



Fondation canadienne pour
**l'amélioration des
services de santé**

Examen du rôle potentiel des incitations financières dans le financement des services de santé au Canada

Décembre 2012

Jason M. Sutherland, Ph.D

Centre for Health Services and Policy Research
School of Population and Public Health, Université de la Colombie-Britannique
jsutherland@chspr.ubc.ca

Nadya Repin, M.A

Centre for Health Services and Policy Research
School of Population and Public Health, Université de la Colombie-Britannique
nrepin@chspr.ubc.ca

R. Trafford Crump, Ph.D

Centre for Health Services and Policy Research
School of Population and Public Health, Université de la Colombie-Britannique
tcrump@chspr.ubc.ca

Fondation canadienne pour l'amélioration
des services de santé

cfhi-fcass.ca

REMERCIEMENTS

L'équipe de ce projet remercie Erlyn Amano, Angie Chan, David Babiuk, Monica Beaulieu, Alexandra Flatt, Steve Gray, Adeera Levin et Stephen Petersen, ainsi que les examinateurs anonymes de la FCASS pour leur contribution. Le principal auteur est un boursier de la Michael Smith Foundation for Health Research.

Ce document est disponible à www.cfhi-fcass.ca

Le présent rapport est publié par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé ou FCASS. La FCASS a pour mandat d'accélérer l'amélioration et la transformation des services de santé pour les Canadiens et les Canadiennes et est financée selon une entente avec le gouvernement du Canada. Les opinions exprimées par les auteurs ne représentent pas nécessairement celles de la FCASS, de l'ASSSM ou du gouvernement du Canada.

ISBN 978-1-927024-66-9

Examen du rôle potentiel des incitations financières dans le financement des services de santé au Canada © Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2012.

Tous droits réservés. Cette publication peut être reproduite, en tout ou en partie, à des fins non commerciales seulement, à condition que le contenu original de la publication ou une partie de la publication ne soit pas modifié de quelque façon que ce soit sans la permission écrite de la FCASS. Pour obtenir une telle autorisation, veuillez communiquer par courriel à info@cfhi-fcass.ca.

Veuillez utiliser la formule de mention suivante : « Reproduit avec la permission de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, tous droits réservés, (année de publication du rapport). »

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
1565, avenue Carling, bureau 700
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1

Courriel : info@cfhi-fcass.ca
Téléphone : 613-728-2238
Télécopieur : 613-728-3527

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGES PRINCIPAUX.....	1
RÉSUMÉ	2
Financement basé sur la population	2
Budgets globaux	3
Financement basé sur les activités.....	3
Rémunération au rendement	3
Financement basé sur le regroupement des épisodes	4
Aperçu des initiatives	4
Récapitulatif	4
INTRODUCTION.....	5
FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS	6
Points forts	7
Points faibles	7
BUDGETS GLOBAUX.....	9
Points forts	9
Points faibles	10
FINANCEMENT BASÉ SUR LES ACTIVITÉS	11
Financement basé sur les activités au Canada.....	13
Points forts	14
<i>Transparence</i>	14
<i>Volume</i>	14
<i>Efficiencia</i>	15
<i>Accès</i>	15
<i>Surveillance de la qualité des soins hospitaliers</i>	16
Points faibles	17
<i>Augmentation globale des dépenses</i>	17
<i>Exigences en matière de données et de rapports</i>	17
<i>Établissement des montants de financement</i>	18
<i>Surcodage</i>	19

FBA POUR DES SOINS POSTAIGUS ET COMMUNAUTAIRES	20
FBA pour des soins continus.....	20
FBA pour des soins de réadaptation aux patients hospitalisés	20
FBA pour des soins de longue durée	21
FBA pour les soins à domicile.....	22
FBA pour les soins ambulatoires	23
FBA pour les soins de santé mentale	24
Financement des soins spécialisés.....	25
RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS ET FINANCEMENT INSTITUTIONNEL...	26
RÉMUNÉRATION AU RENDEMENT	26
Points forts	28
Points faibles	29
Financement basé sur le regroupement des épisodes	30
Points forts	31
Points faibles	31
APERÇU DES INITIATIVES CANADIENNES	32
Initiative de financement axé sur les patients de la Colombie-Britannique.....	32
<i>BC Provincial Renal Agency</i>	33
<i>Cardiac Services BC</i>	35
Financement basé sur les activités pour des soins de longue durée en Alberta et en Ontario.....	35
Dialyse rénale ambulatoire	37
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXE I : ACRONYMES.....	55

MESSAGES PRINCIPAUX

- ▶ En hausse constante et représentant aujourd'hui environ 40 p. 100 des PIB provinciaux, les coûts de services de santé risquent d'entraver la capacité des provinces à financer les différents besoins en santé de leurs résidents. La façon dont les provinces canadiennes financent les services de santé est un enjeu important pour les décideurs politiques, car des soins inefficaces, inefficients et dangereux représentent un gaspillage de l'argent des contribuables et peuvent même nuire aux patients.
- ▶ Actuellement, la plupart des provinces financent les services de santé au moyen d'un « budget global » où une enveloppe budgétaire fixe est allouée à un établissement (p. ex., un hôpital ou une autorité sanitaire) pour payer tous les services de santé assurés pendant une période de temps déterminée. Le principal avantage des budgets globaux tient au fait qu'ils fournissent un moyen pour contrôler les dépenses, dont la plus grande partie est consacrée aux hôpitaux, soit environ 28 p. 100 du total des coûts de santé.
- ▶ Au regard des normes internationales, le Canada utilise d'une façon anormalement intensive les budgets globaux pour financer les services de santé, alors que la plupart des pays financent les services de santé en fonction du type et du volume de services fournis ou selon un mécanisme appelé « financement basé sur les activités » (FBA).
- ▶ Financer les établissements de services de santé en fonction du type et du volume de services dispensés renforce la transparence dans le système de santé et crée des incitations financières pour accroître l'accès. Cependant, une augmentation des services fournis entraîne un accroissement proportionnel des dépenses de santé.
- ▶ De nombreux pays ont pu recourir à des incitations financières liées au FBA pour améliorer l'accès aux soins tout en réduisant efficacement les risques qui pèsent sur la qualité et la sécurité.
- ▶ Avec des objectifs politiques clairement définis, les provinces sont de plus en plus en mesure d'apprendre de l'expérience d'autres pays sur les réformes en matière de financement des services de santé, d'adapter des stratégies efficaces et d'éviter les risques pour la qualité et pour l'accès.

RÉSUMÉ

Les décideurs politiques au Canada se sont intéressés récemment à l'utilisation des politiques de financement comme levier pour améliorer l'efficacité et l'efficience de la prestation des services de santé partout au pays. La Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario ont, depuis peu, mis en œuvre des initiatives qui sont les premiers exemples dans ce domaine et qui s'appuient sur la stratégie fédérale concernant les délais d'attente pour les soins chirurgicaux afin d'accélérer l'accès aux soins et de réduire les temps d'attente pour certaines chirurgies non urgentes.

Les expériences de la communauté internationale peuvent s'avérer une ressource précieuse pour les décideurs politiques canadiens alors qu'ils élaborent, mettent à l'essai et remodèlent de nouvelles politiques de financement. Le présent rapport résume les données probantes disponibles sur les points forts et les points faibles de différents mécanismes de financement des services de santé. Bien que les hôpitaux soient la principale source des dépenses de santé, ce rapport examine les données probantes pour tout le continuum des soins, y compris les modes d'attribution des fonds destinés aux régions, ainsi qu'aux soins post-aigus, à la santé mentale et aux services de santé communautaires et préventifs.

Ce rapport, qui se veut une ressource, décrit les différents modes de financement des services de santé ainsi que leurs résultats, et ne tient compte des politiques de paiement des médecins et de remboursement des médicaments que dans la mesure où elles ont une incidence sur les soins aigus et post-aigus. Non seulement le rapport décrit en détail les mécanismes de financement les plus courants – dont la budgétisation globale, le financement basé sur les activités (FBA) et la rémunération au rendement (RR) – et les met dans le contexte des services de santé canadiens, mais il donne aussi un aperçu des dernières initiatives provinciales sur le financement des services de santé.

Ce rapport vient en fait compléter une publication de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) qui s'intitule *Le financement des services sociaux et de santé à Montréal (Québec) - Examen des méthodes et du rôle possible des incitatifs financiers* et qui comprend une description détaillée des modes de financement des services de santé et sociaux au Québec ainsi qu'une conclusion comparant les expériences internationales en matière de financement des services de santé et celles au Québec.

Financement basé sur la population

Le financement basé sur la population est, de façon prédominante, un mécanisme d'allocation des ressources d'un gouvernement central vers ses régions pour les services de santé. Il s'appuie sur les données concernant l'état de santé de la population, ainsi que sur l'utilisation des services de santé pour prévoir les dépenses de santé d'une région sur une période de temps à venir.

Ce mécanisme est considéré comme une approche équitable d'attribuer des fonds à des entités régionales pour des dépenses de santé, car il est fondé sur les caractéristiques démographiques des régions concernées. Cette approche est particulièrement intéressante au Canada où un bailleur de fonds unique, le gouvernement, est responsable de l'intégralité de la santé des populations. Cependant, quoique cette approche renforce l'autonomie des régions et permette une certaine souplesse dans la prestation de services de santé en fonction de la perception des besoins de leurs populations respectives, son efficacité peut être limitée par la difficulté à évaluer avec précision l'état de santé ou les besoins de soins de la population.

Budgets globaux

La budgétisation globale est le mécanisme de financement des services de santé le plus commun au Canada. Cette approche est utilisée pour financer les hôpitaux, les soins de longue durée ainsi que les soins chroniques dans de nombreuses provinces. En vertu des budgets globaux, un montant de financement fixe est alloué à un établissement de soins de santé ayant la responsabilité de dispenser des services à la population d'une région donnée pour une période de temps déterminée.

La budgétisation globale s'avère une méthode efficace pour contrôler les dépenses grâce à l'établissement d'un « plafond ». Toutefois, pour atteindre les objectifs budgétaires, certains établissements peuvent restreindre l'accès aux services (créant des listes d'attente). En outre, les budgets globaux n'incitent guère les établissements à améliorer l'efficacité, à investir dans l'amélioration de la qualité ou à intégrer les différents services en continuum de soins.

Financement basé sur les activités

Le FBA est la norme internationale en matière de financement des soins aigus. Il s'agit d'un mécanisme basé sur le type et le volume des soins dispensés. Les objectifs les plus communs de l'adoption du FBA consistent, d'une part, à renforcer la transparence du financement et, d'autre part, à créer des incitatifs pour accroître la productivité et l'efficacité. La plupart des pays combinent le FBA avec d'autres modes de financement pour atteindre leurs objectifs, qui vont de l'amélioration de l'accès à l'introduction de la compétition entre établissements. Dans de nombreux pays, le FBA est associé à un accroissement de l'accès aux soins hospitaliers et à une réduction des délais d'attente pour des soins de courte durée. Or, ces résultats positifs sont atténués par une augmentation proportionnelle des dépenses.

Les données probantes n'appuient pas l'affirmation selon laquelle les établissements renvoient les patients chez eux « plus vite et plus malades » afin de maximiser leurs revenus.

Le FBA est non seulement le mécanisme de financement des services hospitaliers pour les affections aiguës (où les épisodes des patients sont relativement faciles à observer) le plus commun, il est aussi adapté pour le financement des services de soins non-aigus, comme les soins continus, ambulatoires, de longue durée, de santé mentale et de réadaptation pour patients hospitalisés. Cependant, on a peu de données probantes qui corroborent l'efficacité du FBA dans l'atteinte des objectifs des politiques.

Contrairement aux budgets globaux, le degré d'information nécessaire pour appuyer le FBA est relativement élevé. En outre, le FBA incite à « truquer » les revenus par la manipulation des données. Or, aucune province canadienne n'a élaboré effectivement des politiques pour surveiller et faire respecter les normes de qualité des données cliniques afin de minimiser le risque de ces actes préjudiciables.

Rémunération au rendement

La rémunération au rendement (RR) est un mécanisme de financement qui, le plus souvent, favorise l'amélioration de la qualité des soins. La RR rémunère les établissements selon l'atteinte des objectifs prédéterminés, comme les seuils de qualité ou de sécurité. Malgré l'adoption généralisée des initiatives de RR, ces programmes donnent lieu à des effets mitigés ou à des résultats médiocres. Par ailleurs, l'augmentation de la qualité tend à être modeste, marginale ou temporaire au regard des indicateurs de qualité et il existe peu de données probantes montrant des résultats positifs pour les patients de ces programmes.

Financement basé sur le regroupement des épisodes

Les paiements des regroupements des épisodes couvrent un ensemble de services ou de traitements prodigués à un patient par différents prestataires et milieux dans le cadre d'un épisode de soins. Le regroupement des soins est une nouvelle forme de financement des services de santé et vise à offrir aux prestataires des incitations financières pour qu'ils établissent des liens formels entre eux en vue d'améliorer les transitions et la coordination des soins, et de réduire le transfert inapproprié des coûts.

Aperçu des initiatives

Certaines provinces canadiennes ont entrepris des réformes du financement des services de santé. En avril 2010, la Colombie-Britannique a apporté, dans le cadre du financement axé sur les patients (FAP), plusieurs changements qui comprenaient une composante de FBA (en pourcentage du budget) pour ses plus grands hôpitaux. La province a également recours à une forme de FBA pour les services de cardiologie et de néphrologie. Alors que l'Alberta est au milieu d'une période de transition de six ans vers le FBA pour les soins de longue durée, l'Ontario utilise un mécanisme fondé sur les groupes clients comme une partie de l'enveloppe de financement des soins de longue durée.

Récapitulatif

Les pressions budgétaires poussent les décideurs politiques au Canada à réexaminer la manière dont ils financent les services de santé en fonction du niveau de rendement attendu de leurs systèmes de santé. Il existe heureusement diverses données probantes et expériences dans lesquelles ils peuvent puiser pour éclairer leur compréhension et leurs attentes relativement aux modes de financement des services de santé.

Le présent rapport a pour but d'examiner les différents modes de financement et leurs résultats, et non d'évaluer de manière critique ces mécanismes et leur potentiel au Canada ni de formuler des recommandations à cet égard. Par ailleurs, bien que son utilité soit de portée limitée, ce rapport est destiné à fournir des renseignements cruciaux aux décideurs politiques de santé et aux établissements. En revanche, le rapport complémentaire, *Le financement des services sociaux et de santé à Montréal (Québec) - Examen des méthodes et du rôle possible des incitatifs financiers*, offre des recommandations sur les modes de financement des services de santé au Québec et, en particulier, dans la région de Montréal.

INTRODUCTION

Il existe des différences notables dans les divers modes et règles, allant de la budgétisation global eau financement basé sur les caractéristiques des patients, que les pays adoptent pour financer leurs services de santé et atteindre une série d'objectifs du système de santé. Par exemple, au Canada, un objectif important du financement des services de santé est l'efficacité du contrôle des dépenses, et pour ce faire, on établit le « plafond » des budgets par l'adoption de la budgétisation globale. En revanche, d'autres pays qui sont également dotés de systèmes de santé publics et qui accordent une attention toute particulière à l'amélioration de l'efficacité et de l'accès, rémunèrent les prestataires de services de santé en fonction du volume et des caractéristiques des patients pris en charge.

Les décideurs politiques de partout au Canada, qui poursuivent le double objectif d'améliorer la qualité et de limiter la croissance des coûts, sont animés d'une nouvelle volonté d'examiner les mécanismes utilisés pour financer les services de santé. À cet égard, de nombreux responsables des politiques et décideurs s'inspirent des expériences de la communauté internationale pour mieux comprendre les mécanismes de financement des services de santé, ainsi que leurs succès et échecs. Étant donné le vaste éventail de mécanismes de financement, la synthèse de cette information peut être un défi de taille pour les décideurs politiques.

Ce rapport examine non seulement les publications et la littérature grise sur le financement des services de santé, sur leurs objectifs, ainsi que sur les résultats voulus et non voulus, mais aussi la documentation de différents pays et les projets en cours dans les provinces canadiennes. Il étudie les approches au financement de tous les services de santé confondus, notamment des soins aigus, post-aigus, de santé mentale et de réadaptation. Intentionnellement (pour limiter sa portée), le présent rapport ne tient pas compte des ouvrages sur le paiement des médecins ou le remboursement des médicaments sauf si ces questions se recoupent avec celles sur le financement d'autres services de santé.

Se voulant une ressource exhaustive sur les méthodes utilisées pour financer les services de santé, le présent rapport fournit une description détaillée et des exemples des mécanismes de financement, une synthèse de la littérature, ainsi qu'une référence bibliographique complète. Il comprend notamment une description des initiatives provinciales récentes et en cours sur le financement des services de santé, mais ne formule pas de recommandations sur le financement des services de santé au Canada selon les données probantes. Ce rapport vient compléter un deuxième rapport que la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) a commandé à la même équipe de recherche et qui porte sur les méthodes et les approches relatives aux services de santé et sociaux financés par des fonds publics au Québec. Ce rapport complémentaire compare les politiques de financement fondées sur les données probantes appliquées ailleurs dans le monde à celles appliquées au Québec, et conclut par une série de constatations sur le financement des services de santé et sociaux au Québec.

Ce rapport est organisé de manière à fournir une description et une interprétation des règles et des modes appliqués au financement des services de santé dans le monde. Il commence par une description des mécanismes les plus couramment utilisés au Canada – financement axé sur la population et budgétisation globale – puis présente leurs points forts et points faibles respectifs. Le rapport repose sur l'hypothèse que les services de santé au Canada sont financés par des fonds publics.

Le rapport décrit les mécanismes de financement basé sur les activités (FBA) et de rémunération au rendement, en soulignant leurs points forts et points faibles respectifs. Alors que le FBA est utilisé principalement dans les soins aigus, ce rapport fait aussi état de l'utilisation accrue du FBA dans les soins post-aigus et communautaires, ainsi que des difficultés associées à la mise en place du FBA dans des secteurs autres que les soins aigus, comme la santé mentale.

Les « groupes » de soins sont de plus en plus considérés, dans divers milieux à l'échelle internationale, comme un complément viable au financement des soins aux patients. Ce rapport comprend une description des progrès relatifs à la méthode adoptée pour élaborer des regroupements des épisodes et une discussion de leur application éventuelle au Canada.

Le rapport se penche ensuite sur des initiatives de financement des services de santé en cours dans les provinces canadiennes. Il décrit le financement axé sur les patients et, en particulier, le financement des services de cardiologie et de néphrologie en Colombie-Britannique. Le rapport explique également l'instauration du FBA pour les soins de longue durée en Alberta, ainsi que le modèle de paiements groupés dans le cas de l'insuffisance rénale terminale aux États-Unis. Les initiatives décrites dans ce rapport sont les plus intéressantes et les plus pertinentes aux services de santé publics au Québec et surtout dans la région de Montréal. Elles ont été choisies pour enrichir le rapport complémentaire, *Le financement des services sociaux et de santé à Montréal (Québec) - Examen des méthodes et du rôle possible des incitatifs financiers*, qui formule des recommandations précises sur le financement et des services de santé et sociaux dans la région de Montréal.

Financement axé sur les patients

Les mécanismes de financement axé sur la population se disent des méthodes et des règles qu'un gouvernement central adopte pour attribuer des fonds à des régions afin de financer les services de santé de leurs populations respectives. Ces mécanismes, (parfois appelés « modèles » axés sur la population ou sur les besoins) s'appuient sur des données concernant les soins médicaux, hospitaliers et post-aigus, ainsi que sur des caractéristiques démographiques, socio-économiques et liées à la santé, pour prévoir les dépenses de santé d'une région géographique sur une période de temps déterminée¹. Cette approche est basée sur le principe que les populations de même taille n'ont pas nécessairement les mêmes besoins en dépenses de santé².

Plusieurs provinces canadiennes, dont la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario et le Québec, utilisent des modèles axés sur la population pour guider les décisions concernant le montant du financement à allouer à leurs régions sanitaires locales (c.-à-d. des régions géographiques responsables des services de soins aigus et continus²). Le financement axé sur les besoins de la population a été instauré en Colombie-Britannique en 2002 et est utilisé pour attribuer des fonds aux autorités sanitaires pour les soins aigus, à domicile et en institution³. La méthode de financement élaboré pour le Manitoba propose dix caractéristiques pour les soins hospitaliers, six pour les foyers de soins personnels et huit pour les soins à domicile (y compris l'âge, le sexe, les comorbidités, le statut socioéconomique, la distance jusqu'à l'hôpital, le fait de mourir dans l'année et d'être né dans l'année, un nouveau-né à risque, une maladie chronique, l'hospitalisation pour blessure et l'état matrimonial)¹. Le financement axé sur la population est utilisé également dans des pays comme le Royaume-Uni (R.-U.), la Suède, entre autres^{1,4}.

En 2007, l'Ontario a créé les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), qui sont des entités régionales indépendantes ayant pour mandat de coordonner les services de santé (et d'en financer certains) dans leur région respective. Ces services comprennent la planification, l'intégration et le financement des hôpitaux, des centres d'accès aux soins communautaires, des services de soutien communautaires, ainsi que des centres de soins de longue durée, de santé mentale, de toxicomanie et de santé communautaires⁵. Pour financer ces activités et d'autres besoins, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario a élaboré une méthode quantitative, le Modèle d'allocation fondée sur la santé ou MAS, pour attribuer aux RLISS des fonds de santé de manière équitable en fonction des caractéristiques de leurs populations⁶.

Comme le MSSLD de l'Ontario l'a décrit, les objectifs du MAS consistent à promouvoir un accès équitable aux services de la province, à assurer que l'argent suive le patient et à favoriser l'innovation grâce à des incitations à une prestation de services innovante et efficace.⁷ S'il est pleinement mis en œuvre, le MAS sera utilisé pour financer les hôpitaux (notamment leurs services de soins aigus, de chirurgie d'un jour, de santé mentale, de soins continus complexes, de réadaptation, d'urgence, de santé mentale de longue durée, de soins ambulatoires et de consultation externe en milieu communautaire), les centres d'accès aux soins communautaires (les soins à domicile), les centres de soins de longue durée, les centres de santé mentale communautaires, les centres de santé (divers services de santé primaires en un seul endroit) et les services de soutien communautaires (services aux personnes âgées et aux personnes handicapées pour leur permettre de demeurer dans la collectivité, p. ex., le service de jour pour adultes)⁸. Les données saisies dans le MAS comprennent⁶ :

1. les mesures, au niveau des patients, de la maladie ainsi que celles de l'état de santé, de l'âge, du sexe, du statut socio-économique, de la géographie rurale et des déplacements des patients;
2. les caractéristiques au niveau des établissements de services de santé, comme la spécialisation, la géographie rurale et les effets d'économies d'échelle;
3. les estimations de l'utilisation basées sur des renseignements détaillés concernant des groupes de patients, ce qui permet d'examiner la question de l'accès aux soins selon les conditions cliniques, sociales et démographiques.

Le MAS fournit ainsi au MSSLD de l'information sur l'utilisation prévue des services de santé dans chaque RLISS, en fonction des caractéristiques des patients, des établissements ainsi que de l'utilisation par les résidents du RLISS⁶. Le MAS est instauré par étape pour financer les services de santé des régions et l'exercice financier 2012-2013 sera la première étape de ce processus. Les hôpitaux recevront 54 p. 100 de leur financement par le biais des budgets globaux, 40 p. 100 selon le MAS et 6 p. 100 en fonction des actes médicaux fondés sur la qualité^{9,10}. Cette dernière approche consiste à allouer des fonds en fonction du « prix x volume » pour des actes médicaux précis lesquels comprennent, dans la première phase, le traitement de la néphropathie chronique, la chirurgie de la cataracte et l'arthroplastie de la hanche et du genou¹¹.

Points forts

Le financement axé sur la population est utilisé pour financer les régions. Cette méthode peut réduire les inégalités dans le financement des services de santé en allouant des fonds aux régions en fonction des caractéristiques des personnes qui y vivent (plutôt qu'en fonction des montants qu'elles recevaient au cours des périodes précédentes)^{2,4}. Le financement axé sur la population est souvent considéré non seulement comme étant plus équitable que la budgétisation globale², mais aussi comme renforçant l'autonomie régionale et la souplesse dans la prestation des services de santé^{2,4}.

Points faibles

Les mécanismes de financement axé sur la population sont limités par leur capacité à saisir des mesures précises et objectives des besoins sous-jacents de la population en soins médicaux². La plupart des modèles sont fondés sur les données historiques qui peuvent ne pas refléter l'utilisation appropriée des soins médicaux^{2,4}. Ces données ne fournissent pas par exemple d'indicateurs explicites concernant ceux qui pourraient bénéficier des services de santé (c.-à-d. une sous-utilisation des soins) ou ceux qui reçoivent des soins, mais qui n'en tirent aucun bienfait (c.-à-d. une sur-utilisation des soins)⁴. Dans le contexte canadien, le MAS de l'Ontario pourrait perpétuer le fait que les niveaux d'utilisation élevés des régions n'alignent pas de pair avec une prestation efficace des soins.

Une autre limitation des mécanismes de financement axé sur la population est qu'ils peuvent ne pas refléter exactement les variations géographiques légitimes dans les besoins en services de santé². Par exemple, les calculs de financement utilisent souvent le statut socioéconomique comme un indicateur des besoins de soins de santé en suivant le raisonnement que les groupes à faible revenu sont en général en moins bonne santé et ont plus besoin de soins. Cependant, des recherches démontrent que cette corrélation est plus complexe et que les dépenses de santé sont engagées pour toutes les catégories d'âge et de revenu et pas seulement pour les groupes les plus vulnérables¹². Certaines études constatent que 50 p. 100 de la population aux revenus les plus faibles représente moins de 5 p. 100 des dépenses de santé, ce qui fait du statut socioéconomique un mauvais indicateur des « besoins »¹², et qu'il y a, dans tous les groupes de revenu, un petit noyau de patients qui sont des utilisateurs des soins de santé à coût élevé¹².

BUDGETS GLOBAUX

Les gouvernements peuvent utiliser les budgets globaux (contrairement aux approches axées sur la population) pour financer des régions ou des établissements (ou des fournisseurs) individuels, par exemple des hôpitaux ou des foyers de soins de longue durée. En vertu de budgets globaux, un montant de financement est alloué à un fournisseur de soins de santé, lequel est alors responsable de la prestation des services aux patients qu'il prend en charge pendant une période de temps donnée. Les montants de financement précis sont basés sur un certain nombre de facteurs, dont les budgets historiques, les taux d'inflation, les décisions d'investissement, la négociation et les enjeux politiques¹³.

La budgétisation globale est le mécanisme de financement des services de santé le plus commun au Canada. Non seulement la plupart des hôpitaux canadiens sont financés par des budgets globaux, mais des établissements de soins de longue durée, des centres de réadaptation publics ainsi que des programmes de santé publique et mentale le sont également. Peu de pays développés autres que le Canada utilisent exclusivement les budgets globaux pour financer les services de santé. La plupart combinent la budgétisation globale avec d'autres mécanismes de financement ou l'abandonnent complètement¹⁴.

Points forts

Les principaux points forts de la budgétisation globale résident dans le fait qu'elle assure une certaine prévisibilité budgétaire et même, dans certains cas, la transparence et qu'elle limite la croissance des dépenses simplement en imposant un plafond aux budgets^{13, 15}.

Une étude économétrique datant de 1991 de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a attribué la réduction de 13 p. 100 des dépenses nationales en santé aux budgets globaux pour les hôpitaux¹⁶. Deux facteurs ont été étroitement associés à cette constatation, à savoir 1) le plafonnement partiel ou total des budgets globaux et 2) l'engagement ferme du gouvernement à faire respecter le plafond établi¹⁶. Selon l'étude, ces résultats s'appliquaient non seulement aux mécanismes de financement des hôpitaux publics et privés, mais aussi à des mécanismes hybrides qui combinaient les deux types de financement¹⁶. L'étude a indiqué par ailleurs que la France et la Belgique avaient de la difficulté à maîtriser les coûts du fait qu'elles finançaient les soins ambulatoires selon le mode de rémunération à l'acte (c.-à-d. sans budgets globaux)¹⁶. Toutefois, comme ces résultats datent de plus de 20 ans, la corrélation entre les modes de financement et les dépenses de santé pourrait ne plus exister.

D'autres expériences internationales relatives aux budgets globaux ont donné des résultats mitigés. En 2002, Taiwan a changé le mode de financement des hôpitaux en remplaçant la rémunération à l'acte par la budgétisation globale pour essayer de contrôler les coûts. Les données probantes ont, en effet, indiqué que cet objectif a été atteint avec succès, mais ce au détriment de la qualité des services de santé¹⁷.

On a aussi examiné l'efficacité des budgets globaux dans les soins post-aigus. Le régime d'assurance allemand pour des soins de longue durée dispensés à domicile et dans des établissements de soins infirmiers a fixé, en 1995, un plafond global des dépenses ainsi que des limites aux dépenses par personne¹⁸. Pendant ses quatre premières années, le régime a pu générer des excédents¹⁸, mais depuis 1999, l'excédent a diminué et on s'attend même à enregistrer un déficit¹⁹.

Fait intéressant, alors que la plupart des pays se sont éloignés des budgets globaux, des documents récents aux États-Unis ont émis des hypothèses que la mise en œuvre d'une certaine forme ou d'une combinaison de budgets globaux pourrait contribuer à contrôler les coûts de tous les biens et services médicaux^{20, 21}. Les chercheurs mentionnent les négociations ouvertes et publiques des frais ainsi que la réduction des dépenses administratives comme étant des avantages clés possibles pour le système américain²².

Points faibles

Les budgets globaux ont un certain nombre de points faibles par rapport aux autres mécanismes de financement. Afin de respecter les limites des dépenses, les établissements peuvent restreindre les admissions ou les types de services, ce qui pourrait donner lieu à des listes d'attente et, par conséquent, à une certaine frustration que de nombreux Canadiens connaissent bien²³. Il n'est pas rare non plus que des établissements de santé prennent des mesures de limitation (ou de rationnement) au début de l'exercice pour s'assurer qu'ils auront suffisamment de ressources plus tard dans l'année¹². Ensemble, ces facteurs peuvent renforcer les inégalités historiques en matière de financement ou les inefficacités des modèles de soins.

Les budgets globaux n'incitent guère les établissements à raccourcir les durées de séjour des patients ou à transférer ceux dont l'état de santé ne nécessite pas des soins aigus vers des milieux moins coûteux, comme ceux des soins externes ou à domicile²⁴. Ils n'encouragent pas non plus les établissements à engager des coûts plus élevés pour augmenter la qualité des soins ou à réduire les listes d'attente²⁵. On peut même affirmer que les budgets globaux dissuadent les établissements à maximiser le rapport coût-efficacité de leur prestation de soins.

L'inconvénient de l'attribution de budgets globaux aux hôpitaux est le manque d'incitations pour ces derniers à intégrer leurs services à ceux des établissements de soins post-aigus. Ces résultats sont évidents dans le système de santé canadien, où un lit sur huit est régulièrement occupé par un patient hospitalisé en attente d'un autre niveau de soins (ANS)²⁴. Ce « fossé » entre l'hôpital et les fournisseurs de soins communautaires nuit à la qualité, augmente les coûts à l'échelle du système, donne lieu à des résultats cliniques sous-optimaux, présente des risques pour la sécurité et la santé des patients, et réduit l'accès aux services hospitaliers pour ceux qui sont en attente de recevoir de soins²⁴.

Selon une analyse comparative de sept pays européens, les contraintes de coûts associés aux budgets globaux semblent avoir des conséquences négatives sur l'efficacité et la qualité¹⁶, notamment des retards dans le service (les listes d'attente) ainsi que l'impression que le système ne répond pas aux souhaits des patients et qu'il n'en tient parfois même pas compte, d'où une insatisfaction générale de la part des patients à l'égard du système de santé¹⁶.

FINANCEMENT BASÉ SUR LES ACTIVITÉS

Le financement basé sur les activités (FBA) est désigné par divers noms, dont financement basé sur le volume, financement basé les services, financement basé sur les groupes clients ou rémunération au rendement. Peu importe le vocable, le FBA s'entend d'un mécanisme de financement des prestataires fondé sur le type de soins dispensés et la complexité des patients pris en charge. Méthode la plus couramment utilisée pour financer les soins hospitaliers à l'extérieur du Canada, le FBA est en train de devenir la norme internationale. Des pays comme les États-Unis, le Royaume-Uni, la France, l'Allemagne, la Finlande, entre autres, ont adopté des modes de financement qui reposent sur les principes du FBA.

Le FBA peut être adopté pour atteindre divers objectifs politiques, dont les plus courants consistent à renforcer la transparence du financement et à créer des incitations pour accroître la productivité et l'efficacité²⁶. D'autres objectifs sous-jacents aux changements qu'apportent certains pays à leurs modes de financement comprennent²⁷⁻³⁰ :

- ▼ réduire les listes d'attente,
- ▼ accroître la compétition entre hôpitaux en vue d'améliorer la qualité,
- ▼ renforcer la surveillance de la qualité et des activités,
- ▼ diminuer la capacité excédentaire.

En plus de la transparence et de l'efficacité qui sont les raisons les plus communes de l'adoption du FBA, de nombreux pays visent d'autres objectifs stratégiques précis. Aussi veulent-ils concevoir et mettre en œuvre un autre mécanisme de financement qui remédie aux points faibles tant du financement axé sur la population que de la budgétisation globale. Or, le FBA n'est pas une panacée du financement des services de santé. En Angleterre, par exemple, les objectifs stratégiques précis se regroupent autour de l'efficacité, de la réduction des listes d'attente, de la facilitation du choix des patients, de la promotion de la compétition entre établissements, de l'expansion des activités et de l'amélioration de la qualité²⁹. Certains de ces objectifs peuvent être contradictoires, car une augmentation soudaine de l'efficacité peut encourager les hôpitaux à réduire les coûts en dessous d'un niveau qui pourrait présenter des risques pour la sécurité des patients²⁹. En revanche, en France, par exemple, comme les listes d'attente ne constituent pas une question de politique publique, le FBA est considéré comme un moyen de mesurer l'activité hospitalière, d'encourager la compétition entre les prestataires de soins privés et publics ainsi que d'améliorer la transparence et la qualité des soins²⁹. Pour l'Allemagne, l'augmentation de l'efficacité des hôpitaux était une priorité, particulièrement la réduction de la durée moyenne des séjours dans les hôpitaux qui étaient considérés comme ayant des hospitalisations prolongées (et médicalement inutiles)²⁹. La multitude des objectifs stratégiques signifie par conséquent que les nombreux changements apportés aux systèmes de santé sont souvent mis en œuvre simultanément, y compris les changements aux modes de financement, ce qui rend difficile l'attribution des résultats uniquement au FBA²⁹.

D'une façon générale, les plus importantes limitations du FBA résident dans le fait qu'il n'encourage pas une prestation efficace des services de santé et qu'il perpétue le « cloisonnement » du financement des services de santé (même si ces limitations s'appliquent également aux budgets globaux). Pour ce qui est de ce dernier point, bien que le FBA ne fournisse pas aux hôpitaux des incitations financières explicites pour qu'ils assurent une certaine coordination avec des fournisseurs de soins post-aigus et communautaires, il les encourage implicitement à établir ces liens afin de donner aux patients leur congé le plus rapidement possible³¹.

Le FBA s'appuie sur les renseignements concernant le patient et les événements survenus pendant l'hospitalisation afin de décrire (et de quantifier) les résultats hospitaliers. Afin de mieux caractériser les services que les hôpitaux offrent grâce à leur financement, il faut élaborer des systèmes de classification qui sont communément appelés systèmes de groupes clients, dont le plus populaire est le système de groupes homogènes de malades (GHM)³². Chaque GHM représente un ensemble de patients dont les caractéristiques cliniques et, par conséquent, les coûts des soins sont semblables. Les GHM sont des algorithmes déterministes : d'abord, on attribue un GHM unique à chaque hospitalisation, laquelle est ensuite rémunérée selon un montant associé au GHM attribué.

La plupart des pays ont élaboré leur propre système de groupes de diagnostics – *HRG* en Angleterre, *AR-DRG* en Australie et *Nord-DRG* dans les pays nordiques³³ – pour tenir compte des classifications des interventions locales, des modes de traitement et des coûts, ainsi que pour s'imposer comme étant le mécanisme de financement auprès des prestataires. Au Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) tient à jour un système équivalent, connu sous le nom de *GMA+* (groupes de maladies analogues), qui comprend des pondérations de la consommation des ressources (PCR) permettant de calculer les coûts prévus¹⁴.

Dans les systèmes de santé de la plupart des pays, les hôpitaux tirent leurs revenus de diverses sources (« payeurs »). Par exemple, aux États-Unis, les revenus des hôpitaux proviennent tant des assureurs privés que des assureurs publics (comme Medicare, le système de santé administré par le gouvernement fédéral et visant des personnes âgées de 65 ans et plus et de certaines personnes en phase terminale). Alors qu'une partie des revenus de ces hôpitaux est basée sur des paiements prospectifs des hospitalisations (tels que les revenus de Medicare), les autres découlent d'autres sources (dont des contrats basés sur le système de capitation). Dans ces modèles de revenus mixtes, les différentes sources de revenus peuvent servir à stabiliser les revenus ou à financer des paiements prospectifs dont les taux sont faibles, quoiqu'il soit extrêmement rare que tous les revenus des hôpitaux proviennent de paiements prospectifs^{31, 34, 35}.

- En Suède, environ la moitié des conseils de comté utilisent, d'une part, les GHM pour rembourser les hôpitaux et les centres de soins primaires et, d'autre part, les budgets globaux pour le reste des établissements.
- À Victoria, en Australie, le FBA représentait environ 25 p. 100 des revenus des hôpitaux en 1993 lors de son instauration, et a augmenté à près de 70 p. 100 en 2001.
- Au Danemark, le FBA couvre entre 39 et 52 p. 100 du financement total des hôpitaux.
- En Norvège, la part du FBA pour les autorités sanitaires régionales est décidée par le parlement et représente, depuis 2006, environ 40 p. 100. Les subventions globales couvrent les 60 p. 100 restants. Cependant, les autorités sanitaires régionales ont un pouvoir discrétionnaire quant au choix du mécanisme de financement des hôpitaux et ces attributions ne sont pas transparentes.
- Au Portugal et en Irlande, les hôpitaux sont financés à environ 80 p. 100 selon le FBA.
- En Allemagne et en France, les hôpitaux sont actuellement financés à environ 80 pour cent selon le FBA et le seront progressivement à cent pour cent.

Les raisons pour lesquelles on se fie de moins en moins au FBA comme étant le seul mécanisme de financement des soins hospitaliers sont variées. Certains pays imposent des plafonds au FBA pour contrôler la croissance des activités (et par conséquent des coûts)³¹. Ces formules permettent de déterminer les niveaux cibles des activités, puis de payer les établissements à un tarif différent (réduit) pour les services fournis au-delà de ces cibles³¹.

D'autres pays s'appuient sur différentes formulations du FBA pour faire avancer des orientations stratégiques données. Au Royaume-Uni, en Australie, en Norvège et en Suède, une des raisons de la mise en place du FBA était de réduire les délais d'attente, souvent au moyen d'une incitation financière explicite en faveur du traitement ambulatoire^{29, 34}, alors qu'en Allemagne, en Italie et aux Pays-Bas, le FBA visait à accroître l'efficacité en encourageant la compétition entre hôpitaux et à réduire la capacité excédentaire dans le secteur hospitalier (en Allemagne)³⁴. Dans certains pays, les proportions varient afin de diminuer les risques financiers du FBA pour les hôpitaux²⁹. L'Australie, par exemple, établit différentes définitions pour des hôpitaux régionaux et éloignés de petite taille. Ces hôpitaux sont financés différemment de ceux de grande taille en milieu urbain – soit à l'aide de modificateurs de prix ou de niveaux de financement garantis pour assurer l'accès aux soins³⁶. Ces pays ont choisi le FBA de préférence à d'autres mécanismes de financement des hôpitaux en vue de l'atteinte de certains objectifs stratégiques particuliers, d'où la possibilité d'élaboration d'une gamme de modèles de FBA et d'autres modes de financement en complémentarité au FBA.

Il existe aussi d'autres facteurs déterminants dans la décision de ne pas adopter le FBA comme étant le seul mécanisme de financement des hôpitaux, qu'il s'agisse de l'incapacité de mesurer de manière fiable les groupes clients (ou l'intensité d'utilisation) dans tous les secteurs d'activités hospitaliers – comme les soins ambulatoires, de réadaptation et de santé mentale – ou du maintien des enveloppes de financement distinctes pour les unités de soins intensifs des hôpitaux, pour l'enseignement ou la recherche^{29, 34, 36}.

Financement basé sur les activités au Canada

La suggestion que les provinces canadiennes retiennent le FBA pour les hôpitaux n'est pas nouvelle. En 2002, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, présidé par le sénateur Michael Kirby, a recommandé l'adoption d'un financement fondé sur les services pour les hôpitaux canadiens³⁷. Le rapport souligne que le financement fondé sur les services non seulement serait bénéfique pour le Canada en encourageant l'efficacité dans les hôpitaux, en créant la compétition entre établissements, en favorisant la mise sur pied des équipes de soins de santé et des centres d'excellence pour des services spécialisés, mais améliorerait aussi la qualité des soins³⁷.

Au Québec, le Groupe de travail sur le financement du système de santé, présidé par Claude Castonguay, a publié en 2008 un rapport qui a fait la recommandation d'instaurer progressivement le FBA pour les soins en établissement (le rapport parlait d'achats de services)³⁸ et qui a conclu que les budgets globaux n'offraient pas suffisamment d'incitations à l'innovation et à l'efficacité³⁸. Le rapport a prévu également que le FBA réduirait les coûts administratifs, viderait de sens le débat confrontant le secteur public au secteur privé et encouragerait des mesures du rendement³⁸. Il a indiqué que les bases d'information et de données nécessaires à la mise en œuvre du FBA existent au Québec et qu'on pourrait les utiliser pour obtenir le coût par épisode de soins dans les hôpitaux³⁸.

Certaines provinces canadiennes sont de plus en plus intéressées à créer des incitations financières pour les hôpitaux afin d'augmenter le nombre de patients pris en charge (volume), d'améliorer l'efficacité, de décourager des activités inutiles dans l'épisode de soins et de favoriser la compétition entre établissements. Alors qu'on assiste actuellement dans trois provinces, à savoir la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario, à l'expérimentation d'une certaine forme de FBA pour les soins aigus, l'Alberta et l'Ontario en sont à diverses étapes de mise en œuvre du FBA pour les soins de longue durée¹⁴. En plus de ces mesures provisoires, de nombreuses provinces ont déjà appliqué différentes formes du FBA dans le cadre de la stratégie fédérale de réduction des temps d'attente. En vertu de cette approche, les provinces ont utilisé des fonds ciblés pour « acheter » aux hôpitaux des soins chirurgicaux supplémentaires, ce qui a permis ainsi aux hôpitaux de générer des fonds additionnels liés au volume de soins chirurgicaux. Cependant, aucune étude n'a été menée jusqu'à présent sur les effets des politiques relatives au FBA au Canada³⁹.

Points forts

Les points forts associés au FBA se répartissent généralement en cinq catégories, à savoir le volume, l'efficacité, la transparence, l'accès, la qualité. Ces catégories sont utilisées pour structurer le présent rapport. Elles ne se veulent pas exclusives et, dans de nombreux cas, se recoupent avec les concepts dans d'autres sections.

Transparence

L'un des avantages les plus importants du FBA est sa transparence. En liant le financement des hôpitaux à l'activité réalisée ou au service fourni, on indique clairement la base du financement à tous les établissements de services de santé^{29, 31, 40, 41}. Le FBA crée également, parmi les établissements, une perception d'équité : financement égal à travail égal¹⁴.

La transparence dans le financement des services de santé de financement est attribuable au FBA pour quatre raisons : 1) la mesure des activités hospitalières est nécessaire (à l'aide d'une variante des GHM); 2) ces mesures de résultats permettent des comparaisons de coûts, d'efficacité et de qualité entre hôpitaux; 3) des incitations sont offertes pour encourager les hôpitaux à codifier constamment les diagnostics et les interventions; et 4) les hôpitaux sont exhortés à améliorer la précision de leur système de comptabilité analytique respectif⁴². Pour ce qui est de ce dernier point, la mise en place du FBA coïncide souvent avec celle de systèmes de comptabilité analytique autorisés et normalisés dans les hôpitaux (souvent, les hôpitaux ont eux aussi intérêt à améliorer leurs systèmes de gestion pour des raisons de gestion)⁴³.

Volume

Comme son nom l'indique, le FBA lie (en tout ou en partie) le revenu d'un hôpital à ses activités. Contrairement aux budgets globaux dans lesquels les patients représentent des coûts supplémentaires pour l'hôpital, les patients sont une source de revenus en vertu du FBA. Par conséquent, les récompenses du FBA augmentent avec les activités hospitalières. Il est important de reconnaître que, lorsque le nombre de lits est plafonné, on ne peut augmenter le volume que s'il existe une capacité inutilisée (ce qui est peu probable dans les hôpitaux chroniquement complets du Canada) ou que si une capacité supplémentaire peut être générée (en réduisant la durée des séjours ou en transférant les patients vers d'autres milieux de soins).

Les nombreux pays qui ont mis en œuvre le FBA pour les soins hospitaliers, dont l'Australie, le Danemark, l'Espagne, la Norvège, l'Italie, la Suède, l'Angleterre, la France et l'Allemagne, signalent une augmentation du volume de soins^{29, 32, 34, 36, 41, 44}. Des études réalisées au Royaume-Uni, en France, en Allemagne et en Irlande ont également fait état d'une augmentation des activités liées aux patients hospitalisés, aux soins le jour même et aux services de court séjour²⁹. Le FBA est associé non seulement à une augmentation des activités hospitalières, mais également à des changements dans les types de services dispensés. Par exemple, les hôpitaux en France ont signalé une augmentation de la proportion d'hospitalisation d'un jour depuis la mise en œuvre du FBA^{29, 45, 46}. Cette hypothèse est étayée par des observations dans 30 pays de l'OCDE selon lesquelles les hôpitaux financés par le FBA passent des soins en milieu hospitalier aux soins en clinique externe plus rapidement que ceux qui ne sont pas financés en fonction de leurs activités^{34, 47}.

Cette augmentation des activités hospitalières peut ne pas être uniforme. Selon des données probantes américaines, elle se produit surtout dans les secteurs où les marges sont les plus élevées (où il est possible de générer de excédents), notamment les services de cardiologie, d'orthopédie et de chirurgie⁴⁸⁻⁵².

D'autres pays ont constaté que certains hôpitaux se concentrent sur les secteurs de soins où ils ont un avantage concurrentiel^{34, 53}. Par exemple, en ce qui concerne les petits hôpitaux à Taiwan, comme ils sont moins compétitifs dans les services de soins de courte durée, ils se transforment progressivement en établissements de soins de longue durée et se spécialisent dans des services tels que l'utilisation de ventilateurs mécaniques⁵³.

Efficiences

Le FBA peut être conçu de façon à stimuler une plus grande efficacité grâce à l'utilisation des prix, c'est-à-dire le montant versé à un hôpital donné pour un service précis. Lorsque les prix sont fixés en deçà du coût actuel des soins, les hôpitaux ont intérêt à réduire leurs coûts et à devenir plus efficaces³⁰. Pour ce faire, il leur faut réduire les durées de séjour, ce qui se traduit par un nombre plus élevé de patients pris en charge par lit^{29, 32, 40, 54}. Une étude par panel de 28 pays qui ont remplacé la budgétisation globale par le financement en fonction des GHM a fait état d'une réduction de 3,5 p. 100 de la durée moyenne d'hospitalisation³².

Les données probantes concernant les effets du FBA sur l'efficacité technique (coût par admission) sont positives^{31, 55}. Une étude a comparé les données de 729 hôpitaux en Norvège, en Suède, en Finlande et au Danemark et en a conclu que la mise en place du FBA en Norvège a amélioré l'efficacité des hôpitaux de trois à quatre points de pourcentage³¹. On a constaté des résultats semblables concernant l'efficacité technique au Portugal⁵⁴.

Toutefois, les résultats ne sont pas incontestables. Une autre étude norvégienne de 184 hôpitaux a signalé des disparités importantes dans l'efficacité technique, bien qu'elle ne puisse pas les attribuer directement au FBA⁵⁶. De même, une recherche en Autriche a constaté que le FBA n'était de nul effet sur l'efficacité technique⁵⁴ et aux États-Unis, on n'a observé aucune répercussion positive sur l'efficacité⁴¹.

Quoique, selon d'autres chercheurs, le FBA ait un effet positif sur l'efficacité dans la mesure où les activités ont augmenté et les délais d'attente ont diminué^{31, 55}, la question est de savoir si le FBA donne lieu à un meilleur rapport coût-efficacité (le niveau des résultats comparativement aux dépenses totales). Or, certaines recherches indiquent que cela peut ne pas être le cas^{31, 55}. Les améliorations de l'efficacité peuvent dépendre du système de financement en place avant l'instauration du FBA. Ainsi, lorsque le FBA vient remplacer les budgets globaux, l'efficacité technique semble s'améliorer, même si ce phénomène ne peut pas être considéré comme étant définitif, car il est difficile de séparer la mise en place du FBA d'autres réformes du système de santé qui sont souvent entreprises simultanément⁴¹.

Accès

Dans de nombreux pays, on reconnaît que le FBA augmente de plus en plus l'accès aux soins hospitaliers et qu'il réduit les délais d'attente pour les soins aigus^{30, 31, 34, 36, 44}. Une étude de l'OCDE a comparé des pays avec et sans délai d'attente en chirurgie non urgente, et a constaté que les délais d'attente seraient moins longs si les pays utilisent le FBA pour financer les hôpitaux et paient les médecins à l'acte⁵⁷. Toutefois, il faut du temps pour que cet avantage se concrétise. Une étude sur des hôpitaux en Norvège a signalé que le nombre de patients en attente de traitements non urgents ne commence à diminuer que deux ans après la mise en place du FBA⁵⁴.

Une amélioration de l'accès aux soins hospitaliers de l'hôpital pourrait ne pas être identique pour tous les patients, et la sélection des risques est une préoccupation légitime^{15, 58, 59}. Dans ce contexte, la sélection des risques consiste à privilégier l'admission des patients dont les coûts attendus sont inférieurs au montant de rémunération. Les hôpitaux peuvent, par exemple, soit limiter l'accès aux

soins pour les patients dont le coût dépasserait le montant du financement, soit opérer un tri en faveur des patients dont les coûts seraient inférieurs au FBA^{15,58}. Cependant, cette stratégie obligerait les hôpitaux à avoir une connaissance approfondie des coûts attendus de leurs patients (ce qui n'est pas toujours le cas dans les hôpitaux canadiens).

La sélection par les hôpitaux des risques que présentent des patients coûteux est considérée comme un effet indésirable en ce qui concerne l'équité d'accès. Afin de minimiser la possibilité que les hôpitaux aient recours à la sélection des risques, il est nécessaire de concevoir de façon judicieuse des systèmes de financement. Par exemple, les établissements qui prennent en charge des patients ayant des comorbidités préexistantes coûteuses devraient être rémunérés adéquatement, et les taux d'hospitalisation de différents groupes socioéconomiques devraient faire l'objet de suivi dans le temps.

Une autre conséquence du FBA qu'il faut tenir en considération dans le contexte canadien a trait aux changements dans l'accès géographique aux services de santé, un aspect qui est d'ailleurs étroitement surveillé dans de nombreux pays qui ont mis en œuvre le FBA¹⁴. Les incitations à des économies d'échelle peuvent conduire à une concentration de certains services hospitaliers dans les centres urbains, laquelle concentration serait souhaitable si elle débouche sur de meilleurs résultats cliniques, comme dans les cas des soins spécialisés, mais elle peut aussi réduire la capacité des hôpitaux dans d'autres domaines cliniques^{3,14}.

Pour certains petits pays, le résultat souhaité de la mise en œuvre du FBA serait une concentration des services associée à une augmentation de l'efficacité. Pour de vastes pays à population dispersée comme le Canada, une concentration plus importante des services en dehors des zones rurales peut aggraver les problèmes d'équité d'accès. La réduction de l'accès géographique est corrélée au statut socio-économique : les patients de faible statut socioéconomique sont moins susceptibles de parcourir de plus longues distances pour accéder aux services de santé et ont une prévalence plus élevée de maladies chroniques⁶⁰.

Surveillance de la qualité des soins hospitaliers

La principale critique formulée à l'égard du FBA porte sur le fait que l'incitation à réduire les coûts menace la qualité et la sécurité des soins dispensés dans les hôpitaux, une critique que des données empiriques ne semblent pas étayer. Des études plus anciennes menées aux États-Unis ont indiqué que le FBA ne se répercute pas sur la mortalité, ni sur les indicateurs de qualité pour six maladies chroniques⁶¹⁻⁶³. Selon d'autres études américaines, bien que l'état de santé des patients soit moins stable après leur congé de l'hôpital, il y a une amélioration des processus de soins^{64,65}.

Des données plus récentes provenant du Royaume-Uni et des pays européens arrivent à la même conclusion^{66,67}. Alors qu'une étude a indiqué qu'il n'y a aucune corrélation entre l'adoption du FBA et la mortalité, une autre a révélé une faible association entre l'adoption du FBA et une diminution de la mortalité^{32,66,68}. Bien que les hôpitaux manquent de motivation pour régler la question de nouvelles hospitalisations évitables dans le cadre du FBA, des travaux empiriques récents suggèrent que le FBA peut encourager les hôpitaux à fournir des soins de meilleure qualité pour réduire les complications ou les réadmissions coûteuses (puisque les nouvelles hospitalisations sont souvent peu rentables)⁶⁹.

Une autre étude américaine a montré que malgré la réduction de la durée de séjour moyenne, les effets du FBA sur les taux de réadmission étaient modestes⁶⁵. Toutefois, des données provenant des États-Unis suggèrent que les pressions de compression des coûts exercées par le FBA peuvent influencer sur la qualité des soins aux patients hospitalisés qui ne sont pas en bonne situation économique, un résultat auquel la recherche européenne n'a toutefois pas abouti⁶⁵.

D'un autre point de vue, il y a des études qui signalent une corrélation entre la satisfaction des patients et la mise en œuvre du FBA^{15,44}. Une étude en Norvège a constaté que la satisfaction des patients à l'égard des soins hospitaliers après la mise en œuvre du FBA a augmenté en raison de la réduction des délais d'attente⁷⁰.

Le FBA a été associé à une meilleure utilisation des pratiques cliniques exemplaires dans certains cas^{47,62,71}. En raison de préoccupations concernant le lien entre la qualité des soins hospitaliers et la mise en œuvre du FBA, certains pays ont recours à des mécanismes de surveillance de la qualité⁶³. L'Allemagne a mis en œuvre, parallèlement au FBA, un système national de surveillance de la qualité dans les hôpitaux³⁴. La France envisage de suivre de près les signalements d'infections nosocomiales, d'accidents transfusionnels et d'événements graves³⁴. Elle utilise également les données cliniques et administratives afin d'étayer ses politiques de FBA pour des programmes d'amélioration de la qualité en milieu hospitalier^{72,74}.

Points faibles

Les points faibles liés au FBA se répartissent généralement en quatre catégories : l'augmentation globale des dépenses, les exigences en matière de données et de rapports, l'établissement des montants de financement et le surcodage.

Augmentation globale des dépenses

Le FBA est associé à une augmentation globale des dépenses hospitalières^{29,31}. Alors que le FBA peut réduire les coûts par patient, l'augmentation du volume consomme les économies potentielles du système de santé. Cette hypothèse est étayée par une étude qui portait sur 28 pays et qui a constaté que le FBA, comme principal mécanisme de remboursement des hôpitaux, a été associé à une augmentation des dépenses de santé totales par habitant³².

Exigences en matière de données et de rapports

Les exigences relatives au degré d'information requis pour gérer le FBA sont considérables : des renseignements détaillés sur les services de santé fournis aux patients, sur les coûts associés (et non associés) à la prestation de ces services ainsi que sur la répartition des services hospitaliers aux patients doivent être recueillis avec précision et en temps opportun. Ces trois sources sont nécessaires pour définir les « produits » des établissements, pour calculer leurs « prix », ensuite pour administrer le système transactionnel entre les établissements et le bailleur de fonds (la province).

Les données cliniques, démographiques et administratives tirées des dossiers de patient constituent l'une des plus importantes sources de données afin de gérer le FBA pour les hôpitaux. À l'exception du Québec, tous les hôpitaux recueillent cette information à partir des dossiers de patient et la transmettent par voie électronique à la Base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). L'ICIS gère et distribue également les règles et les méthodes concernant le type d'information à extraire des dossiers de patient.

Une autre source de données extrêmement importante est le système de rapports de gestion (des rapports financiers et statistiques) des hôpitaux. Ces rapports financiers et statistiques au niveau des unités fournissent un résumé des dépenses et de l'utilisation de chaque unité. Les rapports sur les dépenses par unité sont une source d'information clé permettant aux hôpitaux de déterminer où des dépenses sont engagées et où des économies peuvent être réalisées. L'ICIS tient à jour et divulgue un cadre, appelé *Guide sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada*

(Guide SIG), qui comporte des règles sur la façon de collecter ces données⁷⁵. Dans toutes les provinces, sauf au Québec qui dispose d'un système indépendant, des données financières et statistiques normalisées sont recueillies auprès des établissements de services de santé puis transmises aux ministères provinciaux de la Santé⁷⁶.

Une troisième importante source de données est constituée par des données sur les coûts au niveau du patient. Les coûts associés à la prestation des soins aux patients sont des éléments essentiels pour éclairer la réponse des hôpitaux aux incitations financières, ainsi que l'établissement des montants de financement par les ministères provinciaux⁷⁷. À l'échelle internationale, les pays traitent les données sur les coûts de différentes manières. Les hôpitaux américains, par exemple, recueillent de nombreuses données sur les « charges » au niveau du patient (les « charges » s'entendent des frais imputés aux patients pour les services fournis)⁷⁸. En France, le manque de données transparentes sur les coûts limite la capacité du pays à déterminer des établissements efficaces et à cerner les différences dans les pratiques cliniques²⁹. Lorsque le Royaume-Uni a mis en place le FBA, il a élaboré un système – et a engagé des frais considérables – pour surveiller systématiquement les changements dans les activités hospitalières, pour recueillir des données sur les coûts au niveau du patient, pour étudier la qualité des données ainsi que pour gérer des contrats de service avec des hôpitaux^{79 81}.

Établissement des montants de financement

L'établissement du montant de financement des soins hospitaliers est extrêmement important afin de favoriser un comportement souhaité de la part des hôpitaux. Si le montant du financement est trop bas, même l'hôpital le plus efficace ne pourra pas ajuster sa structure de coûts en conséquence (certains hôpitaux peuvent d'ailleurs être portés à rogner sur les soins). Par contre, si le montant du financement est trop élevé, il incitera les hôpitaux à offrir des soins inutiles et inadéquats^{26, 82}.

Une étude sur le FBA dans cinq pays, qui utilisent tous les coûts moyens comme base pour déterminer le montant du financement, a critiqué l'utilisation du coût moyen, et ce, pour diverses raisons, dont les suivantes^{29, 31, 83} :

- encourager la prestation de services financièrement non viables ou médicalement inutiles,
- favoriser la convergence vers la moyenne plutôt que des améliorations du rendement,
- ne pas tenir compte de la valeur réelle des résultats d'un point de vue sociétal.

Par conséquent, adapter les montants de financement aux objectifs du FBA est considéré comme un élément essentiel pour maintenir l'équilibre entre les incitations à fournir des soins efficaces et celles à fournir des soins inutiles.

Comme les hôpitaux canadiens, contrairement à leurs homologues américains, ne tiennent pas de registres détaillés des activités, parce qu'ils ne produisent pas de factures, il n'y a donc pas de données sur les frais qui sont générés simplement comme un sous-produit des soins. Les systèmes canadiens ont pour but d'appuyer le fonctionnement des hôpitaux (dans une approche normalisée) et de répondre aux exigences en matière de responsabilité financière, et non d'évaluer les coûts des services⁷⁷. Par conséquent, le manque de données précises sur les coûts peut empêcher les provinces de mettre en œuvre le FBA et obliger les décideurs politiques à se démener pour déterminer les montants de financement (c.-à-d. les prix) qui représentent adéquatement le coût des producteurs efficaces dans leur province respective. Quelques hôpitaux en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario (et bientôt en Nouvelle-Écosse) recueillent ce type de données détaillées sur les coûts.

Au Canada, l'ICIS calcule la pondération de la consommation des ressources (PCR) en se fondant sur un ensemble de données sur les coûts au niveau du patient. Ces valeurs sont représentatives du coût moyen des soins hospitaliers, mais ne reflètent pas celui des producteurs efficaces dans leur province respective ni prennent en considération les volumes ciblés. Ainsi, dotés seulement de la PCR, les responsables des politiques dans les provinces désireuses de mettre en œuvre le FBA s'évertueront à déterminer les « prix ».

Surcodage

Une préoccupation particulière associée au FBA est qu'il permet aux établissements de « déjouer » le système de financement en manipulant les données cliniques des hôpitaux. Cette pratique, communément appelée surcodage^{30, 40}, consiste à ajouter de façon inopportune des comorbidités marginales ou inexistantes pour relever la classification d'un patient et l'associer à un montant de financement plus élevé. De telles pratiques sont bien documentées aux États-Unis, en Suède, aux Pays-Bas et en Australie^{84, 89}.

Cependant, le risque de surcodage n'est pas le même d'un pays à l'autre et peut être lié à la conception et au fonctionnement du système de classification des patients, aux caractéristiques du marché (p. ex., l'existence d'hôpitaux à but lucratif) ou aux méthodes de détection employées pour la prévention^{29, 89}. Les risques de surcodage sont moindres dans des systèmes où²⁹ :

- ▼ il n'y a pas d'établissements à but lucratif,
- ▼ la rémunération est indépendante des processus de codage,
- ▼ la classification d'un patient a lieu avant son congé,
- ▼ il y a peu de possibilités de modifier la classification d'un patient et
- ▼ les critères de classification sont conformes aux pratiques cliniques.

Des cas confirmés de surcodage, qui est considéré comme de la fraude en vertu du programme public *Medicare*, font l'objet de graves poursuites aux États-Unis⁹⁰. Les sanctions pour les hôpitaux peuvent consister en des amendes (jusqu'à concurrence de 10 000 \$ pour chaque réclamation frauduleuse). Quant aux particuliers, ils peuvent se voir imposer une peine d'exclusion au remboursement futur de la part de *Medicare* et d'emprisonnement maximal de dix ans⁹⁰. On a également établi une base de données nationale (disponible en ligne) qui répertorie les fournisseurs reconnus coupables de fraude et exclus du remboursement de *Medicare*⁹⁰.

Les États-Unis ont employé sept méthodes pour réduire le risque de surcodage (dont trois ont été élaborées par les *Centers for Medicare and Medicaid*)⁸⁹. En revanche, d'autres pays ont adapté les incitations pour minimiser la possibilité de surcodage, en mettant l'accent sur les sanctions aux établissements plutôt que sur celles aux particuliers. Par exemple, en Norvège, on interrompt le financement aux établissements dès que le codage est supérieur au niveau établi⁹¹. L'Australie a six méthodes et se concentre sur les vérifications externes et les examens par les pairs du système en place pour freiner le surcodage⁸⁹. Alors que les Pays-Bas ont recours à un système de contrôle interne qui comprend des mécanismes tels qu'un module de validation et une déclaration par le conseil d'administration des hôpitaux⁸⁹, l'Allemagne et la France effectuent la vérification des registres des hôpitaux³⁵.

Les données sur l'efficacité des différents mécanismes de contrôle utilisés pour réduire le surcodage sont mitigées. Une étude indique que la conduite de vérifications de façon régulière et la hausse du montant consacré à la détection de la fraude entraînent à une baisse des paiements indus et du surcodage⁸⁹. D'autres recherches ont montré que les examinateurs externes font plus d'erreurs dans la

classification des GHM que les hôpitaux en raison de la compétence du personnel⁹². Toutefois, entre 1996 et 2004, les États-Unis avaient été en mesure de réduire le surcodage de 14 p. 100 du total des paiements à 5, 2 p. 100⁸⁹.

Peu importe le système, des méthodes et des vérifications perfectionnées sont des éléments nécessaires de tout mécanisme de FBA pour maintenir l'intégrité et la validité des données utilisées dans le financement des hôpitaux^{93, 94}. À l'heure actuelle, non seulement aucun système de vérification ou de surveillance exhaustive et continue n'a été élaboré pour appuyer les applications du FBA au Canada, mais aucune province n'a non plus publié des politiques sur les sanctions en cas de surcodage. Constatation décevante, des études antérieures sur la qualité des données de la BDCP de l'ICIS ont révélé que les hôpitaux canadiens ont également surcodé leurs données, même sans les incitations financières du FBA.^{95, 96}

FBA pour des soins post-aigus et communautaires

Selon certains ouvrages, le FBA est le meilleur mécanisme de financement des soins de courte durée, où les épisodes des patients sont relativement faciles à observer^{31, 97, 98}. En outre, il est plus facile de financer les hôpitaux en fonction du nombre et des caractéristiques des patients en milieu de soins aigus où les coûts sont en grande partie déterminés par les diagnostics des patients et les interventions effectuées. En revanche, les facteurs décrivant l'intensité (et la pertinence) des soins non aigus sont moins développés et sont confrontés à d'importants problèmes de mesure³¹.

Toutefois, on s'emploie actuellement à adapter le FBA aux soins non aigus, comme les soins prolongés, ambulatoires, de longue durée, de santé mentale et de réadaptation pour patients hospitalisés. Le financement de ces activités n'est pas aussi systématique que celui des soins aigus. Il faut, en conséquence, élaborer un système de classification des patients qui est à l'image des GHM dans les soins aigus et qui reflète les objectifs des systèmes de santé en matière de soins aux patients. Un autre problème encore plus grand est le manque de données précises au niveau du patient, sur lesquelles repose l'élaboration du système de classification^{97, 98}.

Les sections suivantes examinent quelques-unes des façons dont les pays ont adapté les mécanismes de FBA pour financer les soins continus, ambulatoires, de réadaptation pour patients hospitalisés, de longue durée, à domicile et de santé mentale.

FBA pour des soins continus

Les soins continus complexes s'entendent des soins médicaux spécialisés dispensés aux patients de façon continue en milieu hospitalier²⁴ et sur une période de temps prolongée. Ces patients sont généralement atteints de maladies ou de handicaps nécessitant des soins spécialisés ou technologiques comme un ventilateur²⁴. Dans certaines provinces, les soins continus sont également appelés des soins prolongés, auxiliaires ou chroniques²⁴.

Le FBA pour les soins continus complexes est fondamentalement différent de celui pour les soins de courte durée. Dans les soins aigus, les hôpitaux sont rémunérés pour chaque hospitalisation, alors que ce n'est pas le cas des soins continus complexes où les établissements sont rémunérés pour chaque journée de séjour (prix de journée). Toutefois, le montant du financement pour chaque patient est basé sur les caractéristiques cliniques et fonctionnelles du patient (données recueillies au moyen du fichier minimal de l'instrument d'évaluation des résidents – RAI MDS 2.0). Le montant de financement basé sur le prix de journée devrait rémunérer équitablement les établissements pour la prestation des soins, tout en créant des incitations pour qu'ils le fassent de manière efficace.

Les décideurs politiques trouvent divers avantages dans l'application du FBA aux établissements de soins continus. Les mécanismes de FBA pour les soins continus complexes permettent d'harmoniser le financement avec les caractéristiques des patients, de réduire les variations injustifiées des coûts et de surveiller la qualité des soins²⁴.

Selon une étude comparant les effets du FBA sur la prestation de services de rééducation physique aux résidents non âgés des foyers de soins aux États-Unis et aux patients de soins continus en Ontario, les patients dont les soins ont été payés par des établissements disposés à dépenser plus recevaient davantage de traitement⁹⁹. Bien que ce constat ne soit pas surprenant, il y avait des variations selon le type de financement. Les patients qui étaient couverts par un régime privé ou un régime d'assurance maladie basé sur les coûts bénéficiaient d'un meilleur accès au traitement et de plus de temps par traitement que ceux couverts par un régime d'assurance maladie financé en fonction des caractéristiques des patients⁹⁹. L'étude a également constaté que les patients (ontariens) des régimes financés par budget global avaient un accès accru au traitement, mais moins de temps moyen par traitement que des patients américains⁹⁹.

FBA pour des soins de réadaptation aux patients hospitalisés

La réadaptation pour patients hospitalisés consiste en une combinaison de services intensifs de réadaptation en milieu hospitalier et de services médicaux complexes²⁴. Les services de réadaptation aux patients hospitalisés peuvent être dispensés dans des hôpitaux de soins aigus ou des hôpitaux de réadaptation spécialisés, par une équipe de professionnels médicaux et de réadaptation²⁴. La durée moyenne de séjour en réadaptation varie de 10 jours (AVC) à 90 jours (lésion de la moelle épinière)²⁶.

Il y a deux exemples de classification (donc de financement) des services de réadaptation aux patients hospitalisés selon les épisodes de soins. Le premier exemple est le régime Medicare des États-Unis qui est basé sur les épisodes de soins et dans lequel un patient est attribué de façon univoque à un groupe client selon ses fonctions cognitives et physiques. L'hôpital concerné est ensuite rémunéré d'après le groupe client auquel est attribué le patient en question. Le deuxième exemple est celui des groupes de patients en réadaptation (GPR) de l'ICIS. Les patients sont également affectés à des GPR en fonction de leur état cognitif et fonctionnel (alors qu'aucune province n'applique les GPR au financement des épisodes de soins de réadaptation pour patients hospitalisés, l'Ontario recueille ce type de données et les soumet systématiquement au Système national d'information sur la réadaptation de l'ICIS)¹⁰⁰.

Les données probantes des États-Unis permettent de conclure que l'instauration du FBA pour la réadaptation des patients hospitalisés a été associée à une réduction des coûts des épisodes et des durées de séjour, mais que ses effets sur l'accès aux soins et la qualité des services sont mitigés^{101 104}. Selon certains faits, la qualité des soins de réadaptation est sujette aux forces de la concurrence du marché, bien qu'il soit difficile d'évaluer les établissements au regard de la qualité des soins dispensés^{104, 105}.

FBA pour des soins de longue durée

Les soins de longue durée (SLD) s'entendent des soins post-aigus qui sont dispensés en établissement et qui comprennent des mesures de soutien personnel ainsi que des services physiques, sociaux et de santé²⁴. Les patients des SLD ont habituellement des besoins médicaux complexes qui ne peuvent être satisfaits à leur domicile ou dans un milieu de soutien. Les établissements de SLD intègrent les services de santé et d'hébergement en un seul endroit et offrent des soins dispensés par le personnel infirmier autorisé et d'autres professionnels de la santé²⁴. Au Canada, les SLD sont fournis par des prestataires publics et privés. Les établissements de SLD sont également appelés des foyers de soins infirmiers, des centres de soins intermédiaires ou des établissements de soins pour bénéficiaires internes²⁴.

Semblable à l'approche appliquée au financement des soins continus complexes, le FBA pour des SLD est fondé sur un prix de journée. Comme dans le cas des soins continus complexes, ce mécanisme de financement n'encourage pas les hôpitaux à transférer les patients vers des milieux de soins plus appropriés ou moins coûteux. Les établissements s'efforcent, en revanche, de réduire leurs coûts au-dessous du montant de financement fondé sur le prix de journée. Les patients à faible coût sont, par conséquent, moins susceptibles de recevoir rapidement leur congé des SLD.

Le financement des SDL ajusté en fonction des groupes clients est une approche commune aux États-Unis et en Australie²⁴. Aux États-Unis, le système de groupes clients est également connu comme étant celui des groupes d'utilisation des ressources (RUG) et établit une distinction entre les services de réadaptation et l'état de santé¹⁰⁶. Les montants de financement prévus pour les différents RUG sont appelés des indices des groupes-clients (IGC) et reproduisent les coûts journaliers des SDL¹⁰⁶ : les IGC sont basés sur les mesures de l'intensité du temps du personnel, dans la prestation des soins infirmiers ou des soins thérapeutiques^{106,107}. Ce mécanisme de FBA est aussi adopté progressivement en Alberta et en Ontario (voir les détails ci-dessous).

Bien que l'instauration du FBA pour les SDL aux États-Unis ait des conséquences défavorables sur le rapport coût-efficacité, les résultats sont mitigés en ce qui concerne la qualité des soins¹⁰⁸⁻¹¹⁰. En raison de l'existence de prestataires à but lucratif, le FBA entraîne une diminution des niveaux de dotation en personnel infirmier, ce qui est préoccupant, considérant que les niveaux de dotation et la qualité des soins sont souvent positivement corrélés^{111,113}. En ce qui a trait aux prestataires publics, les données relatives aux répercussions du FBA sur la qualité des soins sont mitigées^{111,114-116}. Certaines données suggèrent que la concurrence entre établissements entraîne de meilleures mesures de qualité^{117,119}. Quoique le FBA des SDL soit associé à une réduction des services de réadaptation et qu'il ait des effets importants sur les prestataires privés, les données sur les changements dans l'accès aux soins de longue durée pour certains types de patients sont contradictoires^{101,110,120}. L'Alberta et l'Ontario utilisent en partie le FBA pour les SLD²⁴.

FBA pour les soins à domicile

Les soins à domicile comprennent un éventail des services offerts aux patients chez eux, qu'il s'agisse de résidences personnelles ou de ressources intermédiaires²⁴. Ces soins dont le but est de maintenir la capacité des patients à vivre de façon autonome, d'éviter les hospitalisations en soins aigus et de retarder les soins hospitaliers ou de longue durée²⁴ consistent en l'aide pour les activités quotidiennes, dont des services infirmiers, thérapeutiques, diététiques et sociaux, entre autres²⁴.

Le FBA pour les soins à domicile est répandu aux États-Unis, même si les données probantes concernant ses effets sur l'efficacité et la qualité sont divergentes. Selon un exemple bien documenté, les soins à domicile se présentent aux États-Unis comme une prestation offerte par Medicare et sont financés par épisodes de 60 jours¹²¹, lesquels peuvent d'ailleurs être renouvelés par périodes successives de 60 jours¹²¹. Un paiement spécial pour les cas extrêmes peut être versé pour tenir compte des patients dont les besoins en soins de santé sont les plus coûteux¹²². Les paiements des épisodes sont ajustés en fonction de l'état de santé du patient (ajustement par groupe client) ainsi que des différences de salaires entre zones géographiques¹²².

Medicare a instauré le mécanisme de FBA pour les soins à domicile en 2002, mais peu après, des établissements de soins à domicile ont été fermés et il y avait moins de nouveaux arrivants sur le marché qu'avant la mise en place du FBA¹²³. Cependant, ces effets ne se faisaient pas sentir uniformément dans le pays : il y avait plus de fermetures dans certaines régions que dans d'autres. Des établissements exclusifs et autonomes ont également vu une plus grande volatilité que ceux qui dispensent des soins en établissement, en milieu hospitalier ou dans des centres de soins infirmiers spécialisés¹²³.

Les données concernant les répercussions de l'instauration du FBA sur les soins à domicile sont mitigées. Bien que le FBA ait réduit de 16,6 p. 100 le nombre total des visites à domicile par épisode de soins, il n'a eu que peu d'incidence sur la qualité. Des établissements ont ainsi amélioré l'efficacité¹²⁴, mais la qualité des soins pour certains problèmes de santé s'est détériorée. Les patients souffrant de plaies, d'incontinence ou de problèmes cognitifs ou comportementaux ont connu une réduction des taux de traitement¹²⁴. Une autre étude a constaté que le FBA n'avait aucun effet sur le nombre de visites ou sur la qualité des soins, mais que des établissements ont réussi à maintenir les hausses de coûts par visite en deçà de l'inflation¹²⁵.

Plusieurs provinces, quoiqu'elles en soient encore à l'étape initiale, examinent les différentes options de financement des soins à domicile. L'Alberta, par exemple, évalue actuellement les besoins et les caractéristiques des patients des soins à domicile à l'aide de l'Instrument d'évaluation des résidents – soins à domicile (RAI-HC). Cet instrument présente plusieurs avantages. Premièrement, les données peuvent être soumises à l'ICIS pour les besoins de comparaison. Deuxièmement, il est congruent avec des ensembles de données sur les soins de longue durée et les soins continus complexes. Troisièmement, un nombre croissant de faits empiriques indiquent que ces données permettraient de surveiller la qualité clinique^{126,128}.

FBA pour les soins ambulatoires

Les soins ambulatoires sont généralement ceux qui sont dispensés à des patients externes ou non admis et peuvent être classés comme des procédures de jour, des soins d'urgence, des soins cliniques ou des services diagnostiques et thérapeutiques¹²⁹. Les soins peuvent être fournis dans différents milieux, notamment des cabinets de médecin, des cliniques de soins ambulatoires, des centres communautaires, des cliniques spécialisées et des services d'urgence.

L'ICIS collecte un sous-ensemble de données sur les patients en soins ambulatoires dans le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) et dans la Base de données sur les congés des patients (BDPC) – pour certaines provinces. Par exemple, toutes les visites aux services d'urgence en Ontario sont consignées dans le SNISA, alors que d'autres provinces versent les données sur les chirurgies de jour dans la BDPC. Ces données sont ajustées en fonction des groupes clients à l'aide du Système global de classification ambulatoire (SGCA) de l'ICIS, lequel comprend des groupes comme les visites au service d'urgence, les interventions en soins ambulatoires, la réadaptation et les visites à une clinique.

Les soins ambulatoires au Canada sont remboursés de plusieurs façons. Si les soins sont dispensés dans un hôpital (p. ex. une chirurgie de jour), ils sont remboursés par le budget global de l'hôpital en question. S'ils sont prodigués dans une clinique, leurs coûts sont généralement couverts par la rémunération à l'acte versée au médecin et peuvent comprendre des frais d'établissement ou de fournitures médicales. Selon le type de soins et selon la province, les soins ambulatoires peuvent également être payés le patient ou par un régime d'assurance privé¹³⁰.

Plusieurs pays, dont la Norvège, le Danemark et l'Australie, ont essayé d'instaurer le FBA pour les soins ambulatoires. Parallèlement, ils cherchent aussi des moyens de regrouper les patients ayant les mêmes besoins de soins, à l'instar des GHM31 32. À Victoria (Australie), les services ambulatoires fournis par de grands hôpitaux sont remboursés selon un système de groupes clients et ceux fournis par de petits hôpitaux, dans le cadre des subventions historiques³¹.

Aux États-Unis, on a ajusté le mécanisme de financement de Medicare en fonction des groupes de patients en consultation externe pour des établissements de soins ambulatoires, tels que des cliniques, des services d'urgence et des services de soins intensifs. Ces classifications, dont l'*Ambulatory Payment Classification* (APC), sont basées sur des similitudes de procédures, plutôt que sur celles de diagnostics

et on y distingue trois principaux types de soins ambulatoires aux fins de paiement : des interventions chirurgicales et non chirurgicales, des soins en cliniques et en urgence, ainsi que des services auxiliaires comme la radiologie, les vaccinations^{131, 132}.

Recourir au FBA pour transférer les soins en milieu hospitalier vers des soins en consultation externe peut être un des objectifs des décideurs politiques, mais selon les données probantes, les services ambulatoires peuvent s'avérer moins rentables pour les hôpitaux. Plusieurs études concernant les effets du FBA pour différents types de chirurgies, principalement ambulatoires, sur le revenu d'un service d'un hôpital au Royaume-Uni ont constaté que les taux de remboursement sont plus faibles et qu'ils entraînaient des pertes financières considérables. Elles ont conclu qu'en vertu du FBA, les soins ambulatoires étaient moins rémunérateurs pour le service. Il y avait ainsi une contradiction apparente entre les objectifs du FBA et la nécessité d'équilibrer le budget de l'hôpital^{133, 134}.

FBA pour les soins de santé mentale

L'application du FBA aux soins de santé mentale est restreinte et il existe peu de données probantes pour éclairer l'élaboration de politiques à cet égard. Malgré l'absence de faits empiriques, plusieurs pays, notamment le Royaume-Uni, essayent d'élargir le FBA aux soins de santé mentale⁹⁸. Le ministère britannique de la Santé a mis au point le modèle *Care Pathways and Packages Clusters*, qui comprend 21 « groupes de services » en vue de l'impartition des soins de santé mentale et de leur mise en service. Chaque grappe représente un ensemble de mesures de prise en charge d'un groupe de patients qui ont relativement les mêmes besoins en matière de soins de santé mentale et de ressources⁹⁸. Les groupes de services se retrouvent dans trois « super catégories » cliniques qui constituent le premier échelon du classement, à savoir la maladie organique ainsi que des troubles psychotiques et nonpsychotique⁹⁸. Les patients sont ensuite assignés à une grappe donnée en fonction de leurs besoins et non de leur diagnostic, bien que les patients atteints d'une même pathologie à un même degré de gravité soient probablement affectés à la même grappe⁹⁸.

Parallèlement, plusieurs des pays de l'Europe de l'Ouest ont recours aux GHM pour financer les services aux patients hospitalisés en santé mentale. Ce mécanisme de financement conduit parfois à un sous-financement des services de la santé mentale, parce que les taux de remboursement ne sont pas suffisamment exhaustifs : ils ne tiennent pas en compte les coûts des soins aux patients atteints de problèmes de santé mentale complexes et chroniques^{98, 135-137}. Des résultats de recherche indiquent que le remboursement des soins de santé mentale fondé sur les groupes clients doit prendre en considération la durée de séjour, le diagnostic, le degré de soutien social, l'aide pour les activités de la vie quotidienne, la gravité de la maladie, le statut juridique, la source d'aiguillage et les comportements dangereux¹³⁸. Sans la prise en compte de ces aspects, le FBA peut conduire au renvoi hâtif des patients ou à leur exclusion de traitement, c'est-à-dire à des résultats semblables aux incitations dans le financement des soins aigus^{136, 139}.

En Australie et en Nouvelle-Zélande, on a élaboré et mis à l'essai des systèmes de classification pour les soins de santé mentale, mais on ne les a pas mis en œuvre pour les besoins du financement⁹⁸. Aux États-Unis, Medicaid est la principale source de financement des services aux personnes ayant des problèmes de santé mentale⁹⁸. Depuis 2005, Medicaid finance les soins psychiatriques selon le mécanisme de FBA qui calcule le prix de journée de base et l'ajuste en fonction des caractéristiques du patient et de l'établissement^{98, 138}. On a mis en place plusieurs politiques pour améliorer l'accès des patients et maintenir la qualité des soins, notamment une politique sur l'interruption des séjours, ainsi que des initiatives sur la neutralité budgétaire⁹⁸.

Comme dans les soins aigus, le financement des soins de santé mentale en milieu hospitalier peut créer des problèmes de surcodage et de sur-déclaration^{136, 139-141}. La classification des patients en santé mentale

et la détermination du financement connexe ne sont pas des tâches faciles, parce que pour de nombreux diagnostics, il n'existe pas de consensus sur les traitements les plus efficaces. Cet état des choses est flagrant en Australie et au Royaume-Uni et ne permet pas de produire une prévision plausible de l'utilisation des ressources^{98,142}. Au Royaume-Uni, le FBA pour des soins de santé mentale pourrait offrir une stabilité de financement que les budgets globaux ne peuvent souvent pas assurer¹³⁹.

Il existe, au Canada, deux systèmes génériques basés sur des groupes clients pour décrire les visites hospitalières liées à la santé mentale. Le premier, le Système global de classification ambulatoire (SGCA), concerne les patients en soins ambulatoires, alors que le second, le système des Groupes de maladies analogues (GMA+), porte sur les patients hospitalisés en soins de courte durée (le système est utilisé à l'extérieur de l'Ontario pour faire rapport des hospitalisations liées à la santé mentale)⁹⁸.

Contrairement à d'autres provinces, l'Ontario collecte des données professionnelles, cliniques et administratives sur les patients admis dans un lit en santé mentale. Ces données sont soumises au Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) de l'ICIS et servent pour assurer des activités cliniques dans des établissements de santé mentale. Les données du SIOSM sont recueillies à l'aide de l'Instrument d'évaluation des résidents en santé mentale (RAI-MH) qui comprend des données sur les indicateurs de qualité, des mesures de résultats et des protocoles d'évaluation⁹⁸. Les hôpitaux recueillent des données au moment de l'admission et du congé, d'un changement important dans l'état de santé d'un patient ainsi que tous les trois mois pour les patients de long séjour⁹⁸.

On parle d'utiliser les données sur les services de santé mentale, ajustées selon les groupes clients, dans les applications du FBA. En Ontario, les données sur les services de santé mentale pour patients hospitalisés sont ajustées en fonction des groupes clients à l'aide du Système de classification des patients hospitalisés en psychiatrie (SCIPP)⁹⁸. On attribue à chaque groupe du SCIPP un indice des groupes clients (IGC) dont la valeur représente le coefficient de pondération de la consommation des ressources du groupe du SCIPP par rapport à la population de patients¹⁴³. Les données sur le groupe du SCIPP et l'IGC sont utilisées pour calculer les jours-patients pondérés par SCIPP (SWPD) et tiennent également compte des facteurs administratifs pour produire des indicateurs relatifs au nombre de jours-patient ainsi qu'à la consommation par épisode, patient et établissement¹⁴³. Non seulement la province a pris des mesures pour atténuer la manipulation du système en ajustant les paiements en fonction des jours d'interruption de service et la durée du séjour, mais elle surveillera aussi le système pour s'assurer que les prestataires privés ne pratiquent pas de l'anti-sélection^{98, 143}.

Financement des soins spécialisés

On craint que le FBA ne convienne pas à certains types de soins hautement spécialisés ou de soins pour des cas peu nombreux (p. ex. des soins néonataux, pédiatriques ou aux grands brûlés)^{29, 97}. Les coûts et la complexité de ces services de santé peuvent être difficiles à estimer.

Face aux préoccupations concernant le financement des soins complexes et, souvent, coûteux, les pays ont pris l'une des trois mesures suivantes. La première mesure consiste à fonder le financement des soins intensifs sur les GHM qui comprennent tout l'épisode de soins hospitaliers (États-Unis/Medicare, Allemagne, Italie et certaines régions de la Suède)⁹⁷. La deuxième consiste à utiliser les GHM en combinaison avec d'autres quotes-parts versées aux hôpitaux pour des soins intensifs (Victoria/Australie, France)⁹⁷ et la troisième à exclure les soins intensifs du financement fondé sur les GHM et à utiliser un autre mécanisme pour les financer, par exemple les prix de journée (Australie du Sud) ou la budgétisation globale (Espagne)⁹⁷.

Ces réponses présentent toutefois des risques en matière de politique. Lier le plus haut niveau de paiement au lieu de prestation des soins peut avoir pour effet d'encourager les hôpitaux à offrir des traitements plus complexes à des patients qui n'en ont pas besoin^{97, 144, 145}.

RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS ET FINANCEMENT INSTITUTIONNEL

Les décisions des médecins ont une influence vaste et profonde sur la façon dont les systèmes de santé allouent les ressources. Toutefois, comme le présent rapport porte sur les mécanismes de financement des prestataires de services de santé autres que les médecins, il n'y est question de la rémunération des médecins que dans la mesure où elle a une incidence sur d'autres établissements et sur les systèmes de financement. Pour un examen approfondi des principes et modes de rémunération des médecins, il est utile de consulter le document intitulé *Mécanismes de rémunération des médecins – aperçu et options pour le Canada*¹⁴⁶.

Les médecins au Canada sont payés principalement par le biais d'un système de rémunération à l'acte (RA) qui est qualifié de rétrospectif, car il couvre pratiquement tous les coûts assumés par le médecin en plus d'une « marge » pour chaque service dispensé¹⁴⁶. La RA encourage ainsi les médecins à augmenter le volume des services fournis aux patients, ce qui peut avoir des effets positifs sur la productivité des médecins, et probablement, sur l'accès des patients.

D'autre part, ce type d'incitations peut aussi conduire à un niveau de prestation de services au-delà de ce qui est nécessaire³. En outre, la RA n'exhorte pas les médecins à tenir compte des coûts des traitements fournis par les autres professionnels de la santé et de l'ensemble des répercussions de cette situation sur le système de santé^{3, 146}. Les incitations de la rémunération à l'acte peuvent ne pas s'harmoniser avec le financement d'autres secteurs de soins de santé.

RÉMUNÉRATION AU RENDEMENT

Il n'existe aucune définition de la rémunération au rendement (RR) – ou encore paiement en fonction des résultats ou financement basé sur les résultats – qui est acceptée à l'échelle internationale. La RR est différente du FBA : alors que le FBA est octroyé en fonction du volume, la RR est basée sur l'atteinte des objectifs prédéfinis, comme les seuils de qualité ou de sécurité.

La RR est un mode de financement qui est utilisé surtout pour lier la rémunération aux activités des médecins. En 2003, la Californie a commencé à appliquer un programme de RR au régime de santé de huit organisations de soins de santé intégrés (OSSI)⁴⁴. Le Quality Outcome Framework (QOF) au Royaume-Uni, créé en 2004, est le plus important programme de RR dans le monde. Il s'agit d'un programme de rémunération incitative visant à récompenser les médecins généralistes pour la façon dont ils prennent en charge les patients⁴⁴. Les programmes de RR deviennent un mode commun de rémunération des médecins dans de nombreux pays. On a signalé que jusqu'à 19 pays de l'OCDE utilisent ces programmes pour améliorer la qualité des soins primaires, spécialisés et hospitaliers⁴⁴. Pour ce qui est des soins primaires et spécialisés, la plupart des primes sont réservées aux soins préventifs et à prise en charge des maladies chroniques.

Lier la rémunération des chefs de la direction des hôpitaux au rendement peut aussi être considéré comme une forme de RR. Dans cette application, les décideurs politiques qui veulent renforcer le leadership et la reddition des comptes pour ce qui est des améliorations de la qualité à l'échelle institutionnelle versent au chef de la direction (ou l'équivalent) des primes pour l'amélioration du rendement. Cette approche est commune dans d'autres domaines d'activité, mais il y a très peu de données probantes sur la réactivité du rendement des cadres aux incitations financières dans le milieu des affaires¹⁴⁷. Selon une étude sur les conséquences du fait de lier les salaires des dirigeants ontariens au rendement, bien qu'il y ait une pression croissante pour lier le rendement et la rémunération des cadres supérieurs, les effets non voulus d'une telle mesure seraient que les hôpitaux ne parviendraient pas à orienter les cadres vers l'amélioration des services à valeur ajoutée qui sont difficiles à quantifier et, par conséquent, à récompenser¹⁴⁸.

En Ontario, la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*, adoptée en 2010, exige que la rémunération des dirigeants des prestataires de soins de santé soit liée à la réalisation des objectifs définis dans les plans d'amélioration de la qualité des hôpitaux (explication en détail dans les sections sur des initiatives canadiennes). Cette approche est appliquée pour la première fois en 2011-2012 et les données probantes sur l'efficacité de ces programmes ne sont pas encore disponibles¹⁴⁹.

La RR peut également être appliquée aux soins en établissement. En ce qui concerne les hôpitaux, les primes sont surtout des mesures de processus, mais il existe aussi des primes qui portent sur les résultats cliniques et la satisfaction des patients¹⁵⁰. Dans ce contexte, la RR vient compléter les mécanismes de financement des hôpitaux et offre aux hôpitaux des incitations supplémentaires pour l'atteinte de certaines réalisations ou de certains résultats¹⁵⁰. Les indicateurs de processus de la haute qualité technique pourraient inclure le taux des patients qui reçoivent des bêtabloquants après un infarctus aigu du myocarde (IAM) ou le calendrier d'administration des antibiotiques préopératoire aux patients chirurgicaux¹⁴. D'autre part, les indicateurs de résultats de qualité technique comprennent les taux de réadmission ou d'infections du site opératoire. On recommande qu'en vue de leur succès, les hôpitaux bénéficient non seulement d'un soutien ferme en matière de politique, de gestion et de technologie de l'information, mais aussi d'une marge de manœuvre pour l'innovation¹⁵¹.

Les programmes de RR institutionnels sont utilisés dans d'autres pays. En Corée, le *Value Incentive Program* ou VIP (programme d'incitatifs) a été lancé en 2007 et vise 43 hôpitaux de soins tertiaires¹⁵⁰. Le programme et l'accent sur deux conditions, à savoir la qualité du traitement de l'infarctus aigu du myocarde (IAM) (avec sept indicateurs de qualité) et des accouchements par césarienne (avec 16 facteurs de risque cliniques)¹⁵⁰. Les paiements effectués aux établissements sont fondés sur l'amélioration de la qualité de référence au début du programme. En 2009, les prestataires qui ont atteint un rendement élevé ou ont amélioré leur rendement ont reçu une prime d'un pour cent et ceux dont le rendement est inférieur au seuil de référence ont été sujets à une pénalité d'un pour cent¹⁵⁰.

Aux États-Unis, les *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS) développé plusieurs projets de démonstration de la rémunération au rendement au début des années 2000. En 2005, bien qu'on y ait compté plus de 112 projets de rémunération au rendement, moins d'un tiers visaient des hôpitaux¹⁵². L'un des programmes qui ciblent les hôpitaux est le projet *Premier Hospital Quality Incentive Demonstration* (HQID). Lancé en 2003, il a fourni des incitations financières à près de 300 hôpitaux en fonction des 35 mesures de la qualité dans cinq domaines cliniques¹⁴⁷. Pour chaque domaine clinique, les hôpitaux dont la note globale est parmi les premiers dix pour cent reçoivent une prime de deux pour cent sur les paiements de Medicare¹⁵². Les hôpitaux du deuxième décile reçoivent un pour cent et ceux qui sont au-dessus de la moyenne sont signalés comme étant les plus performants par CMS¹⁵².

Dans certains pays ou certaines régions, l'initiative de RR est intégrée dans les mécanismes de FBA. L'exemple le plus frappant est le programme Medicare où la présence de maladies nosocomiales est utilisée un indicateur de qualité (qui se répercute sur la rémunération des hôpitaux). Lorsqu'un patient reçoit un diagnostic de maladie nosocomiale, l'hôpital concerné ne reçoit pas de paiements plus élevés en fonction des GHM¹⁵³. En outre, Medicare ne rembourse pas les hôpitaux pour des réadmissions imprévues¹⁵⁴.

Au Canada, une région de la Colombie-Britannique commence à mettre à l'essai une forme de RR pour les soins à domicile dans le cadre du programme *Accountability, Responsiveness and Quality for Clients Model of Home Support* ou ARQ (modèle de responsabilité, réceptivité et qualité des services de soutien à domicile)²⁴. Le modèle *Cluster Care* qui est dérivé du modèle ARQ vise à fournir du soutien à domicile dans des immeubles ou des quartiers à forte densité de patients afin de répondre aux besoins fluctuants¹⁵⁵.

Ces incitations financières viennent s'ajouter à un taux de base et sont assignés à des indicateurs de dépassement des objectifs de rendement, incluant le pourcentage de patients en santé communautaire au sein des groupes, les notes des sondages sur la satisfaction des patients et le pourcentage de patients ayant continuellement besoin de services des agents de santé communautaires¹⁵⁵.

Le modèle comprend des incitations financières basées sur le rendement pour certains objectifs, comme la réactivité, la compétence du système, le souci du patient, l'orientation communautaire, la vie au travail, l'innovation et l'apprentissage, ainsi que la gestion et le volume des ressources (l'efficacité)¹⁵⁵. L'évaluation de ce modèle a indiqué qu'il a augmenté son efficacité (pourcentage plus élevé de patients dans les modèles de groupes de services), la compétence du système (une meilleure adéquation entre les besoins des patients et la capacité des aidants) et la satisfaction des patients¹⁵⁵.

Bien que l'adoption des mécanismes de RR soit généralisée parmi les établissements et les organismes, il y a peu d'études qui mesurent empiriquement l'impact de ces programmes sur la qualité ou sur les coûts à l'échelle du système¹⁴⁷.

Points forts

Les mécanismes de RR qui visent des services de santé préventifs et publics semblent être efficaces surtout dans le dépistage du cancer, les taux de vaccination, les mesures et le traitement de l'hypertension artérielle, du counseling pour aider les patients à arrêter de fumer ou à améliorer leur régime alimentaire. Les programmes de RR les plus réussis versent des paiements supplémentaires pour l'utilisation de ces interventions par des patients⁴⁴. Les évaluations du programme QOF ne sont pas concluantes quant à savoir si la qualité des soins s'est améliorée. Selon une analyse des données sur l'asthme et le diabète de données avant et après le QOF, les taux d'amélioration de la qualité des soins ont d'abord augmenté, mais ont plafonné trois ans après l'instauration du QOF, et ce, pour toutes les maladies^{44, 156}.

Il existe quelques exemples documentés à l'échelle internationale sur la réussite des initiatives de RR qui mettent l'accent sur la qualité et l'efficacité. En Australie les taux de vaccination sont passés d'environ 76 p. 100 à 92 p. 100 après l'instauration de l'initiative de RR⁴⁴. Le programme d'incitatif VIP de la Corée est associé à une amélioration de 1,68 p. 100 dans la qualité du traitement de l'infarctus aigu du myocarde et à une diminution de 0,6 p. 100 des cas de césarienne⁴⁴.

Le projet Premier HQID a indiqué des améliorations systématiques de la qualité parmi les hôpitaux qui participent au projet de démonstration¹⁵². Cependant, comparativement à l'amélioration de la qualité dans les hôpitaux non participants de la même région, les hôpitaux HQID ont surpassé les autres seulement au regard de trois mesures sur dix. Pour ce qui est des sept autres mesures, les hôpitaux non participants au projet HQID ont obtenu de meilleurs résultats¹⁵². L'étude conclut que, dans l'ensemble, il y a une amélioration relativement plus grande de la qualité dans les hôpitaux HQID (5,4 au lieu de 5,1)¹⁵².

Une étude plus récente évalue l'initiative Premier HQID de Medicare après que des changements ont été apportés à la structure des incitations en 2006. Des incitations ont été ajoutées pour bon rendement en général et dans une gamme plus large de mesures de qualité dans le but de favoriser l'amélioration des services dans les hôpitaux de moindre qualité¹⁵⁷. L'étude a révélé que même si, au cours des deux phases du projet (avant et après 2006), la qualité s'est améliorée dans les hôpitaux de l'initiative Premier HQID, les taux d'amélioration ont ralenti considérablement après la seconde phase¹⁵⁷. Les hôpitaux dont les indicateurs de rendement étaient très faibles ne se sont pas améliorés notablement dans la seconde phase et n'ont pas su non plus utiliser l'incitation financière à cette fin, parce qu'ils ne pourraient de toute façon pas atteindre le niveau moyen de la qualité¹⁵⁷. Paradoxalement, les incitations ont favorisé les hôpitaux qui étaient déjà au-dessus de la moyenne des indicateurs de qualité pour le groupe des hôpitaux, bien qu'ils s'améliorent au même rythme que les autres hôpitaux¹⁵⁷. Une autre étude du programme Premier HQID a

signalé que les hôpitaux HQID se sont d'abord améliorés par rapport aux autres, mais qu'après cinq ans, les deux groupes d'hôpitaux ont obtenu des résultats presque identiques¹⁵⁸. D'autre part, les hôpitaux qui avaient déjà droit à des récompenses plus importantes, qui étaient déjà bien financés ou qui se trouvaient dans des marchés moins concurrentiels étaient ceux qui enregistraient les progressions les plus fortes¹⁵⁸.

Une analyse des documents sur les programmes de RR pour les soins aux patients hospitalisés aux États-Unis a trouvé que trois programmes de RR, y compris l'initiative Premier HQID, ont fait l'objet de publication. Tous les trois programmes ont été associés à une augmentation marginale de la qualité de certaines mesures de rendement dans les hôpitaux, mais les auteurs ont signalé que la plupart des études ne comportaient pas de groupe témoin ni de données tendancielles avant la mise en œuvre du programme de RR¹⁵⁹. En outre, bon nombre des programmes de RR sont facultatifs : les hôpitaux décident de participer ou non au programme, ce qui ajoute à la confusion concernant les liens de causalité des améliorations¹⁵⁹.

Points faibles

Tout comme les programmes de FBA, ceux de RR nécessitent des ensembles de données détaillés (dont certains sont générés à partir des renseignements qui ne sont pas systématiquement recueillis au Canada). Des systèmes de collecte des données détaillées imposent un lourd fardeau sur les systèmes d'information existants des hôpitaux, des systèmes qui ne sont pas peut-être pas conçus pour recueillir des données sur les indicateurs de qualité utilisés par des programmes de RR. Par exemple, la prescription de bêtabloquants après un IAM est un indicateur commun d'un processus de qualité, mais ces données ne sont pas collectées dans plusieurs bases de données hospitalières au Canada¹⁴. Cependant, d'autres mesures des résultats peuvent être générées à partir des données sur les congés déjà disponibles.

L'efficacité des mécanismes de RR dépend de la détermination du montant de financement optimal, de l'opportunité des paiements et de l'établissement de liens entre les paiements en vertu de la RR et le rendement des établissements concernés⁴⁴. Dans de nombreux cas, il semble que les améliorations de la qualité observées et attribuables aux programmes de RR ne répondent pas aux attentes des décideurs politiques, les gains étant modestes, marginaux et variables¹⁶⁰.

Il existe également très peu de données probantes concernant les effets des programmes de RR sur les résultats pour les patients, même lorsqu'il y a une amélioration des mesures de qualité des hôpitaux¹⁶¹. Une étude a révélé une réduction des taux de complications pour certains patients en chirurgie, mais il n'y a aucune mention de la signification statistique des résultats. Une autre étude n'a constaté aucune différence dans la mortalité liée à l'IAM¹⁶¹.

Les mécanismes de RR ne sont pas à l'abri de la manipulation. Selon une étude de 1994 sur les soins de santé mentale aux États-Unis, un programme de RR qui visait à accroître la sensibilisation à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux graves a augmenté la documentation sur ces patients, mais pas leur traitement¹⁴⁷. Trois autres études ont confirmé ces résultats : les programmes d'incitation basés sur la RR ont augmenté le nombre de documents à ce sujet, plutôt que l'utilisation des services^{151,162,163}. Des recherches menées aux États-Unis indiquent que la RR peut donner lieu à des erreurs de codage et au surcodage⁴⁴. Tant les médecins des hôpitaux que des médecins individuels pratiquent la sélection des risques lorsqu'ils font rapport de leurs résultats dans le cadre des programmes de RR^{147,164}.

Il y a peu de recherches publiées sur le recours à la RR pour améliorer la qualité des soins continus. Un examen de la documentation sur les programmes de RR et les centres de soins d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) n'a trouvé que peu de données probantes qui étayaient le rôle de la RR dans l'amélioration de la qualité ou de l'efficacité des soins dispensés par les CHSLD, quoique l'étude comporte d'importantes limites¹⁶⁵. La plupart des programmes évalués dans le cadre de cet examen étaient de

courte durée et n'ont pas donné systématiquement lieu à la publication des résultats. On pourrait dire que les incohérences terminologiques, la faiblesse des bases de données électroniques et l'insuffisance des mesures de qualité objectives se posent également comme un défi à la mise en œuvre des programmes de RR dans les établissements de soins continus.

Financement basé sur le regroupement des épisodes

Un « regroupement de soins » est un ensemble de services ou de traitements dispensés à un patient pour un épisode de soins. Un groupe de soins inclut tous les services de santé fournis, par tous les prestataires et établissements, à un patient pendant une période de temps déterminée¹⁶⁶. Un exemple de groupe de soins est l'arthroplastie du genou. Ce groupe de soins comprend les thérapies pré-hospitalières, les diagnostics et l'imagerie, les soins en milieu hospitalier, les fournitures et l'équipement, les honoraires médicaux et chirurgicaux ainsi que les différentes modalités de réadaptation afin de rétablir la fonction articulaire.

Les paiements groupés sont proposés comme étant un mécanisme de rémunération possible pour des épisodes de soins. Dans le cadre des paiements groupés, un montant unique est utilisé pour financer tous les soins liés à une maladie ou un événement pour une période de temps déterminée. Les dépenses qui dépassent le montant du financement incombent aux différents prestataires. Les excédents attribuables au fait que les dépenses soient inférieures au montant du financement reviennent aux prestataires. Ce mécanisme crée une incitation financière pour les prestataires à contrôler les coûts au-dessous du montant des paiements groupés : on peut réaliser des économies en réduisant les réadmissions hospitalières non prévues et les soins inefficaces, et en améliorant les transitions de soins.

Les paiements groupés peuvent être considérés comme une généralisation des systèmes de groupes-clients comme les GHM ou les GMA+. Alors que les systèmes de financement en fonction des GHM sont basés sur le financement de tous les éléments de soins qui se produisent pendant la phase aiguë d'un épisode de soins, ceux des regroupements des épisodes tiennent compte de tous les services liés à un état de santé donné au fil du temps, y compris les services dispensés à l'extérieur de l'hôpital.

Un projet pilote relatif aux paiements fondés sur des épisodes de soins contre le cancer dispensés aux bénéficiaires de *Medicare* illustre le concept de paiements groupés. Les paiements groupés proposés couvrent les coûts des médicaments associés au traitement (chimiothérapie) et à leur administration pendant une période de temps définie pour un cancer donné, ainsi que les coûts des médicaments de soulagement et de leur administration¹⁶⁷. Le groupe de soins proposé définit l'épisode de traitement pour un mois : le traitement nécessaire de chaque mois subséquent serait considéré comme un groupe supplémentaire, d'où un paiement supplémentaire¹⁶⁷.

Pour que les paiements groupés créent des incitations efficaces, il faut collecter des données précises, opportunes et convergentes dans tous les milieux de soins de santé, y compris les hôpitaux, les établissements de soins post-aigus, les fournisseurs, les médecins et les services d'urgence¹⁶⁶. À cet égard, tout comme dans les systèmes de FBA et de RR, les données cliniques et celles sur l'utilisation et les coûts doivent être fiables, évaluées régulièrement et communiquées en temps opportun. Alors que les mécanismes de financement décrits ci-dessus peuvent fonctionner indépendamment des mécanismes de rémunération des médecins, ceux-ci jouent un rôle essentiel dans les paiements groupés.

Les décisions des médecins se répercutent sur l'utilisation des soins hospitaliers ainsi que sur les services après le congé des patients. Cependant au Canada et aux États-Unis, les médecins sont généralement rémunérés à l'acte, séparément des hôpitaux.

Les paiements groupés sont actuellement mis à l'essai comme un mécanisme de financement des soins de santé (aux États-Unis). Un paiement groupé, qui encourage les établissements à réduire la fragmentation, qui améliore la coordination et qui prévient des soins inefficaces, suscite beaucoup d'intérêt chez de nombreux bailleurs de fonds. Aux États-Unis, on mène en ce moment une vaste expérimentation des paiements groupés et selon les résultats, on pourrait la reproduire ailleurs.

Points forts

Les partisans des paiements groupés affirment que ce mécanisme de paiements crée des incitations financières à la coordination et à l'intégration des établissements dans différents milieux. À leur avis, les modes de paiement classiques donnent lieu à des soins fragmentés de qualité moindre, dérèglent les congés des patients hospitalisés et réduisent l'accès aux services^{168, 170}.

En créant des incitations financières pour réduire les coûts de différents prestataires et milieux, les paiements groupés obligent les établissements à rendre à leurs pairs (dans le cadre d'un groupe de soins) des comptes relativement au coût total et le volume des soins qu'ils fournissent au cours d'un épisode.

Divers documents signalent d'autres avantages potentiels des paiements groupés :

- réduire le risque de transfert des coûts entre les secteurs¹⁷¹,
- fournir une approche possible pour élaborer des mesures globales et à long terme de la qualité et des résultats^{172, 173},
- offrir des incitations explicites pour réduire les réadmissions dues à la fragmentation des soins^{171, 174},
- tenir les établissements responsables des conséquences de la fragmentation des soins, plutôt que l'ensemble du système^{69, 171}.

Points faibles

Les maladies et les procédures les mieux adaptées aux paiements groupés se caractérisent par des protocoles de soins clairs, mais sont également explorés pour nombre d'interventions comme le pontage aorto-coronarien (PAC), la réparation d'une fracture de la hanche, la chirurgie du dos et la colectomie¹⁷². Les paiements groupés peuvent ne pas s'appliquer à tous les types de maladies ou de procédures. Les critères comprendraient des procédures à faible volume, des établissements en petit nombre ou des maladies ayant un large éventail de protocoles de soins (et de coûts) tout autant plausibles¹⁷⁵. Les troubles de santé mentale, par exemple, poseraient problème pour le modèle de paiements groupés. En ce qui concerne des cas complexes, il existe diverses modalités de traitement parfaitement fondées.

Comme le paiement groupé est un mécanisme de financement des services de santé relativement nouveau, son adoption pose un certain nombre de défis méthodologiques, y compris :

- les besoins de soins complexes peuvent nécessiter de longues périodes de suivi¹⁷⁶,
- les problèmes de mesure peuvent pousser certains établissements à « lésiner » sur les soins qu'ils prodiguent¹⁷⁶,
- il faut déterminer, parmi les établissements, les entités qui devraient agir en tant que « payeurs »¹⁶⁶,
- réduire les possibilités de transfert des coûts entre les services assurés et non assurés est un défi¹⁷¹.

APERÇU DES INITIATIVES CANADIENNES

Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, le présent rapport vise, entre autres, à décrire quelques initiatives de financement des soins de santé au Canada, surtout des projets relatifs aux services de santé publique au Québec (tels que définis par le Québec). Il existe d'autres initiatives de financement en cours dans certaines provinces, comme le financement des soins contre le cancer, mais elles dépassent le cadre du présent rapport, quoiqu'elles puissent faire pertinemment objet d'une discussion approfondie sur le financement des soins de santé au Canada.

Initiative de financement axé sur les patients de la Colombie-Britannique

En 2010, la Colombie-Britannique a fondamentalement changé les mécanismes par lesquels les soins aigus sont financés dans la province. Cette initiative est menée par la B.C. Health Services Purchasing Organization (HSPO) et financée par le ministère provincial de la Santé. La HSPO est une entité indépendante qui a pour responsabilité de mettre en place des incitations financières en vue de la prestation de soins efficaces et efficaces partout dans la province¹⁷⁷.

La HSPO a reçu 80 millions de dollars en 2010 - 2011 et 170 millions de dollars en 2011 - 2012 pour financer une série de programmes novateurs qui constituent l'initiative de financement axé sur les patients (FAP)¹⁷⁷ et comprennent¹⁷⁸ :

- un FBA comme un pourcentage du budget destiné à certains hôpitaux,
- le programme *Emergency department pay-for-performance – ED P4P* (rémunération au rendement dans les services d'urgence) pour permettre aux hôpitaux d'améliorer l'accès aux soins d'urgence,
- le programme des soins d'intervention visant à réduire les délais d'attente pour certaines chirurgies,
- le projet *Care Model Redesign and Quality Improvement* (remaniement des modèles de soins et d'amélioration de la qualité) qui consiste principalement à mettre en œuvre, en Colombie-Britannique, le *National Surgical Quality Improvement Program – NSQIP* (programme national d'amélioration de la qualité chirurgicale) de l'American College of Surgeons.

Le programme de FBA est l'un des plus importants de l'initiative de FAP de la HSPO et vise à encourager les hôpitaux à utiliser différemment la capacité existante afin d'effectuer un plus grand nombre d'interventions chirurgicales. D'autres paiements basés sur les activités peuvent représenter 15 p. 100 des budgets des hôpitaux participants¹⁷⁹. À l'instar d'autres programmes de FBA, le financement est basé sur le nombre et la complexité des cas de patients¹⁷⁷. Vingt-trois des plus grands hôpitaux de la C.-B. participent à ce programme.

La HSPO paie, dans le cadre du programme de FBA, 1 520 \$ par cas pondéré (PCR) de patient hospitalisé et 3 040 \$ par cas pondéré de soins le jour même¹⁷⁷. Ces montants ne servent pas à couvrir le coût total de l'ajout de nouvelles capacités chirurgicales, mais plutôt à aider la direction, le personnel et les médecins à utiliser au maximum la capacité existante¹⁷⁷. Le programme rémunère les autorités sanitaires aux deux semaines et les fonds sont ajustés trimestriellement en fonction des augmentations ou des diminutions par rapport aux niveaux prévus¹⁷⁷. Pour l'exercice 2010 - 2011, la croissance de la PCR a été plafonnée à 3 p. 100¹⁷⁷.

Le programme de FBA ne comprend pas¹⁷⁷ :

- les cas qui n'ont pas été consignés dans le système de dossiers de santé (principalement des soins cliniques ambulatoires et des patients non admis au service d'urgence);
- la plupart des services de cardiologie et de chirurgie cardiaque;
- les greffes ou les implants cochléaires;
- les soins de maternité et de périnatalité;
- les électrochocs, les cardio-versions et les cystoscopies;
- les patients qui n'ont pas de lit avant d'avoir leur congé des services d'urgences, mais qui ont une demande d'admission

Le programme ED P4P prévoit des incitations financières afin d'améliorer l'accès aux services d'urgence en y réduisant le temps d'attente. Les hôpitaux participants reçoivent un financement basé sur le nombre de patients pris en charge dans les délais fixés¹⁷⁷.

Le programme de soins d'intervention vise à réduire les délais d'attente pour les interventions chirurgicales ayant des temps d'attente les plus longs. Dans le cadre de ce programme, la HSPO contracte des autorités sanitaires participantes pour qu'elles assurent un nombre supplémentaire d'interventions à un prix déterminé¹⁷⁷. Le programme s'applique à des chirurgies de jour, notamment la chirurgie de la vessie, la chirurgie des ovaires/trompes de Fallope, le traitement des hernies abdominales, la chirurgie de l'épaule, la réduction mammaire, la chirurgie du pied et de la cheville, l'arthroscopie du genou, la cholécystectomie, la chirurgie de la main et du poignet et la chirurgienasale¹⁷⁸. Le programme permet également à chaque autorité sanitaire de choisir des interventions, y compris des interventions oto-rhino-laryngologiques, urologiques et gynécologiques, afin de réduire les délais d'attente dans sa région¹⁷⁸.

Le programme *Care Model Redesign and Quality Improvement* de l'initiative de FAP comprend un investissement de 10 millions de dollars sur deux ans pour permettre au *B.C. Patient Safety and Quality Council* (Conseil sur la sécurité des patients et la qualité de la C.-B.) de mettre en œuvre le NSQIP, qui est un programme américain de mesure et de rapport de la qualité, basé sur les résultats et ajusté au risque. Selon la HSPO, les données recueillies dans le cadre de ce programme peuvent servir à augmenter la satisfaction du patient, à réduire la durée médiane de séjour et à diminuer les taux de mortalité post-opératoire¹⁷⁸. Le NSQIP a été mis en place dans 15 hôpitaux en 2010 - 2011 et devrait l'être dans sept autres en 2011 - 2012¹⁷⁸.

BC Provincial Renal Agency

Le financement pour les soins aux patients atteints de maladie rénale en Colombie-Britannique est alloué par le biais d'un organisme qui est distinct des cinq autorités sanitaires régionales et qui relève d'une seule autorité sanitaire dotée d'un mandat provincial. La B.C. Provincial Renal Agency (BCPRA), sous l'égide de la régie provinciale de la santé, Provincial Health Service Authority, a pour mandat de planifier, coordonner et financer les services pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC) qui sont connus des néphrologues et enregistrés en tant que patients d'IRC dans la base de données provinciale. Il s'agit de tous les patients en dialyse ainsi que de ceux qui ne sont pas en dialyse, mais qui ont de fait l'IRC telle que définie et reconnue comme étant une altération fonctionnelle ou structurelle rénale.

Dans un partenariat fonctionnel avec des programmes de néphrologie régionaux (*Health Authority Renal Program* ou HARP), le BCPRA dispose d'un budget annuel d'environ 157,5 millions \$ – alloué par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique selon le nombre de patients par année par le biais de la PHSA – pour couvrir les services de soins chroniques à ces patients¹⁸⁰. Chacun de ces HARP a la responsabilité et l'obligation redditionnelle d'offrir des services aux patients conformément aux lignes directrices et aux normes de soins provinciales et selon les ressources disponibles au sein de l'autorité sanitaire.

La BCPRA alloue des fonds aux HARP d'après le mécanisme de FAP : en vertu du FAP, la BCPRA assure un financement adéquat pour les services de soins personnels, à l'exclusion des soins médicaux. Le mécanisme de financement est basé sur un modèle de soins cliniques multidisciplinaires et intègre des pratiques exemplaires. Le financement fournit, en conséquence, une évaluation précise des coûts attendus des programmes de néphrologie et reconnaît toutes les variables qui ont une incidence sur les coûts des services (répartition du rôle et du temps entre les établissements, et ce, pour tous les aspects des soins cliniques). Appliqué à l'échelle provinciale, il assure ainsi que tous les patients, indépendamment du lieu de traitement, ont accès aux ressources appropriées.

La BCPRA paie directement les contrats des établissements, les fournitures médicales et chirurgicales pour les unités de dialyse en milieu communautaire, les médicaments, les coûts du système d'information, ainsi que des initiatives et des projets spéciaux¹⁸⁰. La BCPRA verse directement les fonds, selon le mécanisme de financement des programmes de néphrologie, à chaque autorité sanitaire non seulement pour les services liés aux soins des patients, y compris les coûts de main-d'œuvre des cliniques d'insuffisance rénale chronique, des cliniques de dialyse péritonéale, les traitements par hémodialyse et les soins de suivi, mais aussi pour la saisie des données dans le *Patient Record/Registration and Outcome Management Information System* – PROMIS (système d'information de gestion des dossiers et enregistrements des patients et des résultats)¹⁸⁰.

Pour prévoir le volume de patients, la BCPRA utilise les données de PROMIS des cinq dernières années, y compris l'âge, le sexe, l'adresse domiciliaire et la modalité de traitement des patients. En se fondant sur ces renseignements, la BCPRA calcule le taux de traitement par million pour chaque autorité sanitaire, et ce, par groupe d'âge et sexe. On a recours à l'analyse de régression pour analyser les tendances dans le traitement historique, lesquelles sont ensuite utilisées conjointement avec les données démographiques pour estimer le nombre de patients. Les nombres de patients estimés par modalité sont, par la suite, multipliés par les coûts de services et des produits consommables liés aux soins personnels. Le total des fonds requis est conséquemment alloué sous forme de budget annuel. Des paiements sont versés aux deux semaines au HARP pendant les six premiers mois selon ces niveaux de financement. Des rapports périodiques sont également fournis et décrivent en détail les activités réalisées par le HARP (par modalité et par établissement) en regard du budget. Une fois que le rapprochement semestriel entre les niveaux de financement initiaux et les projections révisées pour l'année est effectué, des versements à la quinzaine sont ajustés au besoin.

Selon la BCPRA, le mécanisme de financement tient compte de toutes les variables qui influent sur la prestation des services néphrologiques, fournit une évaluation précise des services basés sur des salaires horaires, offre des incitations à une intervention rapide et à l'autonomie des patients, favorise des pratiques exemplaires et assure l'accès des patients aux ressources nécessaires¹⁸¹.

Cardiac Services BC

Cardiac Services BC (CSBC) est un organisme de la régie provinciale de la santé (Provincial Health Services Authority, PHSA) qui est responsable de la planification, de la coordination, du suivi, de l'évaluation et du financement des services de cardiologie tertiaire pour adultes, tels que des services liés au traitement des maladies cardiaques, des maladies des vaisseaux sanguins et des accidents vasculaires cérébraux dans toute la province, et ce en collaboration avec des cadres supérieurs et des médecins dans d'autres autorités sanitaires¹⁸². Les fonds des services cliniques de CSBC couvrent les services de traitement des maladies cardiovasculaires ainsi que la prévention secondaire¹⁸³.

Le budget de fonctionnement de 2010-2011 de CSBA était d'environ 170 millions de dollars, un montant alloué aux autorités sanitaires en vue de la prestation de soins cardiaques. Les soins cardiaques tertiaires sont fournis dans cinq centres, à savoir l'Hôpital St Paul et l'Hôpital général de Vancouver General Hôpital (de la Vancouver Coastal Health Authority), le Royal Jubilee Hôpital (de la Vancouver Island Health Authority), l'hôpital Royal Columbian (de la Fraser Health Authority) et l'Hôpital général de Kelowna (de l'Interior Health Authority).

Le mécanisme de financement des services cardiaque en Colombie-Britannique comprend deux volets. Le premier volet consiste à prévoir la demande future de soins cardiaques à l'aide d'une approche de modélisation qui intègre des facteurs démographiques, la prévalence de la maladie et les profils d'utilisation de ces services par les résidents de la Colombie-Britannique. Le second volet décrit le coût de différents soins cardiaques dans les hôpitaux de la province. Les coûts variables directs des soins cardiaques dispensés aux patients en milieu hospitalier sont des estimations tirées des données sur les coûts par activité de la Colombie-Britannique et de l'Ontario. Ces données tiennent compte des différences dans l'état de santé des patients, de l'évolution des coûts de l'offre, de l'efficacité des services provinciaux, ainsi que de l'introduction de nouvelles technologies, de nouveaux appareils et de nouveaux médicaments. Le montant de financement des hôpitaux est fondé sur les estimations des coûts directs.

Les taux et les volumes de financement sont établis à l'avance et les coûts des procédures d'intervention non assurées sont recouverts auprès des autorités sanitaires concernées¹⁸³. Les dépenses pour les services de cardiologie sont gérées en vertu des accords de niveau de service entre CSBC et les hôpitaux, ainsi que dans le cadre du suivi mensuel des listes d'attente et des volumes de procédure par le comité directeur de Cardiac Services. Les prévisions du volume des interventions sont examinées chaque année au regard de l'utilisation, des corrections des variations dans l'utilisation régionale, des changements apportés aux indications d'utilisation des procédures, de l'acceptation des nouvelles technologies, ainsi que des délais d'attente correspondants.

Dans une dernière étape, le financement est alloué aux autorités sanitaires en fonction du « tarif x volume ».

Financement basé sur les activités pour des soins de longue durée en Alberta et en Ontario

Depuis les années 1980, l'Alberta finance les soins de longue durée (SLD) suivant une certaine forme de FBA (p. ex. le prix de journée). La province compte mettre en œuvre le FBA sur une période de six ans : en 2010, le programme s'applique aux prestataires publics et sera élargi aux prestataires privés d'ici 2016²⁷.

L'Alberta s'attend à ce que le FBA donne lieu non seulement à des données cohérentes, comparables et transparentes sur des indicateurs cliniques ainsi que sur la consommation des ressources pour des

patients de SLD²⁷, mais aussi à un meilleur alignement de la prestation des services avec les besoins de soins des patients²⁷. Les décideurs politiques espèrent que le FBA présente plusieurs avantages pour les établissements de SLD, notamment en garantissant la prévisibilité du financement, en récompensant l'efficacité et la qualité et en favorisant de meilleurs résultats pour la santé²⁷.

La formule de FBA que l'Alberta applique aux établissements de SLD comporte une composante fixe et une composante variable. La première consiste en un montant de financement forfaitaire basé sur le nombre de lits. Cette approche incite les établissements à réduire les taux d'occupation, puisque le fait d'avoir des lits occupés par des patients réduit leurs marges bénéficiaires. En conséquence, pour atténuer cette incitation, on a inclus dans la formule du FBA un ajustement pour faible occupation²⁷. La seconde composante concerne les services qu'offre un établissement en fonction du nombre et des besoins des patients²⁷.

En 2011, l'Alberta a inclus un financement incitatif basé sur la qualité (FIBQ) dans sa formule de FBA pour les SLD²⁷. Le FIBQ vise à améliorer la qualité et les pratiques exemplaires, en récompensant les établissements qui dispensent des services axés sur le patient, durables, dynamiques, équitables et fondés sur les données probantes²⁷. La mise en œuvre du FIBQ comporte trois phases. La première phase comprend la soumission par les établissements de leurs plans et des rapports d'étape de leurs initiatives respectives en matière de qualité, ainsi que les éléments suivants²⁷ :

1. un plan et un rapport concernant l'initiative d'amélioration de la qualité et basés sur des indicateurs de qualité de l'instrument d'évaluation des résidents (RAI);
2. un plan et un rapport sur le bilan comparatif des médicaments à l'admission ainsi que sur le processus d'examen normalisé des médicaments;
3. un plan et un rapport concernant les possibilités d'amélioration basés sur l'enquête de 2010 sur la satisfaction des familles à l'égard des SLD (LTC Family Satisfaction Survey);
4. les taux de vaccination du personnel et
5. les taux de vaccination des patients.

La deuxième phase consiste à élaborer des mesures de résultats, telles que les indicateurs de qualité du RAI ajustés au risque²⁷, et la troisième, à mettre éventuellement en œuvre un programme de reconnaissance de la qualité²⁷. Pour 2011-2012, les prestataires sont admissibles à recevoir 0,2 p. 100 de leur budget de fonctionnement au titre de FIBQ²⁷.

L'Ontario en est à l'étape de transition à long terme vers l'adoption (partielle) du mécanisme de financement en fonction des groupes clients pour les SLD. Le budget des SLD de l'Ontario en 2008-2009 était de 3,1 milliards de dollars, soit environ 8 p. 100 du budget total de la santé de l'exercice^{184,185}. Depuis 1993, le financement consacré aux soins infirmiers et personnels et accordé aux établissements de SLD a été ajusté en fonction de l'état du patient à l'aide de l'Alberta Resident Classification System¹⁸⁶. En 2005, le MSSLD de l'Ontario a mené, de concert avec quelques établissements de SLD, un projet pilote visant le transfert vers l'outil d'évaluation 2.0 RAI-MDS, lequel outil est maintenant mis en œuvre auprès de tous les établissements de SLD¹⁸⁶.

La méthode RUG III sera utilisée pour ajuster le financement pour les établissements de SLD¹⁸⁷. Les changements apportés au financement et fondés sur les nouveaux groupes clients s'appliqueront progressivement à certains établissements d'avril 2010 à mars 2013¹⁸⁸. Il est prévu que la transition pour le dernier groupe d'établissements commence en avril 2012 et sera achevée en mars 2015¹⁸⁸.

Dialyse rénale ambulatoire

Aux États-Unis, le programme *Medicare* finançait la dialyse rénale dans le cadre du système de paiements prospectifs des soins externes qui versait un montant fixe, communément appelé *composite rate* – CR (taux composite), pour un ensemble limité de services courants¹⁸⁹. Des études ont trouvé peu de données liant les groupes clients aux coûts des établissements pour les services inclus dans le CR (ne couvrait pas le coût des médicaments)¹⁸⁹. En 2005, 40 p. 100 du coût total des soins de dialyse était des éléments à facturer séparément¹⁹⁰. Pour remédier à ce déséquilibre, les Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ont reçu le mandat d'élaborer un « volet » du système de paiements prospectifs pour des services de dialyse ambulatoire qui incluait le plus grand nombre possible de procédures de diagnostic et de médicaments fournis aux patients¹⁸⁹.

En 2011, les CMS ont remplacé le CR existant par un volet pour le stade terminal de l'insuffisance rénale (STIR) qui couvre les éléments du CR, ainsi que les médicaments et les analyses de laboratoire connexes¹⁹¹. Cette mesure est un exemple de paiement fondé sur des épisodes dans la mesure où un prix unique couvre tous les services dispensés dans un épisode de soins.

Le nouveau volet est conçu pour réduire le coût de la prestation des services au STIR, tout en maintenant ou en améliorant les soins aux patients¹⁹¹. En regroupant les services et les médicaments en un seul paiement, on réduit ainsi les incitations à la sur utilisation des médicaments qui étaient profitables et facturés séparément¹⁹², ce qui pourrait améliorer les résultats pour les patients, puisqu'une utilisation excessive de certains médicaments de dialyse peut entraîner des préjudices aux patients^{190, 192}.

On a ensuite mis en œuvre un programme d'incitation à la qualité (Quality Incentive Program ou QIP) associé au STIR. Il s'agit du premier programme des CMS qui déduit du paiement au rendement versé à un établissement de services de dialyse ne répondant pas aux normes de rendement établies pour des mesures précises¹⁹³. En 2012, parmi les indicateurs de piètre performance, on compte deux mesures liées à la gestion de l'anémie (également conçues pour remédier à la sur utilisation de médicaments) et une, aux doses de dialyse^{192, 193}. La réduction des paiements totaux peut aller jusqu'à 2 p. 100¹⁹³.

CONCLUSION

Les pressions budgétaires poussent les décideurs politiques de partout au Canada à réexaminer la façon dont ils financent les services de santé. Or, pour obtenir un meilleur rapport prix-qualité, il faut accorder une plus grande attention à la qualité et aux résultats.

Les systèmes de santé publics canadiens, à l'instar de ceux de nombreux pays, visent à obtenir les meilleurs résultats au plus bas coût possible. Le Canada dispose d'ailleurs de diverses données probantes et expériences desquelles les décideurs politiques peuvent puiser pour éclairer leur compréhension et leurs attentes relativement aux modes de financement des services de santé.

Le présent rapport a pour objet de synthétiser ces données et expériences concernant le financement public de la santé et de les examiner d'un point de vue canadien. Il fournit un aperçu de différents mécanismes adoptés pour financer une gamme de services de santé, allant des soins aigus aux soins communautaires, indique en détail leurs points forts et points faibles respectifs et expose les lacunes de l'ensemble des systèmes de collecte des données du Canada.

Dans la mesure du possible, le rapport fournit des exemples précis (tirés des publications et de la littérature grise) des règles et des objectifs fixés par différents pays pour financer leurs services de santé. Une référence bibliographique complète est fournie, ainsi qu'un aperçu de plusieurs initiatives de financement en cours dans tout le pays.

L'objectif de ce rapport ne consiste pas à évaluer de façon critique les différents mécanismes de financement, ni à formuler des recommandations sur le financement des services de santé au Canada. Toutefois, un rapport complémentaire fournit des renseignements détaillés qui lient le financement du système de santé et de services sociaux du Québec aux méthodes décrites dans le présent rapport, et formule un certain nombre de recommandations concernant le financement des services de santé au Québec.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Finlayson, G.S.S., E. Forget, E. Okechukwu, S. Derksen, R. Bond, P. Martens et coll. (2007). *Allocating Funds for Healthcare in Manitoba Regional Health Authorities: A First Step-Population-Based Funding*. Winnipeg : Manitoba Centre for Health Policy; http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/pop_fdg.pdf.
- 2 British Columbia Medical Association (2002). *Regionalized Health Care Budgets in BC: The Population Needs-based Funding Model*, Vancouver.
- 3 British Columbia Medical Association (2010). *Valuing Quality: Patient-Focused Funding in British Columbia* : https://www.bcma.org/files/patient_focused_funding_paper_WEB.pdf.
- 4 McIntosh, T., M. Ducie, M. Burka-Charles, J. Church, J. Lavis, M.-P. Pomey et coll. (2010). « Population Health and Health System Reform: Needs-Based Funding for Health Services in Five Provinces », *Canadian Political Science Review*, vol. 4, n° 1, mars, p. 42 46.
- 5 Réseaux locaux d'intégration des services de santé. « Les réseaux locaux d'intégration des services de santé en bref » : http://www.lhins.on.ca/aboutlhin.aspx?ekmense=e2f22c9a_72_184_btnlink [consulté le 16 avril 2012].
- 6 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2009). *Ontario's Health-Based Allocation Model (HBAM): Overview* : <https://ospace.scholarsportal.info/bitstream/1873/16195/1/299785.pdf> [consulté le 16 mars 2012].
- 7 ICIS (2010). *Les soins de santé au Canada 2010*, Ottawa : https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2010_Web_f.pdf
- 8 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2009). *Ontario's Health-Based Allocation Model (HBAM): Frequently Asked Questions* : <https://ospace.scholarsportal.info/bitstream/1873/16195/1/299785.pdf> [consulté le 16 mars 2012].
- 9 Dhalla, I. et K. Born (2012). « Ontario Hôpital Funding: Confusion for 2012/2013? », *healthydebate*, 23février : <http://healthydebate.ca/2012/02/topic/cost-of-care/ontario-hospital-funding-confusion> [consulté le 16 mars 2012].
- 10 Talaga, T. et R. Benzie (2012). « Ontario Budget: Hospitals will see funding change to improve service », *The Toronto Star*, 19 mars : <http://www.thestar.com/news/canada/politics/article/1148491--ontario-budget-hospitals-will-see-funding-change-to-improve-service?bn=1> [consulté le 22 mars 2012].
- 11 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2012). *Health System Funding Reform* : <http://www.oha.com/Education/DistanceLearning/Documents/Health System Funding Reform 2 13 2012.pdf> [consulté le 16 avril 2012].
- 12 Deber, R., K. Lam, N. Roos, R. Walld, G. Finlayson et L. Roos (2004). « Canadian Healthcare: Need and Utilization in an Almost-Universal System », *Harvard Health Policy Review*, vol. 9, n° 1, p. 46 55.

- 13 Wolfe, P.R. et D.W. Moran (1993). « Global budgeting in the OECD countries », *Health Care Financing Review*, vol. 14, n° 3, p. 55-76 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10130584> [consulté le 21 février 2012].
- 14 Sutherland, J.M. (2011). *Mécanismes de financement des hôpitaux : aperçu et options pour le Canada*, Ottawa : <http://www.fcrss.ca/publicationsandresources/researchreports/commissionedresearch/11-03-15/f24f57b9-aa81-4ab2-a539-d85746d36789.aspx>.
- 15 Antioch, K.M. et M.K. Walsh (2004). « The risk-adjusted vision beyond casemix (DRG) funding in Australia. International lessons in high complexity and capitation », *The European Journal of Health Economics*, vol. 5, n° 2, juin, p. 95-109 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15452744>.
- 16 Hurst, J.W. (1991). « Reforming health care in seven European nations », *Health Affairs*, vol. 10, n° 3, août, p. 7-21 : <http://content.healthaffairs.org/cgi/doi/10.1377/hlthaff.10.3.7>.
- 17 Chang, L. et J.-H. Hung (2008). « The effects of the global budget system on cost containment and the quality of care: experience in Taiwan », *Health Services Management Research*, vol. 21, n° 2, mai, p. 106-116 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18482934> [consulté le 21 février 2012].
- 18 Geraedts, M., G.V. Heller et C.A. Harrington (2000). « Germany's Long-Term-Care Insurance: Putting a Social Insurance Model into Practice », *The Milbank Quarterly*, vol. 78, n° 3, septembre, p. 375-401 : <http://doi.wiley.com/10.1111/1468-0009.00178>.
- 19 Arntz, M., R. Sacchetto, A. Spermann, S. Steffes et S. Widmaier (2007). *The German Social Long-Term Care Insurance: Structure and Reform*, Bonn (Allemagne) : Institute for the Study of Labor : <ftp://ftp.iza.org/RePEc/Discussionpaper/dp2625.pdf>.
- 20 Henke, K.D., M.A. Murray et C. Ade (1994). « Global Budgeting in Germany: lessons for the United States », *Health Affairs*, vol. 13, n° 4, p. 7-21.
- 21 Domolky, S. (1993). « Health care reform and global budgeting », *The Medical Staff Counselor*, vol. 7, n° 3, janvier, p. 35-49 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10126799>.
- 22 Eastaugh, S.R. (2006). « Cost containment for the public health », *Journal of Health Care Finance*, vol. 32, no 3, janvier, p. 20-27 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18975729>.
- 23 Street, A. et S. Duckett (1996). « Are waiting lists inevitable? », *Health Policy*, vol. 36, n° 1, avril, p. 1-15 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10157818>.
- 24 Sutherland, J.M. et R.T. Crump (2011). *Exploration de l'enjeu des niveaux de soins alternatifs (NSA) et le rôle des politiques de financement : un fondement probant qui évolue pour le Canada*. Ottawa : FCRSS.
- 25 Dredge, R. (2004). *Hôpital global budgeting*, Washington D.C. : [http://www.who.int/management/facility/hospital/Hospital Global Budgeting.pdf](http://www.who.int/management/facility/hospital/Hospital%20Global%20Budgeting.pdf).
- 26 Geissler, A., W. Quentin, D. Scheller-Kreinsen et R. Busse (2011). « Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems » dans R. Buse, A. Geissler, W. Quentin et M. Wiley (dir.), *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Open University Press, p. 9-21.

- 27 Alberta Health Services (2011). *Activity Based Funding of Long-Term Care: User Summary* : <http://www.albertahealthservices.ca/hp/if-hp-in-ltc-user-summary.pdf>.
- 28 Kirby, M.J.L. et W. Keon (2004). « Why Competition is Essential in the Delivery of Publicly Funded Health Care Services », *Policy Matters*, vol. 5, n° 8.
- 29 O'Reilly, J., R. Busse, U. Häkkinen, Z. Or, A. Street et M. Wiley (2012). « Paying for hospital care: the experience with implementing activity-based funding in five European countries », *Health economics, policy, and law*, vol. 7, n° 1, janvier, p. 73-101 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22221929> [consulté le 10 avril 2012].
- 30 ICIS (2010). *Introduction au financement fondé sur les activités*, Ottawa : http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/primer_activity_based_fund_fr.
- 31 Street, A., K. Vitikainen, A. Bjorvatn et A. Hvenegaard (2007). *Introducing Activity-Based Financing: A Review of Experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden*, R.-U. : University of York : http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/rp30_introducing_activity-based_financing.pdf.
- 32 Moreno-Serra, R. et A. Wagstaff (2009). *System-wide impacts of hospital payment reforms. Evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia*, Policy research paper 4987, Washington (É.-U.) : http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2009/07/15/000158349_20090715162549/Rendered/PDF/WPS4987.pdf.
- 33 Busse, R., J. Schreyögg et P.C. Smith (2006). « Hôpital case payment systems in Europe », *Health Care Management Science*, vol. 9, n° 3, août, p. 211-213 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17016926> [consulté le 15 mai 2012].
- 34 Ettelt, S., S. Thomson, E. Nolte et N. Mays (2006). *Reimbursing highly specialised hospital services: the experience of activity-based funding in eight countries*, Londres (R.-U.) : <http://eprints.lse.ac.uk/19568/> [consulté le 14 février 2012].
- 35 Cots, F., P. Chiarello, X. Salvador, X. Castells et W. Quentin (2011). « DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences », dans R. Buse, A. Geissler, W. Quentin et M. Wiley (dir.), *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Open University Press, p. 75-92.
- 36 Duckett, S.J. (1995). « Hôpital payment arrangements to encourage efficiency: the case of Victoria, Australia », *Health Policy*, vol. 34, n° 2, novembre, p. 113-134 : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016885109594014Y> [consulté le 12 avril 2012].
- 37 Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie (2002, octobre). *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Volume six : Recommandation en vue d'une réforme*, Ottawa : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/372/soci/rep/repoct02vol6highlights-f.htm>.
- 38 Québec (Province) – Groupe de travail sur le financement du système de santé (2008). *En avoir pour notre argent : des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée* : http://www.anq.qc.ca/Documents/RapportFR_FinancementSante.pdf.

- 39 Sutherland, J.M., K.M. McGrail, M.R. Law, M.L. Barer et R.T. Crump (2011). « British Columbia hospitals: examination and assessment of payment reform (B-CHeaPR), *BMC Health Services Research*, vol. 11, juin , p. 150 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21702947>.
- 40 McKillop, I., G.H. Pink et L.M. Johnson (2001). *La gestion financière des soins de courte durée au Canada. Une revue du financement, du suivi du rendement et des pratiques de communication de l'information*, Ontario (Ontario) : https://secure.cihi.ca/free_products/Lagestion.pdf.
- 41 Street, A., J. O'Reilly, P. War et A. Mason (2011). « DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence, and challenges », dans R. Buse, A. Geissler, W. Quentin et M. Wiley (dir.), *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Open University Press, p. 93-114.
- 42 Busse, R. et W. Quentin (2011). « Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals: Conclusions and recommendations », dans R. Buse, A. Geissler, W. Quentin et M. Wiley (dir.), *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Open University Press, p. 149-171.
- 43 Busse, R. (dir.) (2011). *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Open University Press.
- 44 OCDE (2004). *Vers des systèmes de santé plus performants*. Le projet de l'OCDE sur la santé.
- 45 Farrar, S., J. Sussex, D. Yi, M. Sutton, M. Chalkley, T. Scott T et coll. (2007). *National Evaluation of Payment by Results*, University of Aberdeen.
- 46 Or, Z. (2009). « Activity based payment in France », *Euro Observer*. vol. 11, n° 4, p. 5-6.
- 47 Forgione, D.A., T. E. Vermeer, K. Surysekar, J.A. Wrieden et C.C. Plante (2005). « DRGs, Costs and Quality of CARE: An Agency Theory Perspective », *Financial Accountability and Management*, vol. 21, n° 3, août, p. 291-308 : <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.0267-4424.2005.00222.x>.
- 48 Hayes, K.J., J. Pettengill et J. Stensland (2007). « Getting the price right: Medicare payment rates for cardiovascular services », *Health affairs*, vol. 26, n° 1, février, p. 124-136 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17211021>.
- 49 Ginsburg, P.B. (2006). « Recalibrating Medicare payments for inpatient care », *The New England journal of medicine*, vol. 355, no 20, 16 novembre, p. 2061-2064 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17108339>
- 50 Ginsburg, P.B. et J.M. Grossman (2005). « When The Price Isn't Right: How Inadvertent Payment Incentives Drive Medical Care », *Health Affairs*, août : <http://content.healthaffairs.org/content/early/2005/08/09/hlthaff.w5.376.full.pdf+html?frame=sidebar>
- 51 Berenson, R.A., T. Bodenheimer et H.H. Pham HH (2006). « Specialty-service lines: salvos in the new medical arms race », *Health affairs (Project Hope)*, vol. 25, n° 5, octobre, p. w337-w343 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16868008>.

- 52 Medicare Payment Advisory Committee (2005). *Report to Congress: Physician-Owned Specialty Hospitals*, Washington.
- 53 Cheng, S.-H., I.S. Jan et P.C. Liu (2008). « The soaring mechanic ventilator utilization under a universal health insurance in Taiwan », *Health policy* (Amsterdam : Pays-Bas), vol. 86, n° 2-3, mai, p. 288-294 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18093691>.
- 54 Biørn, E., T.P. Hagen, T. Iversen et J. Magnussen (2010). « How different are hospitals' responses to a financial reform? The impact on efficiency of activity-based financing », *Health care management science*, vol. 13, n° 1, mars, p. 1-16 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20402278>.
- 55 Biørn, E., T.P. Hagen, T. Iversen et J. Magnussen (2003). « The effect of activity-based financing on hospital efficiency: a panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000 », *Health care management science*, vol. 6, n° 4, novembre, p. 271-283 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14686633>.
- 56 Linna, M., U. Häkkinen, M. Peltola, J. Magnussen, K.S. Anthun, S. Kittelsen et coll. (2010). « Measuring cost efficiency in the Nordic hospitals--a cross-sectional comparison of public hospitals in 2002 », *Health care management science*, vol. 13, n° 4, décembre, p. 346-357 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20680466>.
- 57 Hurst, J. et L. Siciliani (2003), « Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 6, Éditions OCDE : <http://ideas.repec.org/p/oec/elsaad/6-en.html>.
- 58 Street, A., P. Sivey, A. Mason, M. Miraldo et L. Siciliani (2010). « Are English treatment centres treating less complex patients? », *Health policy* (Amsterdam, Pays-Bas), vol. 94, no 2, février, p. 150-157 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19836851>.
- 59 Audit Commission (2008). *The Right Result? Payment by Results 2003-07*, Londres.
- 60 Maynard, A. (2008). *Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia*, Copenhagen (Danemark).
- 61 Mayer-Oakes, S.A., R.K. Oye, B. Leake et R.H. Brook (1988). « The early effect of Medicare's prospective payment system on the use of medical intensive care services in three community hospitals », *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, vol. 260, n° 21, 2 décembre, p. 3146-3149 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3054187>.
- 62 Dismuke, C.E. et P. Guimaraes (2002). « Has the caveat of case-mix based payment influenced the quality of inpatient hospital care in Portugal? », *Applied Economics*, vol. 34, n° 10, p. 1301-1307 : <http://ideas.repec.org/a/taf/applec/v34y2002i10p1301-1307.html>.
- 63 DesHarnais, S., J. Chesney et S. Fleming (1988). « Trends and regional variations in hospital utilization and quality during the first two years of the prospective payment system », *Inquiry*, vol. 25, n° 3, p. 374-382 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2972622>.

- 64 Kahn, K.L., L.V. Rubenstein, D. Draper, J. Kosecoff, W.H. Rogers, E.B. Keeler et coll. (1990). « The effects of the DRG-based prospective payment system on quality of care for hospitalized Medicare patients. An introduction to the series », *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, vol. 264, n° 15, 17 octobre, p. 1953-1955 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2120473>.
- 65 Or, Z. et U. Hakkinen (2011). « DRGs and quality: For better or worse? », dans R. Buse, A. Geissler, W. Quentin et M. Wiley (dir.), *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Open University Press, p. 115-129.
- 66 Forgione, D.A., T.E. Vermeer, K. Surysekar, J.A. Wrieden et C.A. Plante (2004). « The impact of DRG-based payment systems on quality of health care in OECD countries », *Journal of Health Care Finance*, vol. 31, n° 1, p. 41-54.
- 67 Louis, D., E. Yuen et M. Braga (1999). « Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy », *Health Services*, vol. 34, n° 1 Pt 2, p. 405-415 : <http://www.mendeley.com/research/impact-drgbased-hospital-financing-system-quality-outcomes-care-italy/> [consulté le 17 avril 2012].
- 68 Kittelsen, S.A., J. Magnussen, K. Sarheim Anthun, U. Häkkinen, M. Linna, E. Medin et coll. (2009). « Hospital productivity and the Norwegian ownership reform – A Nordic comparative study » : http://ideas.repec.org/p/hhs/oslohe/2008_010.html.
- 69 Jencks, S.F., M.V. Williams et E.A. Coleman (2009). « Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program », *The New England Journal of Medicine*, vol. 360, n° 14, avril, p. 1418-1428 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19339721>.
- 70 Hagen, T.P., M. Veenstrab et K. Stavem (2009). *Efficiency and patient satisfaction in Norwegian hospitals* : http://ideas.repec.org/p/hhs/oslohe/2006_002.html.
- 71 Cohen, M., M. McGregor, I. Ivanova et C. Kinkaid (2012). *Beyond Hospital Walls: Activity Based Funding Versus Integrated Health Care Reform*, Vancouver.
- 72 McNair, P., T. Jackson et D. Borovnicar (2010). « Public hospital admissions for treating complications of clinical care: incidence, costs and funding strategy », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 34, n° 3, juin, p. 330-333 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20618279>.
- 73 Iezzoni, L.I. (2009). « Reinvigorating the quality improvement incentives of hospital prospective payment », *Medical Care*, vol. 47, n° 3, mars, p. 269-271 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19194335>.
- 74 McNair, P., D. Borovnicar, T. Jackson et S. Gillett (2009). « Prospective payment to encourage system wide quality improvement », *Medical Care*, vol. 47, n° 3, mars, p. 272-278 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19194336>.
- 75 ICIS (2009). *Guide sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada*, Ottawa.

- 76 ICIS (2011). *Base de données canadiennes SIG. Indicateurs du rendement financier des hôpitaux, 1999-2000 à 2009-2010*, Ottawa : https://secure.cihi.ca/free_products/CMDB_hospita_financial_performance_indicators_meth_notes_2011_fr.pdf.
- 77 Jackson, T. (2001). « Using computerised patient-level costing data for setting DRG weights: the Victorian (Australia) cost weight studies », *Health policy* (Amsterdam, Pays-Bas), vol. 56, n° 2, mai, p. 149-163 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11275303>.
- 78 Lawson, R. (2005). « The use of activity based costing in the healthcare industry: 1994 vs. 2004 », *Research in Healthcare Financial Management*, vol. 10, n° 1, p. 77-94 : http://findarticles.com/p/articles/mi_hb1381/is_1_10/ai_n29235843/.
- 79 Allen, P. (2009). « Restructuring the NHS Again: Supply Side Reform in Recent English Health Care Policy », *Financial Accountability and Management*, vol. 4, n° 25, p. 373-389 : http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1495257.
- 80 Marini, G. et A. Street (2007). « A transaction costs analysis of changing contractual relations in the English NHS », *Health policy* (Amsterdam, Pays-Bas), vol. 83, n° 1, septembre, p. 17-26 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17166619>.
- 81 Audit Commission (2005). *Early lessons from payment results* : Londres.
- 82 Street, A. et A. Maynard (2007). « Activity based financing in England: the need for continual refinement of payment by results », *Health Economics, Policy, and Law*, vol. 2, n° Pt 4, p. 419-427 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18634642> [consulté le 15 février 2012].
- 83 Mannion, R., G. Marini et A. Street (2008). « Implementing payment by results in the English NHS: changing incentives and the role of information », *Journal of Health Organization and Management*, vol. 22, n° 1, janvier, p. 79-88 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18488521>.
- 84 Hsia, D.C., C.A. Ahern, B.P. Ritchie, L.M. Moscoe et W.M. Krushat (1992). « Medicare reimbursement accuracy under the prospective payment system, 1985 to 1988 », *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, vol. 268, n° 7, 19 août, p. 896-899 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1640619>.
- 85 Silverman, E. et J. Skinner (2004). « Medicare upcoding and hospital ownership », *Journal of Health Economics*, vol. 23, n° 2, mars, p. 369-389 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15019762>.
- 86 Becker, D., D. Kessler et M. McClellan (2005). « Detecting Medicare abuse », *Journal of Health Economics*, vol. 24, n° 1, janvier, p. 189-210 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15617794>.
- 87 Audit Commission (2008). *PbR data assurance framework 2007/08: Findings from the first year of the national clinical coding audit programme*, Londres : <http://www.audit-commission.gov.uk/nationalstudies/health/pbr/Pages/pbrdataassuranceframework200708.aspx>.
- 88 Serdén, L., R. Lindqvist et M. Rosén (2003). « Have DRG-based prospective payment systems influenced the number of secondary diagnoses in health care administrative data? », *Health Policy* (Amsterdam, Pays-Bas), vol. 65, n° 2, août, p. 101-107 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12849909>.

- 89 Steinbusch , P.J.M., J.B. Oostenbrink, J.J. Zuurbier et F.J.M. Schaepkens (2007). « The risk of upcoding in casemix systems: a comparative study », *Health Policy* (Amsterdam, pays-bas), vol. 81, n° 2-3, mai, p. 289-299 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16908086>.
- 90 Harrington, K., A. Allen et L. Ruchala (2007). « Restraining Medicare abuse: the case of upcoding », *Research in Healthcare Financial Management*, vol. 11, n° 1, p. 1-25 : http://findarticles.com/p/articles/mi_hb1381/is_1_11/ai_n29419180/.
- 91 Audit Commission (2004). *Introducing payment by results: Getting the balance right for the NHS and taxpayers*, Londres : http://www.audit-commission.gov.uk/SiteCollectionDocuments/AuditCommissionReports/NationalStudies/PaymentByResults_report.pdf [consulté le 21 mars 2012].
- 92 Hsia, D.C. (1992). « Diagnosis related group coding accuracy of the peer review organizations », *Journal of AHIMA / American Health Information Management Association*, vol. 63, n° 9, septembre, p. 56-64 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10120160> [consulté le 15 mai 2012].
- 93 Ignatova, I. et D. Edwards (2008). « Probe samples and the minimum sum method for medicare fraud investigations », *Health Services and Outcomes Research Methodology*, vol. 8, n° 4, 18 juillet, p. 209-221 : <http://www.springerlink.com/content/b321051664v816t2/>.
- 94 Li, J., K.Y. Huang, J. Jin et A. Shi (2008). « A survey on statistical methods for health care fraud detection », *Health Care Management Science*, vol. 11, n° 3, septembre, p. 275-287 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18826005>.
- 95 Preyra, C. (2004). « Coding response to a case-mix measurement system based on multiple diagnoses », *Health Services Research*, vol. 39, n° 4 Pt 1, août, p. 1027-1045 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15230940>.
- 96 ICIS (2003). *Variations de codification dans la Base de données sur les congés des patients (DAD), exercices de 1996-1997 à 2000-2001*, Ottawa : https://secure.cihi.ca/free_products/DADCodingVariation2003_f.pdf.
- 97 Ettelt, S. et E. Nolte (2010). *Funding intensive care - approaches in systems using diagnosis-related groups*, Rand Technical Report : <http://researchonline.lshtm.ac.uk/2727/>.
- 98 Mason, A. et M. Goddard (2009). *Payment by results in mental health: A review of the international literature and an economic assessment of the approach in the English NHS*, University of York (York) : <http://ideas.repec.org/p/chy/respap/50cherp.html> [consulté le 15 février 2012].
- 99 Wodchis, W.P., B.E. Fries et H. Pollack(2004). « Payer incentives and physical rehabilitation therapy for nonelderly institutional long-term care residents: evidence from Michigan and Ontario », *Archives of physical medicine and rehabilitation*, vol. 85, n° 2, février, p. 210-217 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14966704>.
- 100 Sutherland, J.M. et J. Walker (2008). « Challenges of Rehabilitation Case Mix Measurement in Ontario Hospitals », *Health Policy* (Amsterdam, Pays-Bas), vol. 85, n° 3, mars, p. 336-348 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17949847>.

- 101 Chan, L. (2007). « The state-of-the-science: challenges in designing postacute care payment policy », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 88, n° 11, mars, p. 1522-1525 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17964899>.
- 102 McCue, M.J. et J.M. Thompson (2006). « Early effects of the prospective payment system on inpatient rehabilitation hospital performance », *Archives of physical medicine and rehabilitation*, vol. 87, n° 2, p. 198-202 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16442972>.
- 103 Wodchis, W.P., J.S. Ross et A.S. Detsky (2007). « Is P4P really FFS? », *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, vol. 298, n° 15, 17 octobre, p. 1797-1799 : <http://jama.ama-assn.org/content/298/15/1797.short>.
- 104 Magasi, S., E. Durkin et M.S. Wolf et A. Deutsch (2009). « Rehabilitation consumers' use and understanding of quality information: a health literacy perspective », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 90, n° 2, février, p. 206-212 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19236975> [consulté le 24 mai 2012].
- 105 Colla, C.H., J.J. Escarce, M.B. Buntin et N. Sood (2010). « Effects of competition on the cost and quality of inpatient rehabilitation care under prospective payment », *Health Services Research*, vol. 45, n° 6 Pt 2, décembre, p. 1981-2006 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21029086> [consulté le 18 avril 2012].
- 106 Fries, B., D. Schneider, W. Foley et M. Gavazzi (1994). « Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III) », *Medical Care*, vol. 32, no 7, juillet, p. 668 685 : <http://www.jstor.org/stable/3766161> [consulté le 18 avril 2012].
- 107 Spector, W.D., M.R. Limcangco, H. Ladd et D. Mukamel (2011). « Incremental cost of postacute care in nursing homes », *Health Services Research*, vol. 46, n° 1 Pt 1, février, p. 105-119 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21029085> [consulté le 18 avril 2012].
- 108 Zhang, N.J., L. Unruh et T.T.H. Wan (2008). « Has the Medicare prospective payment system led to increased nursing home efficiency? », *Health Services Research*, vol. 43, n° 3, juin, p. 1043-1061 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18454780> [consulté le 18 avril 2012].
- 109 Grabowski, D.C. (2001). « Medicaid reimbursement and the quality of nursing home care », *Journal of Health Economics*, vol. 20, n° 4, juillet, p. 549-569 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11463188> [consulté le 18 avril 2012].
- 110 Grabowski, D.C. (2002). « The economic implications of case-mix Medicaid reimbursement for nursing home care », *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, vol. 39, n° 3, p. 258-578 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12479538> [consulté le 1er mars 2012].
- 111 White, C. (2005). « Medicare's Prospective Payment System for Skilled Nursing Facilities: Effects on Staffing and Quality of Care », *Inquiry*, vol. 42, n° 4, décembre, p. 351-366 : <http://www.jstor.org/stable/29773217> [consulté le 1er mars 2012].
- 112 Bostick, J.E., M.J. Rantz, M.K. Flesner et C.J. Riggs (2006). « Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 7, n° 6, juillet, p. 366-376 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16843237> [consulté le 18 avril 2012].

- 113 Konetzka, R.T., E.C. Norton et S.C. Stearns (2006). « Medicare Payment Changes and Nursing Home Quality: Effects on Long-Stay Residents », *International Journal of Health Care Finance and Economics*, vol. 6, n° 3, p. 173-189 : <http://www.jstor.org/stable/20460602> [consulté le 1er mars 2012]
- 114 Grabowski, D.C., J.J. Angelelli et V. Mor (2004). « Medicaid payment and risk-adjusted nursing home quality measures », *Health Affairs (Project Hope)* vol. 23, n° 5, p. 243-252 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15371395> [consulté le 18 avril 2012].
- 115 Feng, Z., D.C. Grabowski, O. Intrator, J. Zinn et V. Mor (2008). « Medicaid payment rates, case-mix reimbursement, and nursing home staffing –1996-2004 », *Medical Care*, vol. 46, n° 1, janvier, p. 33-40 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18162853> [consulté le 18 avril 2012].
- 116 Harrington, C., J.H. Swan et H. Carrillo (2007). « Nurse staffing levels and Medicaid reimbursement rates in nursing facilities », *Health Services Research*, vol. 42, n° 3 Pt 1, juin, p. 1105-1129 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17489906> [consulté le 7 avril 2012].
- 117 Castle, N.G., J. Engberg et D. Liu (2007). « Have Nursing Home Compare quality measure scores changed over time in response to competition? », *Quality & Safety in Health Care*, vol. 16, n° 3, juin, p. 185-191 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17545344> [consulté le 18 avril 2012].
- 118 Castle, N.G., D. Liu et J. Engberg (2008). « The association of Nursing Home Compare quality measures with market competition and occupancy rates », *Journal for Healthcare Quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality*, vol. 30, n° 2, avril, p. 4-14 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18411887> [consulté le 18 avril 2012].
- 119 Starkey, K.B., R. Weech-Maldonado et V. Mor (2005). « Market competition and quality of care in the nursing home industry », *Journal of Health Care Finance*, vol. 32, n° 1, janvier, p. 67-81 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18972979> [consulté le 18 avril 2012].
- 120 Murray, P.K., T.E. Love, N.V. Dawson, C.L. Thomas et R.D. Cebul (2005). « Rehabilitation services after the implementation of the nursing home prospective payment system: differences related to patient and nursing home characteristics », *Medical Care*, vol. 43, n° 11, novembre, p. 1109-1115 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16224304> [consulté le 18 avril 2012].
- 121 Centers for Medicare & Medicaid Services. *What is Home Health Care*.
- 122 Centers for Medicare & Medicaid Services. « Home Health PPS: Overview » : <http://www.cms.gov/HomeHealthPPS/> [consulté le 2012 Mar 22].
- 123 Choi, S. et J.K. Davitt (2009). « Changes in the Medicare home health care market: the impact of reimbursement policy », *Medical Care*, vol. 47, n° 3, mars, p. 302-309 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19194328> [consulté le 18 avril 2012].
- 124 Schlenker, R.E., M.C. Powell et G. Goodrich (2005). « Initial home health outcomes under prospective payment », *Health Services Research*, vol. 40, n° 1, février, p. 177-193 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15663708> [consulté le 18 avril 2012].
- 125 Brown, R., B. Phillips, C. Bishop, C. Thornton, G. Ritter, A. Klein et coll. (1997). « The effects of predetermined payment rates for Medicare home healthcare », *Health Services Research*, vol. 32, n° 4, octobre, p. 397-414 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9327810> [consulté le 18 avril 2012].

- 126 Poss, J.W., J.P. Hirdes, B.E. Fries, I. McKillop et M. Chase M. (2008). « Validation of Resource Utilization Groups version III for Home Care (RUG-III/HC): evidence from a Canadian home care jurisdiction », *Medical Care*, vol. 46, n° 4, avril, p. 380-387 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18362817> [consulté le 18 avril 2012].
- 127 Björkgren, M., B.E. Fries et L.R. Shugarman (2000). « A RUG-III Case-Mix System for Home Care », *Canadian Journal of Aging*, vol. 19, p. 106-123.
- 128 Hirdes, J.P., B.E. Fries, J.N. Morris, N. Ikegami, D. Zimmerman, D.M. Dalby et coll. (2004). « Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. », *The Gerontologist*, vol. 44, n° 5, octobre, p. 665-679 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15498842> [consulté le 18 avril 2012].
- 129 Jacobs, P., J.R. Lave, E. Hall et C. Botz (1994). « Ambulatory Case Mix Funding Systems in Canada », *Healthcare Management Forum*, vol. 7, n° 2, juin, p. 21-28 : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0840470410610538> [consulté le 17 avril 2012].
- 130 Hastings, J.E.F. (1986). « Organized Ambulatory Care in Canada: Health Service Organizations and Community Health Centers », *Journal of Public Health Policy*, vol. 7, n° 2, janvier, p. 239 : <http://www.jstor.org/stable/3342262> [consulté le 18 avril 2012].
- 131 Smith, J.J., A. Maida et J.A. Henderson (2002). « Hospital outpatient prospective payment under Medicare: understanding the system and its implications », *Radiology*, vol. 225, n° 1, octobre, p. 13-19 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12354977> [consulté le 18 avril 2012].
- 132 Strickland, P.A. (2000). « Ambulatory payment classification: an overview », *Radiology Management* vol. 22, n° 5, p. 49-51 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11151322> [consulté le 18 avril 2012].
- 133 Souchier, M., A. Muselier, M. Vourch, H. Aubé, A. Juniot, C. Creuzot-Garcher et coll. (2010). « T2A et chirurgie orbitopalpebrale : l'ambulatoire est-il vraiment rentable pour l'établissement? », *Journal français d'ophtalmologie*, vol. 33, n° 5, mai, p. 312-318 : <http://www.em-consulte.com/article/252275/article/t2a-et-chirurgie-orbitopalpebrale-lambulatoire-est>.
- 134 Muselier, A., B. Mathieu, H. Aube, C. Creuzot-Garcher et A. Bron A. (2009). « Retentissement de la version 11 de la T2A sur le financement de la chirurgie des glaucomes », *Journal français d'ophtalmologie*, vol. 32, n° 10, décembre, p. 701-706 : <http://www.em-consulte.com/article/236644/article/retentissement-de-la-version-11-de-la-t2a-sur-le-f>.
- 135 Lim, K.-L., P. Jacobs et C. Dewa (2008). *How much should we spend on mental health?*, Edmonton (Alberta).
- 136 Medeiros, H., D. McDaid et M. Knapp (2008). *Shifting care from hospital to the community in Europe: economic challenges and opportunities*, Londres : MHEEN network.
- 137 Knapp, M., D. McDaid, F. Amaddeo, A. Constantopoulos, M.D. Oliveira, L. Salvador-Carulla et coll. (2007). « Financing mental health care in Europe », *Journal of Mental Health*, vol. 16, n° 2, avril, p. 167-180 : <http://www.tandf.co.uk/journals/titles/09638237.asp> [consulté le 1er mars 2012].

- 138 Drozd, E.M., J. Cromwell, B. Gage, J. Maier, L.M. Greenwald et H.H. Goldman (2006). « Patient casemix classification for medicare psychiatric prospective payment », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 163, n° 4, avril, p. 724-732 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16585450> [consulté le 18 avril 2012].
- 139 Fairbairn, A. (2007). « Payment by results in mental health: the current state of play in England », *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 13, n° 1, 1^{er} janvier, p. 3-6 : <http://apt.rcpsych.org/content/13/1/3> [consulté le 13 avril 2012].
- 140 Bellows, N.M. et H.A. Halpin (2008). « Impact of Medicaid reimbursement on mental health quality indicators », *Health Services Research*, vol. 43, n° 2, avril, p. 582-597 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18370968> [consulté le 18 avril 2012].
- 141 Miraldo, M., M. Goddard et P.C. Smith (2006). *The incentive effects of payment by results*, University of York (R.-U.) : <http://ideas.repec.org/p/chy/respap/19cherp.html> [consulté le 15 février 2012].
- 142 Self, R., A. Rigby, C. Leggett et R. Paxton (2008). « Clinical decision support tool: a rational needs-based approach to making clinical decisions », *Journal of Mental Health*, vol. 17, p. 33-48.
- 143 JPPC Mental Health Technical Working Group (2008). *Grouper and Weighting Methodology for Adult Inpatient Mental Health Care in Ontario*, Toronto.
- 144 Mulley, A.G. (2009). « Inconvenient truths about supplier induced demand and unwarranted variation in medical practice », *BMJ*, vol. 339, 20 octobre, p. b4073-b4073 : <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b4073?view=long&pmid=19843566> [consulté le 18 avril 2012].
- 145 Richardson, J. et S. Peacock (2006). *Reconsidering theories and evidence of supplier induced demand* : <http://ideas.repec.org/p/mhe/cherps/2006-13.html> [consulté le 28 mars 2012].
- 146 Léger, P.T. (2011). *Mécanismes de rémunération des médecins – aperçu et options pour le Canada*, Ottawa : FCRSS.
- 147 Rosenthal, M.B. et R.G. Frank (2006). « What is the empirical basis for paying for quality in health care? », *Medical Care Research and Review*, vol. 63, n° 2, avril, p. 135-157 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16595409> [consulté le 18 avril 2012].
- 148 Preyra, C. et G. Pink (2001). « Balancing incentives in the compensation contracts of nonprofit hospital CEOs », *Journal of Health Economics*, vol. 20, n° 4, juillet, p. 509-525 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11463186> consulté le 16 mai 2012].
- 149 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *L'excellence des soins pour tous* : <http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/pro/updates/performancecomp/update.aspx> [consulté le 16 mai 2012].
- 150 OCDE (2010). *Optimiser les dépenses de santé* : http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/optimiser-les-depenses-de-sante_9789264088832-fr

- 151 Petersen, L.A., L.D. Woodard, T. Urech, C. Daw et S. Sookanan (2006). « Does pay-for-performance improve the quality of health care? », *Annals of Internal Medicine*, vol. 145, n° 4, 15 août, p. 265-272 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16908917> [consulté le 31 mars 2012].
- 152 Grossbart, S.R. (2006). « What's the return? Assessing the effect of "pay-for-performance" initiatives on the quality of care delivery », *Medical Care Research and Review*, vol. 63, no 1 Suppl, février, p. 29S-48S : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16688923> [consulté le 15 mai 2012].
- 153 Fuller, R.L., E.C. McCullough, M.Z. Bao et R.F. Averill (2009). « Estimating the costs of potentially preventable hospital acquired complications », *Health Care Financing Review*, vol. 30, n° 4, janvier, p. 17-32 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19719030> [consulté le 18 avril 2012].
- 154 Averill, R.F., E.C. McCullough, J.S. Hughes, N.I. Goldfield, J.C. Vertrees et R.L. Fuller (2009). « rates », *Health Care Financing Review*, vol. 30, no 4, janvier, p. 1-15 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19719029> [consulté le 18 avril 2012].
- 155 Kelly, J. et A. Orr (2009). « Accountability, responsiveness and quality for clients model of home support: a model for improved home support services to promote aging at home », *Healthcare Papers*, vol. 10, n° 1, janvier, p. 65-71 et 79-83 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20057219> [consulté le 18 avril 2012].
- 156 Campbell, S.M., D. Reeves, E. Kontopantelis, B. Sibbald et M. Roland (2009). « Effects of pay for performance on the quality of primary care in England », *The New England Journal of Medicine*, vol. 361, n° 4, 23 juillet, p. 368-378 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19625717> [consulté le 18 avril 2012].
- 157 Ryan, A.M., J. Blustein et L.P. Casalino (2012). « Medicare's Flagship Test Of Pay-For-Performance Did Not Spur More Rapid Quality Improvement Among Low-Performing Hospitals », *Health Affairs*, vol. 31, no 4, avril, p. 797-805 : <http://content.healthaffairs.org/cgi/doi/10.1377/hlthaff.2011.0626> [consulté le 10 avril 2012].
- 158 Werner, R.M., J.T. Kolstad, E.A. Stuart et D. Polsky (2011). « The effect of pay-for-performance in hospitals: lessons for quality improvement », *Health Affairs (Project Hope)*, vol. 30, n° 4, 1^{er} avril, p. 690-698 : <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/30/4/690> [consulté le 24 mai 2012].
- 159 Mehrotra, A., C.L. Damberg, M.E.S. Sorbero et S.S. Teleki (2009). « Pay for performance in the hospital setting: what is the state of the evidence? », *American Journal of Medical Quality*, vol. 24, n° 1, 1^{er} janvier, p. 19-28 : <http://ajm.sagepub.com/cgi/content/abstract/24/1/19> [consulté le 16 mai 2012].
- 160 Epstein, A.M. (2007). « Pay for performance at the tipping point », *The New England Journal of Medicine*, vol. 356, n° 5, 1^{er} février, p. 515-517 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17259445> [consulté le 16 mai 2012].
- 161 Rand. *Analysis of Hospital Pay for Performance* : <http://www.randcompare.org/analysis-of-options/analysis-of-hospital-pay-for-performance>
- 162 Roski, J., R. Jeddelloh, L. An, H. Lando, P. Hannan, C. Hall et coll. (2003). « The impact of financial incentives and a patient registry on preventive care quality: increasing provider adherence to evidence-based smoking cessation practice guidelines », *Preventive Medicine*, vol. 36, n° 3, mars, p. 291-299 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12634020> [consulté le 18 avril 2012].

- 163 Fairbrother, G., M.J. Siegel, S. Friedman, P.D. Kory et G.C. Butts (2012). « Impact of financial incentives on documented immunization rates in the inner city: results of a randomized controlled trial », *Ambulatory Pediatrics*, vol. 1, n° 4, août, p. 206-12 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11888402> [consulté le 18 avril 2012].
- 164 Shen, Y. (2003). « Selection incentives in a performance-based contracting system », *Health Services Research*, vol. 38, no 2, avril, p. 535-552 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12785560> [consulté le 2 mars 2012].
- 165 Briesacher, B.A., T.S. Field, J. Baril et J.H. Gurwitz (2009). « Pay-for-performance in nursing homes », *Health Care Financing Review*, vol. 30, n° 3, janvier, p. 1-13 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19544931> [consulté le 18 avril 2012].
- 166 Sutherland, J.M., E. Hellsten et K. Yu (2012). « Bundles: An opportunity to align incentives for continuing care in Canada? », *Health Policy* (Amsterdam, Pays-Bas), 2 mars : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22386890> [consulté le 13 avril 2012].
- 167 Bach, P.B., J.N. Mirkin et J.J. Luke (2011). « Episode-based payment for cancer care: a proposed pilot for Medicare », *Health Affairs*, vol. 30, n° 3, mars, p. 500-509 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21383369> [consulté le 13 avril 2012].
- 168 Spehar, A., R. Campbell, P. Palacios, J. Scott, B. Bjornstad et J. Wolfson (2005). *Seamless Care: Safe Patient Transitions from Hospital to Home*, Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality.
- 169 Lavis, J.N. et G.M. Anderson (1996). « Appropriateness in health care delivery: definitions, measurement and policy implications », *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, vol. 154, n° 3, février, p. 321-328 : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1487507&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [consulté le 14 mars 2012].
- 170 Béland, F., H. Bergman, P. Lebel, A.M. Clarfield, P. Tousignant, A.-P. Contandriopoulos et coll. (2006). « A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial », *The Journals of Gerontology, Series A, Biological sciences and medical sciences*, vol. 61, n° 4, avril, p. 367-373 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16611703> [consulté le 14 mars 2012].
- 171 Mor, V., O. Intrator, Z. Feng et D.C. Grabowski (2010). « The revolving door of rehospitalization from skilled nursing facilities », *Health Affairs* (Project Hope), vol. 29, n° 1, p. 57-64 : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2826971&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [consulté le 14 mars 2012].
- 172 Birkmeyer, J.D., C. Gust, O. Baser, J.B. Dimick, J.M. Sutherland et J.S. Skinner (2010). « Medicare payments for common inpatient procedures: implications for episode-based payment bundling », *Health Services Research*, vol. 45, n° 6 Pt 1, décembre, p. 1783-1795 : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3026958&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [consulté le 14 mars 2012].
- 173 Thomas, F., C. Caplan, J.M. Levy, M. Cohen, J. Leonard, T. Caldis et coll. (2010). « Clinician feedback on using episode groupers with Medicare claims data », *Health Care Financing Review*, vol. 31, n° 1, janvier, p. 51-61 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20191757> [consulté le 14 mars 2012].

- 174 Grabowski, D.C. (2007). « Medicare and Medicaid: conflicting incentives for long-term care », *The Milbank Quarterly*, vol. 85, n° 4, décembre, p. 579-610 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18070331> [consulté le 14 mars 2012].
- 175 Hussey, P.S., M.E. Sorbero, A. Mehrotra, H. Liu et C.L. Damberg (2009). « Episode-based performance measurement and payment: making it a reality », *Health Affairs (Project Hope)*, vol. 28, n° 5, octobre, p. 1406-1417 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19738258> [consulté le 30 mars 2012].
- 176 Struijs, J.N. et C.A. Baan (2011). « Integrating care through bundled payments – Lessons from The Netherlands », *The New England Journal of Medicine*, vol. 364, n° 11, 17 mars, p. 990-991 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21410368> [consulté le 14 mars 2012].
- 177 BC Health Services Purchasing Organization (2010). *Patient Focused Funding: Better Enabling Health Providers to Do What is Best for Patients*, novembre : <http://www.bcpsqc.ca/about/documents/meetings/HQN-Nov102010HSPO.pdf> [consulté le 24 février 2012].
- 178 BC Health Services Purchasing Organization (2010). *Annual Report for 2010-2011* : <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2011/bc-health-services-purchasing-organization-annual-report-for-2010-11.pdf> [consulté le 26 mars 2012].
- 179 BC HSPO (2011). *Annual Report for 2010-11* : <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2011/bc-health-services-purchasing-organization-annual-report-for-2010-11.pdf> [consulté le 28 mars 2012].
- 180 BC Provincial Renal Agency (2011). *Funding Allocation*, juin : http://www.bcrenalagency.ca/about/Financial_Information/Funding+Allocation.htm [consulté le 29 mars 2012].
- 181 BC Provincial Renal Agency (2011). *Financial Information*, juin : http://www.bcrenalagency.ca/about/Financial_Information/default.htm [consulté le 29 mars 2012].
- 182 Provincial Health Services Authority (2011). *Cardiac Services BC*, octobre : <http://www.phsa.ca/AgenciesAndServices/Agencies/Cardiac/default.htm> [consulté le 29 mars 2012].
- 183 Cardiac Services BC (2010). *Annual Report 2010* : <http://www.phsa.ca/NR/rdonlyres/313D37DA-7368-48AC-ADED-6C09F5313E95/53773/CSBCAR2011.pdf> [consulté le 28 mars 2012].
- 184 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Budget des dépenses 2008-2009. Sommaire* : <http://www.fin.gov.on.ca/fr/budget/estimates/2008-09/volume1/MOHLTC.html> [consulté le 7 mai 2012].
- 185 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2009). *Information pour le public – Planification axée sur les résultats 2009 2010* : http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/plans/rbp_2009_10.aspx [consulté le 17 mai 2012].
- 186 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2009). *Long Term Care Homes Case Mix Transition: Communiqué #1*, mars.
- 187 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2009). *Long Term Care Homes Case Mix Transition: Communiqué #2*.

- 188 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2009). *Long Term Care Homes Case Mix Transition: Communiqué #4*.
- 189 Hirth, R.A., R.A. Wolfe, J.R. Wheeler, E.C. Roys, P.J. Tedeschi, A.S. Pozniak et coll. (2003). « Is case-mix adjustment necessary for an expanded dialysis bundle? », *Health Care Financing Review*, vol. 24, n° 4, janvier, p. 77-88 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14628401> [consulté le 18 avril 2012].
- 190 Steinbrook, R. (2007). « Medicare and erythropoietin », *The New England Journal of Medicine*, vol. 356, n° 1, 4 janvier, p. 4-6 : <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp068296> [consulté le 18 avril 2012].
- 191 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), HHS (2010). « Medicare program; end-stage renal disease prospective payment system. Final rule », *Federal Register*, vol. 75, n° 155, 12 août, p. 49029-490214 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20712086> [consulté le 18 avril 2012].
- 192 Inglehart, J. (2011). « Bundled Payment for ESRD — Including ESAs in Medicare's Dialysis Package », *New England Journal of Medicine*, vol. 364: 593-5 : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1014187> [consulté le 29 mars 2012].
- 193 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), HHS (2011). « Medicare program; end-stage renal disease quality incentive program. Final rule », *Federal Register*, vol. 76, n° 3, 5 janvier, p. 627-646 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21261127> [consulté le 16 avril 2012].

ANNEXE I : ACRONYMES

ANS	autre niveau de soins
APC	Ambulatory Payment Classification
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Group
ARQ	modèle de responsabilité, réceptivité et qualité des services de soutien à domicile (Accountability, Responsiveness and Quality for Clients Model of Home Support)
BCPRA	B.C. Provincial Renal Agency
BDCP	Base de données sur les congés des patients
CMS	Centers for Medicare& Medicaid Services
CSBC	Cardiac Services BC
ED P4P	rémunération au rendement dans les services d'urgence (Emergency Department Pay-for-performance)
FAP	financement axé sur le patient
FBA	financement basé sur les activités
FIBQ	financement incitatif basé sur la qualité
GHM	groupe homogène de malades
GMA+	groupe de maladies analogues
GPR	groupe de patients en réadaptation
HARP	Health Authority Renal Program
HQID	Hospital Quality Incentive Demonstration
HRG	Health Resource Group
HSPO	Health Services Purchasing Organization
IAM	infarctus aigu du myocarde
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IGC	indice des groupes clients
IRC	insuffisance rénale chronique
MAS	Modèle d'allocation fondée sur la santé
MSSLD	ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Nord-DRG	Nord Diagnosis Related Group
NSQIP	National Surgical Quality Improvement Program
OSSI	organisation de soins de santé intégrés
PCR	pondération de la consommation des ressources
PHSA	Provincial Health Service Authority
PIB	produit intérieur brut
PROMIS	Patient Record/Registration and Outcome Management Information System (système d'information de gestion des dossiers et enregistrements des patients et des dossiers)

QIP	Quality Incentive Program
QOF	Quality Outcome Framework
RA	rémunération à l'acte
RAI MDS	Instrument d'évaluation des résidents – fichier minimal (Resident Assessment Instrument Minimum Data Set)
RAI-HC	Instrument d'évaluation des résidents – soins à domicile (Resident Assessment Instrument for Home Care)
RAI-MH	Instrument d'évaluation des résidents en santé mentale (Resident Assessment Instrument-Mental Health)
RLISS	réseau local d'intégration des services
RR	rémunération au rendement
RUG	groupes d'utilisation des ressources (Resource Utilization Groups)
SCIPP	Système de classification des patients hospitalisés en psychiatrie (System for the Classification of Inpatient Psychiatry)
SGCA	Système global de classification ambulatoire
SIOSM	Système d'information ontarien sur la santé mentale
SISLD	Système d'information sur les soins de longue durée
SLD	soins de longue durée
SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires
STIR	stade terminal de l'insuffisance rénale
SWPD	Jours-patients pondérés par SCIPP (SCIPP Weight Patient Day)
TI	technologie de l'information
WPD	Jours-patients pondérés (Weighted Patient Day)