institutionnelles de son système avaient débuté avant la période analysée, la plus importante d'entre elles ayant été la décentralisation de la responsabilité de la prestation de services et la mise en concurrence des prestataires pour améliorer leur performance. Il importe de noter aussi qu'au début du millénaire, la Grande-Bretagne a fortement augmenté ses budgets publics en santé, car elle accusait un retard considérable par rapport aux autres juridictions.

En 2004, la Grande-Bretagne a effectué une réforme en cinq volets de ses mécanismes de gouvernance, dont le financement à l'activité; l'instauration de Monitor, une agence de contrôle de la qualité et de la viabilité des hôpitaux; la possibilité pour les hôpitaux d'acquiescer un statut indépendant; l'amélioration de la rémunération des spécialistes; et la transparence et pour faciliter le choix des patients. La Grande-Bretagne a misé sur l'évaluation et l'amélioration continue de ses mécanismes de gouvernance. Les évaluations de la réforme de 2004 sont positives en ce sens que le système a augmenté son niveau d'activités et de qualité. Cette amélioration s'étant effectuée à un moment où les fonds alloués à la santé ont également augmenté, il est difficile de discerner la part attribuable aux réformes des mécanismes et la part attribuable à l'augmentation des fonds. Les études empiriques ont démontré toutefois que la concurrence a eu un impact sur la qualité des services (voire chapitre 3). Enfin en 2011, les Britanniques ont proposé une autre réforme importante de la gouvernance de ses organisations de santé pour pallier les enjeux qui restaient à adresser. Ces derniers sont essentiellement la nécessité d'intégrer davantage les services primaires et secondaires; la nécessité d'appuyer les hôpitaux les moins performants et/ou les plus éloignés pour développer un

modèle de prestation qui soit viable; les moyens de financer les innovations dans les organisations publiques; le besoin de limiter l'ingérence politique.

Le Danemark a également effectué des réformes en plusieurs volets. Les réformes danoises sont caractérisées par leur approche évolutive et structurée. Ils ont commencé par développer des systèmes d'information sur les coûts par cas dans le but d'améliorer la gestion de ses hôpitaux en publiant des données comparatives par hôpital. En parallèle, ils ont développé un système d'information sur la qualité des services. Ce faisant, non seulement ils mettaient en concurrence les établissements entre eux, mais ils étaient dorénavant en mesure d'identifier les sources d'efficacité et d'inefficacité. L'introduction du paiement à l'activité pour adresser la problématique des délais d'attente a été facilitée par l'existence de ces systèmes d'information. Dans une deuxième vague de réforme, ils ont procédé à la rationalisation des structures organisationnelles et l'intensification des objectifs de performance des hôpitaux. Leurs politiques ont généré une augmentation importante de la productivité des hôpitaux, augmentation qui leur a éventuellement donné la possibilité de réduire les budgets accordés.

Le Danemark comme la Finlande jouissait au départ d'un système décentralisé, et de mécanismes de marché. En d'autres mots, les acheteurs de services et les prestataires n'étaient pas les mêmes organisations et les prestataires étaient déjà responsables des résultats cliniques et financiers de leurs activités.

En Finlande, le financement des hôpitaux était déjà basé sur les activités dans certaines municipalités. En effet, la valeur des contrats entre les municipalités acheteurs de services et les districts hospitaliers est établie en fonction des DRG dans la majorité des districts. Les politiques de santé ont porté davantage sur la production de données comparatives sur les coûts et la qualité des services pour soutenir l'amélioration de la qualité. Par ailleurs, au moment où nous avons visité les Finlandais, un nouveau projet de réforme de la santé visant l'amélioration et l'intégration des soins primaires était en voie d'être adopté.

Au Canada, l'Ontario est la province qui a le plus investi dans le développement de ses systèmes d'information. L'Ontario pouvait bâtir sur des systèmes d'information sur les activités et les coûts des services puisqu'elle avait entamé ces développements au cours des années 90. Elle a choisi d'entamer des réformes institutionnelles de décentralisation des responsabilités, dont celle des achats, d'accroître la concurrence entre les prestataires, de financer les activités pour lesquelles il y avait de l'attente et mettre en concurrence les hôpitaux pour obtenir des contrats basés sur le nombre d'activités.

La réforme en Colombie-Britannique est la plus récente et a été peu analysée. Cette province a également opté pour une transformation graduelle de ses institutions en instaurant un mécanisme d'achat de services regroupés pour contractualiser des activités hospitalières et en réduisant le nombre de régions. La contractualisation de chirurgies est soutenue par des budgets déterminés en fonction des DRG. Elle a opté en parallèle pour la production de données comparatives sur les coûts par cas.

Enfin, le Québec a adopté en 2004 une politique de financement à l'activité pour les chirurgies pour adresser un problème d'accès aux interventions non urgentes. La réforme a été effectuée en trois temps, financer l'augmentation des chirurgies, offrir une garantie d'accès et adopter une loi facilitant la contractualisation des services spécialisés.

**Tableau 4.1 Objectifs des réformes analysées et stratégies**

	<b>Objectifs</b>	<b>Stratégies</b>
<b>Grande-Bretagne</b>	<p><i>Objectifs de la réforme de 2004</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimuler la productivité et récompenser l'efficacité.</li> <li>• Encourager la prestation de services de santé plus appropriés et plus sensibles aux besoins du patient.</li> <li>• Permettre aux donneurs d'ordres et aux fournisseurs de se concentrer sur la qualité.</li> <li>• Assurer une meilleure équité et transparence dans le financement.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mise en œuvre de Monitor.</li> <li>2. L'autonomie des hôpitaux.</li> <li>3. Le paiement à l'activité qui suit le patient.</li> <li>4. Les ententes avec les médecins.</li> <li>5. Le choix des patients et la transparence.</li> </ol>
<b>Danemark</b>	<p><i>Objectifs de la réforme de 2002/2003</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuer les temps d'attente et améliorer l'activité.</li> <li>• Contrôler les dépenses de santé.</li> <li>• Maintenir une productivité élevée.</li> <li>• Accroître la qualité des services.</li> </ul> <p><i>Objectifs de la réforme 2007</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Simplifier le secteur public et accroître son efficacité.</li> <li>• Améliorer les services à un taux d'imposition inchangé.</li> <li>• Responsabiliser et éliminer des zones grises (transparence).</li> <li>• Impliquer davantage les citoyens (responsabiliser les citoyens dans la prévention, soins et réhabilitation).</li> </ul>	<p><i>En 2002-2003</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Choix de l'hôpital.</li> <li>2. Choix du privé au-delà d'un délai de 2 mois payé par la région.</li> <li>3. Développement d'un système d'information sur la productivité et la qualité et transparence.</li> <li>4. FBC pour cas hors région (2002) et à partir de 2004 20 % financement des Hôpitaux par DkDRG.</li> <li>5. Fonds dédié à l'accroissement de l'activité et pour financer des projets.</li> </ol> <p><i>En 2007</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rationalisation au niveau du nombre de régions et de municipalités.</li> <li>2. Choix du privé au-delà d'un délai de 1 mois payé par la région.</li> <li>3. Réduction des budgets de 2 % par année compensée par accroissement de la productivité.</li> </ol>

Objectifs		Stratégies
<b>Finlande</b>	<p><i>Objectifs de la réforme de 2010</i></p> <p>Renforcer le rôle du secteur primaire dans les services municipaux.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introduction de cibles et de pénalités si les cibles ne sont pas rencontrées (2005).</li> <li>2. Production de données de performance, coûts et qualité; amélioration de la transparence (démarré 2004).</li> <li>3. Diminuer les barrières entre services primaires et secondaires en responsabilisant une seule entité pour l'ensemble des services.</li> <li>4. Donner le choix des hôpitaux aux patients.</li> </ol>
<b>Colombie-Britannique</b>	<p><i>Objectifs de la réforme de 2010</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire les files d'attente.</li> <li>• Déplacer plus d'hospitalisations vers les soins ambulatoires.</li> <li>• Diminuer le coût des actes.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introduction du FBA pour certaines chirurgies.</li> <li>2. Mise en place du Health Purchasing Organisation – une agence indépendante.</li> <li>3. Achat de bloc de chirurgies contre budget selon GDC.</li> <li>4. Bonis à la performance.</li> <li>5. Enveloppe spéciale pour financer l'accroissement de l'activité.</li> <li>6. Possibilité de contractualiser des activités au secteur privé.</li> </ol>
<b>Ontario</b>	<p><i>Objectifs de la réforme de 2006</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garder les Ontariens en santé.</li> <li>• Réduire les temps d'attente.</li> <li>• Fournir un meilleur accès aux médecins et infirmières.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nouveau rôle du ministère et création des LHINS (décentralisation).</li> <li>2. Développement des soins de première ligne et ajout de ressources professionnelles.</li> <li>3. Introduction de budgets selon les GDC pour accroître certaines chirurgies – Les LIHNS contractualisent ces services.</li> <li>4. Bonis à la performance des Hôpitaux.</li> <li>5. Mise en place de e-health Ontario.</li> <li>6. Modification de la rémunération des médecins de première ligne.</li> <li>7. Transparence/publication de données de performance.</li> </ol>
<b>Québec</b>	<p><i>Objectif de la réforme de 2003</i></p> <p>Favoriser l'accès à certaines chirurgies.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introduction du financement à l'activité pour le nombre de chirurgies effectué au-delà du nombre effectué en 2002-2003.</li> <li>2. Adoption de la Loi sur la Garantie d'accès.</li> <li>3. Adoption de la politique sur les CMS et CMS-A</li> </ol>

## 4.2 CONTEXTE INSTITUTIONNEL ET REGLEMENTAIRE

Cette section examine comment le contexte institutionnel et réglementaire des différentes juridictions à l'étude affecte, soit en renforçant ou en contrecarrant, les impacts générés par les mécanismes de financement. Certains des éléments du

contexte institutionnel et réglementaire étaient présents avant les réformes alors que d'autres ont été implantés au même moment que le financement à l'activité. Théoriquement l'objectif des gouvernements est de développer un système qui maximise la valeur au patient. Les arrangements institutionnels répertoriés sont :

- le degré de décentralisation dans le processus décisionnel (incluant la possibilité de contractualiser des services);
- la séparation des responsabilités d'approvisionnement et de prestation de services;
- les mécanismes de contrôle;
- les systèmes de données et la transparence des informations.

---

## CENTRALISATION VERSUS DECENTRALISATION

Le degré de décentralisation du système de santé est intimement lié aux incitatifs intrinsèques aux mécanismes de financement. En effet, dans un contexte de financement prospectif par budget historique ajusté, le risque lié aux dépassements de budget est assumé par le palier gouvernemental responsable du financement. Et ce, peu importe si le dépassement est lié à l'inefficacité de l'établissement ou à un taux d'activité élevé. Le financement rétrospectif à l'activité est différent en ce sens que c'est un paiement en échange d'un service rendu bien défini. La responsabilité de fournir le service en deçà de ce budget, et donc le risque financier, est transférée au fournisseur (en l'occurrence l'hôpital). Un fournisseur responsable acceptera d'offrir un service contre le prix proposé que s'il est confiant qu'il puisse le faire à ce prix. L'établissement doit toutefois jouir de la marge de manœuvre qui lui permet de transformer ses opérations pour le faire. Ce transfert de responsabilités lors du passage d'un mode de financement par budget à un financement rétrospectif s'accompagne généralement d'une décentralisation du pouvoir décisionnel.

On observe dans les pays centralisés une tendance vers la décentralisation alors que dans les pays où le système est historiquement décentralisé, c'est le contraire qui se produit. En effet, la décentralisation est perçue comme un moyen d'accroître l'efficacité d'un système par ce qu'elle transfère vers les acteurs dont c'est la mission première et la spécialité, la responsabilité d'organiser les services. Selon l'OCDE, la décentralisation est efficace à condition qu'elle soit accompagnée d'une plus grande autonomie décisionnelle et financière. L'OCDE affirme que 'l'indépendance de gestion peut donner lieu à un déploiement plus efficace des ressources, notamment au niveau des ressources humaines (OCDE 2010)'. Les gestionnaires d'hôpitaux en Grande-Bretagne, interviewés dans le cadre de ce projet et Monitor, un organisme de contrôle britannique, ont confirmé que 'l'acquisition et le maintien de leur indépendance sont les facteurs les plus puissants d'incitation à l'amélioration de l'efficacité des hôpitaux en Angleterre'.

Le tableau 4.2 présente les caractéristiques institutionnelles caractérisant la décentralisation des responsabilités d'approvisionnement et de gestion des établissements dans les juridictions analysées. Les caractéristiques qui font parties des réformes analysées sont surlignées en jaune.

**Tableau 4.2 Caractéristiques institutionnelles**

	Principe de base	Sources de financement	Responsable d'assurer les services / Acheteur	Fournisseurs
<b>Danemark</b>	Système décentralisé	État, Municipalités	Régions	Hôpitaux, hôpitaux privés, Services municipaux
<b>Finlande</b>	Système décentralisé	Municipalités, NHI, employeurs	Districts, Ass. privé, employeur	Hôpitaux districts, services municipaux, privé
<b>Grande-Bretagne</b>	Système en transformation	État	PCT	FT, NHS Trusts, Indépendants
<b>Colombie-Britannique</b>	Système centralisé	Fédéral, Provincial	Ministère provincial et HSPO	Hôpitaux publics, hôpitaux privés
<b>Ontario</b>	Système centralisé en transformation	Fédéral, Provincial	Ministère provincial / LHINS	Hôpitaux publics, hôpitaux privés
<b>Québec</b>	Système centralisé	Fédéral, Provincial	Ministère provincial	Hôpitaux publics

Note : HSPO : Health services purchasing organisation, organisation d'achat de services de santé.

En Grande-Bretagne, d'un système où la prise de décision était centralisée et l'organisation des services verticalement intégrée, ils ont évolué vers un système beaucoup plus décentralisé. Du coup, ils ont transféré le risque financier lié à l'assurance de services de santé d'une population donnée, du gouvernement vers des organisations locales, les Primary Care Trusts (PCTs). Ceci s'est fait en finançant par capitation tous les services primaires et secondaires des patients pris en charge par les PCT.

Au Danemark et en Finlande, les systèmes sont historiquement décentralisés. Le niveau central de l'état définit les objectifs du système et les priorités. Il supervise la qualité des services et offre des services d'information mais ne s'implique pas dans l'organisation locale des services.

Au Danemark, une plus grande centralisation est perçue comme avantageuse pour rationaliser les efforts. Par ailleurs, les initiatives nationales causent des tensions au niveau local. Ces tensions forcent les acteurs à adopter une approche de décision par consensus, une caractéristique positive du système politique (décentralisée) danois. Par exemple, lorsque les Danois ont développé leur système de groupes de diagnostic connexes (GDC), ils ont impliqué les associations médicales afin d'obtenir l'adhésion de ces derniers au système d'information et aux analyses qui en découleraient.

Plus près de chez nous, les provinces de l'Ontario et de la Colombie-Britannique se sont engagées dans cette tendance, en réduisant le nombre d'organisations régionales et en leur donnant des rôles plus importants au niveau de la coordination des services. L'Ontario s'est engagé dans cette tendance en concentrant les activités du ministère sur la direction et les politiques du système de santé.

De toutes les juridictions analysées, c'est au Québec où la prise de décision est la plus centralisée. Bien qu'il y ait 18 Agences régionales de santé, leur mission est de mettre en œuvre les stratégies élaborées au niveau ministériel. En outre, la responsabilité de l'allocation des ressources financières aux hôpitaux, bien que partagée entre le MSSS et les agences, continue d'être déterminée principalement par le palier central.

---

## LA SEPARATION DES FONCTIONS D'ACHAT ET DE PROVISION DE SERVICES DE SANTE

Dans le contexte de systèmes historiquement financés par des régimes d'assurance sociale, comme en France, l'acteur chargé de financer les services de santé est indépendant du gouvernement. Dans ces systèmes, le paiement pour les services hospitaliers se fait à l'activité (initialement à l'acte) depuis leur instauration. Ces systèmes, bien qu'ils ne soient pas parfaits<sup>25</sup>, ont l'avantage d'avoir des organisations indépendantes pour les fonctions d'achat et de provision de services de santé. Le principe de contrat entre les parties et de négociation des conditions donnant lieu à l'échange d'un paiement pour services rendus est d'ores et déjà acquis. Dans le contexte des systèmes financés historiquement par budget (Canada et Grande-Bretagne), cette séparation n'existe ou n'existait pas. On observe dans ces systèmes une tendance à dissocier ces responsabilités.

Dans le cadre de ses analyses des politiques de financement des pays de l'OCDE, l'organisation a identifié la dissociation acheteur/prestataire comme étant une politique incitative d'amélioration de la performance de l'offre, car elle permet de mieux cerner les responsabilités et les modalités de gouvernance des systèmes de santé (OCDE 2010) et met en concurrence les fournisseurs. « Théoriquement, les acheteurs, qui agissent pour le compte des patients et/ou des administrations publiques, identifient les besoins de soins de santé et passent des contrats avec des prestataires pour y répondre. Ils peuvent également vérifier dans quelle mesure les objectifs des systèmes de santé sont atteints, et proposer des actions correctives dans le cas contraire. On peut fixer des objectifs de soins de santé, estimer les besoins de ressources et évaluer la performance du système » (OCDE 2010). Selon Castonguay et al. (2008), cette politique a également pour avantage de réduire les pressions politiques sur les décisions concernant l'organisation de l'offre en plus de transférer le risque financier à l'organisation la plus apte à influencer sa performance, c'est-à-dire l'hôpital. C'est également une observation

---

<sup>25</sup> D'autres mécanismes sont mis en œuvre pour pallier les lacunes du financement à l'activité.

qui nous a été faite par les représentants du gouvernement britannique dans le cadre de nos entrevues.

Au Danemark et en Finlande, les fonctions d'achat ou d'assurance de santé et de provision de services ont historiquement été effectuées par des organisations indépendantes. En Finlande, les municipalités acquièrent des services hospitaliers auprès des districts hospitaliers et au Danemark, ce sont les régions qui ont cette responsabilité. Dans les deux cas, l'acheteur peut assurer l'approvisionnement auprès de fournisseurs privés et/ou publics.

En Grande-Bretagne, en transférant la responsabilité de la provision de services primaires à des organisations locales, celles-ci ont été également responsabilisées pour l'achat de services hospitaliers. Ces derniers acquièrent les services auprès de l'organisation la plus apte à atteindre les objectifs de qualité pour un montant donné qu'elle soit publique ou privée.

L'Ontario et la Colombie-Britannique ont également entrepris la séparation des fonctions d'achats et de la provision de services. La Colombie-Britannique a créé une organisation d'achat de services et l'Ontario a dévolu cette responsabilité aux agences régionales (Local Health Integration Networks(LHINs)). Dans les deux cas, les acheteurs (LINHS ou HSPO) de services peuvent contractualiser le secteur privé.

Au Québec, depuis 2004, les agences ont la responsabilité de répartir une enveloppe budgétaire selon l'activité entre les CSSS de sa région. Bien que la législation ait été mise en place pour favoriser la contractualisation de services par les CSSS<sup>26</sup>, dans les faits ces contrats ne reçoivent pas l'approbation du MSSS. En effet, les contrats avec les centres médicaux spécialisés (CMS) (c.-à-d. ayant un contrat avec un CSSS<sup>27</sup>) se limitent à un Centre au Québec soit le Centre de Chirurgie Rockland à Montréal<sup>28</sup>.

---

## LES SYSTEMES DE DONNEES ET LA TRANSPARENCE

La transparence est un mécanisme puissant, car elle a pour effet d'inciter à émuler les meilleures pratiques de soins et d'administration. C'est aussi un moyen de contrôler les résultats. Si offrir la meilleure valeur au patient est l'objectif, un système transparent rend publiques des données qui permettent de comparer l'évolution des coûts et des résultats de santé des différents fournisseurs. La transparence incite les fournisseurs à améliorer la valeur de leur prestation de quatre façons. D'abord, puisqu'ils sont comparés à leurs pairs, ils connaissent la valeur de leur prestation et peuvent identifier qui a des pratiques efficaces à émuler. Ensuite, parce que personne ne souhaite avoir une pratique non performante et donc s'il est démontré qu'un hôpital ou un prestataire peut s'améliorer, il va le faire. Enfin, parce que si les hôpitaux souhaitent attirer les

---

<sup>26</sup> Dupuytren.

<sup>27</sup> Les médecins des CMSA peuvent dispenser aux usagers de l'établissement, avec lequel une entente a été conclue, les services médicaux spécialisés mentionnés à l'entente.

<sup>28</sup> Les CMS sont des Centres de Chirurgies privés ayant un permis d'effectuer des chirurgies, dont des chirurgies de la hanche, des genoux, de la Cataracte et d'autres chirurgies inscrites sur la liste du MSSSS, principalement des chirurgies plastiques, de la peau ou de la main.

patients (leur source de revenus lorsque le financement est rétrospectif), ils peuvent le faire en démontrant que leurs résultats sont comparables aux meilleures pratiques. Finalement, la transparence est un mécanisme de contrôle parce qu'elle permet aux autorités d'identifier les hôpitaux les moins performants et de les appuyer pour améliorer leur offre de services.

Selon l'OCDE (Paris 2010), 'les systèmes de données appropriés sont indispensables au contrôle de la qualité, des coûts et des budgets. Lorsque les informations facilitent la comparaison entre les acteurs et qu'elle est transparente, ce sont des outils puissants d'incitation à l'amélioration de la valeur et de reddition de compte'.

Les juridictions analysées misent sur la concurrence générée par la publication de données comparatives de performance (qualité et/ou coûts) pour l'améliorer. Le Tableau 4.3 illustre bien comment la majorité des juridictions misent sur une stratégie de développement des informations pertinentes et la transparence.

Le Danemark est reconnu pour la qualité et l'étendue de ses banques de données notamment sur les activités hospitalières et dans le secteur primaire. Le registre national sur les patients contient des données hospitalières sur les résultats depuis environ 30 ans. Depuis 2006, il est possible d'obtenir des données sur plusieurs indicateurs de qualité (16), par intervention (catégorisation détaillée) et par hôpital. Ce système est tour à tour avec celui de la Norvège le plus sophistiqué des systèmes d'information sur la qualité des services de santé en Scandinavie.

La Grande-Bretagne publie des données sur la qualité comparable par hôpital et par médecin. À l'instar du Danemark, les données sont publiées par intervention et par hôpital, mais la catégorisation des interventions est moins précise et les indicateurs de qualité sont des moyennes par hôpital. Le ministère de la Santé rend disponibles des données annuelles sur les coûts par cas par établissement par DRG.

En Finlande, les indicateurs de productivité, dont l'activité par Euro dépensé, ont été développés dans le cadre d'un projet de Benchmark des hôpitaux, lancé en 1997.

Plus près de nous au Canada, l'Ontario est connu pour ses innovations en termes de calcul et de méthode de calcul de classification et de détermination des coûts des hôpitaux. Elle a depuis le début des années 90s investi dans les systèmes d'information en gestion à cet égard. Ce n'est que tout récemment que l'utilité de ces données pour améliorer l'efficacité des services a été généralement reconnue. Par ailleurs, l'ICIS a mis en place les outils pour publier des données de qualité par hôpital pour l'ensemble du Canada. Les indicateurs sont des moyennes par hôpital et sont encore peu précis. Par exemple, plutôt que d'afficher le taux d'attente moyen pour une chirurgie donnée, on y affiche le pourcentage d'intervention effectuée à l'intérieur d'un délai donné.

Le Québec ne participant pas à cette initiative, il n'y a aucune donnée pour les hôpitaux du Québec qui soient affichés selon les standards canadiens. Enfin, quelques hôpitaux du Québec ont développé leur propre site d'information sur la qualité de leurs interventions, par exemple l'Hôpital Général Juif publie des données annuelles sur les erreurs évitables.

**Tableau 4.3 : Publication d'information et transparence\***

	Données sur coûts moyens par cas	Indicateurs de qualité par hôpital
<b>Danemark</b>	Benchmark publié annuellement	L'unité de sécurité des patients et le 'National Indicator Project' et la base de données sur la qualité clinique <a href="http://www.sundhedskvalitet.dk">www.sundhedskvalitet.dk</a>
<b>Finlande</b>	Benchmark publié annuellement depuis (depuis 1997)	Benchmark sur certains indicateurs limités depuis 2004
<b>Grande Bretagne</b>		Indicateurs publiés dans NHS choice <a href="http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx">http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx</a>
<b>Colombie-Britannique</b>	L'ICIS (fédéral) publie une estimation des coûts moyens par cas par province et Hôpital	
<b>Ontario</b>	Coûts moyens par cas par hôpital (2010) et participation système fédéral ICIS	Health Quality Ontario publie annuellement des indicateurs de qualité par hôpital depuis 2004 et amélioration 2010
<b>Québec</b>	Non participation à initiative fédérale	Certains hôpitaux seulement publient des données. Le Commissaire publie des indicateurs de qualité au niveau régional seulement.

\* : Les nouvelles politiques ne sont pas surlignées en jaune dans ce tableau puisque le tableau au complet serait surligné.

## LES MECANISMES DE CONTROLE

Les pouvoirs publics exercent un contrôle important sur les moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs de leurs systèmes de santé. Le contrôle de la sécurité, de la qualité, des budgets publics alloués à la santé et celui des coûts sont des enjeux particulièrement importants. Puisque le financement à l'activité a des impacts sur le niveau de l'activité, sans mécanismes de contrôle des budgets et de la qualité, se tourner vers ce type de mécanisme de paiement des hôpitaux pourrait très bien causer des effets pervers importants (voir section 1.2.4). Par ailleurs, puisque c'est un incitatif puissant à augmenter la productivité, le financement à l'activité est généralement adopté en combinaison avec d'autres politiques visant à contrôler ces effets potentiels. Ainsi, nous avons observé des mécanismes de contrôle de deux ordres : des structures ou organismes de contrôle; des mécanismes de régulation.

## *LES STRUCTURES OU ORGANISMES DE CONTROLE*

### *L'évaluation des technologies de la santé (ETS) et la publication de protocoles*

L'évaluation des technologies en santé (ETS) est traditionnellement utilisée pour appuyer les décisions d'approvisionnement, de financement (couverture) ou d'implantation de nouvelles technologies, fondées sur des preuves. Nous entendons ici par technologies, un équipement, une fourniture, une pratique ou un médicament. Ces évaluations mesurent l'efficacité de la technologie et tiennent compte de plus en plus du coût de la technologie. On observe que les pays développent leur capacité pour réaliser les évaluations mais le rôle qu'elles jouent dans la prise de décision est encore peu précis. La publication de guides et des résultats d'ETS sont devenus des pratiques généralisées. Les guides de pratique aident les praticiens à offrir des services de haute qualité et parfois même des services coûts-efficace. Toutes les juridictions de notre échantillon ont développé leur capacité d'ETS. Au Canada, il y en a une au niveau fédéral (l'agence nationale d'évaluation des technologies en santé) et 3 au niveau provincial, en Alberta, Ontario et au Québec.

Dans certains pays, à partir du moment où un guide de pratique est publié, la pratique devient une quasi-loi (Schreyögg et les autres 2005), en Grande-Bretagne par exemple (Castonguay 2011). Au Canada comme au Québec, les résultats d'évaluation sont publiés par une Agence d'évaluation, l'INESSS au Québec, et le ministre décide de couvrir ou de ne pas couvrir les frais liés à l'utilisation d'une pratique ou une technologie. Il est à noter que ce dernier n'a pas à rendre de compte sur une décision qui renverse la recommandation de l'Agence.

### *Agence de surveillance / Contrôle de la Qualité*

Selon Paris et al. 8 pays de l'OCDE surveillent l'adhésion aux guides de pratique, dont la Grande-Bretagne. Nous n'avons pas observé d'organisation qui avait ce mandat dans le cadre de nos travaux. La Grande-Bretagne a toutefois deux Agences de contrôle, une dont la responsabilité est d'auditer l'efficacité et la qualité des services des hôpitaux (Audit commission) et l'autre évalue la capacité des hôpitaux à acquérir ou maintenir leur statut d'indépendance (Monitor évalue la viabilité de l'organisation et responsabilité (qualité)). Cette dernière organisation fournit des services de soutien au développement des compétences de gestion d'hôpitaux. Au Danemark, la relation contractuelle est gérée au niveau régional. Toutefois, une agence nationale supervise le personnel et les hôpitaux, recueille les données sur l'activité et leurs résultats et les publie dans une forme comparable et facilement interprétable.

**Tableau 4.4 Contrôle de la Qualité**

	Agence et publication d'ETS	Obligation de respecter les recommandations d'ETS	Observation des recommandations surveillée
<b>Danemark</b>	ETS réalisées par Hôpitaux	oui	
<b>Finlande</b>	ETS réalisées à plusieurs niveaux		
<b>Grande Bretagne</b>	NICE effectuée et publie ETS	oui	oui
<b>Colombie-Britannique</b>	Agence Canadienne d'ETS (ACMTS)	oui	
<b>Ontario</b>	Comité consultatif ontarien des technologies en santé et ACMTS	oui	
<b>Québec</b>	INESSS et ACMTS	oui	

Note : ACMTS : L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé; \* : Paris et al. 2010.

## *MECANISMES DE REGULATION*

### *Le contrôle des budgets*

De son enquête sur les institutions, l'OCDE (Paris et al. 2010) observe que : 'Quelques pays associent la maîtrise rigoureuse des dépenses de santé globales au niveau central et une décentralisation de la responsabilité de l'offre de soins à des niveaux d'administration inférieurs. Certains de ces pays ont particulièrement bien réussi à contenir la croissance globale des coûts de santé (Canada et Finlande, du moins à certaines périodes<sup>29</sup>). La réduction des ressources financières a alors contraint ces derniers à revoir les dépenses à la baisse et/ou à instaurer des mesures visant à améliorer l'efficacité de l'offre' (OCDE 2010). Pour les juridictions où le système est décentralisé, les budgets transférés aux niveaux inférieurs sont fixes et donc facilement maîtrisables du point de vue du niveau supérieur du gouvernement (Finlande et Danemark). La Grande-Bretagne maîtrise son budget au niveau national en accordant un budget fixe par habitant assuré (capitation). Ce faisant, elle transfère le risque financier aux PCTs et désincite l'accroissement de l'activité au-delà du niveau couvert par le tarif. Au Canada, les budgets sont relativement bien maîtrisés parce que le mécanisme de paiement des hôpitaux adopté, le financement par budget historique, est le moins risqué à cet égard.

<sup>29</sup> Cette observation pour le Canada est valable pour la période qui a précédé la politique actuelle de transferts fédéraux aux provinces canadiennes qui se terminera en 2013.

### *Le contrôle des coûts*

Si la maîtrise des budgets est l'apanage du niveau supérieur des gouvernements, le contrôle des dépenses ne peut s'effectuer qu'au niveau du fournisseur de services lui-même, au niveau local. Les **mécanismes historiques de paiement des hôpitaux, que ce soit par budget historique ou à l'acte**, n'ont jamais incité les gestionnaires des hôpitaux à développer la connaissance de leurs coûts de revient<sup>30</sup>, c'est-à-dire le coût par cas, du début d'une hospitalisation jusqu'à la sortie. Or, à moins de connaître leurs coûts de production des services et de les lier aux résultats, les hôpitaux ne connaissent pas leurs gains potentiels d'efficacité. C'est ce constat qui a encouragé les acteurs des systèmes à développer les systèmes de classification d'abord (GDC), d'information sur l'utilisation de ressources et éventuellement de benchmarking.

On a observé deux stratégies pour inciter les hôpitaux à développer ces compétences (préoccupations) : le développement des informations au niveau central et la publication de benchmark comme outil de gestion; **l'adoption de mécanismes de paiement incitatifs pour les services hospitaliers**. La première stratégie a été adoptée au Danemark et dans une moindre mesure en Finlande. En Grande-Bretagne, ils ont plutôt misé sur la seconde et les systèmes d'information ont été développés pour assister les fournisseurs dans leur évolution. Au Canada, l'Institut Canadien d'Information sur la Santé publie des données sur le coût par intervention pour un nombre limité d'interventions. Il est également possible d'obtenir une estimation de ces coûts par établissement pour certains d'entre eux. Toutefois, le Québec n'a pas participé à cette initiative.

Au niveau des établissements, certains hôpitaux ont adopté la stratégie de développer ces connaissances au niveau local afin d'améliorer leur efficacité et gagner en indépendance. En Angleterre, la possibilité qu'ont eue les hôpitaux d'acquiescer un statut indépendant à partir de 2004 (Foundation trusts) passe par la démonstration de leur capacité à démontrer leur viabilité financière tout en maintenant des services de qualité. Une démonstration qui exige la connaissance des coûts de revient. L'acquisition d'un statut indépendant est un incitatif fort à développer ces compétences. Au Québec, un nombre restreint d'hôpitaux a développé ces connaissances. Ceux qui l'ont fait souhaitaient être en mesure de mieux négocier avec le ministère lors de la détermination de leur budget en début d'année.

### *Contrôle de la qualité*

Le meilleur moyen de réduire les coûts des services de santé est d'améliorer la qualité (Kaplan et Porter 2012). Un constat qui fait l'unanimité auprès d'une variété d'auteurs et de praticiens en santé (Porter et Tiesberg 2006 et Teperi et al. 2009) La non qualité engendre des coûts additionnels parce qu'il faut traiter les complications. Nous avons

---

<sup>30</sup> Dans le cas du financement par budget, le risque financier est assumé par le payeur et dans le cas du financement à l'acte les assureurs assument ce risque.

observé trois stratégies pour mieux contrôler la qualité des services de santé : la publication d'indicateurs de qualité des services, la surveillance et/ou le soutien à l'amélioration de la qualité et les incitatifs financiers.

Plusieurs juridictions et réseaux de soutien au développement de politiques efficaces de santé misent sur les investissements dans le développement d'indicateurs de la qualité des services. Les indicateurs de qualité les plus couramment publiés actuellement portent sur les activités fondées sur les preuves (nombre de vaccins, de tests diagnostiques, examens annuels...), soit les données les plus facilement accessibles. Toutefois, les résultats sur la santé sont un meilleur reflet de la qualité des services. Les données plus facilement disponibles à cet égard sont le nombre d'infections acquises à l'hôpital, les taux de réhospitalisation et les taux de mortalité évitable. Certaines juridictions ont commencé à publier ces données. Les initiatives de développement portent sur le développement d'indicateurs qui reflètent les résultats et les meilleurs moyens de les intégrer efficacement dans les registres de santé.

La collecte et la publication d'indicateurs de qualité sont une stratégie adoptée par toutes les juridictions de notre échantillon. Le Danemark est à l'heure actuelle un précurseur dans ce domaine (voire la section sur les systèmes de données et la transparence). En Grande-Bretagne, la qualité et l'efficacité des services spécialisés sont évaluées et les résultats publiés sur le WEB NHS Choice. En Finlande, c'est un processus en développement dans le cadre du projet PERFECT. Au Québec, le Commissaire à la santé et au Bien-être évalue la qualité des services et publie les résultats **régionaux** de ses analyses et en Ontario c'est l'Agence, Health Quality Ontario.

L'instauration d'Agence de Contrôle est une stratégie que nous avons documentée dans la section précédente sur les structures et organismes de contrôle. Au Royaume-Uni, l'audit Commission fait le suivi de l'atteinte d'indicateur de qualité. Le Québec a plutôt opté pour le soutien à l'amélioration de la Qualité. Le Conseil d'agrément du Québec conseille les Établissements de santé dans l'amélioration de la qualité de leurs services.

## LES INCITATIFS À OBSERVER LES RECOMMANDATIONS FONDÉES SUR LES PREUVES

L'incitation à la provision de services de qualité en payant pour l'adhésion aux meilleures pratiques est une pratique en voie de s'étendre surtout en ce qui concerne les mesures de prévention telles que la surveillance du cancer du sein ou du colon. Toutefois, encourager l'adhésion aux meilleures pratiques ne devrait se faire au détriment de l'innovation et idéalement devrait encourager le délestage des pratiques démontrées inefficaces.

Plutôt que de microgérer la provision de services en limitant les possibilités des cliniciens à dévier des guides de pratique au besoin et courir le risque d'inhiber l'innovation, les mécanismes de financement devraient encourager indirectement l'adhésion aux meilleures pratiques en dirigeant les patients vers les cliniciens ayant les

meilleurs résultats cliniques (Teperi et al. 2009) ou en rémunérant l'amélioration des résultats.

Le Rand Institute a effectué une analyse aux États-Unis visant à mesurer l'adhésion des prestataires aux meilleures pratiques dans le contexte des soins aux malades chroniques (Rand 2001 cité dans OCDE 2010). Ils ont observé que la moitié des soins n'étaient pas conformes aux recommandations fondées sur les preuves (RFP). Toutefois, l'OCDE observe une systématisation et multiplication des mécanismes visant à mesurer et à encourager l'observation des meilleures pratiques. Paris et al (2010) notent que bien que plusieurs pays aient adopté une réglementation rendant leur observation obligatoire, peu d'entre eux surveillent leur application. Dans notre échantillon, seule la Finlande n'a pas rendu obligatoire l'observation des RFP et seule la Grande-Bretagne surveille leurs observations. Deux pays ont toutefois mis en place des incitatifs économiques à leur application, le Danemark et la Grande-Bretagne. Au Canada, le HPSO de la Colombie-Britannique rémunère l'atteinte d'objectifs de qualité dans le cadre de ses contrats. Il en est de même dans les paiements à l'activité hospitalière. Pour le moment, ces incitatifs sont réservés à des interventions préventives en soins primaires, telles que la vaccination, ou des tests diagnostiques comme le PAP.

Les incitatifs financiers à la qualité incluent le non paiement pour les réhospitalisations. Dans un contexte où le risque financier est transféré au fournisseur de services, si ce dernier ne reçoit pas de paiement pour les réhospitalisations alors il est fortement incité à les éviter. La Grande-Bretagne pénalise la non qualité en ne payant pas pour les réhospitalisations à moins de 30 jours suivant une sortie de l'hôpital. Les Danois ont la possibilité d'obtenir des services de santé dans un hôpital privé lorsque l'attente pour une intervention dépasse 2 mois. Dans ce cas, c'est l'hôpital qui doit défrayer les coûts pour l'intervention.

**Tableau 4.5 : Incitatifs à contrôler la qualité et les coûts\***

	Incitation à connaître les coûts par cas		Incitation à contrôler la qualité		Soutien à l'amélioration de la qualité	Incitatifs financiers	
	Publication benchmark	Financement à l'activité	Benchmark activités recommandées	Benchmark résultats		Financement d'actes	Pénalités financières
<b>Danemark</b>	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Finlande</b>	Oui						Oui
<b>Grande-Bretagne</b>		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Colombie-Britannique</b>					Oui	Oui	
<b>Ontario</b>			Oui				
<b>Québec</b>							

\* : Les nouvelles politiques ne sont pas surlignées en jaune dans ce tableau puisque le tableau au complet serait surligné.

### 4.3 MECANISMES TRANSACTIONNELS

Les mécanismes transactionnels incluent les concessions réciproques entre deux parties ou organisations; et les contrats ou conventions entre les acteurs, qui définissent la nature des obligations des parties l'une envers l'autre. En d'autres mots, ce sont les mécanismes de paiement (financement) en échange d'un service ou d'un produit. Dans le cas de services de santé, on utilise alternativement les termes financement et paiement pour désigner la même chose.

Le chapitre précédent de ce rapport porte entièrement sur les mécanismes de financement des hôpitaux, leurs descriptions, leurs avantages et leurs désavantages. Il examine ces derniers en considérant les comportements des hôpitaux, des patients et des payeurs (acheteurs de services). Mais les systèmes de santé impliquent également les médecins dont les relations et mécanismes transactionnels avec les systèmes de santé sont variés. En fait, les résultats des hôpitaux et des politiques sont fortement influencés par les comportements de ces derniers puisque toutes les activités hospitalières sont initiées par les médecins (Léger 2011 et Sutherland 2009). Pour maximiser le potentiel de résultats des services de santé, mieux vaut aligner les incitatifs des acteurs du système de sorte que les actions de chacun soient complémentaires. Cette section compare les mécanismes transactionnels mis en œuvre dans chacune des juridictions et examine leur complémentarité.

---

#### LA NATURE DES LIENS ENTRE LES PARTIES

Nous avons vu dans une section précédente que les systèmes danois et finlandais étaient décentralisés et qu'il y avait séparation entre les acheteurs et fournisseurs de soins. Nous avons également vu que le système de la Grande-Bretagne était en voie de se décentraliser et que les Britanniques avaient séparé les rôles d'achat de services hospitaliers et celui de fourniture de services. Ces séparations de rôle d'acheteur et de fournisseur de soins donnent la possibilité de contractualiser la provision de services à une organisation spécialisée. Selon ce type d'arrangement, les acheteurs (payeurs) sont responsables de l'évaluation des besoins en soins de santé d'une population locale désignée et achètent les soins en leur nom en s'adressant à des fournisseurs publics, sans but lucratif ou privé. L'acheteur public 'contractualise' la provision de services de santé et se concentre sur la reddition de compte à l'égard de la qualité et des coûts. Dans ce contexte, le fournisseur de services s'engage à offrir un volume de services de santé donné en respectant des normes de qualité en contrepartie d'un budget déterminé en amont du processus de contractualisation. Les fournisseurs de soins se font concurrence pour obtenir les contrats sur la même base, peu importe qu'ils soient publics ou privés sans but lucratif ou à but lucratif. Par ailleurs, le fournisseur de soins peut très bien contractualiser à un autre hôpital une de ses activités lorsque cette stratégie lui permet d'être plus compétitif.

Dans les pays européens analysés, les médecins spécialistes sont employés des fournisseurs de soins, les hôpitaux et sont donc directement concernés par la performance de l'hôpital et sa viabilité.

Puisque la nature des liens entre les parties influence les comportements, le tableau 4.6 documente la nature des liens entre les parties. Les liens dont la nature a été modifiée dans le cadre des réformes analysées sont surlignés en jaune.

Le Canada se distingue des autres pays analysés par la centralisation du pouvoir de décision et l'intégration des systèmes de santé provinciaux. Les hôpitaux font partie des systèmes publics intégrés et il n'y a pas de réelle séparation entre les organisations qui financent les services, les ministères provinciaux de la Santé, et les hôpitaux. Le financement des hôpitaux n'est ni lié à la quantité de services offerts, ni à la qualité de ces derniers. Toutefois, la Colombie-Britannique a commencé à donner des responsabilités d'acquisition de services à une organisation indépendante du Ministère de la Santé, soit le Health Purchasing Organisation. Les achats sont toutefois limités à des chirurgies. Par ailleurs, les médecins sont des travailleurs indépendants, peu importe qu'ils exercent au sein d'un hôpital ou d'une clinique médicale. Ainsi, ils n'ont aucun lien de responsabilités par rapport au fonctionnement et à la performance des établissements de santé, que ce soit du point de vue de la qualité ou des coûts. Ils sont rémunérés par une organisation indépendante des hôpitaux. Au Québec, c'est la Régie d'Assurance Maladie du Québec (RAMQ) qui a pour mission d'administrer le programme de rémunération des médecins. Cette organisation n'exerce aucune influence sur la performance des prestataires de soins, médecins ou établissements. Le modèle est pratiquement le même dans les autres provinces canadiennes.

**Tableau 4.6 : Les liens entre les acteurs**

	Payeur public / Hôpitaux publics	Payeur public / Hôpitaux privés	Hôpitaux publics/hôpitaux privés ou publics	Hôpitaux / spécialistes
<b>Danemark</b>	Contrat	Contrat		Employeur /employé
<b>Finlande</b>	Contrat	Contrat		Employeur /employé
<b>Grande Bretagne</b>	Intégré ou Contrat		Contrat	Employeur /employé
<b>Colombie-Britannique</b>	Intégré + contrats	Contrat		Entente
<b>Ontario</b>	Intégré	Contrat		Entente
<b>Québec</b>	Intégré			Entente

## LES MECANISMES DE REMUNERATION DES MEDECINS

La rémunération des médecins et ses incitatifs implicites ont des répercussions importantes pour le système de santé puisque les interventions du système de santé

démarrent avec une prescription médicale, que ce soit pour un traitement, une chirurgie, une hospitalisation ou un diagnostic.

On observe trois principaux mécanismes de rémunération des médecins, les salaires, l'acte ou à la capitation. Les médecins sont salariés lorsqu'ils sont employés de l'établissement où ils exercent leur pratique. C'est le cas de la majorité des médecins spécialistes des trois pays européens analysés et d'une très faible proportion des médecins au Canada et au Québec. En effet, moins de 2 % de la rémunération totale des médecins est versée sous forme de salaire au Québec. Les principaux avantages de ce mode de paiement sont le contrôle des coûts puisque le montant payé en contrepartie des services du médecin est fixe et déterminé en début de période. Par ailleurs, puisque la rémunération des médecins n'est pas liée à la quantité des services qu'ils offrent, ces derniers passent plus de temps avec leur patient et peuvent offrir davantage de soins de qualité. Le principal désavantage est son impact sur la quantité de services offerts ou de patients traités par période. Elle est plus faible lorsque les médecins sont rémunérés à salaire.

Le paiement à l'acte (FAA) est le mode le plus fréquemment observé pour les médecins de famille dans l'ensemble des juridictions et pour tous les médecins au Québec et ailleurs au Canada. L'avantage de ce mode de paiement est qu'il incite à la productivité. Le principal problème c'est qu'il peut inciter à multiplier également les actes les mieux rémunérés. En plus, il n'y a pas de lien avec la qualité ou avec les résultats des interventions sur la santé des patients.

La capitation est un paiement octroyé en contrepartie de la prestation d'un panier de services que les médecins, généralement de famille, acceptent de dispenser à leurs populations de pratique, inscrite ou géographique. La capitation est attrayante pour ceux qui assurent le financement, car elle permet de mieux contrôler en amont le budget alloué aux services médicaux et elle responsabilise le médecin pour l'ensemble des besoins de sa clientèle. Par ailleurs, la capitation peut inciter le médecin à fournir moins de soins et la rémunération mixte permet de limiter les effets négatifs de ces deux derniers modes. (Hennig-Schmidt, Selten, & Wiesen, 2011; Léger & Strumpf, 2010). Il peut également inciter le médecin responsable des services primaires à trop référer les patients à l'hôpital pour diminuer ses coûts. En Grande-Bretagne, toutefois, la capitation octroyée au secteur primaire inclut le financement des services secondaires. Ainsi, ces derniers ont tout intérêt à investir dans la prévention des maladies et des complications de sorte à réduire leurs dépenses dans le secteur secondaire.

Les autres mécanismes de paiement sont des paiements additionnels octroyés pour influencer les comportements des prestataires. Le forfait, observé dans les trois provinces canadiennes, est aussi appelé capitation. C'est un petit montant accordé aux médecins de famille en contrepartie d'un engagement professionnel envers un patient donné pour une période de un an. La vacation observée seulement au Québec est un paiement par période de courte durée, trois heures, pour encourager les médecins spécialistes à effectuer des tâches administratives ou de recherche. Les vacations sont également accordées à des médecins pour les encourager à prendre en charge des patients complexes qui exigent des périodes prolongées de consultation (Boulenger et

al. 2012). Les bonis à l'acte, également appelés financement basé sur la performance (FBP), sont des incitatifs financiers accordés en contrepartie d'activités médicales de prévention reconnues qui influencent la santé des populations. Par exemple, un paiement par vaccin contre la grippe pour les gens âgés ou encore un paiement par examen des seins pour les femmes à risque de développer un cancer du sein.

Enfin, on observe de plus en plus de médecins rémunérés par une combinaison de mécanismes dans le but de profiter des avantages et pallier les désavantages des uns et des autres. Par exemple, pour inciter une prestation de qualité et productive, les hôpitaux européens combinent les salaires et le FAA. Au Canada, on combine FAA, forfait et vacation. La rémunération mixte est plus complexe à administrer mais elle améliore les résultats.

**Tableau 4.7 : Les avantages et désavantages des mécanismes de rémunération des médecins**

Avantages		Désavantages
<b>Salaire</b>	Meilleur contrôle des coûts et améliore la qualité	Peu efficient, activités par dollar
<b>Acte (FAA)</b>	Incite la multiplication des actes	Sans lien avec la qualité ou les résultats
<b>Capitation</b>	Responsabilise le médecin pour la provision de l'ensemble des services d'une clientèle	Peut encourager à réduire la qualité ou à sélectionner les patients
<b>Forfait<sup>1</sup></b>		
<b>Vacation<sup>2</sup></b>		
<b>Bonis à l'acte (PFP)</b>	Améliore la qualité	
<b>Mixte</b>	Améliore la valeur des services	Plus complexe à administrer

1. Au Québec, les forfaits sont des montants relativement faibles versés à l'omnipraticien qui inscrit un patient en contrepartie de son engagement professionnel d'une durée de 1 an (entre 7,80 \$ et 11,00 \$ en 2012 par patient)<sup>31</sup>.

## LES MECANISMES DE FINANCEMENT DES HOPITAUX

Au niveau du financement des hôpitaux, on observe que toutes les juridictions ont ajouté une forme ou l'autre de financement basé sur l'activité au financement de base par budget de leurs hôpitaux. La tendance à financer une partie des services hospitaliers en fonction de l'activité a été influencée par la volonté de compenser pour le principal

<sup>31</sup> Pour toute inscription faite à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, un forfait d'inscription est versé, sur la base de l'année civile, au médecin de famille. Lorsque le lieu de suivi habituel du patient est en cabinet ou à domicile, le montant du forfait est de 10,35 \$ au 1<sup>er</sup> janvier 2011 et de 10,90 \$ au 1<sup>er</sup> janvier 2012. Si ce lieu est en établissement, le montant du forfait d'inscription est de 7,80 \$ au 1<sup>er</sup> janvier 2011 et de 8,20 \$ au 1<sup>er</sup> janvier 2012 (RAMQ 2012).

désavantage du financement par budget c'est-à-dire la faible productivité. Au Danemark et en Grande-Bretagne, le financement à l'activité est rétrospectif et donc octroyé en fonction de l'activité réalisée. En Grande-Bretagne, le paiement est octroyé par cas, où pour l'ensemble des interventions réalisées de l'admission jusqu'à la sortie du patient de l'hôpital (Payment By Result (PBR)). Au Danemark, la forme des paiements à l'activité est déterminée au niveau régional et varie d'une région à l'autre. En Finlande, le financement à l'activité est prospectif et déterminé en fonction du niveau d'activité des années précédentes ajusté en fin d'année pour tenir compte de l'activité réellement réalisée.

Dans les provinces canadiennes, le financement à l'activité est octroyé pour améliorer la productivité de l'activité chirurgicale, particulièrement pour les chirurgies de la hanche, des genoux et de la cataracte. En Colombie-Britannique et en Ontario, il s'agit de budgets prospectifs selon l'activité anticipée par GDC. Au Québec, ce sont des budgets rétrospectifs en fonction de l'activité marginale par GDC.

---

## COMPLEMENTARITE ENTRE LES MECANISMES TRANSACTIONNELS

Le tableau 4.8 résume les mécanismes transactionnels observés dans les juridictions analysées, indique entre parenthèses les objectifs du mécanisme, et sont surlignés en jaune les nouveaux mécanismes transactionnels visant à influencer les comportements des acteurs. Il importe de noter ici que ce sont les objectifs et non le résultat d'évaluation des mécanismes qui sont indiqués entre parenthèses. Les points suivants résument les principaux constats sur la complémentarité des mécanismes transactionnels des juridictions que nous avons observés.

- Seule la Grande-Bretagne a aligné les incitatifs transactionnels de l'ensemble des acteurs sur la maximisation de la valeur aux patients, soit les résultats de santé par dollar dépensé.
- La Grande-Bretagne est la seule juridiction à avoir complètement transféré le risque d'assurer la 'santé' d'une population donnée à des organisations spécialisées en soins primaires, les 'Primary Care Trusts', détenues par des médecins omnipraticiens. Une solution qui a pour objet d'inciter ces derniers à miser davantage sur la prévention.
- Au niveau hospitalier, les Danois et les Finlandais contrôlent les coûts par des mécanismes traditionnels de financement et en ayant des médecins spécialistes salariés. En effet, une portion importante des budgets hospitaliers est financée par budget prospectif et les salaires des spécialistes ne sont pas influencés par l'activité mais influencent la qualité. Ils ont réussi toutefois à influencer la productivité de leurs services tout en maintenant le contrôle sur les budgets en introduisant une part de FAA et en confiant la gestion de l'enveloppe dédiée à cet effet aux acheteurs de services, les municipalités en Finlande et les régions au Danemark.

- Au Canada, la politique de financement des hôpitaux incite à la priorisation du contrôle budgétaire, et donc à contrôler le volume de services alors que les politiques de paiements des médecins incitent à la production de volume. Les mécanismes transactionnels n'incitent pas les médecins à se préoccuper pour le maintien de la bonne santé des patients ou la prévention des complications. Par ailleurs, les incitatifs visant à augmenter l'activité des hôpitaux sont applicables à des activités spécifiquement identifiées par le niveau décisionnel central, ce qui peut créer des distorsions importantes par rapport aux besoins de la population. Enfin, il en est de même pour les dispositifs d'amélioration de la qualité puisque les paiements sont liés à la réalisation d'activités spécifiques ou à des vacations liées à des clientèles lourdes. Ce type d'incitatif prend pour hypothèse que la prestation de tous les médecins est de qualité et que les besoins de la population sont uniformes. En plus, celui-ci ne les incite pas à améliorer la qualité de l'ensemble de leur pratique en fonction d'une meilleure santé des patients. Enfin, puisque les mécanismes transactionnels ont été développés à la pièce à mesure que les problèmes se sont fait sentir, ils sont complexes à gérer.

**Tableau 4.8 : Paiements des hôpitaux et des médecins**

	Paiement des Hôpitaux	Paiement des Spécialistes	Paiement des Généralistes
<b>Grande-Bretagne</b>	Budget + <b>FBC+FBP</b> (valeur et contrôle budget)	Salaires + bonis (contrôle des coûts et qualité / performance)	Capitation + profits (qualité et contrôle coût)
<b>Danemark</b>	Budget + <b>FBC + FBA</b> (contrôle coûts et volume)	Salaires (soins hors hôpitaux FBA) (contrôle des coûts et qualité)	FAA (activité)
<b>Finlande</b>	Budget ou <b>Budget GDC</b> (contrôle des coûts)	Salaires (contrôle des coûts et qualité)	Salaires + capitation + FAA (contrôle coûts, activité et qualité)
<b>Colombie-Britannique</b>	Budget + <b>Budget GDC + FBP</b> (contrôle coûts, activité <sup>1</sup> , qualité)	FAA, <b>forfait, mixte</b> (activité et qualité)	FAA, forfait, mixte (activité et qualité)
<b>Ontario</b>	Budget + <b>Budget GDC +FBP</b> (contrôle coûts, activité <sup>1</sup> , qualité)	FAA, <b>forfait, mixte</b> (activité et qualité)	FAA, capitation, FBP, salaires, mixte (activité et qualité)
<b>Québec</b>	Budget + <b>Budget GDC</b> (contrôle des coûts, activité <sup>1</sup> )	FAA, <b>vacation, mixte</b> (activité et qualité)	FAA + FBP+ forfait (activité et qualité)

*FBA : Financement Basé sur l'activité, FAA : Financement à l'acte, FBP : Financement Basé sur la Performance 3. L'incitatif à l'activité dans les trois provinces canadiennes est pour des activités ciblées par le gouvernement central.*

#### 4.4 LES REACTIONS DES PARTIES PRENANTES ET LA MITIGATION DES RISQUES

L'implantation de politiques publiques dans un système aussi complexe que celui de la santé se fait difficilement sans réaction des parties prenantes. Dans un environnement de services publics, on implante des politiques et les parties réagissent positivement ou négativement avec plus ou moins de délais. Par ailleurs, on mesure peu ou pas les résultats sur la valeur. Les opposants aux politiques développent leur argumentaire et influencent ou non l'évolution. Avec le temps toutefois, le processus de développement de politiques publiques devient de plus en plus dynamique et les politiques évolutives.

L'action politique se modernise elle aussi. En Angleterre, nous avons observé la mise en œuvre de plusieurs mécanismes qui visaient à mitiger les effets pervers de leurs politiques et soutenir la transformation. Nous avons également observé cette tendance au Danemark et dans une moindre mesure en Ontario. Le tableau 4.9 énumère les réactions des parties prenantes face aux politiques de santé analysées. On observe d'abord qu'outre la Grande-Bretagne et le Danemark, toutes les juridictions n'ont pas nécessairement réagi aux réactions et enjeux provoqués par leurs politiques. Il est toutefois intéressant de noter que :

- Dans le cas de la Grande-Bretagne, du Danemark et de l'Ontario, le développement des informations, notamment des connaissances fines des coûts par cas, a contribué à rallier les acteurs autour du même objectif, soit l'amélioration de la valeur des services au patient. Pour que l'exercice puisse contribuer à faire accepter le changement, il faut que les parties s'entendent sur le contenu des données, sur les standards pour les colliger et être transparent. Autrement la méfiance s'installe.
- L'implantation graduelle des politiques de financement contribue à apprivoiser son impact et à le gérer.
- Les juridictions évoluent de plus en plus vers des paiements rétrospectifs par cas ou par épisode de soins. Cette stratégie contribue à encourager la prise en charge du patient tout au long du continuum de soins du début de l'épisode jusqu'à la fin.
- La coordination des services est encouragée en liant le financement pour l'ensemble des activités qu'elles soient institutionnelles, communautaires ou à domicile (Grande-Bretagne, Finlande et Ontario 2012).
- Pour éviter que le financement à l'activité contribue à faire augmenter les budgets alloués à la santé, les tarifs sont diminués au-delà d'un certain niveau d'activité pour être inférieurs au coût marginal de l'activité.
- Enfin, un élément qui est revenu fréquemment est la nécessité de développer des politiques qui soient appropriées pour répondre aux besoins des régions éloignées. En effet, si les politiques de développement de marché et de mises en concurrence sont efficaces dans les régions où la densité de la population est élevée, elles sont peu ou pas appropriées pour les régions éloignées. Cela ne veut pas dire que le statu quo est ce qui doit nécessairement être adopté.

L'Angleterre fait face en 2012 à cet enjeu. Elle l'adresse en offrant un appui spécialisé aux établissements des régions éloignées pour améliorer l'organisation des services régionaux.

**Tableau 4.9 : Réactions des parties prenantes et stratégies de mitigation**

Réactions parties prenantes		Stratégies pour mitiger les risques
<b>Grande-Bretagne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les craintes à l'égard de l'impact du PbR sur la qualité.</li> <li>• Les hôpitaux ont craint de ne pouvoir équilibrer leur budget.</li> <li>• L'inquiétude que l'augmentation de l'activité soit trop élevée.</li> <li>• Les craintes que les PCT manipulent les données.</li> <li>• L'implantation trop rapide – Crainte face au changement.</li> <li>• La capacité des hôpitaux est différente d'une région à l'autre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les PCTs ne sont pas tenus de payer pour les réhospitalisations.</li> <li>• Les hôpitaux sont incités par le mode de paiement par cas et par la possibilité de garder leurs profits pour développer la connaissance de leurs coûts par cas.</li> <li>• Le niveau d'activité est limité à celui de 2008, au-delà de ce niveau, le tarif est réduit.</li> <li>• Le NHS mise sur la gestion de la demande en octroyant un budget fixe aux PCT par membre enregistré pour payer les services secondaires. Cette stratégie a également pour effet de développer les services primaires.</li> <li>• Le PbR a été implanté graduellement.</li> <li>• Les tarifs sont établis sur une base régionale.</li> </ul>
<b>Danemark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au début, les évaluations de la productivité soulevaient beaucoup d'opposition</li> <li>• Résistance au changement</li> <li>• Au début, le financement à l'activité lance un signal clair que ce qui importe c'est la quantité (et non la qualité)</li> <li>• Crainte par rapport à la difficulté de contrôler les budgets</li> <li>• Opposition à la réduction du nombre de régions et à la diminution de leur pouvoir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financer l'amélioration a contribué à faire accepter le changement.</li> <li>• L'amélioration des données a permis d'utiliser les informations pour appuyer l'adoption des meilleures pratiques.</li> <li>• La diminution des tarifs marginaux a également été observée dans certaines régions.</li> </ul>
<b>Finlande</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les avis sur l'efficacité de la publication des données pour accroître la performance sont mitigés, certains souhaitent plus de pénalités financières.</li> <li>2. Les avis sur l'utilité de bâtir les systèmes d'information et l'intérêt d'y consacrer tant de ressources.</li> </ol>	
<b>Colombie-Britannique</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Selon certains, la tarification s'est faite de manière arbitraire en utilisant une méthode d'intensité d'utilisation des ressources.</li> </ol>	

2. Implantation du HPO et du FBA trop rapide.

<b>Réactions des parties prenantes</b>	<b>Stratégies pour mitiger les risques</b>
<b>Ontario</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. On déplore le financement FBA prospectif puisque l'Ontario dispose des systèmes d'information qui pourraient supporter le financement rétrospectif.</li><li>2. Au départ, les politiques ont été adoptées au sein des grands hôpitaux les plus performants. Quelle est la pertinence d'adopter ce modèle dans les plus petits hôpitaux?</li><li>3. On déplore que le financement à l'activité ne soit pas lié à la performance (qualité et coût).</li><li>4. Au départ, il y a eu beaucoup de réticence au changement.</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'Ontario a annoncé une nouvelle réforme de son système de santé en 2012 dont un des éléments est le financement de la santé (par cas tout au long du continuum de soins).</li><li>• Le gouvernement a bâti son argument autour des mesures de qualité, cela a permis de réunir les acteurs autour du projet d'introduction de FBC.</li></ul>
<b>Québec</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Le vérificateur général critique l'absence de lien entre les budgets octroyés aux hôpitaux et leur activité; la méconnaissance des coûts par cas.</li><li>• On critique le manque de transparence et de mesures financières et non financières qui inciteraient à améliorer la performance.</li><li>• On critique le maintien d'une trop grande part de budget historique qui ne tient pas compte de l'évolution des responsabilités ou de la performance d'un hôpital. Un hôpital performant peut se trouver en déficit et le non performant en surplus budgétaire.</li><li>• Le MSSS a observé une tendance à modifier le codage.</li><li>• Il existe une crainte que le FBA incite à mettre l'emphase sur les activités financées à l'activité au détriment des autres ou de laisser déborder l'urgence qui elle est financée par budget.</li></ul>	

## 4.5 SOMMAIRE DE L'ANALYSE COMPARATIVE

Le Québec est la juridiction dont le PIB per capita est le moins élevé des juridictions analysées, mais il est au quatrième rang au niveau des dépenses totales de la santé par habitant, avant la Grande-Bretagne et la Finlande. La proportion des dépenses en santé dans les dépenses publiques totales est plus élevée au Canada que partout ailleurs, il en est de même pour les dépenses publiques per capita. Le Québec et le Canada ont moins de médecins par 1000 habitants que dans les pays européens analysés, nous hospitalisons moins, effectuons moins de chirurgies mais nos médecins effectuent plus de visites médicales par année. En bref, notre système coûte plus cher par habitant que les systèmes des pays analysés.

### Principaux constats

Les pays européens analysés jouissaient avant leur réforme de trois caractéristiques reconnues pour faciliter l'amélioration de l'efficacité et qui ne sont pas présentes dans les systèmes canadiens : la décentralisation (OCDE 2010), la séparation des fonctions d'achat et de production de services de santé (OCDE 2010); et le fait que les médecins spécialistes soient salariés des hôpitaux les lie à la performance de ces derniers.

Les politiques de santé britanniques pour accroître l'efficacité du système de santé sont centrées sur l'accroissement de la concurrence. La production et la publication d'indicateurs de qualité par hôpitaux soutiennent la politique de concurrence entre les établissements basée sur la qualité des services. Les établissements attirent les patients par leur offre de qualité.

Les acheteurs de services de santé des juridictions européennes ont tous la possibilité de contractualiser des services hospitaliers à des acteurs privés. Dans tous les cas, les acteurs privés sont en concurrence avec les acteurs publics pour la provision de services de santé. Au Canada, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont récemment mis en place les infrastructures pour faciliter la contractualisation.

Au niveau institutionnel, le système canadien est plus intégré et centralisé que dans les autres pays. Le Québec est la juridiction où le nombre d'agences régionales est le plus élevé et qui fait le moins de place aux hôpitaux privés.

Il est généralement reconnu que la publication d'information sur la qualité et les coûts des services permet d'informer les choix des usagers et de soutenir l'amélioration de la performance des prestataires. Néanmoins, les systèmes de la Colombie-Britannique et du Québec continuent de ne pas être transparents à cet égard.

L'évaluation des technologies en santé et la publication de guides de meilleures pratiques sont des pratiques courantes dans toutes les juridictions. Malgré que les prestataires de toutes les juridictions à l'exception de ceux de la Finlande aient l'obligation de les observer, seule la Grande-Bretagne surveille leur observation. Par

ailleurs, seuls le Danemark et la Grande-Bretagne ont instauré des incitatifs monétaires à observer les évidences.

Malgré que le système canadien soit le plus centralisé, il est aussi le seul où les médecins n'ont pas de relation contractuelle avec les hôpitaux. Les hôpitaux du Québec sont également les seuls à ne pas contractualiser les services hospitaliers à des organisations externes spécialisées, publiques ou privées.

Le Canada se distingue par la non complémentarité des mécanismes transactionnels de ses hôpitaux et de ses médecins spécialistes.

## 5. RECOMMANDATIONS

*Par Joanne Castonguay (CIRANO)*

D'abord, nous recommandons au gouvernement d'éviter d'opter pour une solution qui vise à obtenir des résultats à court terme sur une seule problématique. La majorité de nos institutions en santé datent des années 70 et doivent être repensées pour répondre aux besoins actuels de notre société. Le gouvernement devra reconnaître que l'amélioration de l'efficacité du système de santé passe par une redistribution des rôles et responsabilités et par une décentralisation de la responsabilité. C'est pourquoi nous recommandons d'adopter un plan vers un système de santé qui aurait les caractéristiques suivantes :

- Un ministère de la santé dont le rôle est de définir les objectifs du système, d'octroyer les budgets selon ses objectifs et de contrôler les résultats.
- Des prestataires de soins qui ont la flexibilité et la responsabilité d'organiser et de déterminer l'offre de soins qui répond le mieux aux besoins de leur population.
- Un système appuyé par des systèmes d'information transparents qui informent les prestataires sur les coûts par cas des activités et sur les résultats de leurs activités.
- Des mécanismes de paiement qui soient liés aux résultats de santé de la population.
- Un système dynamique qui évolue pour mieux tenir compte des besoins de la population et de l'évolution des technologies.

À notre avis, pour obtenir un tel système, nous devons passer par les étapes suivantes :

### **Des systèmes d'information transparents sur les coûts par cas et sur les résultats**

Le développement de systèmes d'information transparents qui facilitent la comparaison des résultats et des coûts par cas est une urgence. L'absence de cette information laisse trop de place sur les débats idéologiques sur les meilleures solutions à adopter pour améliorer l'efficacité du système. Les gestionnaires devraient être en mesure de comparer leurs coûts par cas et les résultats de santé de leurs interventions dans le temps et entre eux. La population devrait être en mesure de choisir son prestataire selon différents critères de qualité et autres critères personnels. Par exemple, selon la région de résidence de sa famille ou encore, s'il habite en région, choisir entre éloignement et meilleurs résultats ou proximité et réduction des options.

### **La décentralisation de la responsabilité d'organiser les services**

Selon les observations des tendances dans les pays analysés, mais aussi dans la littérature sur l'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé, cette dernière passe par la décentralisation de l'organisation des services. Les prestataires spécialisés sont les meilleurs pour développer les solutions les mieux adaptées à la population qu'ils desservent. Les administrations publiques au niveau central se concentrent sur la

définition des objectifs et sur le contrôle de la qualité. Une telle stratégie redonne le sens des responsabilités, motive les opérateurs et améliore le contrôle des budgets publics dédiés à la santé.

### **Le contrôle de la qualité et de la viabilité des organisations assurés par une organisation indépendante**

L'organisation qui assure le contrôle de la qualité et de la viabilité des hôpitaux devrait être indépendante des aléas politiques. Sa structure devrait être légère et puiser dans l'expertise spécialisée externe selon ses besoins.

### **Le financement des prestataires lié à l'amélioration de la valeur tout au long du cycle de soins**

Les paiements des prestataires, hôpitaux, cliniques, CLSC, médecins et autres professionnels de la santé devraient être liés à l'amélioration de la valeur. Il est maintenant généralement reconnu que le meilleur moyen de réduire les coûts est d'améliorer la qualité<sup>32</sup>.

- Pour réduire les coûts à moyen/long terme et obtenir de meilleurs résultats, il faut investir dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire<sup>3334</sup>. Le meilleur moyen de réduire les coûts est d'adopter de saines habitudes de vie et d'éviter la maladie. Si elle est inévitable, l'identification précoce et le contrôle sont les meilleurs moyens de réduire la gravité et les complications. Par ailleurs, une meilleure qualité de services réduit les coûts par patient. En effet, la non qualité engendre des coûts additionnels parce qu'il faut traiter les complications. Transposée au niveau populationnel et sociétal, une meilleure santé implique une meilleure productivité parce que la population est plus apte à l'emploi. **Ainsi, le financement des prestataires devrait les responsabiliser pour améliorer la santé de la population et non simplement pour rémunérer la résolution de complications aiguës.**
- **L'amélioration des résultats passe par l'organisation des soins par condition médicale et leur coordination tout au long du cycle de soins.** Le cycle de soins peut exiger des soins provenant de multiples prestataires, dont les services primaires, les services hospitaliers, de réadaptation et souvent même de suivis à long terme. En plus, le cycle diffère selon la condition médicale des patients. Si chaque prestataire effectue son intervention indépendamment de celles des autres acteurs, le risque d'erreurs ou d'omission est élevé parce qu'ils ne travaillent pas en équipe mais comme des intervenants indépendants. C'est d'ailleurs la reconnaissance de l'importance d'intégrer les soins qui a donné lieu à la création des CSSS. Cette intégration est incomplète tant que les services primaires et secondaires ne seront pas incités à collaborer en fonction des résultats au patient.

---

<sup>32</sup> Porter et Tiesberg 2006 et Teperi et autres 2009.

<sup>33</sup> La prévention secondaire réfère à la détection précoce d'une maladie et la prévention tertiaire réfère à la diminution des complications.

<sup>34</sup> Shortell 2009.

Les mécanismes de rémunération devraient donc intégrer cette réalité. Cette option peut être évolutive en commençant par lier un paiement rétrospectif pour l'ensemble des activités hospitalières payable après que le dossier ait été transféré en bonne et due forme au prestataire de soins primaires. Nous croyons que d'évoluer vers un système de responsabilisation par capitation d'un acteur qui acquiert l'ensemble des services requis par épisode de soins inciterait davantage à améliorer les pratiques et obtenir une meilleure valeur.

**Un système de santé fondé sur des politiques dynamiques et évolutives appuyées par des évaluations transparentes et basées sur les résultats.**

Nos politiques de santé sont confrontées à un environnement qui évolue à grande vitesse. Les technologies évoluent, les pratiques aussi et il en est de même pour les maladies et les besoins de la population. Si on souhaite en avoir pour nos deniers publics investis, nous nous devons d'analyser sur une base continue les résultats de notre système et de faire évoluer plus rapidement nos politiques de santé en fonction de l'évolution de la société dans laquelle on vit.

## BIBLIOGRAPHIE

- Audit Commission, « Early lessons from payment by results », 2005.
- Audit Commission, « The Right Result? Payment by Result 2003-2007 », Health National Report, 2008.
- Biorn E., Hagen T., Iversen T., Magnussen J., « The Effect of Activity-Based Financing on Hospital Efficiency : A Panel Data Analysis of DEA Efficiency Scores 1992-2000 », Munich Personal RePEc Archive, 2002.
- Biorn E., Hagen T.P., Iversen T., Magnussen J., « How Different Are Hospitals' Responses To A Financial Reform? The Impact on Efficiency Of Activity-Based Financing », Health Care Management Science, 2010.
- Bloom, N., Propper, C., Seiler, S., Van Reenen, J. « The impact of competition on Management Quality : Evidence form Public Hospitals »; JEL, classification J45 F12 I18 J31, 2010.
- Boulanger S., Castonguay, J., *Portrait de la rémunération des médecins de 2000 à 2009*, CIRANO, 2012.
- Busse R., Figueras J., Robinson R. & Jakubowski E., *Strategic Purchasing to Improve Health System Performance : Key Issues and International Trends*, Healthcare Papers, Vol. 8, pp. 62-76, 2007.
- Busse R., Geissler A. & Scheller-Kreinsen D., *The ABC of DRGs*, Euro Observer, Vol. 11, n°4, 2009.
- Canadian Health Institute for Health (CIHI), *A Primer on Activity-Based Funding*, Discussion Paper, 2010.
- Canadian Health Institute for Health (CIHI), *Choice of a Case Mix System in Acute Care Activity-Based Funding – Options and Considerations*, Discussion Paper, 2010.
- Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF), *Are Hospital Funding Mechanisms in Canada Designed to Provide Efficient Care?*, Evidence-informed options for hospital funding, 2010.
- Canadian Medical Association, *Patient-Focused Funding and Pay-For-Performance: A Discussion of the Concepts and Experience*, Working group on Patient-Focused Funding, 2007.
- Castonguay J., Analyse comparative des mécanismes de gestion des paniers de services, CIRANO, décembre 2011.
- Castonguay J., Montmarquette C. Scott I., Analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de l'OCDE, CIRANO, 2008.
- Cooper Z., Gibbons S., Jones S., McGuire A., « Does Hospital Competition Save Lives? Evidence from the English NHS Patient Choice Reform », The London School of Economics and Political Science – Working paper, 2010.

Cohen M., McGregor M., Ivanova I., Kinkaid C., « Beyond the Hospital Walls : Activity Based Funding Versus Integrated Health Care Reform », Canadian Centre for Policy Alternatives, 2012.

European Observatory on Health Systems and Policies, *Sweden (2005) Health Care systems in transition et* European Observatory on Health Systems and Policies, *Australia (2006) « Health Systems in Transition »*.

Farrar S., Sussex J., Yi D., Sutton M., Chalkley M., Scott T., Ma A., « National Evaluation of Payment by Results » Health Economics Research Unit, 2007.

Gaynor M., Moreno-Serra R., Propper C., « Death by Market Power – Reform, Competition and Patient Outcomes in the National Health Services », Centre for Market and Public Organisation, 2010.

Godbout, L., Joanis, M., de Marcellis-Warin, N., *Le Québec Économique, un bilan de santé du Québec*, CIRANO, PUL, 2012.

Jakobsen M. L. F., « The Effects Of New Public Management : Activity-Based Reimbursement And Efficiency In The Scandinavian Hospital Sectors », Nordic Political Science Association, 2009.

Kaplan, R. S., Porter M.E., *The Big Idea: How to solve the cost crisis in health care*, Harvard Business Review, février 2010.

Langenbrunner J.C, Cashin C & O'Dougherty S., *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems – How-To Manuals*, Banque Mondiale, 2009.

Leatt, p., Pink, G.H., Guerriere, M., *Towards a Canadian model of Integrated Healthcare*, [HealthcarePapers, 1\(2\) 2000: 13-35..](http://HealthcarePapers.1(2)2000:13-35..Longwoods.com) Longwoods.com

Léger P.T., *Physician Payment Mechanisms: An Overview of Policy Options for Canada*, CHSRF, 2011.

Lehtonen, T, *DRG-Based prospective pricing and case-mix accounting – Exploring the mechanisms of successful implementation*, Management accounting Research 18, 2007, 367-395.

Maynard, A. and Bloor, K. « Introducing a market to the United Kingdom's National Health Service », New England Journal of Medicine, 1996.

OCDE (a), *Health systems institutional characteristics, a survey of 29 OCDE countries*, OCDE Health working papers no. 50, 2010.

OCDE (b), *Optimiser les dépenses de santé, Études de l'OCDE sur les politiques de santé*, 2010.

Organisation Mondiale de la santé (OMS), *Le financement des systèmes de santé : Le chemin vers la couverture universelle*, 2010, ISBN 9789242564020.

Paris, V., Devaux, M., Wei, L., *Health Systems institutional characteristics, a survey of 29 OECD countries*, OCDE Health Working Papers No. 50. 2010.

Propper C, Burgess S., Green K., « Does Competition between Hospitals Improve the Quality of Care? Hospital Death Rates and the NHS Internal Market », Centre for Market and Public Organisation, 2002.

Schreyögg J., Stargardt T., Tiemann O. & Busse R., *Methods to determine reimbursement rate for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries*, Health Care Manage Sci, Vol. 9, pp. 215-223, 2006.

Schreyögg j., Stargardt T., Ve lasco-Garrido M., Busse R., Defining the “Health Benefit Basket” in nine European countries Evidence from the European Union Health BASKET Project, Department of Health Care Management, Berlin University of Technology, Berlin, Germany, Eur J Health Econ. 2005.

Shortell, Stephen M., Robin R. Gillies, D.A. Anderson, Erickson K. Morgan et J.B. Mitchell. 1996. *Remaking Health Care in America: Building Organized Delivery Systems*. San Francisco: Jossey- Bass.

Street A., Vitikainen K., Bjorvatn A. & Hvenegaard A., *Introducing activity-based financing: a review of experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden*, Centre for Health Economics, University of York, 2007.

Street A. & Maynard A., *Activity-based financing in England: The need for continual refinement of payment by results*, Health Economics, Policy and Law, Cambridge University Press, 2007.

Sutherland J.M., *Hospital Payment Mechanisms: An Overview and Options for Canada*, CHSRF, 2011.

Sussex J., Farrar S., « Activity-Based funding for National Health Services hospitals in England : managers’ experience and expectations », European Journal of Health Economics, 2009.

Teperi J., Porter M.E., Vuorenkoski, L., Baron, J., *The Finnish Health System: a value-based perspective*, Sitra reports, Edita prima limited Helsinki, 2009.

[brochure numéro 1. Omnipraticiens, Ententes particulières,  
http://www.ramq.gouv.qc.ca/sitecollectiondocuments/professionnels/manuels/104-  
brochure-1-omnipraticiens/007\\_enten\\_particu\\_entente\\_omni.pdf](http://www.ramq.gouv.qc.ca/sitecollectiondocuments/professionnels/manuels/104-brochure-1-omnipraticiens/007_enten_particu_entente_omni.pdf)

## ANNEXE 1 : MECANISMES INSTITUTIONNELS DU SYSTEME, PRESENTS ET AJOUTES, SELON LES OBJECTIFS POURSUIVIS

Par Joanne Castonguay (CIRANO)

	Danemark	Finlande	Grande-Bretagne	Colombie-Britannique	Ontario	Québec
Principe de base	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisation graduelle	Centralisé	Centralisé/début de transformation	Centralisé
Sources de financement	État Municipalités	Municipalités, NIH, Employeurs	État	État (central et régional)	État (central et régional)	État (central et régional)
Séparation achat et fourniture de services	oui	oui	oui	oui <sup>1</sup>	oui	non
Données publiques comparatives sur les coûts par cas	oui	oui		oui <sup>1</sup>	oui	non
Publication Indicateurs qualité par hôpital	oui	oui	oui		oui	
Agence d'évaluation et publication d'ETS	oui	oui	oui	oui	oui	oui

### Mécanismes incitatifs

Obligation de respecter les recommandations d'ETS			oui			
	Danemark	Finlande	Grande-Bretagne	Colombie-Britannique	Ontario	Québec
Mécanismes de contrôle des budgets au niveau central <sup>2</sup>	Transfert de budget fixe à l'acheteur	Transfert de budget fixe à l'acheteur	Transfert de budget capité à l'acheteur	Financement prospectif par budget	Financement prospectif par budget	Financement prospectif par budget
Mécanismes de contrôle des coûts au niveau central	Publication de Benchmark	Publication de Benchmark	Financement par cas à tarif fixe			
Mécanismes incitatifs de contrôle des coûts au niveau local (hôpital)			Possibilité d'acquiescer statut de Foundation trust incite les établissements à connaître leurs coûts			

Mécanismes de contrôle de la qualité	Publication d'indicateurs		Publication d'indicateurs		Publication de Benchmark niveau régional et développement de données locales	
Incentifs financiers à la réalisation d'actes de prévention	oui		oui	oui		oui

### Incentifs

	Danemark	Finlande	Grande-Bretagne	Colombie-Britannique	Ontario	Québec
Incentifs sous-jacents aux mécanismes de financement des hôpitaux	Contrôle des coûts et volume	Contrôle des coûts	Amélioration de la valeur, performance institutionnelle	Contrôle des coûts et volume <sup>3</sup>	Contrôle des coûts et volume <sup>3</sup>	Contrôle des coûts et volume <sup>3</sup>
Incentifs sous-jacents à la rémunération des spécialistes	Contrôle des coûts et qualité	Contrôle des coûts et qualité	Contrôle des coûts et de la qualité, performance institutionnelle	Volume et qualité	Volume et qualité	Volume
Incentifs sous-jacents à la rémunération des généralistes	Volume	Contrôle des coûts, activité et qualité	Valeur, contrôle des coûts	Volume et qualité	Volume et qualité	Volume et qualité
Incentifs ou structures pour assurer ou encourager la coordination des soins à travers le continuum						
Mécanismes pour mieux contrôler la demande de services						

*Note 1 : Réforme très récente dont l'application était à ses débuts au moment de la rédaction. En ce qui concerne les données sur les coûts par cas, les données sont disponibles par hôpital (si elles ont été fournies par l'hôpital) et non dans un format benchmark ou analyse comparative. 2. Puisque les systèmes de santé sont de juridiction provinciale au Canada, le terme central réfère au niveau provincial. 3. L'incentif à l'activité dans les trois provinces canadiennes est pour des activités ciblées par le gouvernement central.*

## ANNEXE 2 : PERSONNES INTERVIEWÉES

### **Royaume-Uni**

Nigel Edwards, NHS confederation  
Ian Dodge, Department of Health  
Julian LeGrand, London School of Economics  
Duncan Selbie et Stephen Morris, NHS Trust Brighton  
Adrian Masters, Monitor  
Chris Ham, King's fund  
Robert Naylor, CEO, University College London Hospital  
Sue Roberts, Md, Department of Health  
Sue Slipman, Director, Foundation Trust Network  
Paul Corrigan, Special advisor to Foundation Trusts and consultant

### **Finlande**

Lauri Vuorenkoski, Center for Health Economics  
Markku Pekurinen, National Institute for health and welfare Danemark

### **Danemark**

Poul Erik Hansen, Ministère de la santé  
Malene Hojsted Kristensen, Region centrale  
Jes Sogaard, Danish Health Institute  
Kjeld Moller Pedersen, University of Southern DK (Odense)  
Niels Hermann, National Board of Health  
Bente Fogh, Danish medical association

### **Ontario**

Erik Hellsten, Ministère de la santé et des soins de longue durée, Policy  
Adalsteinn Brown, Université de Toronto  
Jeremy Veillard, Institut Canadien d'information sur la santé  
Mary Proctor, Vice-Présidente Finance et Planification Providence Healthcare  
Lou Reed, Directeur Financement santé et recherche Association des hôpitaux de l'Ontario

### **Colombie-Britannique**

Jason Sutherland, Université de Colombie Britannique, Centre for Health Services and Policy Research  
Ian Rongve, Ministère de la santé et des services de longue durée

### **Québec**

Éric Fournier, MSSS Direction générale - adjointe de la performance  
François Dion, MSSS  
Dr. Hartley (Herb) Stern, JGH, Directeur général  
Anne Lemay, AQESSS, Directrice de la performance, de la gestion de l'information et de la qualité  
François Lemoyne, Directeur des Finances, ASSS Montréal  
Francine Dupuis, CSSS Cavendish, Directrice exécutive  
Marc Sougavinski, CSSS de la Montagne, Directeur General

Jean Mireault, M.D., M.Sc Mediated Technologies, Président du Conseil, vice-président, affaires cliniques

Martine Couture, Directrice générale, ASSS Saguenay

Gilles Simard, Directeur Ressources financières, ASSS Saguenay

Danielle McCann, Directrice Générale, CSSS Sud Ouest Verdun

Gilles Gagnon, Directeur Général, CSSS Chicoutimi

### CADRE RÉGLEMENTAIRES ET INSTITUTIONS

#### LES ORGANISATIONS

##### **Ministry of Health (MOH)**

Le *Ministry of Health (MOH)* a la responsabilité d'assurer aux Colombiens Britanniques des services de santé appropriés, de qualité et coûts efficaces au moment opportun. Il assure le leadership du système et définit les politiques de santé. En plus, il soutient le réseau de prestataires dans l'atteinte des objectifs, standards et buts qu'il a fixés pour répondre aux attentes et aux besoins de santé des résidents de la province. Par ailleurs, le MoH gère directement le fonctionnement de plusieurs programmes dont le *Medical Services Plan (MSP)*, l'assurance maladie qui paie les frais des médecins et le *PharmaCare*, l'assurance médicaments prescrits. En plus, le ministère collige l'information sur les services de santé et sur la santé de la population sur une base continue.

##### **Health Benefit Operations**

Le *Health Benefit Operations* coordonne l'aspect administratif du MSP et du *PharmaCare* dont les inscriptions des bénéficiaires ainsi que la gestion des demandes de remboursements ou de paiements.

##### **Emergency Health Services Commission**

Le *Emergency Health Services Commission* est une agence indépendante chargée des services ambulanciers et des triages téléphoniques. Cette agence est divisée en deux corps, le premier est le *BC Ambulance Services* qui fournit les services ambulanciers dans la province. Le second est le *BC Bedline* qui collabore avec les médecins et les autres fournisseurs de soins afin d'assurer le transfert de patients malades à l'intérieur et à l'extérieur de la province. Elle doit fournir des rapports annuels au ministère sur la gestion de la Commission.

##### **Regional Health Authorities**

Le MoH délègue aux cinq *Regional Health Authorities* la responsabilité de fournir les services de santé directement à la population. Les *Regional Health Authorities* desservent 15 régions géographiques de la Colombie-Britannique. Ces autorités suivent les objectifs provinciaux, les standards ainsi que les accords sur la performance qui sont établis par le MoH. Elles sont responsables : d'identifier les besoins des populations dont elles ont la responsabilité, de planifier les programmes et services appropriés, d'assurer le financement et la gestion de ces programmes et services et de collecter les données et l'information nécessaire à la gestion du système. Les services fournis sont nombreux et comprennent les soins de santé publics, primaires, hospitaliers, de

maladies chroniques, de santé mentale, de soins de fin de vie et enfin des services aux entreprises.

### **Provincial Health Services Authority**

La PHSA est en quelque sorte une sixième autorité qui est chargée de veiller à la coordination entre les cinq RHAs. Elle agit sur la qualité, la coordination, l'accessibilité et le coût des programmes régionaux.

### **BC Center for Disease Control**

Le BCCDC a la responsabilité de la surveillance, de la détection de problèmes de santé publics, du traitement, de la prévention et des services de consultations en ce qui a trait à la santé publique. Le centre surveille la santé publique et conseil les RHAs ainsi que le ministère dans l'atteinte de leurs objectifs et prévisions de soins de santé nécessaires.

---

## LES AGENCES DE REGULATION

### **Provincial Health Officer**

Le PHO fournit des conseils de manière indépendante au MoH ainsi qu'au public sur différentes problématiques entourant la santé publique et le système. À ce titre, il fournit aux habitants de la province des indicateurs sur leur santé, mais aussi sur la nécessité d'instaurer des programmes publics de prévention. Les rapports portent non seulement sur l'état de santé de la population, mais aussi sur d'autres sujets comme la qualité de l'eau, de l'air, la prévention des accidents, l'alcoolisme, etc. Les responsabilités du PHO sont les suivantes : Apporter un avis indépendant sur les problèmes de santé au MoH et à la population, recommandation sur les actions à effectuer en vue d'améliorer la santé, rapporter les progrès du système selon les objectifs poursuivis, travailler en coordination avec le BCCDC.

---

## L'OFFRE DE SERVICES

### **Les soins de première ligne**

Les principaux fournisseurs de soins de santé sont les médecins généralistes et les *Primary Health Care Organizations* (PHCOs). Les médecins généralistes pratiquent de manière privée individuellement ou en groupe. Ils peuvent aussi s'associer avec d'autres professionnels de la santé (infirmières par exemple). En 2004, les deux tiers des médecins travaillaient en groupe et le reste individuellement<sup>35</sup>. Le gouvernement de la Colombie-Britannique incite la création de PHCOs dont la particularité réside dans la

---

<sup>35</sup> National Physician Survey, 2004.

multidisciplinarité des équipes de soins. Au sein de ces structures, le médecin est en général le leader de l'équipe composée de professionnels et de travailleurs de la santé.

Ces PHCOs font partie des Primary Health Care Networks qui peuvent être formés d'une combinaison de groupes de pratiques, de diagnostic et de services de traitement, ainsi que des services de santé communautaires. Ces réseaux peuvent inclure les services suivants : Services d'urgence, chirurgies d'un jour, ambulances, gestion de maladies chroniques, *home care*, éducation de santé, prévention, promotion, services de diagnostics, référencement vers des centres de soins secondaires, rééducation, télémédecine, services spéciaux (les premières nations).

### **Les soins de deuxième et troisième ligne**

Les soins de deuxième ligne sont dispensés par les hôpitaux et des centres de santé. Le Ministère a la responsabilité de désigner un établissement comme étant un hôpital, de donner une licence aux hôpitaux privés et peut y assigner un administrateur public dans le cas où il considère que c'est dans l'intérêt public. Leur financement et leur fonctionnement sont tributaires des autorités régionales. En 2008, il y avait 139 établissements désignés comme hôpital :

- 80 hôpitaux se soins de courte durée incluant des hôpitaux communautaires, de soins tertiaires, universitaires);
- 19 hôpitaux de soins chroniques;
- 3 hôpitaux de réadaptation;
- 37 autres établissements offrant des soins hospitaliers, par exemple des cliniques de cancer, des centres de traitement et de diagnostics, etc.

### **L'organisation des médecins**

Les médecins peuvent choisir entre appartenir au réseau public, et donc être rattachés au *Medical Service Plan* afin de fournir des services assurés, ou d'exercer à l'extérieur de ce réseau et donc d'être rémunéré directement par les patients pour les services qu'ils dispensent. Les médecins travaillent soit de manière indépendante, en collaboration ou à l'intérieur même d'organisations de soins primaires. On trouve entre autres en Colombie-Britannique des :

- *Primary Health Care Physicians* qui sont des médecins travaillant soit dans des *Primary Care Organization* ou de manière indépendante. Ces médecins sont généralistes ou spécialistes.

- *Full Service Family Doctors* : Ces médecins opèrent dans des organisations qui reçoivent des paiements incitatifs afin de fournir un grand spectre de services de soins primaires à des patients atteints de maladies chroniques, hospitalisés ou enceintes.

Le tableau suivant présente les résultats d'un sondage auprès des médecins appartenant au système de soins primaires en 2005. L'objectif était d'avoir un portrait des équipes multidisciplinaires.

Figure 1 : Portrait des médecins du système de soins primaires, BC, 2005.

	Généraliste – organisations multidisciplinaires	Généraliste – organisations non multidisciplinaires		Tous
		Groupe 1	Groupe 2	
Nombre de répondants	107 (17 % de l'échantillon)	97 (15 % de l'échantillon)	433 (68 % de l'échantillon)	638
Co-locataires avec des fournisseurs non médicaux	oui	oui	Non	
Pratique médicale	BP / CC / CMPL*	Hôpital / HLD* / Autres	BP / CC / CMPL*	
Âge moyen	46-50 ans	46-50 ans	46-50 ans	46-50 ans
Région rurale	28 (26 %)	25 (26 %)	102 (24 %)	155 (24 %)
Taille moyenne des pratiques (FTE)	4,4	5,1	3,5	3,9
Femmes	34(32 %)	33(34 %)	134 (31 %)	201 (32 %)
BP= Bureau privé / CC= Centre Communautaire / CMPL= Clinique médicale première ligne / HLD=Hôpital Longue Durée				

Source : British Columbia Medical Association, octobre 2005

La majorité des médecins pratiquent dans des organisations non-multidisciplinaires dans des bureaux occupés par des médecins seulement (68 %). Les autres pratiquent dans des organisations multidisciplinaires ou partagent leur bureau avec d'autres professionnels de la santé. Environ le quart pratique dans des régions rurales et un peu moins du tiers sont des femmes.

## LES TRANSACTIONS

À l'instar des autres provinces canadiennes, le financement du système de santé en Colombie-Britannique provient de deux sources. Le gouvernement fédéral qui, dans le cadre de la Loi Canadienne sur la Santé, transfère de l'argent à la province sous contraintes. En effet, ces fonds sont principalement destinés aux hôpitaux et aux médecins pourvu que les systèmes de santé provinciaux répondent aux principes énoncés dans la loi. La deuxième source de financement, la plus importante, est provinciale. Les fonds proviennent d'impôts sur les revenus des particuliers, des travailleurs et des entreprises et financent le fonctionnement du système de santé. En plus de financer le *Medical Services Plan* et le *PharmaCare*, le Ministère alloue un budget triennal aux 5 autorités régionales ainsi qu'à l'autorité provinciale (PHSA).

Les autorités régionales et l'autorité provinciale reçoivent environ 70 % du budget de santé de la province. Au total, elles disposaient en 2011 de 12 milliards de revenus. Ce sont à elles que revient la décision de la forme que prennent les paiements aux établissements (budgets globaux, à l'activité ou autre comme la capitation). Le montant des budgets alloués par le ministère est établi de concert entre le ministère, le trésor et

le ministère du Revenu. La méthode de calcul des budgets est fondée sur les besoins de la population (appelée *Population needs-based funding formula*).

Les médecins, eux, tiennent leur rémunération directement du *Medical Service Plan* s'ils y sont enregistrés, sinon, ils sont rémunérés directement par les patients. En plus, des formules alternatives de paiements ont été mises en place par les autorités régionales.

Les médecins sont rémunérés à l'acte, à la capitation ou selon un mixte des deux. Des paiements additionnels leur sont accordés par les autorités régionales. Ces dernières proposent aux médecins des contrats, des paiements à la session ou encore selon un arrangement salarial. Ces paiements font partie du '*Alternative Payment Program*'. En 2008, plus de 74 % des revenus étaient des paiements à l'acte et 11 % provenaient de ce programme de paiements 'alternatifs'. Le reste était alloué par capitation ou selon un mixte. Parmi les 11 % des paiements 'alternatifs', 75 % sont distribués par contrat, 21 % par session de 3,5 heures et 4 % en salaires.

Le financement des hôpitaux est inclus dans le budget alloué aux autorités régionales par la province. Les autorités choisissent la façon dont elles allouent le financement aux hôpitaux. La principale étant par budget global. En plus, le '*Health Purchasing Organization*', un organisme indépendant, contractualise certains services aux hôpitaux. Ces derniers sont rémunérés selon l'activité. Ainsi, une partie des budgets des hôpitaux provient d'un budget global et une autre dépend de leur activité sur certaines procédures médicales.

## HISTOIRE RECENTE DES REFORMES DU SYSTEME DE SANTE

### **La régionalisation de la fourniture des services de soins de santé**

En 2001, le nombre d'autorités régionales de la santé de la Colombie-Britannique est passé de 52 autorités régionales (RHAs) à 6, dont une est une autorité provinciale '*Provincial Health Services Authority*'.

À l'époque, ce changement faisait partie des trois objectifs de long terme :

- Fournir des soins centrés sur le patient de haute qualité;
- Améliorer la santé et le bien-être des résidents de la province;
- Créer un système de soins public qui soit soutenable et abordable.

La restructuration des autorités régionales visait à améliorer la soutenabilité du système et diminuer l'écart grandissant entre les attentes des résidents et l'offre de services en améliorant la planification et la gestion du système.

Les 5 RHAs desservent 15 secteurs géographiques qui reflètent les habitudes de référencement des médecins. L'autorité provinciale coordonne les activités des cinq autorités sur tout le territoire.

## **Les soins de première ligne**

### ***Family Practice***

En 2002, le *General Practice Service Committee* a été mis en place pour améliorer les services de soins de première ligne. Son mandat était de revigorer le secteur de la médecine familiale en perte de vitesse. C'est ainsi que le *Full Service Family Practice Incentive Program* a été mis en place pour attirer les ressources vers la pratique de médecine familiale. Le programme accorde des paiements incitatifs pour offrir les services suivants : les soins de maternité, la santé mentale, les soins des personnes âgées, les maladies complexes, les services aux patients chroniques et la prévention. Par exemple, un paiement de 125 \$ est accordé aux médecins des pratiques familiales pour chaque patient ayant un diagnostic confirmé de diabète ou d'insuffisance cardiaque et qui ont reçu des soins en conformité avec le BC's clinical practices guideline. À côté de ces paiements, des mesures incitatives ont été prises afin d'améliorer la rétention et d'augmenter l'attraction des pratiques familiales. En outre, le programme propose de payer la dette des étudiants en médecine décidant de pratiquer dans une clinique familiale en plus de lui offrir 100 000 \$ pour l'aider à ouvrir une clinique.

### **L'introduction du Patient Based Funding (PBF)**

L'introduction de l'PBF en Colombie-Britannique a été soudaine. En avril 2010, le gouvernement a mis en place un système d'acquisition de bloc de chirurgies auprès des 23 plus importants hôpitaux de la province. Ces 23 hôpitaux fournissent 80 % des services hospitaliers de la province.

D'ailleurs, le *BC Health Services Purchasing Organization* (HSPO) a été créé afin de gérer ces achats financés par patient (*Patient-Focused Funding*). Les objectifs initiaux étaient :

- Réduction des files d'attente pour les chirurgies sélectionnées;
- Incitation à traiter les patients en ambulatoire lorsque leur cas ne nécessite pas une hospitalisation;
- Diminuer le coût unitaire des actes.

Ainsi, le HSPO fait le lien entre le Ministère et les autorités régionales. Le Ministère lui fournit une enveloppe budgétaire et le HSPO achète des services aux autorités régionales. Le budget du HSPO est une enveloppe de financement supplémentaire aux budgets historiques gérés par les autorités. Ainsi, le HSPO achète des volumes de services incrémentaux aux organisations capables de les fournir sans affecter leurs activités. Le HSPO et les autorités régionales s'entendent sur le volume de soins, les paiements se font en se basant sur l'activité de l'année précédente. Si l'activité en cours est différente de celle passée, alors des réajustements sont effectués. Le financement provenant du HSPO comporte deux volets, le premier est le paiement de volumes d'actes incrémentaux tandis que le second récompense la qualité et la prise en charge rapide des patients.

Le processus de tarification des actes suscite un débat. Dans un premier temps, le HSPO a effectué une analyse pour déterminer la valeur des ressources utilisées pour

l'ensemble des actes concernés dans les 23 hôpitaux. L'index d'utilisation des ressources '*Ressource Intensity Weight*' (RIW) mesure l'utilisation relative de ressources hospitalières d'un patient comparé à un cas typique. CIHI a assigné un RIW par CMG. Suite à une hospitalisation, on assigne un RIW à chaque cas. Les RIWs sont échelonnés de sorte qu'un cas type a un poids de 1.0. L'objectif étant de réduire les hospitalisations des actes considérés, lorsque le patient est hospitalisé, l'hôpital reçoit 40 % du tarif de chaque RIW tandis qu'il en reçoit la totalité pour les patients traités de jour. Le tarif est de 1 520 \$ par RIW en cas d'hospitalisation contre 3 800 \$ par RIW traité sans hospitalisation (BCHSPO 2010). Pour l'instant utilisé de manière incrémentale, le HSPO est supposé gérer 20 % du budget des hôpitaux de la sorte. Il n'existe pas de plafond, les hôpitaux peuvent donc augmenter considérablement leur revenu pourvu qu'ils en aient les capacités. Lors de la première année, le HSPO n'a utilisé qu'environ 30 % de l'enveloppe qui lui avait été donnée de gérer.

En plus de ces paiements à l'activité, le *Patient Focused Funding* dispose d'un élément de qualité et d'accessibilité sur les mêmes actes concernés par le financement à l'activité. Ainsi, chaque patient admis et prêt à être opéré dans les 10 heures est accompagné d'un montant de 600 \$ pour l'établissement.

## LES REACTIONS DES PARTIES PRENANTES

### *Objectifs :*

Le financement à l'activité a été implanté pour augmenter les volumes de certaines chirurgies dont les files d'attente étaient jugées trop longues par la population. De plus, le système en place avant ne permettait pas de récompenser la qualité et ne comportait aucun incitatif à l'augmenter. La régionalisation des soins, apparue au travers de la réforme des *Regional Health Authorities*, était un préalable à l'implantation du financement à l'activité.

### *Mise en place du système de paiement à l'activité : Implantation*

Le point central de l'implantation du nouveau système de financement basé sur l'activité, appelé en Colombie-Britannique « Patient Based Funding », a été la création du *Health Services Purchasing Organization* (HSPO). Pour les décideurs publics, l'apparition de cette agence change la relation avec le gouvernement qui était non seulement le fournisseur de soins, mais aussi le payeur et l'acheteur. Il n'y avait donc pas de séparation entre ces rôles. Le HSPO est indépendant du ministère tout en entretenant avec lui une relation privilégiée. Cette agence s'est occupée du design du paiement à l'activité notamment en :

- Décidant du panel d'hôpitaux concernés;
- Établissant la tarification appliquée aux procédures concernées, la relation entre le coût et le paiement;
- Mettant en place un système de suivi de l'activité;
- Établissant la relation entre le Ministère et le HSPO d'une part, celle entre le HSPO et les agences régionales d'autre part.

Les mises en place du HSPO et du *Patient Based Funding* se sont faites de manière simultanée et rapide. Les membres de HSPO ont expliqué aux hôpitaux le nouveau système, mais n'ont pas pris le temps de le faire avec les travailleurs des hôpitaux.

#### *Mise en place du système de PBF*

**Les discussions préalables :** D'après les responsables de la mise en place du PBF, la question centrale autour de ce type de financement était : Veut-on un système qui donne les incitatifs sur ce qu'il y a de mieux à faire ou un système qui vous dit ce qu'il y a de mieux à faire pour ensuite créer les incitatifs? Avant d'effectuer des modifications importantes du type de financement des hôpitaux, il a été décidé d'utiliser le PBF à la marge soit sur les activités supplémentaires à celles existantes. Lors de l'introduction, les soins de santé mentale, les services communautaires et les soins de maternité ont été exclus, car les décideurs ne connaissaient pas les effets sur ces types de soins, les effets étant difficilement prévisibles. Ils se sont donc concentrés sur les soins aigus à défaut des actes spécifiques. En plus d'avoir exclu ces activités, seuls 23 hôpitaux ont été retenus pour commencer. Ceci s'explique principalement par deux raisons. La première est qu'à eux seuls, ces hôpitaux englobent plus de 80 % de l'activité hospitalière de la province. La deuxième est qu'après discussion avec les associations hospitalières et les autorités régionales ainsi qu'une analyse des données, les décideurs ont conclu que les petites structures ne disposaient alors pas d'une marge de manœuvre suffisante et nécessaire à l'atteinte des objectifs fixés. Ainsi, personne ne voyait les gains à faire avec les petites structures. Enfin, avant l'implantation du PBF, **les hôpitaux privés ont été autorisés à effectuer des actes que ne pouvaient prendre en charge les structures publiques, il a fallu considérer ce nouveau paramètre afin que tous les établissements, peu importe leur nature, soient traités de la même manière.**

**Design du *Patient-Based Funding* :** Le gouvernement de la Colombie-Britannique désirait en priorité faire croître les volumes des hospitalisations d'un jour, car ce sont les moins coûteuses en ressources. En plus, il fallait éviter les hospitalisations lorsque possible puisqu'on souhaitait diminuer les coûts. L'établissement des montants de remboursement s'est fait en deux temps. En premier lieu, le HSPO a analysé avec l'ICIS les données sur les coûts des hospitalisations afin d'obtenir les coûts totaux de l'activité hospitalière. À partir de ce résultat, ils ont calculé un coût unitaire par unité de ressource consommée. Un tarif a été appliqué à chaque unité de ressource consommée. Ce tarif a été établi à 3 800 \$ de manière arbitraire. Enfin, la volonté de privilégier les soins d'un jour a poussé le HSPO à ne rembourser que 40 % du montant pour une hospitalisation. Une même procédure effectuée à l'intérieur d'une journée permet à l'établissement de recevoir 100 % du montant prévu. En plus, les hôpitaux ne sont plus remboursés pour les patients auparavant considérés comme hospitalisés sans avoir quitté les salles d'urgence *Discharged Directly From Emergency* (DDFE). Le HSPO ne désirait plus payer pour des hospitalisations qui n'ont pas eu lieu dans les faits. Enfin, le gouvernement donne un budget annuel au HSPO afin que ce dernier achète les services de santé supplémentaires. Le HSPO distribue les montants dus aux autorités

régionales qui à leur tour les redistribuent aux hôpitaux dont ils ont la charge et qui ont procédé à ces actes supplémentaires.

**Les parties prenantes.** Le PBF est un outil permettant l'alignement des incitatifs. Les gestionnaires deviennent dépendants des médecins lorsqu'il s'agit d'être plus efficace. Ainsi, les deux parties doivent apprendre à travailler ensemble. De plus, les médecins étant payés à l'acte, ils ont tout intérêt à suivre l'activité. Il n'a jamais été question de modifier le traitement des médecins comme leur statut d'appartenance ou leur structure de rémunération, car ils représentent une part des coûts totaux négligeables par rapport à ceux des établissements et cela ferait beaucoup de bruits politiques pour peu. Enfin, l'Association des Médecins de la province a soutenu le projet, mais avec quelques réserves. Il n'y a donc pas eu d'opposition de leur part.

Les établissements ont bien accueilli la nouvelle politique. La tarification commune à tous permet d'éviter les querelles inter établissements, car pour une même procédure, tout le monde reçoit la même chose. Les hôpitaux universitaires ont de ça de particulier qu'ils ne savent pas ce que leur coûte l'enseignement. Ils étaient d'avis que le PBF permettrait de trouver ce montant. Le fait que leurs coûts soient supérieurs est pris en compte dans le budget global qui leur est encore accordé en début d'année.

### **Les résultats.**

**Les avantages.** Les personnes questionnées étaient d'avis que le choix du montant par RIW était complètement arbitraire et qu'il ne reflétait pas le coût réel des actes. Le système des RIW permet de considérer la complexité des patients et ne donne pas la possibilité aux hôpitaux de surcoder les patients ou procédures. Ce système est perçu comme très flexible et si une procédure devient prioritaire, une simple modification du paiement remboursé permet d'inciter les hôpitaux à la prioriser. Selon eux, il est clair que les incitatifs fonctionnent uniquement si les établissements connaissent la structure de leur coût. Pour ce faire, un tel système de remboursement favoriserait une compétition entre établissements et il en résulterait une amélioration des connaissances. Cependant, le contexte géographique de la province semble clairement un obstacle à l'instauration de cette compétition. Le gouvernement a compris qu'un tel système éviterait de couper dans les services afin de couper dans les coûts. Ils ne veulent désormais plus absolument réduire les coûts, mais vont plutôt dans la direction d'augmenter la productivité et contrôler l'augmentation des coûts.

**Les inconvénients.** En premier lieu, les coûts administratifs pour appliquer le PBF sont relativement élevés, surtout pour calculer les RIW et assurer le suivi de l'activité. De plus, il est peut-être nécessaire d'implanter un système d'évaluation des coûts, car les parties prenantes vont vouloir comparer leur remboursement à leurs coûts. Pour le moment, l'obtention des données prend trop de temps pour permettre de connaître l'impact réel qu'a eu cette politique jusqu'à présent.

Un autre problème provient des gestionnaires des autorités régionales qui ne semblent pas percevoir les remboursements du HSPO autrement qu'un complément à leurs budgets globaux. Ils ne semblent donc pas comprendre qu'ils peuvent gagner de l'argent supplémentaire grâce à ce système. La preuve en est que le HSPO n'a dépensé que 60 des 200 millions alloués la première année. Toutefois, ceci provient directement de la jeunesse de ce système.

---

## BIBLIOGRAPHIE

British Columbia Medical Association, « Enhancing Multidisciplinary Primary Care in BC », Policy Paper, 2005.

British Columbia Medical Association, « Activity-Based Funding », Policy Statement, 2009.

British Columbia Medical Association, « Valuing Quality : Patient-Focused Funding in British Columbia », Policy Paper, 2010.

British Columbia Medical Association, « Ensuring Excellence: Renewing BC's Primary Care System », Policy Paper, 2002.

Centre For Health Services And Policy Research, « The British Columbia Health Atlas », UBC, 2004.

British Columbia Ministry of Health, « 2007/08 Annual Health Authority Performance Report », 2008.

British Columbia Ministry of Health, « B.C. Launches Patient-Focused Funding Provincewide », News Release, 2010.

British Columbia Ministry of Health Planning, « A New Era for Patient-Centered Health Care », 2001.

General Practice Service Committee, « Improving Primary Care in British Columbia », Annual Report, 2009/10.

Health Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/2008-cha-lcs-arra/page2-eng.php#BC>

British Columbia Health Services Purchasing Organization, « Patient Focused Funding : Better Enabling Health Providers To Do What Is Best For Patient », HQN Sessions, 2010.

Ministry of Health, British Columbia, 2012/13 – 2014/15 SERVICE PLAN February 2012,

Canadian Medical Association, « Patient Focused Funding and Pay-for-Performance : A Discussion of the Concepts and Experience », Working group on Patient-Focused Funding, 2007.

Cohen M., Hall N., Priest A., « Innovatons in Community Care : From Pilot Project to System Change », Canadian Centre for Policy Alternatives, 2009.

## ANNEXE 4 : MÉCANISMES DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX DANOIS

*Par Joanne Castonguay (CIRANO)*

<b>LE SYSTEME DE SANTE DU DANEMARK .....</b>	<b>92</b>
Éléments de contexte .....	92
ACHITECTURE ET INSTITUTIONS.....	91
Les organisations .....	93
Les agences de régulation .....	93
L'OFFRE DE SERVICES .....	94
LES TRANSACTIONS .....	95
<b>HISTOIRE RECENTE DES REFORMES DU SYSTEME DE SANTE.....</b>	<b>97</b>
<b>STRATEGIES ET DESCRIPTION DES COMPOSANTES .....</b>	<b>98</b>
CONSEQUENCES ET RESULTATS OBSERVES .....	100
LES REACTIONS DES PARTIES PRENANTES.....	102
BIBLIOGRAPHIES .....	105

### ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Le système de santé danois est un système universel gratuit et dont l'accès est égal pour tous. Pour les Danois, préserver les caractéristiques du système est tout aussi important que le contrôle des coûts du système. Le libre choix d'hôpital s'est ajouté à ces caractéristiques depuis le milieu des années 90.

Le système de santé est financé par les impôts nationaux et municipaux. Le système est décentralisé et géré par trois niveaux de gouvernement.

Le Danemark est reconnu pour ses banques de données sur les activités hospitalières et dans le secteur primaire. Le registre national sur les patients contient des données hospitalières qui datent de 1977 et des données sur les soins primaires depuis 1995. Chaque Danois possède un numéro de sécurité sociale unique et utilisé par tous les services publics.

Initialement le système de classification par DRG a été instauré pour analyser la productivité des hôpitaux. Le premier rapport sur la productivité a été publié en 1995 et portait sur la productivité des hôpitaux du Jutland Nord. Le deuxième, publié en 1996, analysait la productivité de tous les hôpitaux danois.

En 1993, les individus ont obtenu le droit de recevoir des soins de santé dans n'importe quel hôpital de leur choix. Cette politique était motivée par le besoin qu'avaient les patients de se faire traiter dans la région où habitent leurs proches.

En 1998, la Commission sur les coûts par patient a publié un rapport sur la structure de paiement pour les services hospitaliers. La Commission a alors révélé que les coûts par jour pour un patient sont jusqu'à 10 fois plus élevés dans certains hôpitaux par rapport à d'autres ayant des responsabilités comparables. C'est ce qui a motivé le gouvernement à adopter un système de paiement basé sur les groupes de diagnostics connexes (Case Mix) pour payer pour les services des patients qui ont choisi de se faire traiter dans une autre région que celle où ils habitent.

À partir de 2000, 10 % du budget négocié entre les comtés et les hôpitaux devait être basé sur des mesures de l'activité ('la politique du 90/10'). À l'époque, certains comtés ont eu des difficultés à implanter les systèmes informatiques pour soutenir cette politique. Alors, initialement d'autres mesures de l'activité que les GDC pouvaient être adoptées.

Jusqu'alors, les soins spécialisés étaient exclus de la politique sur le choix des patients. À partir de ce moment, la nouvelle loi sur le choix des patients a été instaurée et avec elle la nécessité d'établir un coût par patient pour remplacer le paiement par jour qui était peu représentatif de la complexité des cas et de leur utilisation des ressources.

En 2002-2001, le Ministère évaluait que le financement des activités des patients traités dans leur comté de résidence représentait 1,3 % du financement du coût des hôpitaux. Si le coût des patients s'étant fait soigner hors de leur comté de résidence et ayant

obtenu des services hautement spécialisés était inclus alors le financement à l'activité représentait 15 % du financement hospitalier en 2000 et en 2001.

---

## ARCHITECTURE ET INSTITUTIONS

---

### LES ORGANISATIONS

#### **Ministère de la Santé et de l'Intérieur**

Le rôle de l'État en santé est de coordonner les services de santé, aviser et légiférer.

#### **Comtés/régions**

Avant 2007, l'État, les comtés et les municipalités imposaient les contribuables pour financer les services de santé. En 2007, après une période de rationalisation, les 14 comtés ont été regroupés en 5 régions, lesquelles ont perdu leur pouvoir de taxation. La principale responsabilité des régions est l'opération et la gestion des hôpitaux et des soins primaires. Les régions font partie des instances négociant les salaires des employés et les remboursements des praticiens.

#### **Municipalités**

En 2007, le nombre de municipalités est passé de 271 à 98. Les municipalités sont responsables des soins infirmiers (de districts), la santé publique, les services scolaires de santé et les soins dentaires des enfants.

---

### LES AGENCES DE RÉGULATION

L'Agence Nationale de Santé (ANS) 'National Board of Health' est liée au ministère de la Santé et de l'Intérieur. Elle est responsable de la supervision du personnel de santé et des institutions et informe les régions et municipalités sur les problèmes concernant la santé – rôle de veille. L'ANS a développé un système informatique qui permet de suivre et comparer l'activité dans les hôpitaux.

---

### LES BASES DE DONNÉES ET LA TRANSPARENCE

Le Danemark est à l'heure actuelle un précurseur dans ce domaine<sup>36</sup>. En 1999, il a mis en place le 'Danish National Indicator Project (NIP)' une initiative, toujours en développement, qui a pour objet de mesurer la qualité des soins hospitaliers selon les groupes de patients ayant la même condition. Le but est de conscientiser les patients, leur famille, les médecins, les infirmières et autres professionnels en comparant les résultats des traitements au Danemark avec les standards de qualité attendue d'un système qui fonctionne bien.

À partir de 2006, l'Agence National de Santé publiait une variété impressionnante de données pour appuyer la gestion du système de santé et informer les choix de la population. La gestion de l'accès à ces données n'est pas un sujet de discussion au Danemark car la transparence est une valeur fondamentale des Danois. Par exemple, il est possible pour tout individu qui le souhaite, qu'il soit Danois ou non, d'interroger le

---

36

site de l'Agence<sup>37</sup> sur une variété d'indicateurs de qualité par intervention et par établissement. Par exemple, on y affiche le taux d'infections acquises dans le cadre d'une opération de remplacement de la hanche de l'Hôpital de Bornholms. Le niveau de détail est assez impressionnant en ce sens que nous pouvons également obtenir ce taux, ou une autre valeur de qualité, pour 6 différentes chirurgies de la hanche. En d'autres mots, il est possible d'atteindre un haut niveau de précision à la fois au niveau de l'intervention, de l'indicateur et de l'établissement.

En plus, des données sur les coûts par cas, par DRG et par établissement sont également disponibles. Elles permettent aux établissements et prestataires de comparer leur productivité d'une année à l'autre et entre eux. Ces données sont, toutefois, des données publiées sur une base mensuelle et annuelle.

---

## L'OFFRE DE SERVICES

### **Les soins de première ligne**

Les services de santé primaires sont de deux ordres : 1. Les services médicaux généraux (soins et traitements offerts par les généralistes), les spécialistes, les dentistes, les physiothérapeutes et les infirmiers de district. 2. Les services de prévention, essentiellement la santé dentaire et physique des enfants.

Les généralistes sont principalement des travailleurs autonomes, mais ils travaillent exclusivement pour les services publics de santé. Ils agissent en tant que gardiens de l'accès ('gate keeper') aux services hospitaliers et des spécialistes.

Les infirmiers de district sont des infirmiers seniors chargés de gérer les soins communautaires et les équipes de services de santé à domicile qui fournissent des conseils de santé, des soins palliatifs, soignent et surveillent les plaies et les cathéters et gèrent la médication et la continence.

### **Les soins de deuxième et troisième ligne**

Les hôpitaux sont responsables des interventions qui requièrent les services et des équipements spécialisés en plus des soins intensifs.

Les hôpitaux publics fournissent 98 % des services hospitaliers, les 2 % restants sont offerts par le secteur privé.

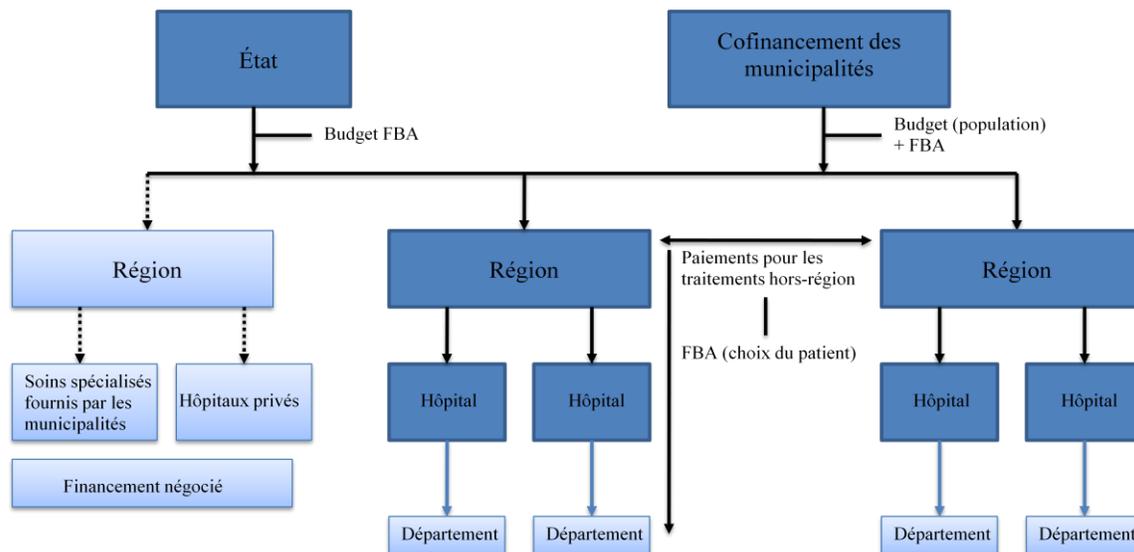
Même si le secteur privé occupe une petite part de marché, son rôle est important parce qu'il instaure de la concurrence dans les services de santé. En effet, le patient a le choix de son fournisseur de services hospitalier, public ou privé, ce qui exerce une pression sur les hôpitaux pour améliorer la qualité et l'accès à leurs services.

---

<sup>37</sup> <http://www.sundhedskvalitet.dk>

## LES TRANSACTIONS

Figure A1.1 : Flux financiers – Réforme 2007



Source : Soberg 2008

En 2007, les 14 comtés ont été réorganisés en 5 régions et le nombre de municipalités est passé de 271 à 98. La principale responsabilité des régions est l'opération et la gestion des hôpitaux.

Les sources de financement des hôpitaux sont de deux ordres : 1. L'état finance par budget et une portion est financée sur la base de l'activité (FBA). Cette portion est passée de 1 % à 2 % à 5 % en 2007. 2. Les municipalités financent en partie les soins de santé. Leur part est calculée en fonction de la population (capitation) plus une proportion du FBA, avec un maximum de 4000 DKK de 2003 par patient hospitalisé et de 270 DKK par patient ambulatoire. Les régions ne peuvent taxer les citoyens.

Les responsabilités de provision de services de santé par les régions et les municipalités sont négociées sur une base annuelle avec l'État. La négociation des budgets s'effectue entre l'État, d'une part, et les régions et les municipalités, d'autre part. C'est à ce moment que l'État s'entend avec les municipalités sur le niveau d'imposition des contribuables aux fins de la santé.

Chaque année, l'État négocie avec les régions le financement qui leur sera accordé et les municipalités négocient avec les régions le financement qui sera accordé aux hôpitaux en fonction de leur productivité.

Les tarifs selon les DkDRG<sup>38</sup> couvrent tous les services somatiques incluant les services surspécialisés des hôpitaux universitaires. Toutefois, les coûts de référence pour ces derniers utilisés dans le cadre de leurs négociations avec les comtés sont calculés par les hôpitaux universitaires.

Les régions sont libres de déterminer la façon de distribuer les fonds liés à l'activité au sein de leur territoire, mais tous utilisent le système de classification DkDRG. Les paiements à l'activité doivent toutefois respecter les principes suivants :

- les services somatiques devraient être couverts;
- les tarifs devraient être établis en fonction de la structure des dépenses et des priorités;
- le tarif devrait couvrir au minimum les frais variables liés à l'activité;
- le modèle devrait être transparent, juste et robuste. Il devrait y avoir des conséquences 'visibles' lorsque la productivité ou les niveaux d'activité deviennent des niveaux attendus;
- les paiements pour les patients traités à l'extérieur de leur comté de résidence sont indépendants du comté de résidence du patient;
- le financement à l'activité devrait être accompagné par une plus grande liberté d'action au niveau de la gestion des hôpitaux et des départements;
- pour mieux inciter la productivité, le financement à l'activité devrait au moins en partie se rendre jusqu'au département performant (accroît l'activité).

En outre, les régions sont libres d'ajuster les différents éléments suivants :

- les paiements à l'activité peuvent être alloués à partir du premier patient ou à partir d'un niveau d'activité donné;
- des tarifs différents peuvent être alloués selon les niveaux d'activités;
- différents tarifs peuvent être alloués en fonction des priorités de certains DRG ou spécialités;
- il peut y avoir un montant total de financement à l'activité alloué. En d'autres mots, au-delà d'un certain niveau d'activité les coûts seront assumés par l'hôpital;
- les comtés peuvent et devraient contrôler les soudaines augmentations de la sévérité des cas avant de payer l'hôpital pour s'assurer qu'il n'y pas de surcodage.

---

<sup>38</sup> Système de classification des activités selon les GDC développés par le Danemark.

Tableau A1. 1: Mécanismes de paiement selon la relation entre l'acheteur et le pourvoyeur

Acheteur	Fournisseurs de service	Catégorie de services	Système et unité de paiement	Tarif
<b>Comté</b>	Comté	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients réguliers - Soins physiques</li> <li>• Patients réguliers – Santé mentale</li> <li>• Patients spécialisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DkDRG</li> <li>• Tarif journalier par lit</li> <li>• Tarif à l'acte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 % tarif national</li> <li>• Tarif national</li> <li>• Calculé par hôpital</li> </ul>
<b>État</b>	Comté	Subvention couvrant augmentation activité (soins physiques)	DkDRG	70 % du tarif national
<b>Comté</b>	Hôpital District	Tous	20 % du budget hospitalier sur base activité selon DkDRG	Varie selon le comté
<b>Comté</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpitaux privés</li> <li>• Hôpitaux Spécialisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantie d'accès/choix libre du patient</li> <li>• Services spécialisés</li> </ul>	DkDRG (si traitement couvert par garantie)	% tarif national négocié selon comté

*Patient régulier : qui ne nécessite pas de soins spécialisés.*

*Patients ou soins spécialisés : traités dans hôpitaux universitaires.*

*Garantie accès/choix libre : politique qui donne au patient le choix de se faire traiter dans un établissement privé si attente au-delà de 2 mois.*

*Source : Street 2007.*

## HISTOIRE RECENTE DES REFORMES DU SYSTEME DE SANTE

### *Objectifs de la réforme de 2002 /2003*

1. Diminuer les temps d'attente et améliorer l'activité.
2. Contrôler les dépenses de santé.
3. Maintenir une productivité élevée.
4. Accroître la qualité des services.

### *Objectifs de la réforme 2007*

1. Simplifier le secteur public et accroître son efficacité.
2. Améliorer les services à un taux d'imposition inchangé.
3. Responsabiliser et éliminer des zones grises (transparence).
4. Impliquer davantage les citoyens (responsabiliser les citoyens dans la prévention, soins et réhabilitation)

## STRATEGIES ET DESCRIPTION DES COMPOSANTES

### *Institutions*

Avant 2002, les patients avaient le choix d'obtenir des soins hospitaliers généraux dans n'importe quel hôpital public. À partir de juillet 2002, cette politique s'est étendue au secteur privé lorsque les délais d'attente pour un traitement excédaient 2 mois. Cette politique a accru la pression sur les régions et les hôpitaux pour accroître leur productivité, car non seulement les régions devaient alors payer pour les soins privés, mais cela n'avait pas pour effet de diminuer ce qu'elle devait payer aux hôpitaux publics.

Le délai au-delà duquel les patients pouvaient se tourner vers les services privés est passé à un mois en 2007 (Soberg et Sjuneson 2008) pour être ensuite repassé à 2 mois en 2011 (MHI /Hansen 2011).

Un système d'information sur l'activité et la productivité au niveau des comtés a été développé par l'Agence Nationale de Santé (eHealth ou eSundhed). Tous les soirs, les hôpitaux y enregistrent leurs données d'activités. La valeur de leur production est calculée et rapportée dès le lendemain. Les comtés reçoivent un rapport mensuel sur l'évolution de leur productivité par rapport à leur niveau de base. L'estimation des revenus liés à l'activité accuse un délai de 3 mois. eSundheld aide les hôpitaux à mieux gérer leur budget en leur fournissant en temps réel des données sur leur niveau d'activités, sur les ressources utilisées et des données financières.

Une conséquence de l'accroissement de la transparence sur la productivité est le partage d'information sur les meilleures pratiques sur les services efficaces.

### *Demande*

Pour améliorer la transparence et inciter à une plus grande efficacité, l'Agence publie des données sur la productivité aux niveaux national, régional et par comté. À partir de 2006, ces données comparatives sur la productivité étaient publiées au niveau de l'hôpital et éventuellement au niveau des départements. Jusqu'à maintenant les données sont publiées sur une base annuelle, mais elles seront accessibles plus rapidement sur Internet en 2011-2012.

Pour supporter le choix des patients, les délais d'attente par hôpital sont publiés par l'ANS sur Internet.

### *Transactions*

En 2002, la politique sur le choix des patients pour les services spécialisés (interrégionaux) était un des facteurs qui a motivé le gouvernement à adopter une

politique de paiement selon les DkDRG pour payer les services des patients obtenus hors de leur hôpital public régional. Le gouvernement a choisi alors de rembourser 100 % des coûts par DRG pour renforcer la concurrence entre les établissements.

Cette politique a eu pour effet également de renforcer la volonté des comtés à contrôler les coûts. En effet, même s'ils devaient payer les coûts pour les patients qui exerçaient leur choix, ils devaient continuer à financer les services hospitaliers de leurs résidents.

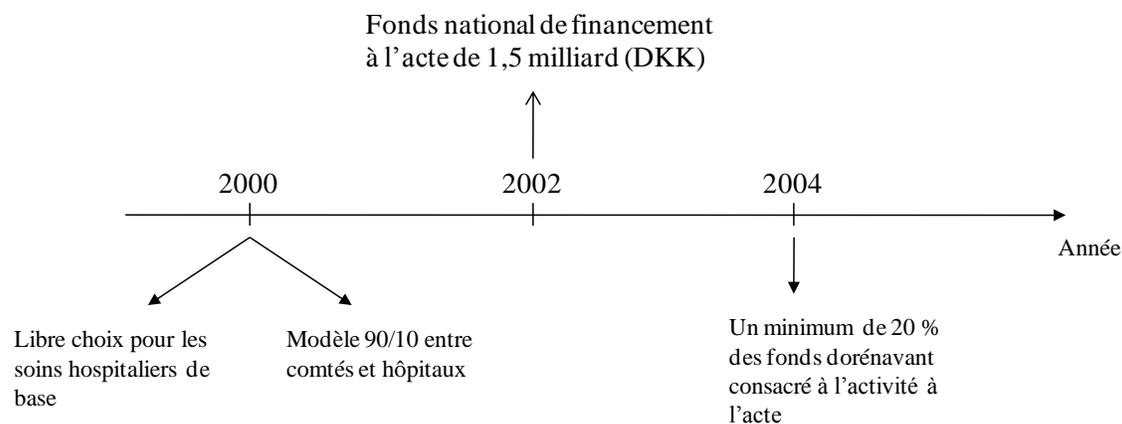
À partir de 2004, il a été entendu entre l'État et les régions que la part du financement basé sur l'activité des hôpitaux augmenterait graduellement. À partir de cette date, 20 % du financement des hôpitaux devait être basé sur l'activité. La part du financement à l'activité est égale au montant financé à l'activité divisé par la valeur de la production totale estimée en fonction des DkDRG.

En 2002, le gouvernement a mis de côté une enveloppe spéciale de 1,2 milliard DKK dans un fonds dédié au financement à l'activité. Ce fond avait pour objet de financer les initiatives pour améliorer l'efficacité et réduire les délais. Il servait aussi à financer toutes activités au-delà du niveau de production de base selon les GDC à un taux équivalent à 100 % de leur coût. En 2003, le tarif par GDC pour l'activité au-delà du niveau de base est passé à 80 % et à 70 % en 2004.

Pour mieux contrôler les coûts du budget public alloué à la santé, ce fonds est, et continu de l'être, un montant annuel fixe négocié en début d'année. Il en est de même pour les montants transférés aux régions. Ce faisant, l'État transfère aux régions le risque lié à l'augmentation du niveau d'activités et des coûts au-delà des fonds alloués à cet effet. Les régions sont libres de déterminer la façon de distribuer les fonds liés à l'activité au sein de leur territoire. Ils doivent toutefois tenir compte des priorités établies par l'État (voire objectifs de la réforme 2002-2003). En outre, le financement à l'activité doit être accompagné d'outils de suivi de la qualité et de références. L'ANS évaluait en 2004 qu'entre 20 % et 70 % des fonds alloués aux hôpitaux par les comtés étaient en fonction de l'activité.

Depuis 2007, le financement alloué aux régions par l'État suppose qu'année après année le système augmentera sa productivité de 2 %, alors les Finances déduisent 2 % du budget par rapport à celui de l'année précédente avant d'établir le budget de l'année à venir. Ces ajustements doivent être compensés par des augmentations de productivité. Ces dernières sont produites par le déplacement des activités vers l'ambulatoire, la technologie et la réingénierie des processus.

Figure A1.2 : Survol des réformes liées au financement par activité



Source : Street 2007

## CONSÉQUENCES ET RÉSULTATS OBSERVÉS

Les évaluations ont montré que la politique du 90/10 (implantée en 2000) n'a pas eu d'effet sur l'efficacité ou sur les délais d'attente pour les services (Soberg et Sjuneson 2008, Entrevue Hansen Ministère de la santé et de l'Intérieur 2011).

L'introduction du Fonds dédié au financement à l'activité a eu un effet immédiat sur l'activité. On suppose que l'impact est dû au fait que le tarif (établi à 100 % du coût estimé par GDC) était probablement supérieur au coût marginal de production. Éventuellement le taux de remboursement a été établi au coût marginal estimé par GDC, c'est-à-dire le coût variable par activité ce qui ne couvre pas les coûts fixes.

En 2005, dans le cadre de ses ententes avec les comtés, le Ministère avait prévu évaluer l'impact de sa politique de financement à l'activité sur le niveau d'activités. L'évaluation a montré un impact positif sur la quantité de services, sur les délais d'attente et sur la productivité (ministère de la Santé et de l'Intérieur, mai 2005). Il est toutefois difficile de séparer la part de l'impact liée à l'accroissement des budgets et la part liée à la part du financement à l'activité.

Le Ministère de la Santé et de l'Intérieur mesure périodiquement l'impact de sa politique de FBA. L'impact observé sur la productivité, sur le nombre de patients et sur le nombre d'opérations est positif. Par ailleurs, les délais d'attente pour 17 traitements sélectionnés sont passés de 26 semaines en 2002 à un peu plus de 18 semaines en 2007 (Soberg et Sjuneson 2008). On observe que c'est entre 2001 et 2002 que la croissance a été la plus élevée, au moment où le Fonds pour le financement à l'activité a été instauré.

Tableau A1.2 : Impact du Financement à l'activité

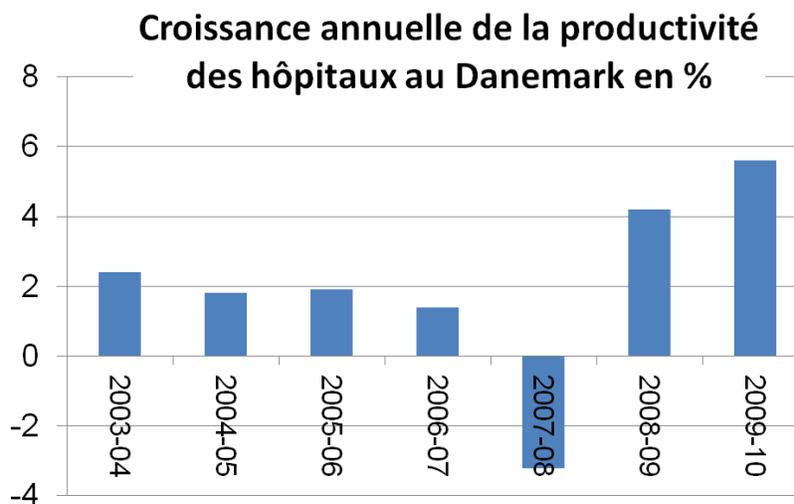
	2000-2004	2001-2002
<b>Valeur des activités</b>	17,7 %	7,6 %
<b>Nb de patients</b>	7,6 %	3,4 %
<b>Nb d'opérations</b>	15,9 %	11,6 %

Source : Soberg et Sjuneson 2008

Une revue documentaire effectuée par Anni Ankjaer-Jensen, Pernille Rosling et Lone Bilde en 2006 révèle des résultats moins encourageants. Selon les auteurs, une étude effectuée en 2006 par Kjeld Moller Pedersen, Bech M. et Bork Hansen M, montrait que les effets attendus de la politique de financement à l'activité ne se seraient pas matérialisés. Une autre étude, celle-là de Ankjaer-Jensen et Rath publiée en 2005, montre que la politique exigeant que 20 % du financement des hôpitaux soit basé sur l'activité a eu un effet limité.

Les régions, le ministère des Finances et le ministère de la Santé publient annuellement un rapport sur l'évolution de la productivité du système de santé. Selon ce dernier la croissance annuelle de la productivité des hôpitaux est positive depuis 2003-2004, année où a débuté cette initiative. C'est en 2008-09 et 2009-10 que la croissance a été la plus forte avec des taux annuels de croissance de la productivité au-delà de 4 % et 5 %. Cette dernière est mesurée par le ratio de la valeur des activités sur le coût de ces dernières au rapport annuel. La valeur des activités est déterminée selon les coûts par DkDRG.

Figure A1.3



*Note : La capacité des hôpitaux n'a pas été entièrement utilisée pendant la grève de 2 mois en 2007-08*  
*Source : Publication annuelle sur la productivité dans le secteur hospitalier, 7e rapport, 2011, <http://sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/Produktivitetsrapport.aspx>*

---

## LES RÉACTIONS DES PARTIES PRENANTES

### **D'opposition à collaboration**

Les comtés se sont opposés à la rationalisation en 5 régions, en partie parce qu'ils perdaient des responsabilités. En contrepartie, les municipalités l'ont accueillie favorablement. Après un certain temps, les parties se sont ralliées et se sont mises à collaborer dans l'implantation de la réforme.

La classification des activités hospitalières par DRG s'est effectuée sur une période de 10 ans. En 1996, la première publication sur la productivité basée sur les DRG de tous les hôpitaux a soulevé beaucoup d'opposition essentiellement parce que la classification des diagnostics adoptées initialement était celle des pays nordiques, NordDRG, et qu'elle ne représentait pas les pratiques du Danemark. Le ministère de la Santé a réagi en deux temps : 1. En examinant la possibilité de définir ses propres indices de lourdeurs. 2. En développant des GDC danois (trois stratégies : la classification des groupes de GDC danois est effectuée en collaboration avec les associations médicales; les coûts de traitement des patients d'un groupe sont du même ordre; le nombre de groupes de diagnostics sera limité). Ce système de classification s'est appelé DkDRG. C'est à partir de 2006 que le système de classification par DRG a commencé à être utilisé pour négocier le paiement des activités hospitalières.

### **Financer l'amélioration de l'efficience a contribué à faire accepter le changement**

Le fonds dédié au financement à l'activité a injecté de nouveaux fonds dans le système. Toutefois, le niveau d'activités de base, à partir duquel les services sont financés à l'activité, est source de discussion entre les régions et le ministère et entre le ministère et L'ANS. On estime que l'introduction du Fonds dédié a contribué à faire accepter le système de paiement à l'activité selon les DkDRG.

### **Le plein potentiel du financement à l'activité peut être obtenu avec la connaissance fine des données sur les coûts des activités.**

La base de données sur les coûts a été développée pour déterminer le coût unitaire des activités, le coût marginal et la part des contributions des parties. Le ministère (Poul Erik Hansen) est d'avis que 'le plein potentiel du financement à l'activité peut seulement être obtenu avec la connaissance fine de la structure des coûts. Pour établir un coût

unitaire, il est important de connaître tous les coûts de production. Par exemple, le coût de chirurgie, des ustensiles, des implants, des tests de sang, de l'imagerie, etc.'

En 2006, le Danemark a développé un système de classification par GDC pour les services très spécialisés, dont les services psychiatriques. À partir de 2007, le système DkDRG est utilisé pour négocier les budgets des soins physiques et psychiatriques. Puisque les négociations entre les régions et les municipalités sont de plus en plus appuyées par le système de classification, des pressions se sont exercées pour rendre le système plus précis à la fois au niveau de la classification et de l'estimation des coûts. La validation clinique de la base de données est effectuée maintenant sur une base annuelle.

Au début, le financement à l'activité lance un signal clair à la direction des hôpitaux que ce qui importe c'est la productivité et non la qualité. Au fur et à mesure que l'information du système de classification par DkDRG et d'utilisation des ressources est utilisée pour la gestion des services, le dialogue est beaucoup plus utile au niveau gestion et clinique.

#### **La centralisation n'est pas perçue positivement**

Les comtés danois sont historiquement autonomes. Toute initiative nationale résulte dans des tensions avec le niveau local. Ces tensions forcent les acteurs à adopter une approche de décision par consensus, une caractéristique positive du système politique danois. La tendance actuelle à la centralisation fragilise un système qui fonctionne bien.

#### **Le contrôle des budgets et le financement à l'activité ne sont pas des objectifs compatibles pour tous les acteurs.**

Depuis la crise économique, la priorité est passée de l'amélioration des temps d'attente au contrôle strict des budgets tout en maintenant la croissance de l'efficacité. Il est difficile d'augmenter le niveau d'activités tout en contrôlant les budgets. Les producteurs de services croient qu'une augmentation d'activités va nécessairement coûter plus cher. Et c'est ce qui se passait avant que nous ayons l'information sur les coûts comparatifs des services. Depuis la crise financière de 2008-2009, on nous demande de continuer à accroître l'activité sans augmentation de budget. C'est ce qui est arrivé, le budget est stable et l'activité continue d'augmenter.

Les hôpitaux sont d'avis que cette stratégie donne du pouvoir aux régions pour appuyer des décisions politiques de rationaliser les services (départements), c'est-à-dire concentrer les activités et même fermer certains services. Les décisions sont prises en analysant les activités qui ne sont pas nécessaires au maintien de la qualité des services aux patients. La question qui se pose est de savoir quel est le niveau approprié de

services pour les patients. Ceci exige la publication de guides de pratique pour appuyer la qualification des patients pour des interventions données.

En 2004, l'objectif fixé par le gouvernement était que les régions financent à 50 % les activités hospitalières. Depuis la crise financière, cette exigence n'a pas été maintenue. Pour mieux contrôler les budgets, certaines régions l'ont maintenu et d'autres non. Pour faire collaborer les médecins à la réduction des délais d'attente, une région a donné une portion du FBA au médecin.

Selon, Kjeld Moller Pederson (chercheur services de santé) **il est préférable de maintenir un mixte de mécanismes de paiement**, dont de 40 à 50 % FBA. La partie budget permet de bâtir l'augmentation de la capacité. D'autres interlocuteurs n'étaient pas aussi à l'aise avec la possibilité de transférer une part du budget fixe au financement des activités financées par FBA, puisque cela permet de compenser pour l'inefficacité (déficit). En principe, ce qui devrait arriver c'est de faciliter la comparaison des pratiques et soutenir l'orientation vers l'adoption des meilleures pratiques.

**Selon Pederson si les temps d'attente ont diminué c'est grâce à la politique d'accès combiné au financement à l'activité** aux soins privés si le délai d'attente est dépassé (2 mois) et l'obligation pour la région de payer pour ces services. Il est difficile toutefois de déterminer la part de responsabilité de chacun de ces deux facteurs.

Selon, Jes Sogard, la **loi qui a permis aux employeurs d'acheter une assurance santé supplémentaire à ses employés**, a également contribué à faire pression sur le système hospitalier pour réduire les temps d'attente. Aujourd'hui, environ 1 000 000 de personnes sont assurées par le secteur privé (essentiellement des hommes employés par le secteur privé). Les services financés par les assurances privées ne peuvent être obtenus qu'auprès du secteur privé puisque les hôpitaux publics n'ont pas le droit de se faire payer directement pour fournir des services de santé. Le secteur privé offre des services essentiellement aux personnes en santé. Les cas complexes sont traités dans le secteur public.

**L'amélioration de la productivité est le résultat de l'évolution des technologies** quoiqu'en disent les syndicats (ils sont d'avis que les RH travaillent plus). Par exemple, le transfert des chirurgies vers l'ambulatoire fait diminuer les coûts de chirurgie, il en est de même avec la réingénierie des processus.

### **La publication d'indicateurs de qualité**

L'Unité de Sécurité des patients, une entité régionale, publie des données sur la qualité des Interventions, par exemple, le nombre d'erreurs médicales ou les taux d'infection. Il y a aussi une initiative nationale, the 'National Indicator project, qui publie le niveau d'interventions préventives (MRI scan, vaccins, ...)

**Le financement à l'activité combiné à l'amélioration de la qualité demeure un enjeu,** c.-à-d. nous n'avons pas trouvé le meilleur moyen de financer les acteurs pour atteindre ces deux objectifs simultanément, outre les bonis à l'atteinte de certains indicateurs de performance.

---

## BIBLIOGRAPHIES

Ankjaer-Jensen A., Rosling P., Bilde L., Variable prospective financing in the Danish hospital sector and the development of a Danish case-mix system, *Health Care Manage Science*, 2006, 9: 259-268

Health Systems in Transition, Denmark Health system Review, Strandberg-Larsen M., Bernt Nielsen M., Vallgård S., Krasnik A., Vrangbæk K., European Observatory on Health systems and policies, 2007, vol. 9 No. 6.

Ministère de la Santé et de l'Intérieur, Evaluering af takststyring pa sygehusområdet, mai 2005.

Soberg A., Sjuneson H., Casemix in Denmark, chapter 5 of Kimberley J. R., de Poupourville, G., D'Aunno T., *The Globalisation of managerial innovation*, Cambridge University Press, 2008.

Danske Regioner, Finansministeriet Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Lobende offentliggørelse af produktivitet i sygesektoren, Udviklingen fra 2009 til 2010, décembre 2011.

Vrangbaek K., *The Danish Health Care System*, The Commonwealth Fund, 2008.  
Standberg-Larsen M., Nielsen MB., Vallgarda S., Krasnik A., Vrangbaek K. and Mossialos E., *Denmark : Health system review*, Health Systems in Transition, vol. 9, n°6, pp : 1-164, 2007.

Magnussen J., Vrangbaek K., Saltman R.B., *Nordic Health Care Systems – Recent Reforms and Current Policy Challenges*, The European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.

Street A., Vitikainen K., Bjorvatn A., Hvenegaard A., Introducing activity-based financing: a review of experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden, Centre for Health Economics, University of York, octobre 2007.

Remerciements : Nous remercions les personnes suivantes pour avoir accepté de nous rencontrer et de répondre à nos questions :

Poul Erik Hansen	Ministry of Health
Malene Hojsted Kristensen	Danish Region (central)
Pr Jes Sogaard	Danish Health Institute
Kjeld Moller Pedersen	University of Southern DK (Odense)
Bente Fogh	Danish medical association

## ANNEXE 5 : ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX EN FINLANDE

Par Joanne Castonguay (CIRANO)

<a href="#"><u>Éléments de contexte</u></a> .....	108
<a href="#"><u>Architecture du système</u></a> .....	108
<a href="#"><u>Les organisations</u></a> .....	108
<a href="#"><u>L'offre de services</u></a> .....	109
<a href="#"><u>Les transactions</u></a> .....	111
<a href="#"><u>Mécanismes de contrôle</u></a> .....	114
<a href="#"><u>Histoire récente des réformes du système de santé</u></a> .....	114
<a href="#"><u>Le projet de Loi de 2010</u></a> .....	114
<a href="#"><u>Objectifs</u></a> .....	114
<a href="#"><u>Stratégies et description des composantes</u></a> .....	114
<a href="#"><u>Conséquences et résultats observés</u></a> .....	116
<a href="#"><u>Les réactions des parties prenantes</u></a> .....	116

## ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Le système de santé finlandais est un système universel. Les services sont essentiellement fournis par des prestataires publics (95 % services hospitaliers et 94 % des services médicaux primaires) et principalement financés par les impôts. Le système est reconnu pour son caractère décentralisé et par le faible leadership national dans ce secteur.

Comme tous les systèmes de santé, le système de santé finlandais a subi plusieurs réformes au cours des années. Toutefois lors de ces réformes plutôt que de remplacer les structures existantes les Finlandais ont ajouté des systèmes parallèles. Ce qui fait qu'aujourd'hui il existe en Finlande un système public de soins hospitaliers et de soins primaires financés par les impôts et un système d'Assurance Santé Nationale (NHI) qui couvrent les soins de santé privés. Les NHI étant financés en partie par les impôts et en partie par les employeurs, un réseau de santé occupationnel s'est développé. Ce dernier offre des services de soins généraux et de prévention pour les personnes ayant un emploi.

## ARCHITECTURE DU SYSTEME

### LES ORGANISATIONS

Le gouvernement décide des stratégies et des priorités du système de santé et fait des propositions qui sont discutées et adoptées par le Parlement.

Ministère de la Santé et de l'Intérieur

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé fait le lien entre le processus politique et le système. Il détermine les politiques en matière de santé en lien avec les objectifs du gouvernement.

Les 'Provincial State Offices' font partie de l'administration nationale et sont responsables de superviser et de guider les systèmes de santé publics ou privés. De plus, ils doivent évaluer les services de base des municipalités.

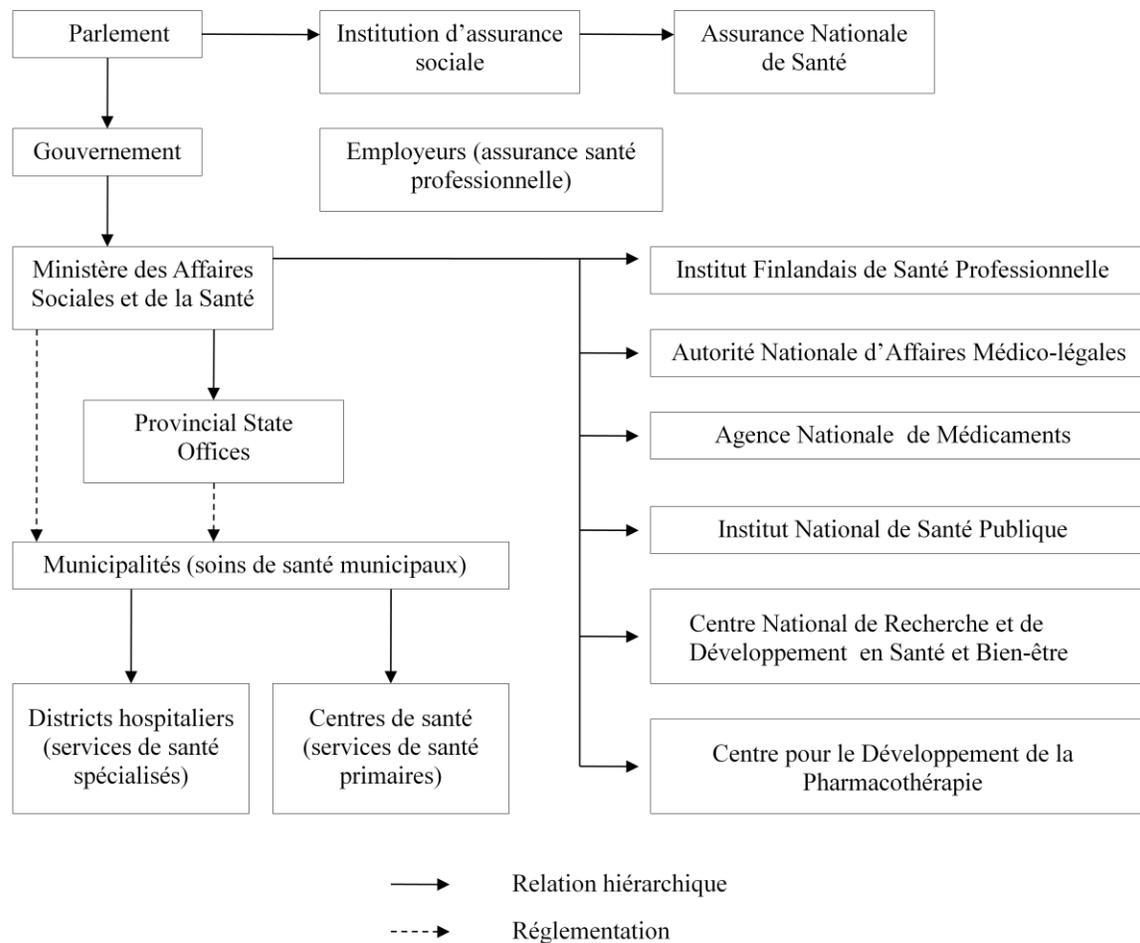
#### *Municipalités*

Il y a 348 municipalités en Finlande et la moyenne d'habitants par municipalité est de 6 000. Le pouvoir de décision revient aux conseils municipaux.

Les municipalités sont responsables de s'assurer que la population ait accès à des services de santé et d'assistance sociale. Chaque municipalité doit selon la loi disposer de centres de santé fournissant des soins de première ligne (certaines municipalités partagent ces centres entre elles). Elles peuvent aussi contracter le secteur privé ou hospitalier pour obtenir des soins de première ligne. Chaque municipalité a la liberté de déterminer l'étendue des services qu'elle assure. En général toutefois, l'étendue de la couverture soutient la comparaison d'un point de vue international. Par exemple, tous les médicaments et les soins dentaires sont couverts par le régime public.

Chaque municipalité doit être membre d'un district hospitalier (21 en Finlande). Ces districts hospitaliers offrent et organisent les soins spécialisés pour la population dont ils sont responsables. Ces districts sont financés et gérés par les municipalités membres. Chacune d'entre elles dispose d'un siège au conseil du district dont le nombre est déterminé par la taille de la population qu'il couvre.

Figure A2.1 : Liens hiérarchiques et de régulation



Source : Vuorenkoski 2008

## L'OFFRE DE SERVICES

Les soins de santé en Finlande sont offerts soit par le secteur public municipal, soit par le secteur privé, dans le milieu de travail ou dans des cliniques médicales. Le secteur public fournit les services hospitaliers à l'ensemble de la population et les services primaires aux personnes qui ne travaillent pas. Le secteur privé fournit les services primaires en milieu de travail, pour les employeurs, directement aux employés ou par contrat avec les municipalités pour des chirurgies ambulatoires spécialisées. Il n'y a pas

réellement de concurrence dans le secteur hospitalier si ce n'est que pour ces services spécialisés.

#### Organisation et financement des services médicaux

	Services municipaux	Services santé occupationnels	Services privés
Sources de financement	Impôts, frais usager et contrats employeurs	NHI, employeurs	NHI, frais usager et contrats employeurs ou des municipalités
Services hospitaliers	Hôpitaux spécialisés de district		Services ambulatoires spécialisés (5 % soins hospitaliers et + 25 % ambulatoire)
Services primaires	Centres de santé : Soins généraux, prévention, promotion, soins mère, enfant, soins école	Soins généraux, prévention, promotion pour les employés	Soins généraux, Prévention
Services généraux longue durée	Centres de santé		

#### *Les soins de première ligne*

Les soins primaires préventifs et curatifs sont offerts dans des centres de santé municipaux. Un centre de santé peut desservir plus d'une municipalité dans plus d'un centre physique (stations). Le quart des centres de santé dessert plus de 20 000 habitants. Aujourd'hui, une faible part des municipalités achète des services primaires à des cliniques privées. Pour améliorer l'efficacité de ces centres, certaines municipalités ont séparé les fonctions d'achat de services de santé de celles liées à la provision des services. Ceci a eu pour effet de faciliter la contractualisation au secteur privé et de la comparaison des services entre les secteurs.

Une particularité en Finlande est le fait que les soins de longue durée sont offerts et gérés par les médecins généralistes dans les Centres de santé. Ces centres ont en moyenne entre 30 et 60 lits et 54 % des patients y séjournent plus de 6 mois.

### *Les soins de deuxième et troisième ligne*

Les hôpitaux sont regroupés en 20 districts hospitaliers, le plus gros dessert 1,6 million d'habitants. Les municipalités choisissent le district hospitalier auquel elles souhaitent appartenir. Quelques grandes municipalités, Helsinki par exemple, opèrent leur propre hôpital plutôt que d'acheter ces services d'un district hospitalier.

Certains districts ont commencé à définir des guides de pratique par condition. En outre, au terme d'un épisode de soins, les hôpitaux de district ont l'obligation de communiquer des informations électroniquement au Centre de santé du patient ('Epicrisis' le dossier sommaire du patient pour l'épisode de soins).

Au lieu de la division traditionnelle des services de santé par spécialité on retrouve dans les hôpitaux de district des services organisés en fonction des conditions médicales, groupe de conditions médicales des patients ou par type de soins.

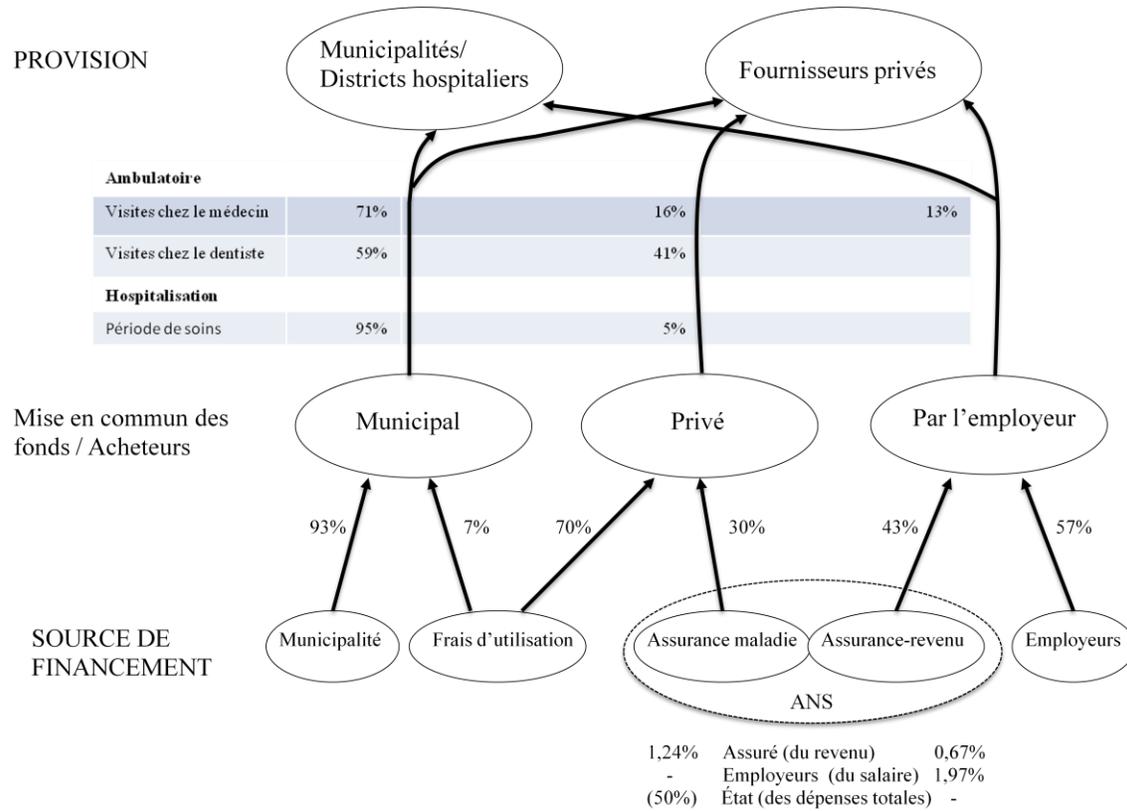
---

## LES TRANSACTIONS

La structure financière du système finlandais est complexe. Elle est résumée dans la figure ci-dessous.

Le système finlandais est financé par quatre sources de financement public : les impôts nationaux et municipaux, l'Assurance Nationale de santé (NHI), les employeurs et les frais d'usagers. Les municipalités financent les services de santé municipaux (primaires et secondaires), le NHI finance les soins de santé privés, la réhabilitation, les médicaments prescrits, la sécurité d'emploi et les pensions garanties par l'État, etc. Le NHI rembourse également certains services de santé occupationnels. Les employeurs financent les services primaires de leurs employés. Les patients défraient une partie des coûts via des frais d'usagers pour les services primaires et secondaires, publics et privés, et pour les médicaments. Ils ont la liberté d'acquérir une assurance privée complémentaire pour payer la portion non payée par le NHI des services privés

Figure A2.2 : Flux financiers du système de santé Finlandais



Source : Vuorenkoski 2008

Les municipalités financent leurs centres de santé et participent à celui des districts hospitaliers à partir des impôts municipaux et des budgets qu'ils reçoivent de l'État. Elles achètent leurs services auprès des districts hospitaliers. Elles doivent décider à quel district elles appartiennent. Le financement des districts est composé en partie d'un budget historique et en partie de financement selon l'activité.

Les districts hospitaliers ainsi que les municipalités peuvent contracter le secteur privé afin que ce dernier leur fournisse certains services. Ils assument donc un rôle d'acheteur de soins de santé.

Les districts sont libres de déterminer la façon par laquelle elles facturent les coûts des services hospitaliers. Ils facturent en début d'année les municipalités pour un niveau d'activités attendues. Les budgets sont souvent ajustés rétrospectivement en fin d'année pour tenir compte de l'activité réellement réalisée. Il n'y a pas de sanction pour déviation, les municipalités couvrent les déficits et gardent les surplus. Les paiements sont essentiellement basés sur une liste de prix par services ou par CDG. Une majorité des districts (18 sur 21) utilisent les regroupements NorDRG développés par les pays scandinaves pour faciliter la normalisation et le partage de l'information (Hakkinen 2010). La variété des systèmes rend difficile la comparaison des services et des coûts et la concurrence en Finlande.

Les services primaires sont financés prospectivement par les municipalités sur une base budgétaire historique.

Il existe 3 types d'assurance privée : l'assurance privée volontaire (non obligatoires, remboursent la partie non couverte par le NHI), l'assurance « accidents-moteur » (obligatoire pour chaque véhicule) et l'assurance santé professionnelle (obligatoire pour chaque employeur). Ces assurances vont rembourser la partie non couverte aux assurés en plus d'acheter des services de santé au secteur privé.

Le National Health Insurance (NHI) est divisé en 2 parties : l'assurance maladie et l'assurance revenu. L'assurance maladie couvre le remboursement des médicaments prescrits des patients externes, des coûts médicaux des soins privés utilisés et les frais ambulanciers. L'assurance-revenu couvre les congés maternités, les arrêts maladie, les périodes de réhabilitation et remboursent les employeurs pour les services de santé offerts aux travailleurs.

Le NHI couvre 30 % du coût pour des services privés estimés nécessaires par un médecin. Il n'y a pas de plafond. Une part marginale de Finlandais souscrit à des assurances privées complémentaires pour combler les frais des services privés non payés par le NHI ou l'assurance occupationnelle pour eux-mêmes (5 % de la population) ou pour leurs enfants (33 % des enfants) dépendants. Ces derniers ne sont pas couverts par l'assurance occupationnelle, les assurances complémentaires sont populaires.

Depuis 1979, les employeurs ont l'obligation d'assurer ou fournir des services de santé occupationnels à leurs employés. Ces services couvrent 13 % de toutes les visites médicales soit la majorité des services primaires aux personnes qui travaillent. Ces services sont offerts soit directement dans les locaux de l'employeur, soit impartis au secteur privé ou à des Centres de santé municipaux.

### *Médecins*

La majorité des médecins sont salariés du système municipal. Seulement 1 700 médecins sur 16 000 travaillent à temps plein dans le secteur privé, toutefois 30 % des médecins du système municipal travaille également dans le secteur privé.

Les généralistes sont des salariés du système municipal et reçoivent un supplément par acte lorsqu'ils exécutent des procédures mineures ou des tâches qui requièrent du temps.

Depuis les années 90, certaines municipalités ont mis en place un système de 'Médecin personnel' (généraliste). Environ la moitié des généralistes sont des médecins personnels. Ils reçoivent une combinaison de salaire, de capitation et paiements à l'acte. Même si c'est médecins travaillent pour les centres municipaux, ils jouissent d'une grande autonomie.

---

## MÉCANISMES DE CONTRÔLE

Les mécanismes de négociation évoluent continuellement. Le budget des districts hospitaliers est basé sur ces négociations et décidé par le conseil dont les membres sont nommés par chacune des municipalités. Le conseil approuve aussi les états financiers incluant les méthodes de paiement et les prix, et prend les décisions d'investissements majeurs.

Légalement, le ministère de la Santé et des Affaires sociales est très faible et a peu de moyens pour influencer les décisions locales. Récemment toutefois, l'implication du gouvernement dans les décisions concernant les services de santé a augmenté.

## HISTOIRE RECENTE DES REFORMES DU SYSTEME DE SANTE

Une récente réforme du secteur de santé finlandais avait pour objectif de réduire le nombre de municipalités. Malgré que la décentralisation du système soit une force du système finlandais, les trop petites municipalités sont de plus en plus vulnérables. En 2000, la Finlande comptait 452 municipalités comparativement à 348 en 2009. Plusieurs croient que leur nombre devrait être plus faible.

Plusieurs sont d'avis que la séparation au niveau du financement et de l'organisation des soins primaires et secondaires est un frein à l'intégration des services. Le gouvernement planifie combiner la Loi sur les soins primaires à la Loi sur les soins médicaux spécialisés. Une proposition qui soulève de l'opposition à cause du trop grand pouvoir que cela donnerait au secteur secondaire. Une balance du pouvoir déjà controversée étant donné la taille des districts hospitaliers comparativement à celle des municipalités.

## LE PROJET DE LOI DE 2010

---

### OBJECTIFS

Renforcer le rôle du secteur primaire dans les services municipaux.

---

### STRATEGIES ET DESCRIPTION DES COMPOSANTES

#### *Institutions*

En 2005, le gouvernement a implanté deux réformes : l'introduction de nombreux guides de pratique dans le but de normaliser les taux de procédures électives et les seuils des temps d'attente pour les interventions à travers la Finlande; l'introduction d'un ensemble de cibles de temps d'attente maximum pour des consultations non urgentes et les centres de santé et les hôpitaux. Les districts hospitaliers doivent payer une amende si les cibles sont dépassées.

En 2009, le 'National Research and Development Center for Welfare and Health (Stakes)' et le 'National public health Institute (KTL)' ont été fusionnés pour centraliser

les fonctions de collecte de données et de reddition. Il existe en Finlande de nombreuses bases de données pour appuyer les gestionnaires et la recherche sur la santé. Celles-ci incluent des statistiques sur les services rendus, les coûts, les tendances épidémiologiques et les comportements de santé. Il y a toutefois peu de données nationales sur les soins primaires.

Il y a actuellement une initiative en cours visant la production de données de performance du système dont les résultats, la productivité et l'efficacité coût des services de santé. Les indicateurs de productivité, l'activité par Euro dépensé, ont été développés dans le cadre d'un projet de Benchmark des hôpitaux lancé en 1997. Les données de ce Benchmark sont intégrées dans les statistiques nationales depuis 2006 et permettent de faire des comparaisons sur la productivité et les coûts des services par district et par municipalité. Les données montrent que de 2001 à 2005, la productivité du système a diminué. En plus, elles montrent une différence de productivité de 20 % entre les hôpitaux les plus performants et les moins performants.

Ce projet a été développé à partir des systèmes d'information des hôpitaux existants pour les données sur les services donnés aux patients et leurs coûts. Aujourd'hui les données annuelles sont recueillies et des mesures traditionnelles de productivité et d'efficacité sont calculées (admissions par DRG, visites ambulatoires). Les données sur les résultats de santé semblent être toutefois très limitées. Le benchmark permet de comparer les volumes de soins, les coûts et la productivité. Les hôpitaux utilisent ces données pour se comparer et identifier les meilleures pratiques. La qualité et l'efficacité de services spécialisés ont été évaluées dans le cadre du projet PERFECT project (PERformance, Effectiveness and Cost of Treatment episodes, ([www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect)) depuis 2004.

Le système de coût de la production hospitalière a été développé pour permettre de mieux allouer les fonds aux districts hospitaliers. Ce sont ces derniers toutefois qui déterminent les méthodes de paiement pour rembourser les hôpitaux.

La base de données contient actuellement les coûts, le contenu des soins et les résultats pour un petit nombre de problèmes de santé entre 1998 et 2007. Ces données sont accessibles gratuitement et mises à jour régulièrement.

### *Offre*

Diminuer les barrières entre les soins primaires et secondaires en combinant les responsabilités de la prestation de ces services. Une nouvelle entité régionale avec un conseil indépendant sera également créée pour tous les services municipaux. Les conseils régionaux et les districts hospitaliers seront aussi responsables des services de première ligne. En 2008, environ 10 % de la population vivait dans des régions où les services primaires et secondaires étaient offerts par la même organisation.

Transférer la responsabilité de l'opération des services ambulanciers aux districts hospitaliers.

Renforcer le rôle du secteur tertiaire en leur donnant plus de responsabilités de coordination activités au sein de leur région.

### *Demande*

Accroître le choix des patients en leur donnant la possibilité de choisir leur Centre de santé à l'intérieur de leur district hospitalier et en leur donnant la possibilité de choisir, appuyé par leur généraliste, leur hôpital pour recevoir des soins spécialisés (adoption 2010, implémentation 2011).

### *Transactions*

## CONSÉQUENCES ET RÉSULTATS OBSERVÉS

Selon une étude récente, les hôpitaux finlandais seraient plus efficaces que les hôpitaux danois, environ 10 % plus performants que les hôpitaux norvégiens et 20 % plus efficaces que les hôpitaux suédois. (Miika 2010). Les raisons qui expliquent cette performance ne sont pas bien comprises. On croit toutefois que le contrôle sur les coûts exercés par les municipalités est plus efficace que les mécanismes de contrôle d'État ou régionaux.

## LES REACTIONS DES PARTIES PRENANTES

L'information fournie par le gouvernement sur la productivité des hôpitaux a pour objectif d'inciter l'amélioration de la performance. Les avis sur leur efficacité en tant qu'incitatif est mitigé. Certains croient que donner des pénalités si les objectifs ne sont pas atteints est plus efficace.

Les avis sont également partagés sur l'utilité de bâtir des systèmes d'information sur l'activité et les ressources utilisées pour y arriver. Pour certains, c'est un gaspillage de ressources alors que pour d'autres une meilleure transparence de l'information favorise l'accroissement de la valeur des services.

Enfin, des pressions sont exercées sur le gouvernement actuellement pour qu'il accélère la fusion des services primaires et secondaires pour briser les silos dans les soins.

---

## BIBLIOGRAPHIES

Hakkinen U., *Financing of Hospital Care in Finland*, 2010.

Miika L et al. Measuring cost efficiency in the Nordic hospitals – a cross-sectional comparison of public hospitals in 2002. *Health Care Manag Sci*, 2010. [[www.springerlink.com/content/847601873533p635/](http://www.springerlink.com/content/847601873533p635/)]

Teperi J., Porter M.E., Vuorenkoski, L., Baron, J., *The Finnish Health System: a value-based perspective*, Sitra reports, Edita prima limited Helsinki, 2009.

Vuorenkoski L., *Health system in transition : Finland Health system Review*, European observatory on Health system and policies, 2008.

Remerciements :

Lori Vuorenkoski, Association Médicale Finlandaise

Marku Perkurinen – National Institute for Health and Welfare

## ANNEXE 6 : L'ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX EN GRANDE-BRETAGNE

Par Joanne Castonguay (CIRANO) et Wendy Thomson (Université McGill et CIRANO)

<u>1. Le système de santé Britannique</u> .....	119
<u>1.1 Cadre réglementaire et institutions</u> .....	119
<u>Les organisations</u> .....	119
<u>Les agences de rÉgulation</u> .....	121
<u>1.2 L'offre de services</u> .....	122
<u>1.3 Les transactions</u> .....	124
<u>2. Histoire rÉcente des rÉformes du systÈme de santÉ</u> .....	125
<u>3. La rÉforme du financement des HÔPITAUX de 2004</u> .....	127
<u>3.1 Objectifs de la rÉforme</u> .....	127
<u>3.2 Stratégies (Composantes de la réforme)</u> .....	127
<u>3.3 Mitigation des risques</u> .....	129
<u>4. Résultats observés et mesurés</u> .....	130
<u>4.1 Évaluation effectuée par l'Audit commission un an après l'implantation du PBR</u> .....	130
<u>4.2 Évaluation effectuée par l'Audit commission trois ans après l'implantation du PbR</u> .....	132
<u>4.3 ENJEUX et limites du système</u> .....	133
<u>4.4 Études empiriques</u> .....	134
<u>5. Réactions et observations des parties prenantes</u> .....	135
<u>5.1 Facteurs de succès</u> .....	135
<u>5.2 Constats</u> .....	135
<u>5.3 Enjeux</u> .....	136
<u>Références:</u> .....	138

## LE SYSTÈME DE SANTÉ BRITANNIQUE

Le National Health System (NHS) est certainement le système public intégré dont les mécanismes de gouverne ont le plus évolué pour en améliorer son efficacité. Les pratiques d'évaluation continue du système de santé britannique, la mesure d'indicateurs de résultats et la transparence en font un système de choix pour analyser l'impact de politiques publiques en santé.

Le NHS a connu plusieurs réformes dont deux majeures depuis le début des années 2000, soit en 2004 et en 2011. La réforme qui nous intéresse est celle de 2004 puisque celle de 2011 a été annoncée au moment même où nous effectuons nos entrevues en Grande-Bretagne. C'est également en 2004 que le NHS a implanté le paiement à l'activité, le 'Payment by Result' (PbR)<sup>39</sup>, pour les services hospitaliers. Toutefois, la réforme de 2011 a fortement influencé les réactions des intervenants à nos questions.

La réforme du NHS de 2004 poursuivait 5 grands objectifs, soit : stimuler la productivité pour améliorer l'accès et l'efficacité du système; encourager une prestation de services davantage axée sur les besoins des patients; et améliorer la qualité, l'équité et la transparence du système. Pour y arriver, le NHS a misé sur quatre grandes stratégies, toutes axées sur le développement d'incitatifs pour aligner les intérêts des parties prenantes vers les objectifs du système de santé. Ces stratégies sont l'implantation du PbR; le développement d'ententes avec les médecins; la possibilité pour les patients de choisir leur prestataire et la publication de données sur les résultats par le NHS; et le développement de l'autonomie des trusts.

L'autre élément qui a particulièrement attiré notre attention est le fait que la transformation a été effectuée graduellement. Ce qui explique qu'initialement ses résultats étaient plutôt mitigés.

---

### 1.1 CADRE RÉGLEMENTAIRE ET INSTITUTIONS

Le NHS est un système de santé public, universel, gratuit au point de services et initialement intégré dont la structure est illustrée dans la figure 1.

---

#### LES ORGANISATIONS

##### *Le département de la santé*

Le 'Department of Health' (DoH), l'équivalent du ministère de la Santé du Québec, est le principal acteur gouvernemental à propos des politiques en matière de santé. Le Permanent Secretary au sein du DoH est le meneur des politiques du ministère. Il est responsable face au Secretary State, au Parlement et au directeur exécutif du NHS. Le (DoH) est responsable de l'élaboration des stratégies et politiques de santé répondant à

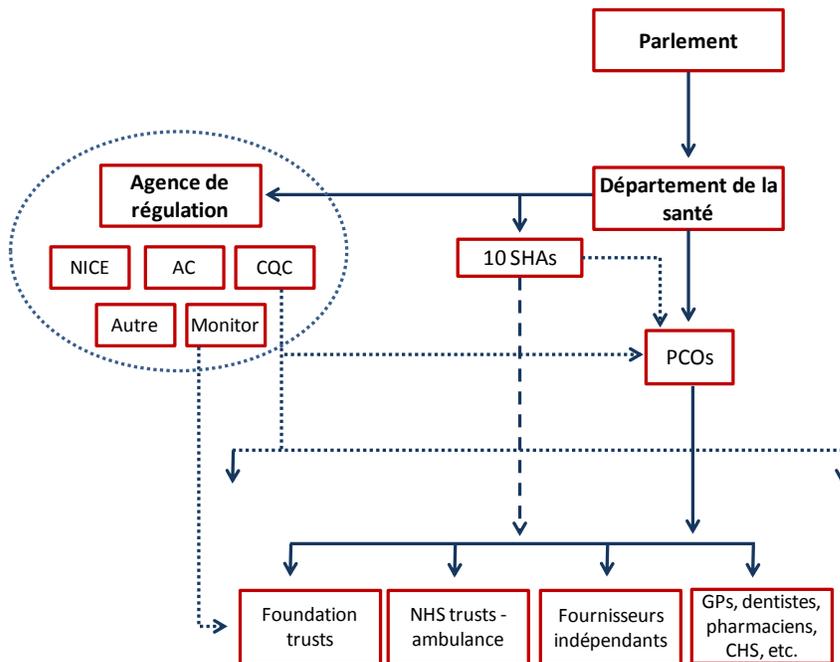
---

<sup>39</sup> Bien que le paiement soit nommé 'paiement lié aux résultats', il s'agit d'un mécanisme de paiement par cas.

la grande variété d'enjeux auxquels fait face le NHS, incluant la modernisation, l'innovation, la sécurité des patients et d'appuyer les gestionnaires du NHS. Il est responsable du financement du système, responsabilité qu'il partage avec les Strategic Health Authorities. Les anciens Bureaux régionaux de la santé ont été abolis et remplacés par quatre directeurs régionaux de la santé et des services sociaux. Ils examinent le développement du NHS dans leur région respective et assurent le lien avec le NHS central. L'Agence de modernisation, le Centre de Leadership et l'Université du NHS soutiennent le développement des services et des employés locaux.

Le DH agit en tant que leader du système national de santé en donnant la vision et la direction stratégique de ce dernier. Il soutient son développement en fournissant des outils à l'ensemble des acteurs du système pour qu'ils se responsabilisent dans l'amélioration de l'efficacité de leur secteur respectif. Ces outils sont de natures variées et passent tant par des systèmes d'information que par l'information elle-même, la formation, les évaluations et par une réglementation qui soutient cette vision. En plus, il développe les mécanismes d'incitation qui soutiennent leurs objectifs et tiennent compte de ceux des acteurs du système. En somme, ils agissent en tant que facilitateur de la transformation plutôt qu'en tant qu'opérateur de cette dernière.

**Figure A3.1. Structure organisationnelle du système de santé Britannique (2011)**



Source : Basée sur *Health system in transition, United Kingdom (England), 2011*  
 Note : Liens contractuels ou de gestion sont illustrés par des lignes continues et les rôles de régulation sont représentés par des lignes pointillées. NICE : National Institute of Clinical Excellence, AC : Audit Commission, CQC.

### *Les Strategic Health authorities (SHA)*

Au nombre de 95 en 2000, elles sont passées à 30 en 2001 et à 10 par la suite. Elles sont responsables de la logistique et de l'utilisation efficace des ressources. Les SHA sont délestés des responsabilités de planification et de contractualisation (achat/financement de services de santé) pour se concentrer sur le développement stratégique des services de santé locaux et la gestion de la performance et de la responsabilisation des Primary Care Trust et des NHS Trusts. L'argent est dorénavant directement acheminé aux PCTs plutôt qu'aux SHA. Elles contrôlent toutefois les nouvelles allocations pour investissements en capital pour mieux influencer les changements stratégiques et la modernisation des services.

---

## LES AGENCES DE RÉGULATION

**Audit Commission (AC)** : Cette commission est une organisation indépendante dont la mission est de s'assurer que les deniers publics sont dépensés en respectant les objectifs d'efficacité économique et d'efficience pour offrir des services publics locaux de haute qualité. Ils sont responsables d'assurer le contrôle de la prestation des services des gouvernements locaux, de santé, d'habitation, de la sécurité des communautés et des services d'urgence (incendie sauvetage et sécurité).

**Monitor** est une organisation publique indépendante établie en 2004 pour autoriser et réguler les NHS Foundation Trusts. Ce sont eux qui évaluent si un NHS Trust peut devenir un Foundation Trust et ainsi acquérir plus d'autonomie. Ce sont eux qui sont ensuite chargés de contrôler si les FTs sont bien gérés du point de vue du patient et du contribuable. Ils ont créé un système d'évaluation des risques financiers et non financiers potentiels qui les informe sur le besoin et le niveau de leur intervention pour rectifier la situation. Un projet de loi qui élargirait le rôle de Monitor en tant que protecteur des intérêts des patients est actuellement à l'étude. Selon ce dernier, en plus des responsabilités actuelles qu'ils assument : ils assisteront le NHS dans la détermination des tarifs ; ils encourageront l'intégration des services en assurant que la concurrence joue en faveur du patient et assisteront les PCTs pour assurer une continuité des services aux patients dans le cas où un prestataire cesserait ses opérations.

**National Institute of Clinical Excellence (NICE)** guide les pratiques des intervenants du NHS pour assurer des services de qualité et qui offrent la meilleure valeur pour les deniers publics. Le NICE publie des guides, développés par des experts et autorités indépendants, basés sur les évidences sur les pratiques diagnostiques et de traitement les plus efficaces pour réduire les inégalités et les variations.

**Care Quality Commission (CQC)** est le régulateur des services de santé et pour adultes en Angleterre. Leur rôle est de s'assurer que les services respectent les normes de qualité et de sécurité. Les nouvelles normes mettent l'emphase sur l'expérience des patients et placent les intérêts du patient au centre des préoccupations. À partir de

l'année 2013, la CQC va également s'assurer que les soins fournis par les médecins généralistes soient de qualité et sécuritaire.

---

## 1.2 L'OFFRE DE SERVICES

### *Les Primary Care Trusts (PCTs)*

Les Trusts sont des réseaux de soins. Les Primary Care Trust (PCTs) sont le premier contact du patient avec le système de soins de santé. Ils regroupent les médecins généralistes, dentistes, optométristes, pharmaciens.

Les PCTs jouent un rôle prépondérant dans l'évaluation des besoins, la planification, pour assurer la provision de services et l'amélioration de la santé. Ils développent des partenariats avec les communautés et autres partenaires locaux. Les PCTs reçoivent chacun un budget calculé à partir des caractéristiques démographiques et économiques de leur localité. Ils sont responsables de satisfaire les besoins de première ligne ainsi que d'acheter les services de seconde ligne, c'est-à-dire les NHS Trusts, les Foundation Trusts ou Care Trusts et autres.

### *La deuxième ligne : NHS Trust, Foundation Trusts (FT) et autres*

Les NHS Trusts sont des réseaux d'hôpitaux du NHS. Ils reçoivent des contrats de service des PCTs pour fournir les services de deuxième ligne. On les encourage à développer des réseaux de services cliniques dans le but d'améliorer leur performance. En reconnaissance de leur performance, les plus performants gagnent en indépendance et en autonomie dans la gestion de leurs budget, patrimoine, emprunts, etc. et éventuellement en devenant des organisations à but non lucratif indépendantes. Les soins secondaires se sont ainsi développés en plusieurs réseaux de professionnels (Trusts) dispensant des soins électifs, dont les Acute Trusts qui gèrent les hôpitaux, les centres de traitements et les soins spécialisés; les Ambulance Trusts regroupant les services de transport d'urgence des patients; les Care Trusts spécialisés dans les soins de santé et les services sociaux en général; les Mental Health Trusts responsables des traitements d'ordre mentaux ou psychiatriques.

Les 'Foundation Trusts' ont été créés en 2005 pour permettre aux NHS Trusts les plus performants de changer de statut et gagner en indépendance. Ils font partie du système National de Santé (NHS) et doivent observer les mêmes standards de qualité. Leur mission est de fournir des services de santé du NHS à des patients du NHS en respectant les standards de qualité et les principes du NHS. Ils se différencient des Trusts du NHS par les éléments suivants :

- Leur indépendance d'un point de vue légal – ce sont des corporations pour les 'bénéfices publics';

- Ils ont une structure de gouvernance unique et sont redevables envers la population locale qui peut devenir membre et 'gouverneur' et participer au processus de planification stratégique;
- Ils ont une liberté du point de vue de leur gestion financière et peuvent lever des fonds de sources publiques ou privées conditionnellement à leur capacité d'emprunt. Ils peuvent accumuler des surplus pour investir dans le développement de nouveaux services;
- Ils sont régulés par Monitor.

*Les FTs répondent à des comités dont les membres ne sont pas concernés par la gestion de la performance.*

Deux comités-conseils, un comité 'unitaire' de directeurs, composé de membres nommés et le comité de gouverneurs composé de membres élus. Le comité unitaire est composé de directeurs exécutifs et non exécutifs. Ils ont des responsabilités fiduciaires que les directeurs exécutifs n'avaient pas auparavant. Ils sont maintenant redevables de Monitor et sont évalués sur leur gestion du risque. Ils ont le pouvoir d'intervenir et de congédier des directeurs non exécutifs (and Chairs?) et même ultimement l'exécutif en chef. Le Trust est également redevable envers la communauté via le comité des gouverneurs, à qui il rend des comptes. Ses membres sont élus et membres d'organisations locales. Ce sont des comités indépendants, 'Unitary Boards', qui comme dans n'importe quelle organisation indépendante, sont détachés de la gestion de la performance'.

Les partenariats publics-privés sont autorisés afin que les hôpitaux délèguent ou contractualisent une partie de leurs activités à des cliniques privées. Le financement de la deuxième ligne est basé depuis 2004 sur les activités avec un système de Paiement par Résultats (PbR) à savoir le nombre et le type d'actes effectués. Les tarifs de ces actes sont fixes, c'est-à-dire qu'il est le même pour tous les établissements et déterminés centralement.

#### *L'organisation des médecins*

Les médecins sont des travailleurs indépendants. Ils souscrivent à un contrat national appelé General Medical Services contract (GMS contract) et se partagent l'enveloppe budgétaire du PCT de leur communauté selon les caractéristiques socio-économiques et le nombre des patients qu'ils desservent. Ils sont rémunérés par **enveloppe budgétaire** (Fundholding) et responsables de (presque) toute la consommation médicale d'un patient, y compris les médicaments d'ordonnance, les services de santé spécialisés et les hospitalisations. Le PCT paie pour les services de santé qu'ils obtiennent pour leurs patients un tarif fixe, le **paiement à la performance (PbR)**, dont une partie est conditionnelle à l'atteinte d'un certain niveau de qualité ou de niveau de santé des patients.

Les médecins spécialistes, 'consultants', sont en grande majorité salariés de leur institution d'appartenance. Ils bénéficient d'un système de participation aux profits, où leur rémunération dépend en partie des profits de l'hôpital. Les hôpitaux sont libres de

négocier la rémunération des médecins à leur emploi. Pour augmenter la productivité, les spécialistes (consultants) à temps plein ont obtenu le droit d'obtenir jusqu'à 10 % de leur rémunération de sources privées. Les spécialistes ayant un contrat à temps partiel avec le NHS n'ont pas de restrictions sur leurs gains de sources privées.

Les médecins généralistes ont quatre types de contrat :

- pour des services médicaux généraux : ces contrats sont négociés avec leurs PCTs sur une base nationale (50 % des généralistes);
- pour des services médicaux personnels : ces contrats sont négociés avec les PCTs sur une base locale de sorte que les exigences de services et les indicateurs de qualité sont entendus entre les PCTs et les GPs (45 % des GPs);
- pour des services médicaux offerts par des professionnels autres que les GPs (il y a peu de ces contrats avec des compagnies de services de santé);
- pour des services médicaux généraux offerts par les PCTs dans des cliniques qui appartiennent aux PCTs.

---

### 1.3 LES TRANSACTIONS

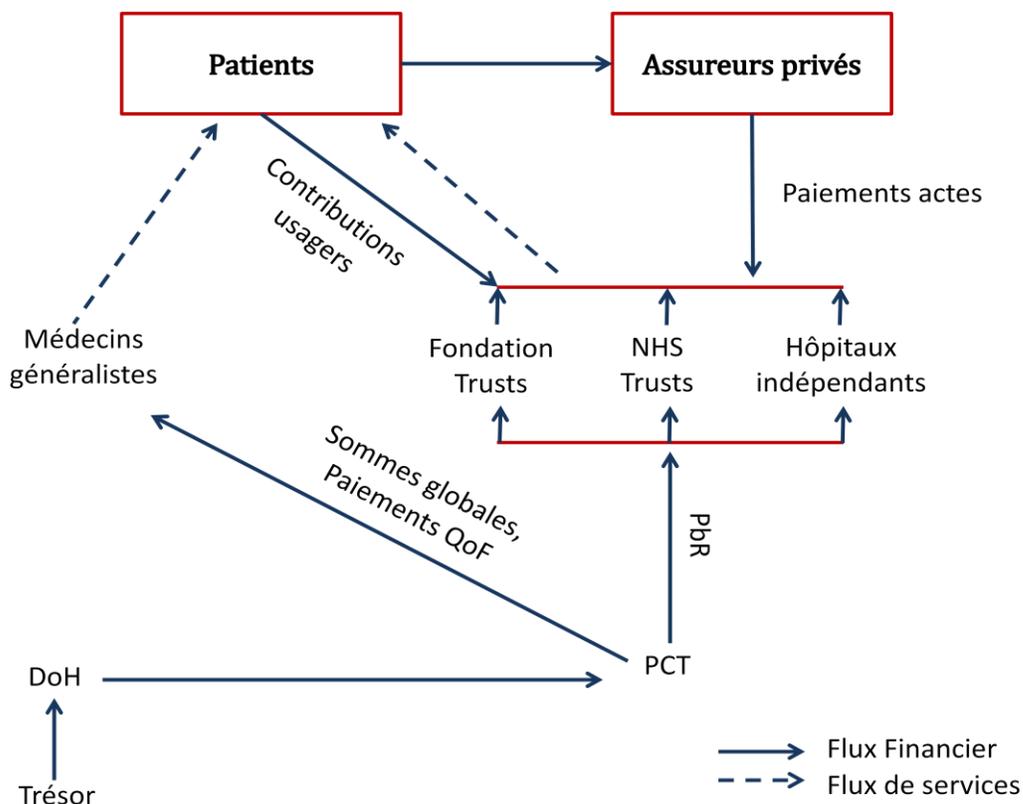
Le financement du système de santé britannique provient principalement des impôts sur les entreprises, des impôts indirects ainsi que de l'imposition des particuliers. Certains soins sont financés de manière privée par le biais d'assurances privées, de co-paiements ou de paiements pour des soins non couverts.

Le Trésor, 'Her Majesty's Treasury', alloue le budget voté au Department of Health qui devient responsable de sa distribution entre les deux canaux principaux : les fournisseurs de services de santé et les acheteurs de soins (PCTs).

Les PCTs utilisent cette enveloppe, 80 % du budget du NHS, pour acheter la quantité de soins nécessaire à leur population respective. Ces PCTs sont responsables d'acheter des soins primaires, communautaires, intermédiaires et « hospital-based » services à un certain nombre de fournisseurs. Ces derniers peuvent autant être publics que privés. Les PCTs utilisent différentes méthodes de rémunération (financement à l'activité, budget global, paiements à l'acte).

Les 20 % restants du budget que le Department of Health doit départir est alloué entre les Local Authority Social Services et les Central Budgets.

Figure A3.2 : Flux financiers et de services du NHS



Source : Basée sur Health system in transition, United Kingdom (England), 2011.

## HISTOIRE RÉCENTE DES RÉFORMES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le système de santé britannique a subi plusieurs vagues de réforme à partir du début des années 80s sous le gouvernement Thatcher, période à laquelle un constat avait été établi sur l'insuffisance de fonds alloués à ce secteur comparativement aux autres pays industrialisés. Au cours des années 90's, une stratégie clé aux réformes britanniques en santé a été l'instauration de mécanismes de marché : stimuler la concurrence entre les organisations de santé pour accroître leur performance.

Entre 1991 et 1994 : un marché interne a été créé par étapes où des acheteurs, les commissaires, devaient négocier des contrats d'achat avec des offreurs de services en concurrence. (1) Les districts avaient un budget pondéré pour l'achat des services secondaires. Ils étaient responsables d'environ 200 000 personnes. (2) Des fonds de généralistes, 'GP fundholders' (GPF) se sont portés volontaires pour fournir les soins primaires et acheter les soins secondaires. Chaque GPF était responsable d'environ 10 000 personnes. En 1996, 50 % des généralistes étaient des détenteurs de fonds. Les hôpitaux, de société de fiducie, ils sont devenus semi-indépendants, sans but lucratif avec la liberté de déterminer le niveau des salaires, le mixe de personnel et l'offre de services.

Vers 1998, dans le but d'enrayer le système de gestion de fonds à deux vitesses, soit ceux qui appartenaient à un GPF détenteurs de fonds et les autres (non détenteurs de fonds), les Britanniques ont uniformisé la gestion des fonds en mettant l'emphase sur la coopération plutôt que la compétition. Ce qui a mené la formation des Primary care trusts (PCT).

Vers la fin des années 90s, les budgets de santé augmentaient et on n'observait pas d'amélioration au niveau de la production. C'est à ce moment que le climat de méfiance s'est instauré. Au début des années 2000, des objectifs précis de performance avaient été établis surtout au niveau des temps d'attente, par exemple, tous les patients doivent être vus en moins de 24 heures, le temps d'attente entre une première visite au médecin généraliste et l'obtention d'un traitement spécialisé est de 18 mois. Des objectifs ont également été établis au niveau des taux d'infection dans les hôpitaux, dont le MRSA. Des mécanismes de contrôle très serrés avaient été mis en place. Le DoH suivait de très près le maintien de ces objectifs. Les hôpitaux qui s'en écartaient étaient rappelés à l'ordre. C'était un système principalement axé sur les sanctions. Vers 2003, le NHS a commencé à rechercher de meilleurs moyens pour inciter les hôpitaux à prendre des initiatives pour améliorer leur performance.

En 2004, les PCT étaient opérationnels, financés par capitation pour les soins primaires, les médicaments et les soins hospitaliers. Un de leurs objectifs est d'aligner les ressources avec les besoins locaux. Ils sont typiquement responsables pour 170 000 personnes. Les PCT peuvent garder les surplus générés en fin d'année. Ils sont la porte d'entrée des services non urgents électifs.

Avant 2004, les commissaires, ou les acheteurs de services de deuxième ligne, mettaient en concurrence les Trusts pour l'octroi de contrats de service pour la provision de services de deuxième ligne auprès de la population dont ils étaient responsables. Ce type de contrat faisait diminuer les coûts des services de santé. Propper et al. ont examiné les effets de ces contrats sur la mortalité. Ils ont observé une augmentation de la mortalité dans un délai de 30 jours après une intervention dans les secteurs les plus compétitifs (Propper 2002).

Le PbR a été introduit en 2003-2004 pour remplacer le système de contractualisation par les GPF où les prix étaient déterminés localement. Dans le cadre de ce dernier système, la rémunération des fournisseurs de soins, les trusts, était fixée sans considération pour l'effort qu'ils devaient déployer (volume et complexité des soins). Ces contrats pouvaient encourager les hôpitaux à trop réduire la durée des séjours et à refuser les cas complexes. Bref, ils avaient un impact sur la qualité des soins. Le PbR a été mis en place pour pallier les lacunes des contrats tout en préservant l'incitatif puissant qu'était la mise en concurrence des organisations. Le PbR en fixant le prix encourageait l'activité et mettait les hôpitaux en concurrence sur la qualité plutôt que sur les prix. De ce fait, le risque financier était partagé davantage avec les PCTs, les commissaires.

En 2006, le nombre de PCT est passé de 303 à 152. La collaboration entre les PCTs est encouragée et fait partie des contrats avec le NHS. L'objectif est d'encourager ces

derniers à partager leur expertise et renforcer leur pouvoir de négociation dans les contrats avec les trusts.

## LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES HOPITAUX DE 2004

### 3.1 OBJECTIFS DE LA RÉFORME

Les objectifs principaux du PbR sont les suivants :

- stimuler la productivité pour réduire les listes d'attente et récompenser l'efficience;
- encourager la prestation de services de santé plus appropriés et plus sensibles aux besoins du patient;
- permettre au PCT's (contractualisant ou donneurs d'ordres) et aux fournisseurs de se concentrer sur la qualité;
- assurer une meilleure équité et transparence dans le financement.

### 3.2 STRATÉGIES (COMPOSANTES DE LA RÉFORME)

#### *Institution*

**1. Mise en œuvre de Monitor** dont la mission est d'autoriser et de réguler les Foundation Trusts.

#### *Offre*

**2. L'autonomie des Trusts** – La possibilité pour les NHS Trust de devenir autonome et de former un FT et celle de réinvestir leur profit d'exploitation.

#### *Transactions*

**3. Le paiement à l'activité qui suit le patient** – Le PbR établit un prix fixe par activité (HRG) pour tous les établissements de sorte que la négociation des contrats se concentre sur les volumes de services et la concurrence s'effectue au niveau de la qualité. Le PBR visait initialement le financement des activités hospitalières, mais l'intention était de couvrir tous les soins aigus sans égard à l'endroit où les services sont fournis.

Le PbR encourage les hôpitaux à augmenter leur niveau d'activités pour obtenir plus de revenus tout en maintenant leur coût en dessous du tarif national. Le PbR est un incitatif pour traiter plus de patients lorsque le tarif est plus élevé que le coût marginal du traitement offert.

Les incitatifs implicites au PbR sont plus puissants pour les FTs que pour les autres Trusts parce qu'ils ont plus de marge de manœuvre quant à l'utilisation des surplus qu'ils génèrent. Ce qui leur permet par exemple de développer de nouveaux services et d'emprunter. Ainsi, on s'attend à ce que l'efficience de ces organisations s'améliore avec le temps.

**4. Les ententes avec les médecins.** Les contrats avec les médecins ont également connu des changements importants en 2004.

Le nouveau contrat avec les **spécialistes** inclut :

- un engagement des médecins à travailler 40 heures par semaine, à offrir des services médicaux volontaires en soirée, des services non urgents en fin de semaine;
- l'extension de l'année sabbatique après 7 ans de service;
- un salaire composé de 5 éléments: salaire de base, activités additionnelles programmées, suppléments sur appel, prix d'excellence clinique et autres tarifs;
- aucune restriction sur les gains liés de leur pratique privée.

#### **Avec les médecins généralistes (GPs)**

Une nouvelle entente entre le DoH et le British Medical association (BMA) a été signée en 2003. Ce nouveau contrat a été entendu entre les Pratiques des médecins généralistes et non avec les généralistes eux-mêmes. Les GPs propriétaires de pratique, environ 73 % des GPs, se partagent les profits, les GPs non partenaires sont rémunérés à salaire. Les éléments clés de la nouvelle entente concernent les paiements pour des services essentiels (une somme globale), les services améliorés, les soins le soir et la fin de semaine, un paiement pour l'atteinte d'indicateur de qualité (QOF).

#### *Demande*

**5. Le choix des patients et la transparence** – à partir de janvier 2006, les patients ont le choix de l'établissement où ils recevront leurs soins hospitaliers. Leur médecin les assiste dans ce choix en informant les patients de la performance de 4 à 5 différents hôpitaux sur différents indicateurs comparatifs de qualité publiés sur des sites publics de référence (par exemple le taux d'infections acquises à l'hôpital, le taux de mortalité hospitalière, les temps d'attente...sur le site WEB NHS Choice). Le financement suit le patient. Cette stratégie stimule la concurrence entre les établissements pour attirer les patients. À partir de 2008, ce choix s'étend à tous les hôpitaux du NHS, privés ou publics, qui ont accepté de fournir les services au tarif national.

Selon Monitor, l'incitatif le plus puissant serait la possibilité qu'a le patient de choisir l'institution à laquelle il sera référé par son GP. Cette possibilité, en plus du système de financement par PbR selon les Health Related Groups (HRG) où le patient est accompagné des ressources financières, fait que les hôpitaux se font concurrence pour obtenir les patients sur la base du temps d'accès et autres critères de qualité.

---

### 3.3 MITIGATION DES RISQUES

#### *Au niveau du cadre réglementaire et institutions*

Les limites dans la capacité des PCTs de bien jouer leur rôle de commissaire sont reconnues et ont incité le DoH à mettre en œuvre l'initiative ' World Class Commissioning initiative' (Monitor, 2008).

#### *Au niveau de l'offre*

**1. mitiger les risques de diminution de la qualité.** Pour éviter les congés précipités de l'hôpital, les PCTs ne sont pas tenus, en théorie, de payer pour les réadmissions dans un délai de 28 jours suivant la sortie de l'hôpital. En pratique, les remboursements pour les réadmissions sont négociés individuellement et la majorité est remboursée.

**2. améliorer la capacité d'équilibrer le budget des hôpitaux et/ou de réinvestir les profits d'exploitation.** Certains FTs ont développé une meilleure connaissance de leurs coûts selon les spécialités et les lignes de services. Ils sont ainsi en mesure de différencier les activités rentables de celles qui ne le sont pas.

**3. assurer le maintien et l'amélioration de la qualité,** les trusts misent sur le leadership médical essentiel à l'amélioration des résultats. L'amélioration de l'information sur les activités, les coûts et les résultats facilite la collaboration entre les médecins et les Trusts.

**4. éviter que l'augmentation de l'activité soit trop élevée,** le niveau d'activité est limité à celui de 2008. Au-delà de cette limite, le tarif est réduit à 30 % du coût marginal.

#### *Au niveau des transactions*

**1. Implanter graduellement le paiement à l'activité (PbR).** Les FT et les PCTs qui leur achètent des services pour leur patient/population ont introduit le PbR graduellement :

- avril 2004 pour les services hospitaliers aigus aux patients admis (électifs et non électifs)
- avril 2005 pour toutes les activités électives de tous les Trusts;
- avril 2006 pour les services d'urgence et les patients ambulatoires.

Les contrats en bloque continue d'être négociés localement pour tous les services qui ne sont pas couverts par les PbR (HRG).

**2. Refléter mieux les différences régionales et entre les types d'hôpitaux de soins aigus,** les tarifs sont établis sur une base régionale. Au départ plusieurs activités sont exclues, en 2009-2010 seulement 26 milliards £ d'activités sont financés ainsi. En 2010-11, les tarifs pouvaient varier de 32 % entre les hôpitaux ayant les structures de coûts les plus élevées et ceux ayant celles les plus basses.

**3. Contrôler mieux les budgets,** Le National Commissioning Board organisation (NCB) assure que l'État a les moyens de son système de santé. Monitor influence l'efficacité des Trust et contribue à déterminer le prix des activités pour atteindre les

résultats visés. L'interaction entre les deux organisations a pour objet d'assurer que les Britanniques ont les moyens de leurs ambitions.

*Au niveau de la demande*

### **Mitiger le risque financier associé à l'augmentation du niveau des activités dans les hôpitaux, le NHS mise sur la gestion de la demande.**

Un des moyens pour contrôler la croissance des coûts associés à un niveau trop élevé de l'activité, le NHS a transféré le risque vers les PCTs en leur octroyant un budget fixe de 2000 £ par membre enregistré (capitation). Les paiements à l'activité des hôpitaux sont payés à partir de ces budgets et ainsi contrôlés par les organisations de médecins généralistes qui jouent un rôle de 'barrière à l'entrée'.

Pour réduire les admissions non planifiées (niveau d'activité des hôpitaux au-delà du niveau de 2008), les commissaires et les hôpitaux sont encouragés à développer des services et des ententes à l'extérieur des hôpitaux : urgence, soins de longue durée, soins chroniques...

Pour mieux gérer la demande, on développe le rôle d'acheteur de services de santé ayant pour objectif de mieux gérer la demande et de diriger celle-ci vers le fournisseur de soins le plus approprié. Ce rôle au cours des années a été dévolu aux médecins généralistes et puis à des gestionnaires des PCTs.

Stratégies observées pour la gestion de la demande :

- déplacer les services vers des milieux communautaires moins coûteux lorsque c'est approprié;
- gérer les références et redéfinir les trajectoires de soins (paths) notamment en orthopédie et en dermatologie;
- payer les conversations téléphoniques pour remplacer les visites de suivi;
- modifier les tarifs par HRG à mesure que les cas hospitaliers s'alourdissent suite au délestage d'activités moins lourdes vers les milieux moins coûteux (augmenter les tarifs hospitaliers et/ou réduire les tarifs des activités communautaires).

## RÉSULTATS OBSERVÉS ET MESURÉS

### 4.1 ÉVALUATION EFFECTUÉE PAR L'AUDIT COMMISSION UN AN APRÈS L'IMPLANTATION DU PBR

*Offre*

1. **Les durées de séjour ont diminué**, ce qui a probablement eu un impact positif sur le niveau des activités électives et ambulatoires. La majorité des observateurs recensés par Monitor ont observé qu'**aucune évidence n'a été révélée sur l'amélioration de l'efficacité et de la qualité.**

## 2. Les prestataires de soins se sont dotés de meilleurs outils de gestion

- Les premiers à avoir implanté le PbR évaluent ce changement comme étant positif, les Trusts davantage que les PCTs. Le nouveau cadre facilite la planification et la gestion de leur organisation et le risque financier accru les a incités à mieux planifier, gérer leur finance et leur performance.
- Le système de PbR a encouragé les organisations à modifier les systèmes et pratiques de gestion financière, de l'information et des risques.
- Pour réduire l'impact sur les coûts, les FTs développent les soins ambulatoires, ce qui réduit la probabilité de contracter des infections.

## 3. Plus de transparence et des tensions dans la transition

- **Le PbR a augmenté les pressions et polarisé les détenteurs d'intérêts** au sein des organisations qui affichaient un déficit historique, créant ainsi des conflits.
- **Le PbR fait ressortir les faiblesses du NHS**, dans les communautés et dans les organisations : difficultés financières, arrangements financiers inadéquats et qualité des données. Ce qui a créé de l'instabilité et des tensions entre les organisations.
- **Le PbR fait ressortir les faiblesses dans les compétences des gestionnaires**, dont des difficultés à atteindre les objectifs de contractualisation, défis au niveau de la négociation et l'application des contrats, effectuer les bons paiements, mettre en œuvre les stratégies de gestion de la demande...

### *Transactions*

1. **Le financement est plus équitable et plus transparent.** Le financement des services hospitaliers, PbR, reflète mieux les volumes et la complexité des soins fournis.
2. **Les risques d'exploitation sont partagés.** L'introduction des PbR a eu des conséquences importantes pour les organisations du NHS.
  - Les PCTs assument le risque lié à l'accroissement des activités et ont moins de contrôle sur les coûts. Il y a toutefois des seuils applicables aux services d'urgence qu'ils sont tenus de financer.
  - Les Trusts doivent mieux contrôler leurs coûts et s'assurer de maintenir un niveau d'activité suffisamment élevé pour que leurs coûts n'excèdent par le tarif fixe et assurer leur viabilité financière. Certains ont craint que ceci ait un impact sur la qualité des services.

### *Demande*

**La politique du choix des patients a un succès mitigé** - Le DoH a régulièrement suivi la performance de cette politique par sondage à partir de 2006. Le nombre de

patients qui avant leur consultation avec leur GP étaient conscients qu'ils avaient le choix du Trusts où ils recevraient leur traitement est passé de 29 % en juin 2006 à 54 % en février 2010. Anna Dixon et al., du King's Fund, ont trouvé que les résultats de cette politique étaient moins encourageants. Selon eux, les médecins offrent ce choix de façon automatique sans expliquer les mérites ou autres des différents établissements. En plus, toujours selon ces chercheurs, des problèmes techniques au moment de l'implémentation de cette politique ont rendu les médecins réticents à offrir ce choix aux patients. De leur côté, les hôpitaux n'observent pas la pression concurrentielle exercée (Dixon et al, 2011).

## 4.2 ÉVALUATION EFFECTUÉE PAR L'AUDIT COMMISSION TROIS ANS APRÈS L'IMPLANTATION DU PBR

### *Offre*

#### **1. Les durées de séjour ont diminué.**

Monitor a observé **une amélioration de l'efficacité au niveau local, non au niveau national**, dans les hôpitaux dont le potentiel d'amélioration était le plus grand. Réciproquement, les premiers à avoir implanté le PbR ont été choisis parce qu'ils étaient comparativement efficaces et donc ils avaient un potentiel moins élevé de s'améliorer. C'est ce qui explique pourquoi nous n'avons pas observé d'amélioration significative chez ce groupe. Monitor s'attend à ce que l'amélioration de l'efficacité se poursuive surtout dans les FTs à cause de l'indépendance dont ils jouissent pour développer de nouveaux services.

Monitor croit que les limites initiales des ressources et infrastructures, notamment en systèmes d'information, pour soutenir l'implantation du PbR expliquent son faible impact sur l'efficacité et sur l'activité. Il s'attend toutefois à un effet plus prononcé une fois la période de transition complétée.

**2. Le PbR n'a pas entraîné une augmentation des hospitalisations, au moment où on tente de traiter davantage les patients à l'extérieur de l'hôpital.** L'analyse des activités non électives a révélé que cette tendance n'a pas été observée.

**3. Les opérations sont mieux gérées et les structures de coûts sont mieux comprises.** Les organisations ont commencé à utiliser le PbR comme un outil pour identifier les inefficacités et redéfinir les trajectoires des patients pour améliorer leurs services. En fait, le PbR a encouragé les organisations à mieux comprendre leur structure de coûts. En particulier, les Trusts, responsabilisent de plus en plus les départements cliniques pour leur gestion financière, traitant chaque unité comme des entités d'affaires pouvant générer des profits et des pertes, ce qui accélère la compréhension des coûts par cas.

**4. Les craintes à l'égard de l'impact du PbR sur la qualité des services ne sont pas matérialisées.**

Les PCTs et les FTs ont également noté les résultats suivants :

- clarification des rôles et responsabilités;
- changements positifs dans la culture des organisations et une plus grande responsabilisation;
- meilleure compréhension des affaires et amélioration du secteur économique locale de la santé.

Les facteurs ayant influencé les chances de succès de la transformation des organisations :

- la stabilité financière;
- la complexité de l'environnement de contractualisation et plus de capacité de négociations;
- le degré de préparation soit une meilleure planification et documentation des activités;
- l'engagement des médecins.

#### *Tansactions*

L'audit effectué pour assurer la qualité et la fidélité des données par l'Audit Commission a révélé que bien que ces dernières pouvaient être améliorées, **il n'y a pas d'évidences qu'elles ont pu être manipulées pour assurer une meilleure rémunération.**

#### *Demande*

**Les initiatives de gestion de la demande mises en place par les PCTs et les Trusts ont contribué à réduire les admissions évitables.**

---

### 4.3 ENJEUX ET LIMITES DU SYSTÈME

Monitor émet les recommandations suivantes sur le système de classification et de tarification des hôpitaux britanniques :

- la classification des diagnostics, des procédures et des groupes de cas peut être améliorée;
- le tarif national devrait être plus flexible pour tenir compte des différentes trajectoires de soins (soins intermédiaires extramuros, prévention secondaire pour les cas chroniques complexes...);
- la question à savoir si les tarifs PbR devraient intégrer ou non les immobilisations n'est pas résolue.

Enjeux dont les mécanismes de résolution restent à développer :

- rendre financièrement viables les Trusts dont les coûts sont élevés;
- mieux récompenser la qualité et l'innovation;

- la capacité d'intégrer les nouveaux médicaments et technologies parce qu'ils sont souvent plus coûteux que les traitements traditionnels au moment de leur introduction. Il est fréquent toutefois que ce soit aussi les plus efficaces et efficaces à long terme.

---

#### 4.4 ÉTUDES EMPIRIQUES

Cinq études empiriques analysant l'impact des réformes britanniques en santé sur la qualité ont été recensées.

##### **Il n'y a pas d'évidences que le PbR a eu un effet sur la qualité des services**

Une Étude de Sussex et Farrar publiée dans le *European Journal of Health economics* révèle que le PbR a été implanté en Angleterre en même temps que d'autres mesures incitatives pour améliorer l'efficacité (Sussex et al. 2009). Selon leurs travaux dont les résultats s'appuient sur des entrevues auprès des gestionnaires du NHS en 2005/06, il n'y a pas d'évidences que le PbR a eu un impact direct sur l'efficacité des hôpitaux et aucun impact n'a été détecté. Selon cette même étude, les médecins disent être en compétition les uns avec les autres, mais cela ne provient pas du PbR. Selon eux, cette compétition existerait dans n'importe quel schéma de paiements. À court terme, personne ne pensait que le PbR allait accroître la compétition entre les trusts mais certainement cela allait-il arriver dans le futur. Dans le cas de la compétition par la qualité, aucun trust ne semble avoir fait des efforts sur la qualité en vue d'attirer un plus grand nombre de patients.

La Health Economics Research Unit (HERU) de l'Université de Aberdeen en 2007 n'a pas pu démontrer d'impact, négatif ou positif, du PbR sur la qualité au niveau des Trusts. Monitor en a déduit que cette politique n'a eu aucun impact sur la qualité au niveau national (DoH 2007).

Trois études effectuées en 2010 ont montré que **La concurrence entre les Trusts a un impact sur la qualité des services hospitaliers :**

- La qualité hospitalière, mesurée par la mortalité suite à une crise cardiaque, tend à s'améliorer sur l'ensemble de la période et ce résultat est attribué à l'adoption de nouvelles technologies ainsi qu'à l'amélioration de la santé publique. Cette baisse de la mortalité est plus marquée après la réforme dans les aires géographiques où la compétition est possible (Cooper et al. 2010).
- Effet de la compétition sur la qualité des soins en présence de prix fixes. Séparation de la compétition sur l'électif et sur l'urgent. Lorsque les prix sont fixes, les hôpitaux se concurrencent sur la qualité des activités électives. Cette concurrence a un effet positif sur la qualité des services urgents. Dans les marchés où il y a une concentration des services, l'absence de concurrence a un effet négatif sur la qualité (Propper et al. 2010; Gaynor et al. 2010).
- Bloom et al. ont trouvé que la concurrence avait un effet positif sur la qualité des services et de la gestion des hôpitaux (Bloom et al. 2010). Dans leur étude, la

proximité géographique est le facteur qui indique la présence de concurrence et un proxy a été construit pour identifier les hôpitaux où la concurrence politique est élevée. Ils ont trouvé une forte corrélation entre la qualité de la gestion des établissements et les résultats financiers et cliniques (taux de survie à des crises cardiaques). La corrélation est également élevée entre le nombre d'hôpitaux à proximité (concurrence) et la qualité de la gestion. Ajouter un hôpital à proximité fait augmenter de 1/3 l'index de qualité de la gestion. Ce qui diminue de 10,7 % le taux de mortalité des patients admis pour une crise cardiaque.

## RÉACTIONS ET OBSERVATIONS DES PARTIES PRENANTES

Cette section exprime les principaux facteurs de succès, constats et enjeux relevés par les acteurs du système de santé britannique interviewés au cours de l'été 2011. Parmi eux, on comptait deux chercheurs du King's Fund, un Institut de recherche spécialisé sur le secteur de la santé, un chercheur du London School of Economics, deux directeurs de Trust du NHS, un directeur général de Foundation Trust Universitaire, un ancien conseiller sur la santé de Tony Blair, un directeur de Strategic Health Authority de Londres, une directrice du Réseau de Foundation Trusts.

### 5.1 FACTEURS DE SUCCÈS

Les facteurs de succès de la réforme de 2004 étaient 1) la volonté politique du gouvernement Blair; 2) l'environnement politique favorable à une telle réforme; et (3) un environnement de contractualisation axé sur la maximisation de la valeur.

### 5.2 CONSTATS

**L'amélioration des résultats est liée à la combinaison de politiques de santé.** Selon plusieurs interlocuteurs, ce n'est pas le mécanisme de financement qui est lié à l'amélioration des résultats cliniques, ce serait plutôt l'ensemble du système (des réformes). Cette hypothèse a été démontrée par un étudiant au doctorat, Julian Legrand, du London School of Economics<sup>40</sup>.

**Le statut et l'indépendance des Trusts influencent les résultats.** Selon plusieurs interlocuteurs, le facteur qui a le plus d'influence sur les résultats est Monitor ou l'indépendance des FTs. Monitor parce qu'il a le pouvoir de retirer le statut indépendant des FTs. Pour d'autres, ceci s'exprime par le pouvoir qui accompagne le statut de FT. En investissant pour améliorer l'efficacité et l'efficience de l'hôpital on peut augmenter l'activité et générer plus de revenu et de profitabilité. 'La différence de productivité entre les FTs et les NHS Trusts est notable'.

**L'importance de faire évoluer les tarifs avec le système.** Au départ, les tarifs étaient établis selon l'information que nous avons, soit le coût moyen des activités. Ces tarifs ne tenaient pas compte du niveau de performance. On tenait pour acquis que les tarifs étaient raisonnablement précis. Ce qui n'était pas une hypothèse raisonnable. Nous

<sup>40</sup> La thèse est à être publiée.

n'avions jamais exigé des hôpitaux qu'ils recueillent cette information puisqu'il n'y avait pas de lien avec la façon dont ils étaient financés. Aujourd'hui, les tarifs sont de plus en plus établis selon les meilleures pratiques. Le tarif est de plus en plus normatif.

**Les paiements incitatifs sont complémentaires au PbR pour améliorer l'accès.** Le PbR a eu un impact sur l'amélioration de l'accès, mais ce n'est pas le seul contributeur à cette amélioration pas même un contributeur majeur. Les temps d'attente et les listes d'attente sont moins élevés. L'établissement d'objectifs ('targets') et le fait que le financement récompense l'atteinte de ces objectifs seraient responsables.

**Une meilleure connaissance des coûts par ligne de services influence l'offre de services** dans certains Trusts en encourageant les médecins à prescrire les soins les plus rentables.

---

### 5.3 ENJEUX

#### *Institutions*

**L'accroissement de l'efficacité est limité par la capacité des trusts à intégrer les innovations dans les établissements.** Les obstacles à cette intégration sont de deux ordres : les comités-conseils, auxquels répond la direction des trusts, ont une capacité limitée de comprendre les enjeux du système de santé et ne sont pas intéressés par la gestion de la performance; Les trusts ont une capacité limitée à emprunter pour financer leurs investissements, notamment par le fait que les actifs historiques ne leur appartiennent pas (actifs publics) et aussi parce qu'ils doivent maintenir un certain niveau de liquidité. La capacité limitée d'investir en innovation limite l'accroissement d'efficacité et ainsi la capacité d'atteindre les objectifs de performance établis par Monitor et de faire un profit. Ultiment, ceci peut conduire les Trusts à l'échec surtout dans un contexte où au-delà d'une limite d'activités, les tarifs tombent en dessous de 30 % du coût moyen.

**Permettre et faciliter la fermeture de services ou d'hôpitaux.** La concurrence encourage les établissements à innover pour être plus efficaces. Cela permet de réduire les coûts par patient, mais exige de pouvoir augmenter le niveau d'activités. Dans le contexte actuel de coupures de budgets de santé, il y a une limite à l'activité qui peut être rapatriée. Si certains trusts augmentent leur niveau d'activités, on doit permettre qu'il diminue dans d'autres trusts. S'il y a la possibilité de participer au marché 'market entry', on doit aussi soutenir les sorties du marché 'market exits'. Si le régime de sortie est non existant ('failure regime'), il ne faut pas s'attendre à obtenir tous les bénéfices escomptés de la stratégie.

**L'ingérence politique accroît la tension entre les FTs et les NHS trusts.** Plus il y a d'ingérence politique plus le champ d'action des FTs est restreint et plus ils sont vulnérables. L'incapacité de fermer un trust ou de délester des activités non efficaces pousse les trusts à demander plus de fonds, accapare des fonds pour produire des services non efficaces et occasionne même l'échec de Trusts performants. À cela

s'ajoute, la nécessité d'atteindre une cible de profitabilité établie par Monitor alors que ce n'est pas le cas des NHS Trust. Ceci nourrit les tensions.

*Offre*

**L'amélioration de la performance des NHS Trusts est limitée** par : 1. Les compétences des gestionnaires et de leader du réseau NHS, compétences qui n'étaient pas exigées avant 2004; 2. Le manque d'information sur les coûts des activités empêche d'influencer les activités des médecins et de se concentrer sur les activités les plus lucratives; 3. Le PbR récompense les Trusts qui ont de faibles coûts et pénalisent ceux dont les coûts sont supérieurs au coût moyen. 4. Le tarif doit intégrer le coût lié, l'évolution des trusts, le système d'information, l'évaluation et la planification continue<sup>41</sup>.

**Certains Trusts n'auront jamais la capacité de devenir un FTs.** En 2011, environ 60 % des hôpitaux sont des FTs, et avec un peu plus d'aide pour les NHS Trusts, ce pourcentage va augmenter un peu. Mais que faire des autres? Faut-il leur allouer plus d'argent? Certains hôpitaux ne sont pas performants tout simplement parce qu'ils desservent une population ou ont une mission qui a un impact sur la structure de coût. Cet impact n'est pas nécessairement considéré à sa juste valeur. En outre, la mission du système de santé est d'offrir des services de santé à toute la population. S'il y a une fermeture d'hôpital, des ententes doivent être effectuées pour prendre en charge cette population. Il y a des enjeux fondamentaux sous cette question liée au rôle du régime public.

**Les trusts sont incités à surcoder** parce que leur indépendance dépend de leur capacité à générer un surplus d'exploitation en augmentant le niveau de complexité des activités lors du codage de celles-ci dans un contexte de facturation.

**Malgré l'objectif de développer les services à l'extérieur des hôpitaux, les activités hospitalières ont continué à augmenter.** La responsabilité d'acheter les services a été dévolue à des gestionnaires des PCTs mais il n'y a aucune évidence que cette stratégie a contribué à développer les services extramuros. C'est pourquoi en 2011, le gouvernement a proposé de transférer les fonds aux médecins généralistes. La différence majeure avec la politique antérieure est que le rôle de commissaire du GP est plus large, plus de responsabilités (60 % du budget du NHS). Cette politique devrait prendre effet aux environs de 2013-2014.

*Transactions*

**Les mécanismes de financement pour encourager l'intégration des services primaires et secondaires restent à développer.** Les prix liés aux activités extramurales (soins primaires de longue durée) et aux activités en santé mentale n'ont pas encore été établis. On parle de financement par année pour certains patients ou certaines conditions chroniques ou encore de financement selon la trajectoire de soins.

---

<sup>41</sup> Un interlocuteur estime le coût de la transformation et du changement de culture à approximativement 100 000 £ par organisation, ce qui porterait le coût au niveau national à 50 millions £.

Le financement par capitation couvrant les soins primaires et secondaires fait partie également des discussions. Actuellement, il ne semble pas y avoir d'expériences en ce sens.

---

## BIBLIOGRAPHIE

Audit commission, Early lessons from payment by results, octobre 2005  
<http://www.audit-commission.gov.uk>

Audit commission, The right result, Payment by result, 2003-2007, 2008,  
<http://www.audit-commission.gov.uk>

Bloom, N., Propper, C., Seiler, S., Van Reenen, J., « The impact of competition on Management Quality : Evidence from Public Hospitals », CEP Discussion Paper, No. 983. Centre for Economic Performance, London School of Economics and Political Science, London, UK.

Boyle S., PBR in England, Health policy Developments, Eurohealth Vol 13 No 1, 2005.

Boyle Sean, England Health System Review, Health Systems in Transition, Vol. 13 No. 1 2011, European observatory of health systems and policies

Cooper, Z., Gibbons, S., Jones, S., McGuire, A., « Does Hospital competition save lives? Evidence from the English NHS choice reform »; [\*The Economic Journal\*, Vol. 121, Issue 554, pp. F228-F260, 2011](#)

Department of Health, National Evaluation of Payment by Results, Health economics Research Unit, University of Aberdeen; Office of Health Economics; Department of Economic Studies, University of Dundee; and University of Melbourne, 2007

Dixon, A, Robertson, R., 'New Labour's Market Reform, Chapt 4. Patient choice of hospital', King's Fund, septembre 2011.  
[http://www.kingsfund.org.uk/applications/site\\_search/?term=Anna+Dixon+Choice&searchreferer\\_id=2&submit.x=0&submit.y=0](http://www.kingsfund.org.uk/applications/site_search/?term=Anna+Dixon+Choice&searchreferer_id=2&submit.x=0&submit.y=0)

Gaynor, M., Moreno-Serra, R., Propper, C., 'Death by Market Power: Reform, Competition and Patient Outcomes in the National Health Service', NBER Working paper no. 16164, juillet 2010.

Oliver A., *The English National Health Service : 1979-2005*, Health Economics, vol. 14, pp : 75-99, 2005.

Propper, C., Burgess, S., Green, K., 'Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market', CMPO, février 2002.

Sussex, J., Farrar, S., 'Activity-based funding for National Health Service hospitals in England: managers' experience and expectations', *European Journal Health Economics* (2009) 10:197–206.

## ANNEXE 7 : ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX EN ONTARIO

Par Joanne Castonguay (CIRANO) et Henri Thibaudin (indépendant)

### SOMMAIRE

<b><u>LE SYSTEME DE SANTE ONTARIEN</u></b> .....	<b>140</b>
<u>Contexte</u> .....	140
<u>CADRE REGLEMENTAIRE ET INSTITUTIONS</u> .....	140
<u>Les organisations</u> .....	140
<u>Les agences de régulation</u> .....	141
<u>L’OFFRE DE SERVICES</u> .....	142
<u>LES TRANSACTIONS</u> .....	143
<b><u>HISTOIRE RECENTE DES REFORMES DU SYSTEME DE SANTE</u></b> .....	<b>144</b>
<b><u>LA STRATEGIE SUR LES TEMPS D’ATTENTE (2004) ET LA LOI SUR L’EXCELLENCE DES SERVICES DE SANTE EN 2010</u></b> .....	<b>145</b>
<u>OBJECTIFS DES REFORMES</u> .....	145
<u>STRATEGIES (COMPOSANTES DES REFORMES)</u> .....	146
<u>REACTIONS ET OBSERVATIONS DES PARTIES PRENANTES</u> .....	150
<u>BIBLIOGRAPHIE</u> .....	152

### CONTEXTE

Le système de santé ontarien a subi des changements dans les 20 dernières années. La modification des pouvoirs et responsabilités des organismes existants, le début de la séparation de la fonction d'acheteur et de fournisseur, la réorganisation des soins de premières lignes sont parmi les changements les plus importants opérés par la Province. Des stratégies visant des problèmes spécifiques se sont multipliées ces dernières années, toutes dans l'objectif central d'améliorer le système en le centrant autour du patient. En 2010, le gouvernement ontarien a lancé des chantiers importants avec la loi sur l'excellence des soins pour tous ('Excellent Care for All') et avec l'annonce en 2012, de sa stratégie de financement axée sur le patient.

Le Financement à l'activité est l'une des pièces importantes de cette refonte. Il en est à ses balbutiements et la généralisation de son application est tributaire de la volonté du gouvernement. Quoi qu'il en soit, l'Ontario est connue pour ses innovations en termes de calculs et de méthodes de calcul de classification et de détermination des coûts des hôpitaux. En effet, l'Ontario a, depuis le début des années 90s, investi dans les systèmes d'information en gestion. L'Ontario est un leader canadien dans le développement des regroupements de diagnostics connexes au Canada (CMG) en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). L'Ontario possède des données sur les activités, les ressources utilisées par activité et les coûts dans les soins aigus, la santé mentale, la réadaptation, les services de longue durée, les soins ambulatoires et les soins à domicile. Ces données sont actuellement utilisées pour comparer la performance des hôpitaux et répartir les enveloppes annuelles d'investissement dans les activités prioritaires. Ce n'est toutefois qu'en 2012, que les paiements suivront pour la première fois le patient avec le déploiement de la stratégie du financement axé sur le patient. Cette stratégie consiste à financer certaines activités prioritaires par regroupement d'épisodes de soins basé sur les évidences<sup>42</sup>.

## CADRE RÉGLEMENTAIRE ET INSTITUTIONS

### LES ORGANISATIONS

Le **Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC)** a pour rôle principal de guider la politique de santé de la province. Il se porte garant de la fourniture de soins de haute

---

<sup>42</sup> Ministère de la Santé et des soins de longue durée, Modèle de financement fondé sur les patients destiné aux hôpitaux, Communiqué du 19 mai 2012.

qualité, de l'accessibilité aux services de santé selon les besoins de la population. Il joue aussi un rôle important en ce qui a trait au contrôle et à la décision de la fusion de certains fournisseurs de service, ainsi que de leur fermeture ou du transfert d'activités. Certains programmes et fournisseurs de services de santé sont sous la responsabilité directe du MOHLTC. On y trouve entre autres les laboratoires, les médecins et praticiens indépendants, les ambulances, les services de santé primaires (*Family Health Teams*).

Les **Local Health Integration Networks** (LHINs) sont des agences à but non lucratif financées par le MOHLTC. Leur mandat est de planifier, financer et intégrer les services locaux de soins de santé pour leur population d'intérêt. Il en existe 14 sur le territoire ontarien. Elles gèrent près de la moitié du budget de la santé de la province. Leur champ d'action s'applique sur les entités suivantes :

- Hôpitaux publics et privés,
- Installations psychiatriques,
- Centres d'accès de soins communautaires,
- Services de soutien et de santé communautaire,
- Les installations de soins de longue durée,

Ces entités sont catégorisées sous l'appellation « Health Service Providers » et sont soumises au pouvoir des LHINs.

---

## LES AGENCES DE REGULATION

**Health Quality Ontario** : Le *HQO* est une agence gouvernementale mise en place en 2005. Son mandat est de mesurer et de diffuser au public des données sur la performance du système.

Plus précisément, il contrôle et diffuse des informations sur :

- i. l'accès aux services de santé financés publiquement;
- ii. les ressources humaines de ces services;
- iii. le statut de santé de la population;
- iv. les résultats du système de santé.

Il joue un rôle important dans l'amélioration de la qualité des services en orientant le système, développant des données probantes et des connaissances, faisant la promotion de soins de santé soutenus par des preuves scientifiques et en évaluant le progrès du système. Un rapport annuel est rendu au MOHLTC<sup>43</sup>. Les données utilisées pour construire ce rapport sont tirées de plusieurs sources notamment le recensement de Statistique Canada, le MOHLTC, le Commonwealth Fund mais surtout à partir des

---

<sup>43</sup> Celui de l'année 2011 est disponible à cette adresse : [http://www.hqontario.ca/pdfs/2011\\_report\\_-\\_english.pdf](http://www.hqontario.ca/pdfs/2011_report_-_english.pdf) , site consulté le 20 avril 2012.

données provenant des hôpitaux de la province. En effet, les hôpitaux sont tenus de divulguer leurs performances respectives à partir de différents indicateurs. On y trouve par exemple une pléthore d'indicateurs sur les temps d'attente pour différents services, le ratio de mortalité standardisé, le nombre d'infections, de réadmissions, la satisfaction des patients, le continuum de soins pour les maladies mentales ou encore la sécurité des patients<sup>44</sup>. Les résultats des indicateurs sont publiés pour la province ainsi qu'une fiche sommaire de performance par région. De plus, le « Ontario Hospital Association » (OHA) a mis en ligne un site<sup>45</sup> permettant aux habitants de la province d'obtenir des indicateurs de qualité pour chaque hôpital de la province. Les indicateurs sont donnés par type de soins et qualifient l'expérience du patient et de la famille, la sécurité du patient et les délais d'attente.

**Health Professions Regulatory Advisory Council :** Le HPRAC est un organisme indépendant dont le mandat est d'évaluer et faire des recommandations au MOHC à propos de la régulation des professions de la santé. Ils suivent les principes de la rencontre entre les attentes des patients et l'amélioration de l'accès à des soins de haute qualité; l'optimisation de la contribution de l'ensemble des professions du secteur; la soutenabilité du système et le maintien d'une auto-régulation.

---

## L'OFFRE DE SERVICES

### Les soins de première ligne :

En Ontario, les soins de première ligne sont en majorité fournis par les **Family Health Teams** et **Community Health Centres**. Les premiers sont composés de différents professionnels de la santé provenant de diverses disciplines. On y trouve entre autres des médecins de famille, des infirmières praticiennes, des infirmières, des travailleurs sociaux, des diététiciens qui travaillent ensemble au sein de leur communauté. Les **Community Health Centres** emploient des professionnels de la santé afin de desservir des clientèles à haut risque ou pour lesquelles l'accès aux soins est difficile.

Il existe plusieurs autres types de fournisseurs de soins de première ligne, notamment :

- **Family Health Network** : Réseau de médecins offrant leurs services 24h/24 et 7 jours/7.
- **Family Health Group** : Proches des Family Health Team avec des services fournis en dehors des heures de consultation régulières.
- **Comprehensive Care Model** : ce sont les médecins pratiquant de manière individuelle.

---

<sup>44</sup> Pour plus d'informations sur les indicateurs suivis sur les établissements, voir <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/22000/285096.pdf> , site consulté le 20 avril 2012.

<sup>45</sup> <http://www.myhospitalcare.ca/>

- **Family Health Organization** : Regroupement de médecins travaillant dans un objectif de prévention.

### **Le Réseau Hospitalier :**

Il existe quatre types d'hôpitaux en Ontario : les hôpitaux publics, les hôpitaux privés, les hôpitaux fédéraux et les hôpitaux pour soins des cancers. Il y a 150 hôpitaux répartis dans la province. Tous les hôpitaux sont soumis aux règles du **Hospital Act** qui fournit le cadre dans lequel les hôpitaux agissent. Les LHINs font le lien entre le MOHLTC et les établissements hospitaliers en ce qui a trait au financement et à la planification de leur activité.

Les hôpitaux privés sont au nombre de 7 dont 6 reçoivent des paiements de la part du ministère pour certaines opérations. Ces hôpitaux sont gérés par un conseil d'administration et sont des organismes privés à but non lucratif. Ces hôpitaux fournissent des services sous le Private Hospitals Act voté en 1973. Les hôpitaux ayant obtenu leur licence avant cette date ont pu continuer à exister. Les nouvelles entités privées ou hôpitaux à but lucratif ne peuvent pas être licenciés sous cette législation.

### **L'organisation des médecins :**

Il existe principalement deux catégories de médecins : les médecins de famille et les médecins spécialistes. Les premiers maintiennent une relation de long terme avec leur patient et exercent au sein d'une des entités de soins de première ligne décrites ci-dessus. Les médecins spécialistes pratiquent dans un bureau indépendant, au sein du réseau hospitalier ou encore dans des « Health Sciences Centres ». La majorité des médecins des deux catégories sont des travailleurs indépendants, ils ne sont pas salariés ou employés<sup>46</sup>. Leur rémunération est très différente selon leur statut et leur lieu de pratique et provient majoritairement de l'*Ontario Health Insurance Plan* ». En 2009<sup>47</sup>, les médecins de famille représentaient en Ontario 48,2 % de l'ensemble des médecins contre 51,1 % dans la moyenne canadienne.

Les médecins de famille peuvent être payés selon plusieurs mécanismes : paiement à la capitation, à l'acte, contrats-volume, primes. Leur rémunération peut être mixte et faire intervenir un ou plusieurs de ces mécanismes.

---

## **LES TRANSACTIONS**

Le *Ministry of Health and Long Term Care* finance le système avec les fonds recueillis principalement par le biais d'impôts et taxes payés par les résidents de la province et les entreprises. De plus, un montant est alloué par le gouvernement fédéral, montant principalement dirigé vers les hôpitaux et les médecins. Ces fonds constituent le *Health*

<sup>46</sup> On trouve des médecins salariés dans certains centres communautaires.

<sup>47</sup> « Le Québec Économique 2011 : Un Bilan de santé au Québec », CIRANO, 2011.

*Insurance Plan*. Les LHINs reçoivent la moitié du budget provincial de la santé. Ils financent les hôpitaux ainsi que les divers groupes de soins de première ligne. La relation existante entre chaque LHIN et le MOHLTC est gouvernée par le *Memorandum of Understanding and Accountability Agreement* qui doit être signé entre les deux parties. Ce document s'applique sur trois années fiscales et contient de l'information sur :

- i. les objectifs de performance des LHINs;
- ii. la gestion du système de santé, les responsabilités de chaque partie;
- iii. l'exigence du budget des LHINs et les rapports annuels présentés au MOHLTC;
- iv. la gestion de l'information et les responsabilités du réseau e-Health.

Les LHINs décident de la manière dont ils financent les fournisseurs de soins de santé. Toutefois, les médecins sont financés directement par le Health Insurance Plan et donc indépendamment des LHINs.

## HISTOIRE RÉCENTE DES RÉFORMES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le système de santé ontarien a subi de profonds changements durant les années 2000. L'objectif ultime de ceux-ci était de créer un système de santé centré sur le patient<sup>48</sup> qui soit soutenable tout en respectant la Loi sur la Santé du Canada. Les principales composantes de cette réforme étaient les suivantes :

1. la construction d'un nouveau modèle de provision et de gestion des soins de santé;
2. la réduction des temps d'attente;
3. l'amélioration de l'accès aux soins;
4. le passage d'un système porté sur la guérison à un système porté sur la prévention;
5. l'implantation de systèmes d'information tant dirigés vers les patients que la population et les professionnels de la santé.

La première composante a entraîné sans aucun doute le plus profond bouleversement de l'organisation du système ontarien. Elle a été entérinée par le *Local Health System Integration Act* en 2006. Avant cette réforme, il existait 16 *District Health Councils* qui faisaient des recommandations au *Ministry of Health and Long-term Care* (MOH-LC par

---

<sup>48</sup> Changing face of Ontario HCS.

la suite) sur les besoins de soins de santé des populations dont ils avaient la charge. Depuis 2006, 14 *Local Health Integration Networks* (LHIN's par la suite) ont été mises en place et ont pour mandats de planifier, d'intégrer et de financer la fourniture des soins de santé. Ces LHIN's sont des organismes à but non lucratif œuvrant dans chacune des 14 régions de santé dessinées par le Ministère. Elles agissent autant sur les soins hospitaliers que sur les organismes communautaires ou autres. Ainsi, le système de santé n'est plus dans une logique du haut vers le bas où le ministère avait pour rôle de planifier, de financer et d'organiser les services de soins. Dorénavant, ce sont directement les LHINs qui occupent ces rôles.

Les objectifs de réduction du temps d'attente et d'amélioration de l'accès ont donné naissance aux deux programmes suivant le *Wait Time Strategy* en 2004 et le *Healthforce Ontario Strategy* en 2006. Dans le premier programme, la province a voulu diminuer les temps d'attente pour des actes spécifiques. On y trouve des chirurgies cardiaques, remplacement de la hanche et du genou, certains actes contre le cancer, les chirurgies de la cataracte et les IRM/Scanner. Pour ce faire, des paiements incrémentaux basés sur l'activité ont été mis en place pour les hôpitaux. Le *HealthForce Ontario Strategy* a été mis en place afin d'assurer le bon nombre de professionnels, infirmières et médecins nécessaires. Enfin, les systèmes d'information ont été implantés au travers du *Information Management Strategy* qui adopte une approche systémique afin de diffuser des données mieux organisées et plus pertinentes pour améliorer le système. En effet, le gouvernement ontarien considérait alors qu'une qualité dans les soins nécessitait une qualité dans l'information.

Ces réformes ne sont pas les seules et leur contenu est plus vaste que les lignes ci-dessus. Nous allons nous pencher sur les changements qu'ont connus les méthodes de financement des hôpitaux.

## LA STRATÉGIE SUR LES TEMPS D'ATTENTE (2004) ET LA LOI SUR L'EXCELLENCE DES SERVICES DE SANTÉ EN 2010

### OBJECTIFS DES RÉFORMES

La réduction des temps d'attente pour certains services de santé dont des chirurgies électives est une priorité depuis qu'en 2004, les premiers ministres canadiens ont annoncé l'implantation d'un plan national de réduction des temps d'attente. Les services initialement visés sont les services liés au cancer, les maladies ischémiques cardiaques, l'arthrite de la hanche et des genoux et les cataractes. En mai 2006, le gouvernement de l'Ontario annonçait une enveloppe de 410 millions \$ pour des interventions additionnelles, dont 43 850 chirurgies de la cataracte, 18 210 remplacements de hanche et de genoux, 16 650 interventions cardiaques, 11 260 chirurgies liées au cancer et

182 700 imageries par résonance magnétique. Cette enveloppe est le début de budgets alloués aux hôpitaux calculés selon le volume et le coût par CMG.

C'est également le début d'une transformation constante du système de santé ontarien.

En 2010, le gouvernement ontarien a adopté une loi sur l'excellence des services de santé pour tous. Le plan pour transformation du système de soins de santé entraîne la transformation du système pour :

- garder les Ontariens en santé;
- réduire les temps d'attente;
- fournir un meilleur accès aux médecins et infirmières.

---

## STRATÉGIES (COMPOSANTES DES RÉFORMES)

### *Offre*

Le nouveau rôle du MOH-LC – Au moment de la création des LHIN's, le ministère de la Santé a revu son rôle au sein du système. Ainsi, en 2006, le ministère se concentre sur les directions et les politiques du système. La nouvelle structure du ministère est divisée en cinq fonctions principales :

- i) gestion de l'information du système de santé;
- ii) la stratégie du système;
- iii) l'investissement et le financement du système;
- iv) la transparence et la performance du système de santé;
- v) la santé publique et le Chief Medical Officer of Health.

La réorganisation du système a été effectuée en trois phases, la deuxième se déroulant en même temps que l'implantation des LHIN's.

L'apparition des LHIN's – À partir de 2007, les fonctions de planification, de financement et d'intégration des soins de santé ont été décentralisées vers les LHINs. Les LHIN's ont la responsabilité de consulter leur communauté respective afin de développer des plans et des priorités dans la fourniture de soins. Par communauté, il faut comprendre les patients, les fournisseurs de soins et les employés du système. Ils sont responsables vis-à-vis du ministère et doivent avoir signé une convention d'imputabilité avec les fournisseurs de soins financés par ces réseaux. Enfin, la rémunération des médecins ne fait pas partie des responsabilités des LHIN's. Elles n'ont aucun pouvoir sur les médecins ou les praticiens indépendants. Les réseaux de santé ne peuvent pas fournir directement des soins à moins d'avoir obtenu l'aval du Lieutenant Governor.

1. Les soins de première ligne – Les soins de première ligne ont été transformés à partir de 2005 en Ontario. L'objectif poursuivi dans ce cas-ci est d'offrir à la

population des soins médicaux centrés sur le patient. Ainsi, plusieurs nouvelles structures sont apparues :

- les Family Health Team sont des centres multidisciplinaires mis en place afin que les Ontariens aient accès aux services 24 h sur 24 et 7 jours sur 7. Ils sont en général constitués de médecins, infirmières, infirmières praticiennes, pharmaciens, diététiciens, sage-femmes, éducateurs et autres professionnels de la santé. Le rôle des FHTs est d'assurer un premier point de contact des patients inscrits que ce soit d'un point de vue préventif ou curatif;
  - les Family Health Network ont au minimum trois médecins de famille travaillant en collaboration. Ces FHN sont moins multidisciplinaires que les FHT. Cette structure est très proche des Health Service Organization, des Primary Care Networks, des Family Health Groups.
2. L'ajout de nouvelles ressources professionnelles – Afin de faire face à la pénurie de certains corps de métier dans le système de santé, l'Ontario a mis en place le HealthForce Ontario Strategy. Celui-ci a trois composantes :
- i) Créations de trois nouveaux corps de métier dans les endroits où c'est nécessaire : assistant de médecins, infirmières endoscopistes, premier assistant chirurgical et les cliniciens-thérapeutes spécialistes des radiations.
  - ii) Faciliter l'accès à l'information sur les emplois destinés aux professionnels de la santé formés à l'étranger et désirant travailler en Ontario.
  - iii) Mise en place de cellules de recrutement et de campagnes marketing.
3. La mise en place de eHealth Ontario – La pièce centrale du Ontario's eHealth Strategy a été la mise en place d'un système de dossier médical informatisé. En 2008, ces dossiers ont été lancés sous deux formats. Le premier est le dossier médical électronique, créé par l'organisme qui fournit des soins (hôpital, Family Health Teams etc.) pour répondre à ses besoins de gestion. Le second est appelé dossier de santé électronique et il a la vocation d'être partagé entre les divers fournisseurs de soins de santé. En 2012, 10 millions d'Ontariens auront leur dossier médical respectif.

### *Transactions*

1. Le IPBA – L'Ontario a instauré en 2001 une nouvelle formule de calcul des budgets alloués aux hôpitaux : le Integrated Population Based Allocation ou IPBA. Le IPBA vise une allocation équitable, en évaluant les besoins des établissements, et efficace, en tenant compte de la façon dont les hôpitaux dépensent leur budget. Deux modèles constituent l'IPBA, le premier est le Rate Model qui se base sur le précepte que les hôpitaux similaires doivent avoir des coûts comparables. Les caractéristiques de l'établissement prises en compte ici sont sa taille, son niveau de soins, le Case-Mix, sa position et s'il est un

établissement d'enseignement ou non. Le Rate Model permet donc de déterminer les tarifs unitaires pour les services prodigués. L'autre modèle est le Volume Model qui se base lui sur le précepte que les régions similaires doivent avoir des taux d'utilisation comparables. Ce modèle estime les volumes de services requis pour la population durant l'année. Des ajustements sont faits et concernent entre autres l'âge, le sexe, la croissance de la population, la mortalité, la présence de premières nations, la ruralité et le revenu. Les montants alloués à l'établissement sont basés sur les volumes requis par DRG multiplié par le taux unitaire (rate model).

2. Le Financement basé sur l'activité (FBA) – Dans le cadre du Wait Time Strategy, le ministère a démontré la volonté de réduire les temps d'attente pour des services clés. Ces services sont :

- i) des chirurgies cardiaques sélectionnées : les types de chirurgies considérées comme prioritaires changent de manière annuelle;
- ii) des procédures sélectionnées contre le cancer;
- iii) des arthroplasties totales de la hanche et du genou;
- iv) des chirurgies de la cataracte;
- v) des examens d'imagerie par résonance magnétique et les tomographies par ordinateur.

Pour ce faire, le gouvernement a annoncé une enveloppe budgétaire supplémentaire afin d'augmenter le nombre d'actes usuellement fournis. Le MOHLTC est responsable de déterminer les volumes, les fournisseurs, le niveau de financement et les enveloppes budgétaires allouées aux LHINs pour les deux premiers types de services. Ce sont les LHINs qui déterminent les fournisseurs et les volumes requis pour chacun d'entre eux sur les trois autres types de services. Le calcul de l'activité supplémentaire supportée par chaque LHIN est basé sur les différents critères suivants :

- les données populationnelles reflétant la demande pour un certain service dans une certaine région;
- la capacité de fournir un volume supplémentaire;
- les volumes incrémentaux fournis l'année précédente;
- pour les cancers, la complexité des cas est considérée, les moins complexes étant dirigés vers les hôpitaux communautaires et les plus complexes vers les établissements universitaires.

Après avoir établi les volumes, le tarif de chaque type de service est multiplié par ces derniers afin de donner le montant additionnel nécessaire à ces soins aux LHINs. Chaque tarif est basé sur le coût moyen de l'ensemble de la province et a été calculé

par le Joint Policy and Planning Committee (JPCC). Dans les coûts moyens sont inclus les coûts directs et indirects. Le coût du capital ne rentre pas en compte dans le calcul. Il s'agit donc d'un budget prospectif basé sur les DRG.

Chaque LHINS est ensuite responsable d'allouer la quantité de soins supplémentaires pour laquelle il a reçu un budget. Les LHINS allouent cette activité supplémentaire entre les établissements de leur région selon leur capacité de fournir ces services. Cette dernière est évaluée selon les critères suivants :

- la capacité de fournir des services supplémentaires;
- l'utilisation par les établissements de modèles innovants ou des partenariats (avec des cliniques privées ou des organismes communautaires);
- les listes d'attentes courantes et précédentes.

Les établissements qui acceptent de répondre à cette augmentation de leur activité s'engagent à fournir les services en question dans le cadre d'un contrat et reçoivent en contrepartie un budget excédentaire basé sur les DRG. Si un établissement ne fournit pas la quantité de services entendue dans son contrat, son budget sera ajusté en conséquence l'année suivante.

Cette stratégie engage les LHINS et les établissements dans une relation de type acheteur-fournisseur dans laquelle ces derniers s'engagent à fournir un niveau d'activité additionnel. Dans une certaine mesure, cette stratégie met les établissements en concurrence puisque ces derniers devront démontrer leur capacité à accroître leur niveau d'activité s'ils souhaitent obtenir ces enveloppes additionnelles.

En plus, les hôpitaux sont tenus de fournir mensuellement au Wait Time Information Office les données sur les listes d'attentes pour ces 5 services (financés à l'activité) en utilisant le Wait Time Information System.

1. Le paiement à la performance pour les départements d'urgence – EDPFP – En 2008, l'Ontario a investi 109 millions \$ pour réduire les temps d'attente dans les urgences. Cet investissement a permis l'ajout de ressources pour les services à domicile, d'infirmières aux urgences et d'assistants de médecin. En plus, un programme de paiement à la performance (EDPFP) a été octroyé aux hôpitaux participants dont les urgences avaient de longs délais pour réduire leur délai d'attente. Ce programme a permis de réduire les délais d'attente de ces établissements de 28 % pour les patients dont les problèmes étaient complexes et de 22 % pour les patients dont les problèmes étaient mineurs.
2. Les médecins des centres de première ligne - Le revenu des médecins travaillant dans ces centres a trois composantes : une capitation, des paiements

à l'acte et des bonus. La première composante permet d'inciter le médecin à établir une relation de continuité avec son patient, le paiement à l'acte est un incitatif de volumes d'activité et les bonus sont ciblés sur des activités spécifiques, la plupart étant des tests de prévention. L'importance et la présence de chacune de ces composantes dépendent de la nature du centre (FHTs, FHNs etc.).

#### *Demande*

**L'accès à l'information** – Du côté des patients, l'accès à l'information introduite dans le Wait Time Strategy a pour objectif de renforcer le pouvoir des patients en leur permettant de choisir pour les cinq procédures prioritaires l'établissement hospitalier au sein duquel les files d'attente sont les plus courtes.

---

## RÉACTIONS ET OBSERVATIONS DES PARTIES PRENANTES

### *Mise en place du paiement à l'activité en Ontario*

**Le FBA prospectif versus le FBA rétrospectif.** Plusieurs commentaires ont été faits disant que bien que l'Ontario possède une base de données sophistiquée sur l'activité et sur les coûts par CMG dans les hôpitaux, le financement à l'activité demeure du financement prospectif par budget et non du financement à l'activité réel. Selon eux, le FBA réel suit le patient et donc prospectif. Les commentaires qui ont été faits sur le FBA sont en grande partie des recommandations pour l'implantation à venir d'un FBA rétrospectif.

**Le FBA et la responsabilisation.** Le financement à l'activité est implanté pour inciter à l'amélioration de l'efficacité, mais aussi pour davantage responsabiliser les établissements. Dans le premier cas, il semble important de distinguer quelle efficacité on veut améliorer. Il y a d'une part l'efficacité technique et d'autre part l'efficacité allocative. Les décideurs publics ont tendance à discuter de l'efficacité technique (minimisation des coûts) tandis que les problèmes sont plutôt d'ordre allocatif. Il est possible d'être efficace techniquement tout en utilisant des ressources de manière inappropriée. Il ne s'agit donc pas uniquement de savoir ce qui est efficace ou ce qui ne l'est pas, mais de qui peut le faire au meilleur coût, quelles sont les pratiques que l'on veut inciter et quelles pratiques on veut décourager. Enfin, la question de la responsabilisation est à souligner. Le paiement basé sur l'activité permet de déplacer le risque supporté jusqu'à présent entièrement par le gouvernement vers les établissements soit les acteurs qui peuvent influencer les résultats.

### *Les hôpitaux les mieux organisés sont plus aptes à faire le changement*

La stratégie suivie par l'Ontario a été de se concentrer au départ sur un petit nombre d'établissements dispensant la grande majorité des soins dans la province. En effet, il ressort des entrevues que ces hôpitaux ont plus de capacité à s'adapter à un nouveau contexte. Les petits hôpitaux n'ont pas été visés dans un premier temps par ce type de financement. Il apparaît que la question se pose toujours sur la pertinence d'étendre cette politique envers ces établissements. Il en est de même au niveau des activités concernées, qui sont principalement des chirurgies électives.

Selon les personnes interviewées, un travail important a été nécessaire pour améliorer la qualité de l'information sur l'activité des hôpitaux et leurs coûts. Même si les établissements ont de l'information sur l'activité depuis un certain temps, ils ne l'utilisaient pas. En plus, les distorsions dans les données ont affaibli la portée des incitations voulues. Il a donc fallu nettoyer et améliorer les informations requises.

La stratégie suivie par l'Ontario a été de se concentrer au départ sur un petit nombre d'établissements dispensant la grande majorité des soins dans la province. En effet, il ressort des entrevues que ces hôpitaux ont plus de capacité à s'adapter à un nouveau contexte. Les petits hôpitaux n'ont pas été visés dans un premier temps par ce type de financement. Il apparaît que la question se pose toujours sur la pertinence d'étendre cette politique envers ces établissements. Il en est de même au niveau des activités concernées. C'est-à-dire qu'on se pose la question à savoir si on devrait étendre le financement à l'activité au-delà des chirurgies électives.

**Le tarif peut avoir un impact sur la qualité.** La loi canadienne exige des instances provinciales qu'elles mettent l'emphase sur la qualité des soins plutôt que sur le coût-efficacité des interventions. Il est important que la tarification soit appropriée étant donné la puissance de l'incitatif. En effet, si le tarif établi a pour objectif d'inciter à réduire les coûts, il peut y avoir un impact sur la qualité des services.

**Le FBA est moins approprié dans les régions éloignées,** quitte à accepter un fonctionnement moins efficient de ces derniers. L'Ontario est un grand territoire et les gens ont tendance à aller à l'hôpital le plus proche. La faible densité de la population sur le territoire et l'unicité d'hôpital accessible pour ces populations a pour effet de créer un marché captif. Il est donc difficile de créer de la concurrence pour les établissements en région. En plus, ces derniers ont moins de volumes pour améliorer leur marge. Il devient donc nécessaire d'adopter une approche adaptée afin de mettre de bons incitatifs vers ces hôpitaux, et ce en évitant d'adopter une tarification qui octroie une marge trop élevée dans les grands centres où les hôpitaux ont plus de potentiel à améliorer leur performance. De plus, les hôpitaux en région sont souvent un employeur important. Si les règles du jeu menaçaient la survie de ces établissements, il faudrait développer des solutions alternatives qui tiendraient compte des effets politiques majeurs qui pourraient en résulter. Certains interlocuteurs ont mentionné l'importance de la dépolitisation du financement des services pour que les institutions responsables soient neutres et à l'abri de toute pression externe.

**Pour inciter à améliorer la qualité.** En plus du FBA, le financement lié à la performance serait également pertinent. À ce moment-là, il devient central de mesurer cette qualité et donc de mettre en place un système de suivi et de contrôle. En Ontario, la mise en place du Health Quality Ontario Council a marqué la naissance d'une instance faisant des recommandations sur les pratiques devant être exigées par le gouvernement.

**Obtenir l'adhésion des parties prenantes par la transparence.** Lorsque le gouvernement a annoncé sa volonté de se diriger vers un tel type de financement des établissements, il y a eu des réactions positives et d'autres négatives. En effet, la politique a initialement fait craindre que le système s'oriente vers une 'marchandisation' des soins de santé et que la qualité des soins diminue. En outre, la recherche de revenus permanents provoque une réaction devant l'incertitude. La mise en place des nouvelles bases de données et la construction de nouvelles mesures de performance ont permis d'améliorer la compréhension du système. Ainsi, le gouvernement a bâti son argumentation autour des mesures de qualité. Cela a permis de réunir tout le monde autour du projet, même les opposants initiaux. Éventuellement, les médecins et les établissements ont accepté l'introduction de l'ABF.

---

## BIBLIOGRAPHIE

Institute for Evaluative clinical science Investigative Report, The Ontario Wait Time Strategy: No Evidence of an Adverse Impact on Other Surgeries, mai 2007, [http://www.ices.on.ca/file/Wait\\_Time\\_Strategies\\_other\\_surgeries\\_IR.pdf](http://www.ices.on.ca/file/Wait_Time_Strategies_other_surgeries_IR.pdf)

Trypuc J., Hudson A. et MacLeod H., « Ontario's Wait Time Strategy : Part 1 », HealthCare Quaterly, 2006.

Ministry of Health and Long Term Care, « Health results Team Third Annual Report 2006-2007 : A Focus on Results and Sustainability », 2007.

Ministry of Health and Long Term Care, « Ontario's Action Plan for Health Care », 2011.

Brooks N., « Integrated Population Based Formula (IPBA) », Hospital Funding Committee of the JPPC, 2001.

« Health Care in Ontario : A Primer », Quality by Design : Learning from High Performing Healthcare Systems, 2011.

Osborne-Margo, « Local Health Integration Networks : Structure, Powers and Accountability », The Change Foundation, 2008.

Papadopoulos A., « Public Health and HealthCare in Ontario : A Made in Ontario Solution for Public Health and Healthcare », Ryerson University, 2005.

MacLeod H., Hudson A., Kramer S., Martin M., « The Times They Are A-Changing : What Worked And What We Learned In Deploying Ontario's Wait Time Information System », HealthCare Quaterly, 2009.

The Change Foundation & Collège canadien des directeurs de services de santé, « Health Systems Update : Bilan de l'évolution des systèmes de santé 2005-2006 », Volume 1, 13e édition, 2006.

Maxwell P., « The Changing Face of Ontario's Healthcare System : Will it Succeed ? », Athabasca University, 2008.

Ladak N., »Understanding How Ontario Hospitals are Funded : An Introduction », JPPC, 1998.

Nieminen T., « Hospital Funding According to Darwin : The Evolution of Ontario's Hospital Funding Policy », Ontario Hospital Association, 2010.

Mawani A. « Can we get Better for Less : Value for Money in Canadian Health Care », Certified General Accountants Association of Canada, 2011.

*Par Joanne Castonguay (CIRANO) et Marine de Montaignac (CIRANO)*

## **Table des matières**

<b>Le système de santé québécois.....</b>	<b>155</b>
Cadre réglementaire et institutions .....	155
Les organisations .....	156
L'offre de services en soins de santé .....	160
L'organisation des médecins .....	164
Les transactions .....	165
Réforme en 2003 .....	168
Résultats observés et mesurés par le vérificateur général .....	169
Réaction des parties prenantes.....	170
Commentaires sur le système en place.....	170
Propositions de changements .....	171
Principaux constats .....	173
Bibliographie: .....	175

## LE SYSTEME DE SANTE QUEBECOIS

À l'instar des autres systèmes de santé provinciaux du Canada, le système de santé du Québec est un système intégré, public et gratuit au point de services. Ses mécanismes de financement n'ont jamais connu de grandes réformes depuis son instauration en 1970. Il est principalement financé sur une base budgétaire historique.

Depuis environ la fin des années 90s, le ministère a entamé une vague de développement des connaissances sur l'activité des établissements et ensuite sur les coûts des activités. L'objectif est d'influencer la performance des établissements en comparant leur activité et leur coût de revient. Ce système est toujours utilisé aujourd'hui et le MSSS continue de faire évoluer la qualité des informations.

En 2004, suite à l'adoption du projet de loi sur la Garantie d'accès et pour améliorer les temps d'attente, le MSSS a instauré un système de paiement à l'acte pour les chirurgies.

Le système de paiement du Québec se distingue de celui des autres juridictions par le fait que le paiement à l'activité a été implanté en vase clos et qu'il n'atteint pas toujours le niveau des établissements. En outre, son impact n'a pas été mesuré.

---

## CADRE RÉGLEMENTAIRE ET INSTITUTIONS

Le système de santé québécois est un système public fondé sur les principes d'équité et d'universalité dans l'accès aux services, de libre choix pour l'utilisateur de son médecin et de l'établissement où il désire être traité, et du droit du patient à être traité à l'intérieur de délais acceptables. Tous les Québécois bénéficient d'une assurance maladie qui leur permet de ne pas payer pour les soins de santé reçus dans le système public. Plusieurs Québécois souscrivent à une assurance privée supplémentaire afin de couvrir les services qui ne sont pas inclus dans le régime public, tels les soins dentaires et optométriques ou encore les soins chiropratiques. Par ailleurs, toute la population québécoise admissible bénéficie d'une protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Enfin, la souscription à une assurance médicament est obligatoire. Elle doit être privée pour ceux qui y ont accès par leur employeur, les autres sont assurés par le régime public d'assurance médicaments créé en 1997. Depuis 2006, les Québécois qui le souhaitent peuvent conclure un contrat d'assurance couvrant le coût des services pour effectuer les chirurgies électives (arthroplastie de la hanche et du genou, et extraction de la cataracte<sup>49</sup>) dans des cliniques privées. L'organisation du système de santé québécois repose sur le principe d'une offre intégrée de services de santé et de services sociaux. La structure du système est illustrée dans le graphique suivant.

---

<sup>49</sup> Tel que mentionné dans la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, mieux connue sous le nom de projet de loi 33.

Il comprend trois paliers de gouvernance : un palier central, le Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS); un palier régional de gouvernance, formé par 18 agences de la santé et des services sociaux (ASSS); et un palier local de gouvernance, constitué de 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui regroupent 289 établissements publics et privés.

Figure 1. Structure organisationnelle du système de santé du Québec en 2010



Source : MSSS

On trouve aussi au sein du système 13 organismes conseils, 4 réseaux universitaires de santé, 95 réseaux locaux de santé, près de 2000 cliniques et cabinets privés de médecine incluant les groupes de médecine de famille, et plus de 4000 organismes communautaires. Dans les faits, le système est peu intégré car il n'y a aucun lien formel entre les cliniques médicales de soins primaires autres que les GMFs, et les services secondaires et tertiaires.

## LES ORGANISATIONS

### *Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS)*

Par ses missions de coordination des acteurs, de planification, de financement, d'allocation des ressources financières, de suivi et d'évaluation de la performance du système, le MSSS est au cœur du système de santé québécois. Il poursuit deux objectifs principaux : améliorer la santé et le bien-être de la population, et s'assurer de la qualité des services. Le MSSS publie tous les 5 ans un plan stratégique pluriannuel,

dans lequel il présente sa vision du système de santé, les enjeux, les orientations et les objectifs du système de santé pour les prochaines années. Il publie également chaque année un rapport annuel de gestion.

Chaque année, le MSSS signe des ententes de gestion et d'imputabilité avec les agences des différentes régions. Ces ententes scellent l'engagement commun des parties à atteindre les objectifs convenus, mesurés par des indicateurs définis par programme clientèle (par exemple, sur les taux d'infections nosocomiales, le volume de chirurgies de la cataracte, de la hanche, du genou, d'un jour, avec hospitalisation, le délai de traitement des patients, le temps de séjour sur une civière, etc). La liste complète des indicateurs est détaillée dans le Plan stratégique pluriannuel du MSSS, qui publie chaque année l'évolution du résultat pour certains indicateurs dans son Rapport annuel de gestion. Ces indicateurs sont nationaux et mesurent l'activité ou le degré de réalisation de la mise en œuvre des stratégies.

#### *Les Agences de la santé et des services sociaux (ASSS)*

La régionalisation du système est une des transformations majeures du système de santé québécois de ces dernières années. Créées en 2003, les 18 ASSS du Québec ont pour mission l'organisation et l'accessibilité des services de santé sur leurs territoires respectifs, dans une optique plus globale d'amélioration de la santé et du bien-être de la population de leur territoire. Elles assurent la gouvernance du système de santé et de services sociaux de leur territoire et en sont imputables au ministre. Elles sont ainsi en charge de la planification régionale, et de la mise en œuvre, de l'organisation et de la coordination des programmes et des services sur leur territoire. Elles sont aussi responsables de la gestion des ressources et de l'allocation budgétaire aux établissements de santé et aux organismes sociaux, et assurent le financement des dépenses d'immobilisations et d'équipements des établissements de leur région à l'égard des travaux qu'elles autorisent.

Les agences doivent élaborer un plan stratégique pluriannuel, dans lequel sont précisés les objectifs et les indicateurs de performance utilisés pour mesurer l'atteinte des résultats, et en assurer le suivi. Leurs activités font l'objet chaque année d'un Rapport annuel. Les ASSS publient certains résultats quant à ces indicateurs dans leur rapport annuel de gestion.

Si la création d'un palier régional au sein du système de santé peut être perçue comme une décentralisation du système, celle-ci est en réalité plus administrative que politique. En effet, l'Agence n'a pas réellement d'indépendance par rapport au MSSS, qui nomme tous les administrateurs et les principaux dirigeants. Le processus de décision reste donc très centralisé au niveau du Ministère, les agences jouant davantage le rôle de relais des politiques au niveau régional. L'existence de plusieurs paliers de gouvernance alourdit la gestion du système et peut réduire la visibilité sur les responsabilités de chacun. La clarification du partage des responsabilités et des règles d'imputabilité entre les paliers national, régional et local, et l'allègement de la réglementation et des normes

administratives en vigueur font ainsi partie des objectifs que s'est fixé le MSSS dans son plan stratégique 2010-2015<sup>50</sup>.

Avec cette organisation autour de deux entités très développées, le Québec se distingue des pays de l'OCDE, dans lesquels on trouve habituellement un ministère fort et des structures régionales légères, ou à l'inverse un ministère léger et une structure régionale plus élaborée, mais pas les deux<sup>51</sup>.

### ***Les organismes consultatifs***

Pour mener à bien ses missions, le MSSS s'appuie sur l'expertise de 13 organismes consultatifs<sup>52</sup> qui œuvrent dans différents domaines, dont les principaux sont :

#### *La Régie de l'Assurance maladie du Québec (RAMQ)*

Créée en 1969, la RAMQ est un organisme central du système de santé québécois. Elle a notamment pour fonction d'administrer les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments, et d'assurer la rémunération des médecins. Son budget de dépenses (9 milliards de dollars en 2011) en fait un des principaux organismes administratifs relevant du MSSS. Les programmes publics qu'elle délivre représentent 32 % du budget de la santé et des services sociaux, dont plus de la moitié est allouée à la rémunération des médecins (RAMQ, 2011).

La Régie a son propre conseil d'administration dont tous les membres sont nommés par le gouvernement. En charge du pilotage stratégique et de la surveillance de sa gestion, il examine notamment la performance et l'utilisation optimale des ressources. Il est imputable des décisions de la Régie auprès du gouvernement et le président du conseil est chargé d'en répondre auprès du ministre. La RAMQ publie chaque année un rapport annuel de gestion.

#### *L'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ)*

L'INSPQ, créé en 1998, est un centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Il a pour objectifs de faire progresser les connaissances et de proposer des stratégies et des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de

---

<sup>50</sup> Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la Santé et des services sociaux, gouvernement du Québec, 2010. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>

<sup>51</sup> Le Québec face à ses défis - Fascicule 2 : des pistes de solution : Mieux dépenser et mieux financer nos services publics, Gouvernement du Québec, janvier 2010 - [http://classiques.ugac.ca/contemporains/finances\\_publices\\_qc/comite\\_consultatif\\_eco\\_fin\\_pubiques/le\\_quebec\\_face\\_a\\_ses\\_defis-fasc\\_2.pdf](http://classiques.ugac.ca/contemporains/finances_publices_qc/comite_consultatif_eco_fin_pubiques/le_quebec_face_a_ses_defis-fasc_2.pdf)

<sup>52</sup> En 2012, les 13 organismes consultatifs sont : Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal; Comité central d'éthique de la recherche; Comité d'hémovigilance; Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles; Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise; Commissaire à la santé et au bien-être; Corporation d'hébergement du Québec; Corporation d'urgences-santé; Héma-Québec; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux; Institut national de santé publique du Québec; Office des personnes handicapées du Québec; Régie de l'assurance maladie du Québec.

santé et de bien-être de la population. Il offre notamment des services d'expertise-conseil en santé publique et des services spécialisés de laboratoire et de dépistage. Le budget de dépenses de l'INSPQ est de 67,7 millions de dollars en 2011.

La gestion de l'institut est confiée à un conseil d'administration, dont tous les membres sont nommés par le gouvernement. L'institut publie chaque année un rapport annuel de gestion.

L'Institut National d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

L'INESSS est né en 2011 de la fusion du Conseil du médicament et de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Il a pour mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux, et vise à terme à une transformation des pratiques au sein du réseau de la santé. En charge de l'évaluation des avantages cliniques et des coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux, il émet des recommandations quant à leur adoption, leur utilisation ou leur couverture par le régime public, et élabore des guides de pratique clinique afin d'en assurer l'usage optimal. Pour l'évaluation des technologies, l'INESSS collabore avec certains des centres hospitaliers universitaires du Québec qui réalisent des activités d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé.

L'INESSS est administré par un conseil d'administration dont tous les membres sont nommés par le gouvernement. De façon générale, le conseil d'administration établit les orientations stratégiques de l'INESSS et veille à leur mise en œuvre. L'INESSS publie chaque année un rapport annuel de gestion.

### ***Les Agences de régulation***

Le **vérificateur général du Québec** a pour mission de favoriser par la vérification le contrôle parlementaire sur les fonds et autres biens publics, et de s'assurer de la recherche du développement durable dans les institutions. L'organisation est en charge de la vérification financière, de la vérification de la conformité des opérations avec les lois, règlements, énoncés de politique et directives, ainsi que la vérification de l'optimisation des ressources. L'organisation surveille la gestion des fonds et autres biens publics effectuée par le gouvernement, et veille enfin à ce que les autorités adhèrent à ses recommandations. Son intention première est de susciter des améliorations en matière de gestion publique. Depuis 2008, elle est habilitée à vérifier les livres et comptes des entités des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation ainsi que ceux des organismes sans but lucratif qui gravitent autour de ces réseaux. Le vérificateur général mène un audit des activités du MSSS chaque année. Il a également un droit de regard sur les travaux des auditeurs indépendants des établissements et des agences. Chaque année, sont publiés le Rapport annuel de gestion et le Rapport annuel du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale.

Le **Commissaire à la santé et au bien-être** participe à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en apportant un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale. Pour cela, il évalue la performance du système, en particulier au niveau de la qualité, l'accessibilité, la continuité et le financement des services, consulte les acteurs du système, informe sur la performance du système, et fait des recommandations au ministre en termes de changements qui doivent permettre, entre autres, d'accroître la performance globale du système. Le commissaire à la Santé et au bien-être publie chaque année un rapport annuel d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux et d'autres sur des enjeux prioritaires du système. En 2010, ce dernier portait sur les services aux malades chroniques.

---

## **L'offre de services en soins de santé**

### ***L'architecture des services de santé***<sup>53</sup>

Les **services de première ligne** (services généraux et spécifiques) répondent à des problèmes de santé et sociaux ne nécessitant pas de soins spécialisés. Ils s'appuient sur des infrastructures légères et peuvent donc être délivrés à domicile, en clinique, en centre local de services communautaires, dans les groupements de médecins de famille et dans les centres hospitaliers.

Les **services de deuxième ligne** (services spécialisés) ciblent des pathologies complexes (par exemple, les cancers). Ils s'appuient sur une infrastructure importante et une technologie avancée ainsi que sur une expertise pointue, mais répandue. Ils sont organisés sur une base régionale et offerts sur une base locale ou régionale. Les patients doivent être référés pour y avoir accès.

Les **services de troisième ligne** (services sur spécialisés), accessibles sur référence, s'adressent à des patients présentant une condition médicale très complexe à faible prévalence. Ils s'appuient sur des technologies, des expertises et des équipements sophistiqués et rares, et sont délivrés dans les quelques centres hospitaliers qui en sont dotés. Ils sont organisés sur une base nationale, mais ils peuvent être accessibles sur une base régionale. On peut citer parmi les soins surspécialisés (de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> lignes) la transplantation d'organes.

### ***Les mécanismes de coordination***

#### *Les réseaux universitaires intégrés de santé*

En 2003, 4 réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) ont été créés pour coordonner et faciliter l'accès aux soins de santé spécialisés et surspécialisés, à l'enseignement médical et à la recherche médicale sur tout le territoire du Québec, et ainsi moderniser le système de santé de la Province. Chaque RUIS est desservi par l'une des 4 facultés de médecine de la Province et par les établissements de santé qui

---

<sup>53</sup> « L'architecture des services de santé et des services sociaux - Les programmes-services et les programmes-soutien », MSSS, 2005.

leur sont affiliés, et est responsable d'un territoire spécifique. Les RUIS travaillent sur de nombreuses thématiques via des comités sectoriels, et font des recommandations au ministre et aux ASSS.

#### *Les réseaux locaux de services*

Au niveau local, 95 réseaux locaux de services (RLS) de santé et de services sociaux, qui regroupent l'ensemble des organisations qui offrent des services de santé et des services sociaux à la population locale, ont été créés en 2004 dans une optique d'intégration de l'offre de services de santé et de services sociaux. Ces organisations partagent collectivement une responsabilité envers la population : assurer ensemble l'accessibilité à un éventail de services le plus complet possible tout en agissant pour améliorer la santé et le bien-être de la population locale.

#### ***Mécanismes de surveillance et de contrôle***

Chaque année, les établissements signent des ententes de gestion et d'imputabilité avec l'ASSS de leur région. Ces ententes scellent l'engagement commun des parties à atteindre les objectifs convenus, mesurés par des indicateurs définis par programme clientèle (par exemple, sur les taux d'infections nosocomiales, le volume de chirurgies de la cataracte, de la hanche, du genou, d'un jour, avec hospitalisation, le délai de traitement des patients, le temps de séjour sur une civière, etc.).

Les hôpitaux doivent transmettre à l'Agence durant l'année des rapports périodiques relatifs à l'utilisation du budget et au fonctionnement de l'établissement. À la fin de l'exercice, ils doivent préparer un rapport statistique annuel concernant les ressources et les services de l'établissement pour la dernière année financière, un rapport d'activité et le rapport financier annuel de l'établissement. Concernant ce dernier, le vérificateur général du Québec, s'il reconnaît la grande quantité d'information rendue ainsi disponible, a cependant souligné le caractère non essentiel de certaines des données non financières qu'il contient, se questionnant sur la pertinence de défrayer les coûts associés à leur recueil et à leur transmission. Il a également attiré l'attention sur la faible utilisation des données financières par le MSSS et les Agences, qui se privent ainsi de pistes d'amélioration relatives à la gestion du réseau<sup>54</sup>.

Enfin, des audits internes et externes peuvent avoir lieu dans les hôpitaux. Ces rapports ne sont accessibles au public que sur demande et il est difficile de les obtenir.

#### ***Les pourvoyeurs de soins***

##### *Les Centres de santé et de services sociaux (CSSS)*

Au cœur de chaque RLS se trouve un CSSS. Issus de la fusion des centres locaux de services communautaires, des centres d'hébergement et de soins de longue durée et de centres hospitaliers pour la plupart, les 94 CSSS (ils étaient 95 jusqu'à 2011) sont des

---

<sup>54</sup> Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2011-2012.

établissements qui offrent une large gamme de services de première ligne à proximité du milieu de vie, et assurent l'accès aux services de deuxième et de troisième lignes. Leur mission s'inscrit dans le principe de responsabilité populationnelle défini par le MSSS, selon lequel les différents intervenants offrant des services à la population d'un territoire locale doivent partager collectivement une responsabilité envers cette population en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible, et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé. Ils coordonnent ainsi l'ensemble des intervenants exerçant dans le territoire local, et ont pour mission d'assurer à la population locale l'accessibilité, la continuité et la qualité des services

Cet engagement trouve toute sa valeur dans un système de santé qui fonctionne en silo, qui est très peu informatisé, et dans lequel la communication entre les différents intervenants ne se fait pas toujours bien.

Les CSSS doivent élaborer un plan stratégique pluriannuel, dans lequel sont précisés les objectifs et les indicateurs de performance utilisés pour mesurer l'atteinte des résultats, et en assurer le suivi. Leurs activités font l'objet chaque année d'un Rapport annuel.

#### *Les Cliniques médicales et cabinets privés de médecine incluant les GMF*

Les **cliniques médicales** offrent des services de médecine générale avec ou sans rendez-vous. Elles peuvent aussi dispenser d'autres services, comme les services de médecine spécialisée ou de laboratoire médical.

Les **cliniques réseaux** sont des groupes de médecins ou de cliniques qui offrent déjà des services à la population et qui acceptent de jouer un rôle de coordination et de liaison avec le CSSS du territoire dans lequel elles sont situées. Elles ont été créées pour faciliter l'accès aux autres cliniques de première ligne et aux médecins omnipraticiens aux plateaux techniques (laboratoire, radiologie) et aux services spécialisés, et alléger ainsi les pressions exercées sur les services hospitaliers. Elles sont notamment axées sur l'accessibilité à une population avec des heures d'ouverture élargies<sup>55</sup>.

En 2011, on dénombrait 46 cliniques réseaux au Québec, et environ un quart de la population inscrite en clinique-réseau et autres cliniques hors GMF (CIRANO 2011).

Les **groupes de médecine de famille** (GMF) sont des regroupements de médecins et d'infirmières qui dispensent des soins de santé primaires auprès de personnes inscrites. Ils sont nés en 2002 de la volonté d'améliorer l'accès de la population à un médecin de famille, et de devenir le point d'entrée dans le système de santé et le fournisseur principal de soins de santé primaires, et d'alléger ainsi la pression exercée sur les urgences des hôpitaux. Comme les cliniques réseaux, ils sont axés sur l'accessibilité de la population, avec une ouverture tous les jours de la semaine et des horaires

---

<sup>55</sup> Source : FMOQ : <http://www.fmoq.org/fr/organization/administrative/networkclinics/default.aspx>

d'ouverture élargis. La coordination entre les acteurs du système de santé doit aussi permettre d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins médicaux.

Au 31 mars 2011, le Québec comptait 223 GMF accrédités, et près d'un tiers de la population était inscrite dans un GMF (MSSS, 2011). De plus, on dénombrait 3 239 médecins impliqués dans des GMF, soit environ 51 % des omnipraticiens. Une étude des données sur la période de 2002 à 2005 révèle que les médecins les plus susceptibles de se joindre à un GMF étaient ceux qui comptaient le moins d'années de pratiques et qui résidaient à l'extérieur des régions urbaines (Coyle et al., 2012).

La moitié des GMF se trouvent dans les régions de la Montérégie (15 % des GMF), de la Capitale Nationale (12,5 %), de Montréal (12 %) et du Centre-du-Québec (10 %). Ainsi, bien que presque la moitié de la population se trouve à Montréal, la ville abrite seulement 12 % des GMF. Il y a donc inadéquation entre l'offre et les besoins de la population (Boulenger et al., 2012).

Toutes les **cliniques médicales ou cabinets de médecins sont privés. Il en est de même pour les GMF.** Les propriétaires sont toujours des médecins car ils ne peuvent être détenus par d'autres intérêts. Un cabinet de médecine est un lieu de consultation dans lequel les médecins omnipraticiens ou spécialistes reçoivent leurs patients. Des services de médecine générale et spécialisée peuvent y être offerts. Les services qui y sont offerts sont aussi bien des services couverts par la RAMQ que des services non couverts (par exemple la correction de la myopie).

Si dans la majorité des cliniques exercent des médecins qui participent au régime d'assurance maladie, un certain nombre de médecins, dits « non participants », ne participent pas au régime d'assurance maladie. Ces derniers offrent des services autrement couverts par la RAMQ. Les patients doivent payer pour les obtenir et ils ne seront pas remboursés par la RAMQ. Les patients qui consultent ces médecins sont à la recherche de délais d'attente moins longs et sont prêts à défrayer eux-mêmes les coûts associés aux soins de santé pour les obtenir.

Depuis 2006, le gouvernement du Québec accorde des permis à des cliniques privées pour que des chirurgies d'un jour électives (hanche, genou, cataracte) remboursées par la RAMQ puissent y avoir lieu. Des ententes de services peuvent ainsi être passées entre un hôpital et l'un de ces centres médicaux spécialisés (CMS) pour que des patients de l'hôpital soient opérés dans les salles de chirurgies de la clinique, et ce, afin de désengorger les listes d'attentes et améliorer le délai d'accès aux soins.

*Les autres établissements pourvoyeurs de soins :*

- Les **centres hospitaliers** assurent la prestation des services de courte durée de première, deuxième et troisième lignes en matière de soins de santé généraux et spécialisés ainsi que pour les soins psychiatriques.
- Les **centres d'hébergement et de soins de longue durée** offrent des services aux personnes en perte d'autonomie et aux personnes âgées.

- Les **centres de réadaptation** offrent des services aux personnes atteintes de déficience physique, de déficience intellectuelle et d'alcoolisme ou d'autres toxicomanies.

## L'ORGANISATION DES MÉDECINS

Au Québec, les médecins sont des travailleurs autonomes. Ils peuvent exercer dans des établissements publics (hôpitaux, CSSS), en cabinet privé et se constituer en société. La très grande majorité d'entre eux exerce exclusivement à l'intérieur des cadres du système public. En 2009, parmi les 17430 médecins en exercice au Québec, on dénombrait presque autant de médecins omnipraticiens (49,6 %) que de médecins spécialistes (50,4 %) (Boulenger et al., 2012).

Les médecins sont rémunérés par la RAMQ, à qui ils facturent directement leurs services. Les frais de démarrage et d'opération des GMF sont défrayés directement par le MSSS, qui fournit une aide technique et financière pour le personnel infirmier, le soutien administratif, le loyer, les frais de déplacement, l'ameublement et l'informatisation.

La rémunération des médecins occupe le second rang des dépenses publiques pour les services de santé (16 %), derrière les dépenses hospitalières (36 %) (Chiffres : ICIS, 2011). Ils peuvent être payés à l'acte, à forfait, à salaire, à l'heure ou encore selon un mode mixte.

Tableau 2: Types de rémunération de l'ensemble des médecins en pourcentage de la rémunération totale, Québec, 2000 et 2009

	2000	2009
<b>Actes</b>	79 %	73 %
<b>Forfait</b>	0 %	4 %
<b>Mixte</b>	7 %	11 %
<b>Salaire</b>	3 %	2 %
<b>SLE</b>	4 %	3 %
<b>Vacation</b>	7 %	7 %

Source : Boulenger et al. (2012).

Près des trois quarts de la rémunération totale des médecins se font sous la forme d'une **rémunération à l'acte**, qui est fonction du nombre et du type d'actes facturés. Le tarif par acte médical est fixé en amont, et dépend de plusieurs facteurs dont l'âge du patient, le lieu où l'examen est pratiqué (cabinet du médecin, hôpital ou CLSC), ou encore s'il est pratiqué par un omnipraticien ou un spécialiste. Les médecins offrant des services de laboratoire en établissement (SLE) (biologie médicale, médecine nucléaire, radiologie diagnostique) sont aussi rémunérés à l'acte.

Si les montants de la rémunération à l'acte sont répartis presque également entre les spécialistes et les omnipraticiens, les autres modes de rémunérations sont plus ou moins répandus au sein de ces deux catégories de médecins.

Le **mode de rémunération mixte**, qui associe une rémunération per diem et un supplément à l'acte, représente 11 % de la rémunération totale des médecins. Introduit en 1999, il est adopté aujourd'hui par près de 50 % des médecins spécialistes.

4 % de la rémunération des médecins est faite par **forfait**, qui concerne de plus en plus de médecins omnipraticiens depuis ces 10 dernières années. Avec ce système, le médecin ou le GMF perçoit une somme forfaitaire qui peut être attribuée par patient ou pour la prestation d'un panier de service. Le paiement au forfait vient compléter la rémunération à l'acte. Il est utilisé au Québec pour corriger certaines situations particulières. Par exemple dans le cas de paiement à l'acte, le médecin reçoit un montant fixe par patient sans tenir compte du risque financier que doit assumer le médecin dans le cas de patients vulnérables. Le système prévoit ainsi les forfaits pour les patients vulnérables, les forfaits d'inscription auprès d'un médecin de famille, les forfaits prime de responsabilité, les forfaits dans le cadre de la création des GMF et les forfaits prime horaire de soutien. 7 % de la rémunération des médecins se fait sous la forme de **vacation**, des périodes de un ou trois heures que le médecin consacre exclusivement à des activités professionnelles. Ce mécanisme concerne par exemple les médecins qui doivent passer beaucoup de temps par patient, comme les psychiatres.

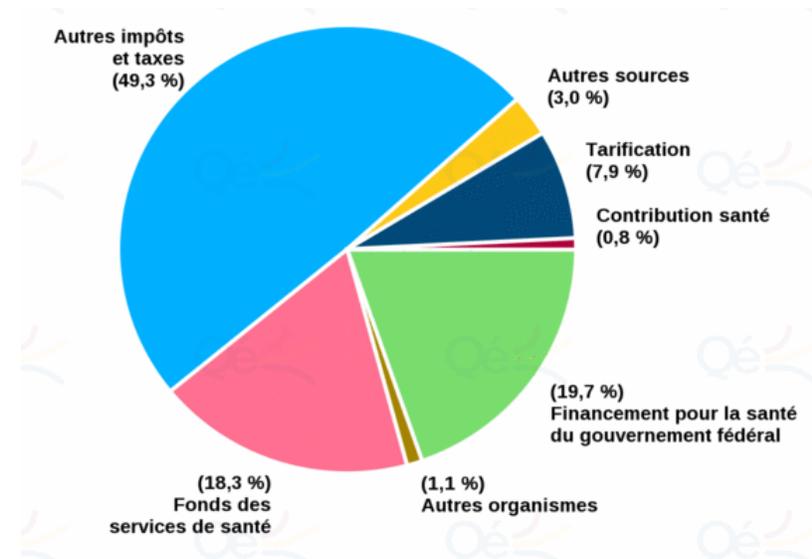
Enfin, 2% de la rémunération totale des médecins se fait sous la forme d'un **salaire**. Ce mode de rémunération concerne notamment les médecins qui travaillent dans les centres locaux de services communautaires.

---

## LES TRANSACTIONS

Le système de santé québécois est largement financé par l'impôt sur les revenus des corporations et des particuliers. En 2010, les dépenses publiques et privées de santé représentaient 12,6 % du PIB (ICIS, 2011), et 42,6 % du budget du gouvernement provincial.

Graphique 1 : Les sources de financement des dépenses de santé et des services sociaux, 2010-2011.



Source : Ministère des Finances du Québec, in Le Québec Économique 2011, p76.

En 2010-2011, près de la moitié du financement des dépenses de santé et de services sociaux provenait des revenus généraux du gouvernement provincial, 18,3 % du Fonds des services de santé, 19,7 % de la contribution du gouvernement fédéral et 7,9 % des usagers (au travers de services tarifés). Ainsi, 87,3 % des services de santé sont financés par les impôts provinciaux et fédéraux. Depuis 2010, une contribution santé d'un montant fixe est prélevée auprès des usagers du système pour alimenter le fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux.

En 2010, les dépenses totales de santé au Québec représentaient 40 milliards de dollars. 71 % de ces dépenses étaient des dépenses publiques et 29 % des dépenses privées. En 2010, les dépenses hospitalières représentaient 26 % des dépenses totales de santé et 35 % des dépenses publiques de santé (ICIS, 2011).

Deux organisations interviennent dans le financement des hôpitaux : le MSSS et les ASSS.

#### Allocation des ressources du MSSS vers les ASSS :

Dès le début d'une année financière, le ministre alloue à chaque agence une enveloppe budgétaire globale pour couvrir le financement de tous les programmes clientèle<sup>56</sup>. Jusqu'au début des années 2000, l'allocation des ressources se faisait uniquement sur une base historique, reconduite chaque année à partir d'une indexation et ajustée au besoin en fonction de l'inflation de certains coûts (main d'œuvre, médicaments,

<sup>56</sup> Les programmes se découpent de la manière suivante : deux programmes-services pour des besoins globaux : santé publique, services généraux – activités cliniques et d'aide; sept programmes-services dédiés : perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, jeunes en difficulté, dépendances, santé mentale, santé physique; et deux programmes-soutien : administration et soutien aux services, gestion des bâtiments et des équipements (<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-710-01.pdf>)

fournitures). Depuis 2004, l'allocation des ressources s'appuie sur une base régionale et populationnelle<sup>57</sup> (démographie ou encore dépendance). Plus précisément, le montant alloué à chaque région (Agence) est constitué :

- du budget pour chaque programme clientèle. Les besoins de la population (la consommation attendue) sont mesurés en s'appuyant sur les caractéristiques individuelles et régionales de la population;
- des allocations spéciales, qui couvrent certaines dépenses spécifiques définies par programme clientèle (par exemple, dans le programme de santé physique, les dépenses associées au programme d'oncologie);
- de l'indexation, qui s'applique aux médicaments, à la main d'œuvre et aux fournitures médicales.

Jusqu'en 2010-11, les Agences pouvaient aussi recevoir un budget de développement, en fonction des besoins des établissements. Le MSSS proposait aux ASSS de les répartir en fonction de la richesse relative des établissements, un indicateur développé par le MSSS pour soutenir ses interventions pour influencer la performance des établissements. Pour le calculer, il compare le coût moyen par cas d'un établissement au coût moyen par cas dans tous les établissements, après avoir « adapté » le coût moyen par cas de chaque établissement via une pondération qui tient compte de son statut universitaire, de ses contraintes géographiques, de son niveau de pédiatrie tertiaire et de la lourdeur de sa clientèle. Pour cette dernière, le MSSS utilise une grille<sup>58</sup> établie à partir des coûts hospitaliers dans l'État du Maryland, aux États-Unis, qu'il ajuste pour tenir compte du fait que la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés est supérieure au Québec à celle du Maryland<sup>59</sup>. Selon ce système de comparaison, un établissement dit en 'richesse relative' dispose d'un surplus de budget par rapport à son niveau d'activité et au coût moyen des CSSS au Québec. L'établissement en pauvreté relative fait un déficit, mais, compte tenu de son niveau d'activité et du coût moyen, coûte moins chers que la moyenne des établissements du Québec.

#### Allocation des ressources des ASSS vers les établissements :

Une fois le montant de l'enveloppe calculé, le MSSS transmet le budget alloué à chaque ASSS, et lui fait part des orientations et des priorités ministérielles qu'elle devra respecter tant en matière d'allocation de ressources et de respect de l'équilibre budgétaire qu'en matière d'organisation et d'accessibilité aux services. Le ministre peut aussi préciser des modalités d'allocation des ressources applicables à un ou plusieurs

---

<sup>57</sup> « Mode d'allocation des ressources 2011-2012 », Direction de l'allocation des ressources, MSSS, juillet 2012.

<sup>58</sup> Le Québec est la dernière province canadienne à encore utiliser ces données, leur fiabilité ayant été remise en cause par les autres provinces canadiennes qui ne les utilisent plus depuis 2001.

<sup>59</sup> Mode d'allocation des ressources financières 2006-2007 aux hôpitaux du Québec pour les patients hospitalisés et en chirurgie d'un jour par le MSSS, G. Lévesque, janvier 2007 <http://www.oiaq.org/documents/file/mode-allocation-ressources-hopitaux.pdf>

établissements de sa région. Une fois son enveloppe reçue, l'Agence répartit la somme qui lui a été allouée entre les programmes et les établissements de sa région, et fait part des orientations et des priorités régionales qui seront applicables aux budgets et aux services des établissements et qu'elle a déterminées conformément aux orientations et aux priorités ministérielles. Ce montant ne concerne que les dépenses d'exploitation. Le budget alloué par les ASSS aux établissements est donc en réalité un budget partiel, qui ne tient pas compte des dépenses d'immobilisation ni des honoraires médicaux. Certaines dépenses, par exemple les dépenses d'immobilisation, peuvent cependant faire l'objet d'une allocation spéciale dans un budget de développement. Enfin, depuis 2003, une très petite partie du budget reçu par les hôpitaux prend la forme d'un financement additionnel à l'activité pour réaliser un volume bien défini de services, principalement des chirurgies (voire la section suivante - Réforme en 2003).

Les gestionnaires des hôpitaux ont la responsabilité de gérer leur établissement en fonction du budget qui leur a été octroyé en début d'année, et d'équilibrer les dépenses et les revenus. Ainsi, les établissements doivent assumer les risques liés à un accroissement du niveau de ses activités hospitalières, par exemple dans le cas d'une épidémie. De plus, ce système peut avoir pour effet pervers d'encourager les établissements qui attirent un niveau élevé de patients en raison de la qualité et de l'efficacité de ses services à diminuer leur niveau d'activités, afin d'équilibrer leur budget, une partie de la clientèle étant alors réorientée vers des établissements peut être moins performants et plus coûteux.

Jusqu'en 2010-11, les agences recevaient une partie de leur budget, réservée de 'développement', pour pouvoir ajuster les budgets des hôpitaux au besoin en fin d'année. Des établissements en déficit pouvaient ainsi recevoir une enveloppe pour consolider leurs résultats, et devaient en retour préparer un plan de retour à l'équilibre budgétaire. Ce système avait pour objectif de permettre aux établissements d'être en conformité avec la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux mis en œuvre en 2000, qui prévoit qu'un établissement public du réseau doit, en cours d'année financière, maintenir l'équilibre entre ses dépenses et ses revenus de fonctionnement et ne pas terminer celle-ci en enregistrant un déficit. Les budgets de développement ont été abolis.

---

## RÉFORME EN 2003

### **Objectif**

Favoriser l'accès à certaines chirurgies

### **Stratégies**

#### Paiement à l'activité pour certaines chirurgies

Depuis 2003, afin de favoriser l'accès à certaines chirurgies, une petite partie du financement des hôpitaux se fait à l'activité. Le ministère alloue ainsi annuellement aux agences régionales des sommes déterminées en fonction du volume de chirurgies

supplémentaires réalisées par rapport au nombre de chirurgies réalisées en 2002-2003 dans la région. Le montant attribué, défini lors de la mise en place de ce système, est le même pour la chirurgie quelle que soit la complexité du cas. Les tarifs établis en 2003 ont évolué en ce sens que le nombre de catégories de chirurgies est passé de 5 catégories à 9, établies en collaboration avec les spécialistes. Les agences redistribuent ces montants comme elles le veulent. Il n'y a donc pas nécessairement de paiement à l'activité qui atteint les budgets des hôpitaux.

Le financement à l'activité ne représente aujourd'hui qu'une petite part du budget des hôpitaux. Selon le MSSS, c'est l'équivalent de 26 % du budget pour les chirurgies qui est alloué à l'activité.

---

## RÉSULTATS OBSERVÉS ET MESURÉS PAR LE VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL

### Incitatifs en place

Le vérificateur général du Québec soulignait dans son rapport 2010-2011 le manque de leadership du MSSS pour que s'implante une culture de la performance dans le réseau, et le peu de mesures financières et non financières en place pour inciter les établissements à améliorer leur performance<sup>60</sup>.

Il faut dire que l'absence de liens entre le budget alloué et la performance, et la méconnaissance des coûts par cas québécois rend difficile la mise en place d'incitatifs. Le seul incitatif du système de financement des hôpitaux actuel est celui de contrôler le budget (maintenir l'équilibre) même si les établissements doivent réduire leur niveau d'activités pour y arriver.

Quelques hôpitaux publient cependant de leur propre initiative des indicateurs sur la qualité (nombre de réhospitalisations après une opération, taux d'infection nosocomiale, etc.) sur leur site internet, et se dotent de systèmes d'informations qui leur permettent de mieux connaître leurs coûts par cas ou par patient. Mais le plus souvent, ces outils sont utilisés pour faire le suivi de la qualité plutôt que pour mettre en place des mesures d'efficacité sur les coûts.

### Imputabilité

La Loi<sup>61</sup> prévoit explicitement le respect de l'équilibre budgétaire. Cependant, selon le vérificateur général du Québec, certains établissements décident d'enregistrer un déficit pour financer leur activité plutôt que de réduire leurs dépenses pour atteindre l'équilibre

---

<sup>60</sup> Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2011-2012. Vérification de l'information financière et autres travaux connexes, hiver 2012 : [http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/publications/fr\\_rapport-annuel/fr\\_rapport2011-2012-VIF/fr\\_Rapport2011-2012-VIF-Chap05.pdf](http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/publications/fr_rapport-annuel/fr_rapport2011-2012-VIF/fr_Rapport2011-2012-VIF-Chap05.pdf)

<sup>61</sup> Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux, mise en place par le gouvernement en 2000.

budgétaire, et il voit ce comportement cautionné par le MSSS qui autorise le budget. Il souligne ainsi dans son rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2011-2012 que « l'attribution de cibles déficitaires aux établissements, bien que la loi leur interdit de faire de tels déficits, équivaut à les autoriser à contrevenir à la loi. Cette pratique du MSSS doit être revue »<sup>62</sup>. Aussi, la mauvaise gestion et les déficits qui en résultent ne font l'objet d'aucune sanction. Par ailleurs, un établissement performant qui par son efficience et/ou sa notoriété, attire plus de clientèle que ce que son budget lui permet peut se voir contraint de refuser des patients. Ces derniers devront obtenir des services dans un autre établissement dont les coûts sont potentiellement plus élevés sans compter la qualité des services. Cette situation peut démotiver les bons gestionnaires dont les efforts ont permis de respecter les budgets alloués<sup>63</sup>.

## Réaction des parties prenantes

---

### COMMENTAIRES SUR LE SYSTÈME EN PLACE

Les commentaires relevés dans cette partie proviennent de 10 entretiens menés au Québec avec des représentants de tous les niveaux de gouvernance du système de santé québécois : des membres de la direction du MSSS, les directeurs de deux agences, les directeurs de 5 CSSS, avec le directeur général d'un hôpital, et avec des représentants de l'AQESS et de Mediamed Technologies.

#### Sur le budget global calculé sur une base historique

Les acteurs du système de santé s'entendent pour dire que si le mode de financement par budget historique permet de maîtriser les coûts, il a plusieurs inconvénients :

- il ne tient pas compte de l'évolution des responsabilités d'un établissement (hausse de la clientèle, activités d'enseignement et de recherche par exemple);
- il peut avoir un effet négatif sur l'offre de soins, qui peut diminuer lorsque le budget est dépensé;

Un hôpital qui augmente son niveau d'activités peut se retrouver en déficit par rapport au budget accordé sur une base historique même si ses coûts sont comparativement faibles. On se retrouve ainsi dans une situation où des hôpitaux performants se retrouvent avec des déficits pour financer leur activité supplémentaire.

---

<sup>62</sup> Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2011-2012. Vérification de l'information financière et autres travaux connexes, hiver 2012 : [http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr\\_publications/fr\\_rapport-annuel/fr\\_2011-2012-VIF/fr\\_Rapport2011-2012-VIF-Chap05.pdf](http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2011-2012-VIF/fr_Rapport2011-2012-VIF-Chap05.pdf)

<sup>63</sup> Le Québec face à ses défis - Fascicule 2 : des pistes de solution : Mieux dépenser et mieux financer nos services publics, Gouvernement du Québec, janvier 2010- [http://classiques.ugac.ca/contemporains/finances\\_publicques\\_qc/comite\\_consultatif\\_eco\\_fin\\_pubiques/le\\_quebec\\_face\\_a\\_ses\\_defis-fasc\\_2.pdf](http://classiques.ugac.ca/contemporains/finances_publicques_qc/comite_consultatif_eco_fin_pubiques/le_quebec_face_a_ses_defis-fasc_2.pdf)

- le système ne présente pas d'incitations à améliorer la qualité ou à augmenter l'offre de soins.
- Jusqu'en 2010-2011, certains hôpitaux recevaient en fin d'année des fonds pour compenser leur déficit, dont ceux qui font des déficits à cause de leur augmentation d'activités. Ils auraient préféré qu'on leur confirme leur budget en début d'année pour mieux planifier.
- les hôpitaux qui sont performants ne sont pas récompensés et les hôpitaux qui ne le sont pas ne sont pas sanctionnés.

#### Sur le système de classification pour analyser les allocations compte tenu de la richesse relative

Le MSSS a observé une tendance chez les établissements à modifier le codage des activités pour accroître la lourdeur des cas et ainsi influencer les budgets accordés. Pour confirmer cette tendance, ils ont comparé les activités au bloc des établissements avec les honoraires réclamés à la RAMQ pour ces mêmes chirurgies. Afin de pallier cette tendance, le niveau d'activité en chirurgie est dorénavant déterminé à partir de la base de données de la RAMQ.

Depuis que les établissements ont été intégrés pour former les CSSS, les données financières sur l'activité sont compilées pour les clientèles quel que soit l'établissement dans lequel le service a été donné. Par exemple, les données pour la clientèle en santé mentale de l'hôpital sont confondues avec celle du Centre hospitalier de longue durée et du CLSC. Il est donc plus difficile de suivre l'activité par établissement.

#### Sur le financement à l'activité

Si les interlocuteurs ont relevé que le financement à l'activité avait permis une hausse de l'activité pour les chirurgies, et que ce système permettait que l'argent suive le patient, il n'est cependant pas perçu comme une solution idéale en raison de ses effets pervers. En effet, un tel système favorise la surproduction des activités de chirurgie au détriment des autres. On a constaté, par exemple, une hausse des activités les mieux remboursées. De plus, le gestionnaire peut être tenté de laisser déborder son urgence pour laquelle il dispose d'un budget fixe, et décider d'attribuer les lits pour les chirurgies qui seront rémunérées à l'acte. Ce biais pourrait être diminué si le suivi des soins n'était pas fait en silo (par centre d'activités), comme c'est le cas aujourd'hui.

---

## PROPOSITIONS DE CHANGEMENTS

Selon les personnes rencontrées, si le système de financement devait être modifié, il faudrait le remplacer par un système qui conjuguerait financement à l'activité et budget global. Cela permettrait de jumeler contrôle des coûts et incitations sur les volumes, mais aussi de conserver de la souplesse en termes de gestion, certaines activités ne pouvant pas être financées à l'activité en raison des difficultés qui seraient rencontrées

pour les définir précisément (par exemple, en psychiatrie). Pour qu'un tel système fonctionne, il faudrait :

- définir un coût par cas ou par patient selon l'utilisation de ressources au Québec, et ne plus utiliser les données du Maryland qui ne reflètent pas la réalité du Québec. Pour ce faire, il a été suggéré de faire un partage de connaissances sur les coûts par cas entre les établissements;
- établir une échelle de tarification performante qui envoie les bons incitatifs, car financement à l'activité ne rime pas forcément avec efficacité;
- tenir compte des évidences dans la tarification, et mettre en place un système de financement qui tienne compte de la mission des hôpitaux (recherche et enseignement par exemple);
- améliorer la gestion de l'information et mettre en place un système d'information crédible et de qualité qui permette d'avoir les infos nécessaires pour calculer les coûts, c'est-à-dire avoir des données disponibles, fiables, de bonne qualité, et récentes (actuellement les données du MSSS sur l'activité et les coûts par DRG accuse un retard de deux ans). De plus, il faut s'assurer que les données utilisées soient toutes compilées et interprétées de la même manière pour éviter la manipulation des chiffres.
- mettre en place des indicateurs de qualité (par exemple, le taux de réadmission) pour éviter que le financement à l'activité ne se traduise par une baisse de la qualité, et prévoir des sanctions financières en cas de mauvaise qualité.
- développer des mesures de productivité.
- faire une planification adéquate de l'offre de services en fonction des besoins populationnels pour éviter le déplacement des activités des hôpitaux vers les activités les mieux rémunérées.
- ne pas négliger l'importance de la période de transition vers un nouveau système de financement. Il faudrait notamment que les établissements évaluent leur performance avant le changement de mode de financement pour éviter une prise de conscience tardive pour les hôpitaux qui ne sont pas performants aujourd'hui.

Mais la plupart des personnes rencontrées s'entendent pour dire que la mise en place d'un nouveau système de financement ne réglerait pas tous les problèmes du système de santé. Pour eux, avant même de changer le mode de financement, il faut agir sur certaines composantes qui ont, selon eux, un impact sur l'efficacité du système de santé québécois. Plusieurs axes de changement ont ainsi été cités :

*Au niveau de l'offre de services :*

- sortir les soins de première ligne des hôpitaux, où ils coûtent beaucoup plus chers à produire;
- optimiser les services ultra-spécialisés, qui coûtent cher, en ne les offrant que dans un nombre réduit d'établissements; spécialiser les hôpitaux sur les soins de deuxième,

troisième et quatrième lignes en fonction de leurs caractéristiques (ex. : faire traiter les cas complexes dans les hôpitaux universitaires, qui garderaient un minimum de première ligne et deuxième ligne pour l'enseignement);

- sortir certaines chirurgies de l'hôpital et les regrouper toutes au sein d'établissements dédiés.

D'autres sont d'avis que ces propositions se heurtent cependant au principe de l'accès aux soins de proximité du patient.

*Au niveau des médecins :*

- réformer le système de rémunération des médecins. Par exemple, le mode de rémunération à l'acte est jugé inadapté pour les médecins de famille, car il encourage les médecins à augmenter l'offre de soins, et donc à limiter le temps passé avec chaque patient. La rémunération au salaire dans les CLSC est elle aussi remise en question, d'une part car elle a un impact négatif sur la productivité des médecins, et d'autre part parce que l'absence de liens hiérarchiques entre le médecin au salaire et le directeur du CLSC ne permet pas à ce dernier de mettre en place des incitatifs sur la quantité et la qualité des soins fournis. Enfin, il a été souligné que peu de pays ont des financements basés sur l'activité avec une rémunération des médecins majoritairement à l'acte, car c'est un système qui peut être très onéreux;
- décentraliser les services de première ligne qui sont donnés dans les hôpitaux actuellement en demandant aux médecins de les fournir dans une autre structure;
- lier la rémunération des médecins qui œuvrent dans les hôpitaux et la performance de l'hôpital;
- améliorer la communication entre hôpitaux et structures de première ligne.

D'une manière générale, plusieurs interlocuteurs ont souligné que le système ne pourrait pas être modifié sans la participation des médecins.

*Au niveau de la clientèle :*

- analyser la clientèle, et mettre en place des actions ciblées vers les plus grands consommateurs de soins (grands utilisateurs, maladies chroniques respiratoires, etc.).

## **Principaux constats**

Les mécanismes de suivi de la performance ne soutiennent pas la comparaison entre les établissements et sont peu utiles à la gestion de la performance des établissements.

Le mécanisme de reddition de compte, ou les indicateurs suivis dans le cadre des ententes de gestion du MSSS et publiés dans le rapport annuel de gestion, mesurent l'activité plutôt que les résultats et ne permettent pas de comparer les établissements entre eux.

Le Commissaire à la santé et au bien-être évalue annuellement la performance du système et la compare avec celle d'autres provinces canadiennes et entre les régions du Québec. Le commissaire compare les niveaux de ressources utilisées, la qualité et la productivité du système en suivant les meilleures données disponibles. Ce système ne renseigne pas sur la performance comparative des établissements ou l'évolution d'un établissement dans le temps. En outre, le modèle d'évaluation est plutôt complexe et est difficilement interprétable par un public non initié.

Le Québec a développé un système de classification des activités des hôpitaux afin d'améliorer et influencer le système. Ils ont toutefois élaboré ce système en vase clos. Bien que le tarif octroyé par acte évalué dans ce contexte ait fait l'objet d'objection à un certain moment (selon le MSSS), aucun autre interlocuteur n'a mentionné ce problème. Le MSSS en conclut que le tarif doit être profitable.

En ce qui concerne la détermination de la richesse relative des établissements pour influencer leur performance, peu d'interlocuteurs ont fait état de l'importance de cette pratique. Seuls deux établissements ont fait état qu'ils utilisaient cette information pour négocier leur budget.

Bien que nous ayons décrit l'ajout de paiements à l'activité comme étant une réforme de 2003, ce programme n'a jamais été annoncé comme tel ou même considéré comme tel dans les échanges que nous avons eus avec les interlocuteurs. En outre, son efficacité pour réduire les délais d'attente ou augmenter l'activité chirurgicale n'a pas été mesurée ou fait l'objet d'une analyse officielle et publiée. Les données de l'ICIS suggèrent qu'en moyenne 83 %, 87 % et 88 % des chirurgies du genou, de la cataracte et de la hanche sont effectuées à l'intérieur des délais jugés 'acceptables'<sup>64</sup>. En outre, toujours selon la même source, le nombre total de réclamations pour des services médicaux en chirurgie a diminué de 0,8 % de 2004 à 2008. Les sorties d'hôpitaux pour des chirurgies majeures ont augmenté annuellement à un taux annuel moyen de 2,5 % alors que pour les chirurgies mineures, elles ont diminué de 2,6 % au cours de la même période. Même si plusieurs facteurs peuvent expliquer ces tendances, il semble que la politique ait encouragé les établissements et les médecins à augmenter le niveau d'activités pour les chirurgies majeures.

Les données publiques sur le système de santé ne permettent pas au public de faire un choix éclairé d'établissement pour recevoir leurs services de santé.

---

<sup>64</sup> Les délais jugés raisonnables sont de 26 semaines, 16 semaines et 26 semaines pour les chirurgies du genou, de la cataracte et de la hanche respectivement. Des délais qui nous apparaissent relativement élevés pour le patient en attente d'une intervention et pour son employeur. Notez aussi que des données sur l'évolution des délais d'attente ne sont pas publiées et qu'aucune donnée sur les délais pour d'autres chirurgies n'est publiée.

---

## BIBLIOGRAPHIE

Boulenger, S., Castonguay, J., « Portrait de la rémunération des médecins de 2000 à 2009 », Série Scientifique, 2012s-13, CIRANO, Mai 2012.

Coyle, N., Strumpf, E., « Réforme des soins de santé primaires : Qui se joint aux groupes de médecine de famille au Québec? », Le Québec Économique 2011, CIRANO, Les presses de l'université Laval, 2012.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), « Options de financement des hôpitaux éclairées par des données probantes », 2010, [en ligne], [www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca).

Gouvernement du Québec, « Le Québec face à ses défis-Fascicule 2 : des pistes de solution : Mieux dépenser et mieux financer nos services publics », Rapport du comité consultatif sur l'économie et les dépenses publiques, janvier 2010.

Gouvernement du Québec, « En avoir pour notre argent », Rapport du Groupe de travail sur le financement du système de la santé, février 2008.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), « Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2011 », 2011, [en ligne], [www.cihi.ca](http://www.cihi.ca).

Léger, P.T., « Modes de rémunération des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada », Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), Ottawa, mars 2011, [en ligne], [www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca).

Lemay, A., « Allocation de ressources aux établissements de santé et services sociaux : Pistes et balises pour implanter le financement à l'activité », Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), février 2012.

Lévesque, G., « Mode d'allocation des ressources financières 2006-2007 aux hôpitaux du Québec pour les patients hospitalisés et en chirurgie d'un jour par le Ministère de la Santé et des services sociaux », Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, janvier 2007, [en ligne], <http://www.oiiq.org>.

Levine, D., «The reform of Health and Social Services in Quebec», *Healthcare papers*, vol.8 (special issue): 46-54, 2007.

McKillop, I, Pink, G.H., Johnson, L. M., «The Financial Management of Acute Care in Canada», Canadian Institute for Health Information, March 2001.

Ministère des Finances du Québec, « Le système de santé québécois : survol et enjeux », Le Québec Économique 2011, CIRANO, Les presses de l'université Laval, 2012.

Ministère de la Santé et des services sociaux, « Rapport annuel de gestion 2010-2011 », Gouvernement du Québec, 2011.

Ministère de la Santé et des services sociaux, « Mode d'allocation des ressources 2011-2012 », Direction de l'allocation des ressources, Gouvernement du Québec, juillet 2011.

Ministère de la Santé et des services sociaux, « Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la Santé et des services sociaux », Gouvernement du Québec, 2010.

Ministère de la Santé et des services sociaux, « L'architecture des services de santé et des services sociaux : Les programmes-services et les programmes-soutien », Gouvernement du Québec, 2005.

Ministère de la Santé et des services sociaux, « La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers », Rapport du comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés », Gouvernement du Québec, 2002.

Ouellette, P., « Efficience et budgétisation des hôpitaux et autres institutions de santé au Québec », Étude pour le groupe de travail sur le financement du système de santé, Gouvernement du Québec, novembre 2007.

Sutherland J. M., « Mécanismes de financement des hôpitaux : aperçu et options pour le Canada », Fondation Canadienne de la recherche sur les services de santé, mars 2011.

Vérificateur général du Québec, « Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2011-2012 », chapitre 5, Hiver 2012.

Vérificateur général du Québec, « Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011 : Tome 2 », chapitre 7, 2011.

Vérificateur général du Québec, « Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2007-2008 : Tome 3 », chapitre 7, 2008.

Vérificateur général du Québec, « Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2007-2008 : Tome 1 », chapitre 4, 2008.