

Le financement axé sur les patients

Revue de littérature sur les expériences étrangères

Octobre 2013

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Note informative rédigée par
Jean-Marie R. Lance

Le contenu de la présente publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document et ses annexes sont accessibles en ligne, dans la section *Publications* de notre site Web.

Équipe de projet

Auteur

Jean-Marie R. Lance, M. Sc.

Direction

Michel LeBrun, M.B.A., Ph. D.

Recherche et soutien documentaire

Jean-Marie R. Lance, M. Sc.

Édition

Responsable

Diane Guilbault

Coordination

Véronique Baril

Révision linguistique

Madeleine Fex

Traduction

Mark Wickens

Mise en page

Marie-Andrée Houde

Vérification bibliographique

Denis Santerre

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-69198-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2013

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Le financement axé sur les patients. Note informative rédigée par Jean-Marie R. Lance. Québec, Québec : INESSS; 2013. 87 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration de ce document.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de la présente note.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
SUMMARY	vi
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	x
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE	3
1.1 Sélection des pays	3
1.2 Considérations générales sur les différents modes de financement.....	4
2 DESCRIPTION DES EXPÉRIENCES DE FAP.....	9
2.1 Allemagne.....	9
2.1.1 Contexte général.....	9
2.1.2 Système des G-DRG.....	9
2.1.3 Évaluation.....	11
2.2 Angleterre.....	14
2.2.1 Contexte général.....	14
2.2.2 Système de financement prospectif	15
2.2.3 Évaluation.....	21
2.3 Finlande	24
2.3.1 Contexte général.....	24
2.3.2 Système de financement.....	24
2.3.3 Évaluation.....	26
2.4 France	26
2.4.1 Contexte général.....	26
2.4.2 Système de financement prospectif	27
2.4.3 Évaluation.....	31
2.5 Irlande	39
2.5.1 Contexte général.....	39
2.5.2 Système de financement.....	40
2.5.3 Évaluation.....	42
2.6 Norvège	44
2.6.1 Contexte général.....	44
2.6.2 Système de financement.....	45
2.6.3 Évaluation.....	46
2.7 Pays-Bas.....	49

2.7.1	Contexte général.....	49
2.7.2	Système de financement prospectif	50
2.7.3	Évaluation.....	53
2.8	Suède.....	55
2.8.1	Contexte général.....	55
2.8.2	Système de financement prospectif	56
2.8.3	Évaluation.....	58
3	BILAN DES EXPÉRIENCES ET DES ÉTUDES SUR LE FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS	59
3.1	Les principaux constats	59
3.1.1	À l'égard du cadre général	60
3.1.2	À l'égard de l'implantation.....	69
3.1.3	À l'égard des résultats.....	70
3.2	Les défis majeurs	74
	CONCLUSION.....	76
	ANNEXE A Une grille d'évaluation d'un projet d'incitation financière	78
	RÉFÉRENCES.....	79

RÉSUMÉ

Introduction

De nombreuses études et expériences ont montré l'influence des modes de financement des producteurs de services sur l'efficacité, la qualité et l'efficience des soins que reçoivent les patients. Dans plusieurs pays, il a donc été décidé de remplacer la budgétisation globale des établissements par le financement à l'activité (FAA), lequel établit un lien plus étroit entre les services fournis et l'utilisation des ressources. Au Québec, à quelques reprises dans le passé, plusieurs acteurs ont examiné cette problématique du financement et ces réflexions ont mené à l'implantation de certaines mesures financières afin d'améliorer la situation. Lors du discours du budget du 20 mars 2012, une importante initiative d'implantation de FAA dans le secteur de la santé et des services sociaux était annoncée. Un groupe d'experts a alors été formé afin de préparer cette implantation graduelle et, dans le souci plus général d'amélioration de la qualité des services et des résultats pour les patients, son mandat porte maintenant davantage sur les formules de financement axées sur les patients (FAP).

Dans ce contexte, il est utile d'examiner les expériences étrangères et plus particulièrement les résultats observés. Le présent document, rédigé à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux, a donc pour objectif d'examiner ces expériences, de les décrire, de préciser les étapes de leur élaboration et de leur implantation, de déterminer les préalables et les conditions nécessaires à leur mise en œuvre et de souligner les obstacles à surmonter et les erreurs à éviter, en vue d'en arriver à une implantation réussie au Québec.

Sélection des pays

Les critères de choix des pays se résument à la disponibilité de documents en langue française ou anglaise permettant, d'une part, de décrire les systèmes de financement utilisés, pour la plupart fondés sur les DRG (*diagnosis related groups*) – en français GHM (groupes homogènes de malades) – et les étapes qui ont mené à leur élaboration et à leur implantation et, d'autre part, d'apprécier les effets de ces systèmes. Les pays choisis (la date de début de l'implantation progressive de leur système de FAA est indiquée entre parenthèses) sont les suivants : Allemagne (2004), Angleterre (2003-2004), Finlande (1996), France (2004), Irlande (1993), Norvège (1997), Pays-Bas (2005) et Suède (1995). Toutefois, les travaux sur l'élaboration de la classification des patients ont le plus souvent été amorcés plusieurs années auparavant. La plupart des expériences concernent un système de FAA fondé sur les DRG ou leur équivalent, un tarif étant associé à chaque groupe de patients présentant des diagnostics similaires et utilisant des ressources diagnostiques et thérapeutiques semblables.

Bilan des expériences et des études sur le FAP

Tout système de FAA ou de FAP comprend quatre composantes fondamentales : a) le choix ou l'élaboration d'un système de classification des activités axées sur les patients; b) la collecte des données démographiques, cliniques et économiques; c) l'établissement des prix ou des tarifs associés à chaque catégorie; d) le paiement ou le remboursement réel. Ces composantes serviront de premiers points de repère dans l'analyse des différents éléments, auxquels s'ajoutent des considérations sur les objectifs visés et sur les résultats obtenus.

Acceptation du FAA

Les administrations qui ont implanté un système de FAA, soit celles des huit pays européens examinés, mais également celles d'autres pays européens, de l'Australie et de ses États ainsi que celle du programme Medicare aux États-Unis, ne remettent en aucune façon ce choix et confirment plutôt sa pertinence. Les avantages du FAA, notamment à l'égard de la transparence, font plus que compenser ses inconvénients, bien que des améliorations soient exigées dans les différents volets du système de tarification au-delà des mises à jour régulières.

À l'égard du cadre général

Le champ d'application privilégié dans tous les pays qui ont implanté le système de FAA est le domaine hospitalier, particulièrement dans les services de soins physiques de courte durée, qui comprennent tant les hospitalisations (séjour d'au moins une nuit) que les soins en chirurgie d'un jour ou en médecine de jour. Dans certains cas, le système de FAA s'est étendu à des services d'urgence ou à d'autres services ambulatoires (consultations externes et séances de chimiothérapie ou d'hémodialyse). Les applications dans les secteurs de la psychiatrie et de la réadaptation sont encore peu fréquentes. Enfin, l'application aux soins de longue durée et à des secteurs qui débordent le milieu hospitalier ou incluent un volet communautaire est encore beaucoup plus restreinte et continue plutôt de faire l'objet d'expérimentations.

De façon générale, l'implantation d'un système de FAA s'est faite selon un éventail varié d'objectifs : établissement d'un lien étroit entre l'activité et le financement, efficience des services, allocation équitable des ressources, transparence dans la gestion, création d'un contexte de concurrence pour les acheteurs de services, facilitation du choix des patients quant à l'établissement de soins, augmentation de l'activité, diminution des listes d'attente, réduction de la capacité hospitalière (lits), étalonnage, amélioration de la qualité. Toutefois, la poursuite simultanée de plusieurs objectifs et leur évolution au fil des années ont souvent fait en sorte qu'ils deviennent contradictoires et perdent de leur pertinence auprès des producteurs de soins.

Les systèmes de classification des activités à partir desquels les systèmes de FAA sont établis varient selon les pays, bien qu'ils soient pour la plupart inspirés de la classification des DRG élaborée aux États-Unis concernant les admissions en soins physiques de courte durée. Par contre, deux des pays examinés ont élaboré des systèmes dont les principes étaient différents, soit l'Angleterre et les Pays-Bas. On observe une grande variation dans le nombre de catégories de ces classifications et dans les secteurs auxquels elles s'appliquent. Des adaptations sont régulièrement faites dans ces classifications afin de mieux refléter la prestation des services de santé et ainsi leur acceptabilité dans le milieu.

Tout système de FAP doit être alimenté par des données cliniques et des données sur les coûts; elles sont recueillies par un organisme central qui s'assure de leur qualité et de leur fiabilité, tout en cherchant à déceler toute tentative de manipulation. Malgré la lourdeur administrative liée au codage des activités cliniques, ce volet suscite peu de critiques. Par contre, la fiabilité des données sur les coûts, un élément crucial de la crédibilité du FAP, pose encore problème dans quelques pays. Les difficultés résultent des variations dans la disponibilité et l'application des guides de comptabilité analytique, de la représentativité des échantillons d'établissements qui fournissent les données et de l'approche utilisée (ascendante ou descendante).

L'établissement des prix ou des tarifs associés à chacune des activités est le plus souvent fondé sur leurs coûts moyens calculés à différents paliers (national, régional ou par catégorie d'établissements); des facteurs d'ajustement sont appliqués afin de tenir compte de variations

dans les contextes locaux. Le choix du coût moyen est critiqué dans certains pays, puisqu'il tend à réduire l'incitation à l'efficacité. Cela explique que les tarifs associés puissent être réduits d'un faible pourcentage ou être établis selon les coûts correspondant aux meilleures pratiques. Les écarts entre l'échelle des coûts relatifs et l'échelle des tarifs suscitent également des critiques, notamment en raison des délais entre la collecte des données sur les coûts et l'application des tarifs et des variations importantes dans les tarifs d'une année à l'autre. Ces problèmes amènent les gestionnaires à raisonner en termes de budget total (considérant les autres sources de revenus) plutôt que d'utiliser les tarifs comme signaux pour accroître l'efficacité.

Les tarifs subissent souvent des modifications résultant de négociations entre les producteurs de services et les acheteurs (mutuelles d'assurance ou instances régionales ou locales), qui peuvent porter sur des volumes d'activité. Les dépenses totales des établissements peuvent également être soumises à un plafond général, de sorte que les taux de base à la source des tarifs sont diminués si l'activité augmente. De façon générale, aucun ajustement n'est inclus dans les tarifs en vue de tenir compte de la qualité des soins, sauf que des réadmissions pour une même cause dans les 30 jours suivant un congé ne donnent droit à aucune compensation. Dans certains pays, des initiatives de paiement indépendantes sont implantées afin de promouvoir la qualité des soins. Enfin, l'intégration des innovations diagnostiques et thérapeutiques fait le plus souvent l'objet de mécanismes particuliers d'évaluation, d'approbation et de financement.

À l'égard de l'implantation

Selon l'envergure du système de FAP choisi, son implantation peut bouleverser la gestion de l'information, des processus cliniques et des ressources budgétaires des établissements. Voilà pourquoi toutes les administrations des pays concernés ont procédé par étapes afin de faciliter la gestion des impacts de ces changements et ainsi éviter une déstabilisation potentielle majeure. Le système se doit aussi d'être flexible afin de suivre l'évolution tant des activités que de leurs coûts à l'échelle locale afin de s'assurer du respect des règles ou de prévenir des effets indésirables ou inattendus. Enfin, parmi les autres facteurs favorisant l'implantation réussie d'un système de FAP, on mentionne la nécessité de stratégies de communication claires, la disponibilité d'outils et de guides facilement compréhensibles, le soutien technique approprié, la consultation appropriée des parties prenantes dans les étapes d'élaboration et de test, la priorité donnée aux considérations de nature médicale et le leadership professionnel dans les initiatives relatives à la qualité des soins et à la définition des meilleures pratiques.

À l'égard des résultats

Malgré la disponibilité de nombreuses évaluations sur les effets du FAP (surtout du FAA), leurs auteurs ont tous souligné la difficulté, voire l'impossibilité d'isoler l'impact propre au mode de financement étudié, notamment en raison de l'influence concomitante d'autres politiques ou mesures budgétaires mises en œuvre par les autorités ministérielles.

Sur le plan de l'efficacité, de façon générale, l'activité hospitalière (séjours et cas d'un jour) a augmenté et la durée moyenne de séjour a diminué, bien que ces changements poursuivent la tendance observée avant l'implantation du système de FAA. La hausse d'activité a entraîné en même temps un accroissement des dépenses, un effet problématique lorsque des politiques de contrôle des dépenses de santé ont été mises en œuvre. On a aussi observé une réduction du temps d'attente pour des chirurgies non urgentes.

Sur le plan de la productivité, c'est-à-dire la relation physique entre les intrants et les extrants, l'expérience de plusieurs pays montre une amélioration. Par contre, cette amélioration ne s'est pas traduite sur le plan de l'efficacité, qui concerne la relation entre les extrants et les coûts; elle a diminué ou, au mieux, est restée stable.

L'effet sur la satisfaction des patients n'a été étudié qu'en Norvège; il était positif (réduction de la période d'attente) ou variait selon qu'il concernait les soins infirmiers ou les soins médicaux. Les études menées en Allemagne et France sur la satisfaction du personnel infirmier et médical ont montré une influence négative de l'implantation d'un système de FAA.

Des effets ont aussi été observés sur la gestion organisationnelle interne des établissements, à savoir la décentralisation accrue de la gestion des activités médicales, une meilleure collaboration entre le personnel médical et le personnel administratif, le développement des systèmes d'information et des outils de contrôle de la validité des données. La coopération avec d'autres établissements n'a pas été favorisée en France alors qu'aux Pays-Bas, les fusions ont été plus nombreuses.

L'implantation d'un système de FAA a, de façon générale, fait augmenter la transparence dans la connaissance des activités cliniques, de leurs procédés de production et des coûts. Selon le peu d'information à ce sujet, l'équité dans le financement interétablissements s'est améliorée en Angleterre, mais détériorée en France. Des expériences de financement concernant le traitement de maladies chroniques en Angleterre et aux Pays-Bas ont montré des résultats encourageants.

Des effets indésirables liés à la manipulation du codage et à la sélection des cas ont été peu observés et, lorsqu'ils l'étaient, ils restaient peu importants compte tenu des mesures de contrôle mises en place. Bien que, dans quelques pays, on n'ait pas décelé de détérioration des soins associée à l'implantation d'un système de FAA, dans quelques autres pays, certaines observations concernant les taux de réadmission à 30 jours ou des perceptions négatives du personnel hospitalier ont soulevé des interrogations sans toutefois qu'un lien puisse être formellement établi avec le FAA. Enfin, les différentes évaluations ont fait part de la lourdeur administrative de l'ensemble des activités liées à la gestion et à l'application d'un système de FAA et de leur impact sur les ressources humaines, matérielles et financières requises.

Conclusion

Au terme de cette analyse, on peut dégager certains concepts et principes qui devraient guider l'élaboration de tout système de financement véritablement axé sur les patients.

Centrer le système de soins sur les patients – Un système de FAP ne peut être efficace que si l'organisation des services de santé permet de viser concrètement l'accès, la continuité, l'efficacité, la qualité et la satisfaction.

La qualité n'est pas un luxe, mais une nécessité – Afin d'éviter tout effet indésirable sur la qualité des soins associée à l'implantation d'un système de FAP, il est nécessaire que des stratégies de promotion et de suivi de la qualité soient mises en place au préalable.

« L'argent suit le patient » – Ce principe pose un défi important, particulièrement lorsque les soins demandent la participation de plusieurs producteurs.

On ne peut améliorer que ce que l'on mesure – La crédibilité d'un système de FAP dépend de la validité des données recueillies sur l'état clinique des patients et sur l'utilisation et les coûts unitaires des services ainsi que sur la disponibilité de systèmes d'information performants.

L'argent est « le nerf de la guerre » – Quel que soit le système de FAP choisi, sa mise en application exige les ressources matérielles, techniques, humaines et financières appropriées, tant au palier central que dans les établissements concernés.

Les difficultés se cachent dans les détails – L'élaboration d'un système de FAP peut devenir très complexe lorsqu'elle concerne plusieurs producteurs, des catégories de produits nombreuses, des transactions multiples et des mesures de vérification régulières tout en entraînant des conséquences variées dans les budgets; le réglage précis de ce système doit être assuré.

À chaque problème sa solution – Tout système de FAP doit poursuivre des objectifs bien ciblés et le moins nombreux possible afin d'éviter qu'ils soient contradictoires.

SUMMARY

Patient-based Funding

A literature review of experiences in other countries

Introduction

A large number of studies and experiences have shown the impact of service provider funding methods on the effectiveness, quality and efficiency of patient care. In several countries, a decision was therefore made to replace global budgeting with activity-based funding (ABF), which establishes a closer link between the services provided and resource utilization. In Québec, a number of players examined the issue of funding several times in the past, and those reflections led to the implementation of certain financial measures aimed at improving the situation. In the March 20, 2012 budget speech, an important initiative for implementing ABF in the health and social services sector was announced. A panel of experts was subsequently created to prepare this gradual implementation, and with the more general aim of improving the quality of patient services and outcomes, its mandate is now more focused on patient-based funding (PBF) formulas.

In this context, it would be useful to examine experiences in other countries and especially the results observed. The objective of this report, which was prepared at the request of the Minister of Health and Social Services, is, therefore, to examine and describe these experiences, to detail the steps involved in developing and implementing them, to determine the prerequisites and conditions necessary for implementing them, and to point out the obstacles that need to be overcome and the mistakes to be avoided to permit the successful implementation of PBF in Québec.

Country selection

The criteria for choosing countries came down to the availability of literature in French or English enabling us, on the one hand, to describe the funding systems used, most of which are based on DRGs (diagnosis-related groups), and the steps that led to their development and implementation, and, on the other, to assess the impact of these systems. The countries chosen (the start date of the gradual implementation of their ABF system is indicated in parentheses) are England (2003-2004), Finland (1996), France (2004), Germany (2004), Ireland (1993), the Netherlands (2005), Norway (1997) and Sweden (1995). However, the work on developing the patient classification had usually started several years earlier. Most of the experiences concern an ABF system based on DRGs or their equivalent, with a price or payment amount assigned to each group of patients with similar diagnoses and using similar diagnostic and therapeutic resources.

Portrait of PBF experiences and studies

All ABF and PBF systems have four basic components: a) choosing or developing a patient-based activity classification system; b) gathering demographic, clinical and economic data; c) establishing prices or tariffs for each category; and d) the actual payment or reimbursement. These components will serve as the initial points of reference for analyzing the different elements, in addition to which are considerations regarding the objectives sought and the results obtained.

Acceptance of ABF

The administrations that have put an ABF system in place, that is, those of the eight European countries under consideration, but also those of other European countries, Australia and its states, as well as that of the Medicare program in the United States, do not question this choice in any way but rather confirm its appropriateness. The advantages of ABF, especially with regard to transparency, more than make up for its drawbacks, although the different parts of the price system require some improvements, apart from regular updates.

About the general framework

The scope of application opted for in all the countries that have implemented an ABF system is the hospital sector, particularly acute physical care services, which include both hospitalization (a stay of at least one night) and surgical or medical day care. In some cases, the ABF system was extended to some emergency services or to other outpatient services (outpatient visits and chemotherapy or hemodialysis sessions). Applications in the areas of psychiatry and rehabilitation are still uncommon. Lastly, the application to long-term care and sectors outside hospitals or that include a community component is still much more limited and continues instead to be the subject of experiments.

In general, an ABF system is implemented according to an array of objectives: establishing a closer link between activity and funding, increasing efficiency, ensuring the fair allocation of resources, improving transparency in management, creating a competitive environment for service purchasers, making patients' health care facility choices easier, increasing activity, reducing waiting lists, reducing hospital capacity (beds), benchmarking, and improving quality. However, the simultaneous pursuit of several objectives and their evolution over the years have often resulted in their becoming conflicting and losing their relevance to care providers.

The activity classification systems that ABF systems are based on vary from country to country, although for the most part, they are modeled after the DRG classification developed in the United States for admissions for acute physical care. However, two of the countries examined. England and the Netherlands, developed systems involving other principles. There are considerable differences in the number of categories in these classifications and in the sectors to which they apply. Adjustments are made to these classifications on a regular basis to better reflect the delivery of health-care services and their acceptability in the community.

All PBF systems have to be supplied with clinical and cost data. These data are gathered by a central body that ensures their quality and reliability and works to detect any attempts to manipulate the data. Despite the administrative burden associated with coding clinical activities, this aspect has attracted little criticism. However, cost data reliability, which is crucial to the credibility of PBF, still poses a problem in some countries. The difficulties stem from differences in the availability and application of cost-accounting guidelines, the representativeness of the samples from facilities that provide data, and the approach used (bottom-up or top-down).

The prices or tariffs associated with each activity are usually determined on the basis of their average costs calculated at different levels (national, regional or by category of establishments). Adjustment factors are used to take into account differences in local contexts. The choice of the average cost has been criticized in certain countries because it tends to reduce the incentive for efficiency. This explains why the rates involved can be reduced by a small percentage or be determined according to best-practice costs. The differences between the relative-cost scale and the tariffs scale have also attracted criticism, notably because of the time lag between when cost

data are collected and when tariffs come into effect, and because of considerable differences in tariffs from one year to the next. These problems lead managers to reason in terms of the total budget (considering the other sources of revenue) instead of using tariffs as signals for increasing efficiency.

Payment amounts often change as a result of negotiations between service providers and purchasers (mutual insurance companies or local or regional bodies), which negotiations can concern activity volumes. Also, a general ceiling can be placed on total establishment spending, with the result that the base rates that underlie tariffs are reduced if activity increases. In general, no adjustment is included in tariffs to take quality of care into account, except that readmissions for the same reason within 30 days of discharge do not give rise to any compensation. In some countries, independent payment initiatives have been put in place to promote care quality. Lastly, specific assessment, approval and funding mechanisms are usually in place for the integration of diagnostic and therapeutic innovations.

About implementation

Depending on the scope of the PBF system chosen, its implementation can disrupt the establishments' management of data, clinical processes and budget resources. This is why all the administrations in the countries of interest have proceeded stepwise to make it easier to manage the impact of these changes and thus avoid a potential major destabilization. The system should also be flexible in order to follow the changes in both the activities and their costs at the local level to ensure that the rules are respected and to prevent undesirable or unexpected effects. Lastly, some of the other factors for successfully implementing a PBF system are the need for clear communication strategies, the availability of easy-to-understand tools and guidelines, appropriate technical support, appropriate consultations with the stakeholders during the development and trial phases, giving priority to medical considerations, and professional leadership in care quality and best-practices definition initiatives.

About results

Despite the fact that there are a large number of assessments of the impact of PBF (especially of ABF), all of their authors have mentioned that it is difficult or even impossible to isolate the specific impact of the funding method under investigation, in particular, because of the concomitant influence of other policies or budget measures implemented by ministerial authorities.

On the question of productive performance, in general, hospital activity (stays and day cases) has increased and the average length of stay has decreased, although these changes are following the trend observed before the ABF system was implemented. At the same time, the increased activity has led to increased expenses, a problematic effect when policies for controlling health-care expenditures have been put in place. There has also been a reduction in wait times for elective surgeries.

As for productivity, that is, the physical relationship between inputs and outputs, the experience of several countries shows an improvement. However, this improvement has not had an impact on efficiency, which concerns the relationship between outputs and costs. Efficiency has decreased or, at best, remained stable.

The impact on patient satisfaction has been studied only in Norway. It was positive (shorter wait times) or varied according to whether it concerned nursing care or medical care. The English and

French studies of nursing and medical personnel satisfaction found implementing an ABF system to have a negative impact.

An impact has also been observed on establishments' internal organizational management, namely, increased decentralization of medical activity management, better cooperation between medical personnel and administrative staff, the development of information systems, and tools for checking data validity. Interfacility cooperation has not been fostered in France, and in the Netherlands, there has been a larger number of mergers.

Implementing an ABF system generally leads to increased transparency in the knowledge of clinical activities, their processes and the costs. According to the little information available on this topic, fairness in funding within the hospital sector has improved in England but declined in France. Funding experiences regarding the treatment of chronic diseases in England and the Netherlands have shown encouraging results.

Few undesirable effects associated with DRG creeping or patient selection have been observed, and those that were, were minor, thanks to the control measures put in place. Although no deterioration in care due to implementing an ABF system has been observed in some countries, in a few others, certain observations regarding 30-day readmission rates or negative perceptions on the part of hospital personnel have raised some questions, although no link can be formally established with ABF. Lastly, the different assessments report the administrative burden associated with all the activities involved in managing and applying an ABF system and their impact on the human, physical and financial resources required.

Conclusion

At the end of this analysis, we can identify certain concepts and principles that should guide the development of any truly patient-based funding system.

Centre the health-care system around patients. – A PBF system can be effective only if the organization of health-care services enables one to concretely aim for access, continuity, effectiveness, quality and satisfaction.

Quality is not a luxury; it is a necessity. – To avoid any undesirable effect on the quality of care associated with implementing a PBF system, quality promotion and monitoring strategies must be put in place beforehand.

“Money follows the patient.” – This principle poses an important challenge, especially when care requires the involvement of several providers.

One can improve only what can be measured. – The credibility of a PBF system depends on the validity of the data collected on the patients' clinical status and on the use and unit costs of the services, as well as on the availability of high-performance information systems.

Money is the life-blood of the system. – Regardless of the PBF system chosen, its implementation requires the appropriate physical, technical, human and financial resources, both at the central level and in the establishments concerned.

The devil is in the details. – Developing a PBF system can be very complex when it involves several providers, a large number of product categories, multiple transactions, and regular audit measures, and leads to various budgetary consequences. The system has to be fine-tuned.

Every problem has its solution. – Every PBF system must have well-targeted objectives and as few of them as possible so that they do not become conflicting.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

A&E	<i>Accident and Emergency</i> (Angleterre)
ACE	Actes et consultations externes (France)
APR-DRG	<i>All-Patient Refined Diagnosis Related Groups</i>
AR-DRG	<i>Australian Refined Diagnosis Related Groups</i>
ARS	Agence régionale de santé (France)
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (France)
AVC	Accident vasculaire cérébral
BPT	<i>Best Practice Tariffs</i> (Angleterre)
CCAM	Classification commune des actes médicaux (France)
CCG	Clinical Commissioning Group (Angleterre)
CIM	Classification internationale des maladies
CQUIN	<i>Commissioning for Quality and Innovation</i> (Angleterre)
DBC	<i>Diagnose Behandelend Combinaties</i> (Pays-Bas)
DG	Dotation globale (France)
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Allemagne)
DSAS	Direction norvégienne de la Santé et des Affaires sociales
DMS	Durée moyenne de séjour
DoH	Department of Health (Angleterre)
DOHC	Department of Health and Children (Irlande)
DOT	<i>DBCs On their way to Transparency</i> (Pays-Bas)
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (France)
DRG	Diagnostics regroupés pour la gestion (adaptation québécoise de <i>Diagnosis-related groups</i> (nom original))
ENC	Étude nationale sur les coûts (France)
EPBL	Établissements privés à but lucratif
ESRI	Economic and Social Research Institute (Irlande)
G-DRG	<i>German DRG</i> (Allemagne)
FAA	Financement à l'activité
FAP	Financement axé sur les patients
FIDES	Facturation individuelle des établissements de santé (France)
FT	Foundation Trusts (Angleterre)

GHM	Groupe homogène de malades (France)
GHPC	Groupe homogène de prise en charge (France)
GHS	Groupe homogène de séjours (France)
GHT	Groupe homogène de tarifs (France)
HAD	Hospitalisation à domicile (France)
HAS	Haute Autorité de Santé (France)
HCFA	Health Care Financial Administration (États-Unis)
HODL	Helse- og omsorgsdepartementet (Norvège)
HPST	Hôpital, population, santé et territoire : abrégé de la « Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » (France)
HRG	<i>Health Resource Groups</i> (Angleterre)
HSE	<i>Health Service Executive</i> (Irlande)
IGAS	Inspection générale des affaires sociales (France)
IGF	Inspection générale des finances (France)
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Allemagne)
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
ISA	Indice synthétique de l'activité (France)
LTC	<i>Long-term care</i>
MASS	Ministère des Affaires sociales et de la Santé (France)
MCO	Médecine – chirurgie – obstétrique (France)
Mecss	Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (France)
MOHLTC	Ministry of Health and Long-Term Care (Ontario)
MIG	Mission d'intérêt général (France)
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (France)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec)
NCP	National Casemix Programme (Irlande)
NHS	National Health Service (Royaume-Uni)
NIPO	National Information and Pricing Office (Irlande)
NIRU	Niveau d'intensité des ressources utilisées
NOMESCO	Nordisk Medicinalstatistisk Komité (Norvège)
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit (Pays-Bas)
ONDAM	Objectif national des dépenses assurance maladie (France)
OQN	Objectifs quantifiés nationaux (France)
PbR	<i>Payment-by-Results</i> (Angleterre)

PCT	Primary Care Trust (Angleterre)
PIB	Produit intérieur brut
PLICS	<i>Patient-Level Information and Costing System</i> (Angleterre)
PwC	PricewaterhouseCoopers LLP
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting (Suède)
SSR	Soins de suite et de réadaptation (France)
T2A	Tarification à l'activité (France)
VR	Valeur relative
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Pays-Bas)
VGQ	Vérificateur général du Québec
ZBC	Zelfstandig Behandel Centrum (Pays-Bas)

INTRODUCTION

Dans le contexte d'une pression continue sur le coût de leur système de santé et de services sociaux, plusieurs administrations nationales et régionales responsables de la planification, de l'organisation et du financement de ce système ont mis en place différentes mesures en vue de contrôler la hausse des coûts et d'améliorer l'efficacité, l'efficience et la qualité des services offerts à la population. Parmi ces différentes mesures, une attention particulière a été portée aux méthodes de paiement, de rémunération et de financement des services. Bien que traditionnellement, ces méthodes visent principalement les producteurs de services et les services offerts, certaines administrations ont amorcé des réflexions ou même mis en œuvre des expériences de financement axé sur la population en général ou sur les patients et, dans certains cas, en tenant compte des résultats ou de la qualité des services produits.

Au Québec, à quelques reprises dans le passé, plusieurs acteurs, soit le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), différents groupes de travail et de commissions d'enquête, des chercheurs et d'autres acteurs, ont examiné cette problématique du financement. Ces réflexions ont mené à l'implantation de quelques mesures financières favorisant une plus grande équité et incitant à la performance. À titre d'exemples, depuis 2004-2005, le MSSS utilise l'approche populationnelle comme méthode de répartition des ressources entre les régions et accorde, dans le cadre du programme d'accès à la chirurgie, un financement additionnel lorsque la production est supérieure aux seuils de référence établis, afin de diminuer les délais d'attente [VGQ, 2011]. Lors du discours sur le budget du 20 mars 2012, le ministre des Finances annonçait une importante initiative visant l'implantation du financement à l'activité (FAA) dans le secteur québécois de la santé et des services sociaux. Un groupe d'experts a donc été mis sur pied afin de préparer une implantation graduelle de modes de FAA. Dans le souci de mieux harmoniser les travaux de ce groupe avec les priorités gouvernementales d'amélioration de la qualité des services et des résultats pour les patients, le mandat du groupe d'experts a été clarifié afin qu'il porte davantage sur les formules de financement axées sur les patients.

Bien que l'accent doive être mis sur les patients, les services qu'ils reçoivent peuvent être de nature variée : dispensés à domicile ou dans un établissement; de nature ponctuelle ou continue; échelonnés sur une courte période ou pour le reste de leur vie; pour le traitement de problèmes simples ou complexes; offerts par un seul ou plusieurs intervenants de disciplines différentes; pour répondre à des besoins thérapeutiques sur le plan physique, psychologique ou social ou combinant ces différents domaines. Comme ces services doivent être bien définis, notamment dans la combinaison des différentes ressources humaines ou matérielles et des coûts associés, placés sous la responsabilité de producteurs différents, le recours simultané à plusieurs modes de financement peut s'avérer nécessaire afin d'assurer la prestation de ces services, mais ils devront être intégrés selon l'axe fondamental des patients.

Avant d'élaborer et d'implanter l'un ou l'autre de ces modes de financement, ou leur combinaison, au Québec tout en privilégiant les formules de financement axées sur les patients, il sera utile d'examiner les expériences étrangères et plus particulièrement leurs résultats en matière d'amélioration de l'efficacité, de la qualité et de l'efficience des soins et des services reçus par les patients ou par la population en général. Le présent document a donc essentiellement pour objectif d'examiner ces expériences, de les décrire, de préciser les étapes de leur élaboration et de leur implantation, de déterminer les préalables et les conditions

nécessaires à leur mise en œuvre et de souligner les obstacles à surmonter et les erreurs à éviter, en vue d'en arriver à une implantation réussie au Québec. Cet examen est réalisé à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Précisons qu'au point de départ, la plus grande partie du document décrira des expériences dites de financement à l'activité ou FAA (*activity-based funding* ou *ABF*), l'activité étant constituée d'un service agrégé, par exemple une admission hospitalière (impliquant un séjour ou non), qui inclut un ensemble de services diagnostiques et thérapeutiques. De façon plus générale, selon l'expérience de nombreux pays (États-Unis, pays européens et Australie), des catégories d'admission sont créées à partir de caractéristiques démographiques, médicales et économiques (utilisation des ressources) semblables : elles sont appelées DRG (*diagnosis related groups*) en anglais et GHM (groupes homogènes de malades) en France. Dans pratiquement tous les cas, l'activité se limite à un seul producteur de soins, l'hôpital dans le cas présent, et à une structure bien définie. Voilà pourquoi le terme FAA apparaîtra le plus souvent, mais comme l'évaluation de ces expériences débouche fréquemment sur la nécessité d'élargir l'épisode de soins et de tenir compte du parcours du patient, des réflexions montreront à la fin certains défis associés au financement axé sur les patients (FAP).

1 MÉTHODOLOGIE

1.1 Sélection des pays

Les critères de choix des pays se résument à la disponibilité de données en langue française ou anglaise permettant, d'une part, de décrire les systèmes de financement utilisés, pour la plupart basés sur les DRG, et les étapes qui ont mené à leur élaboration et à leur implantation et, d'autre part, d'apprécier les effets de ces systèmes. Ainsi, deux documents repérés rapidement ont permis d'orienter la sélection des pays. Le premier est un livre publié en 2011 et intitulé *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency and quality in hospitals*, dont les auteurs sont Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin et Miriam Wiley, et auquel de nombreux collaborateurs de différents pays ont participé [Busse *et al.*, 2011]. Les trois premiers auteurs font partie de l'équipe de coordination de l'important projet EuroDRG, un consortium regroupant des partenaires de 12 pays européens, qui concentre ses travaux sur la comparabilité des systèmes des DRG et plus particulièrement sur son utilisation dans les systèmes de paiement des services hospitaliers¹. L'autre document est une étude, publiée dans une revue scientifique, comparant l'expérience de cinq pays européens, soit la Finlande, l'Irlande, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède [O'Reilly *et al.*, 2012].

Les pays sélectionnés sont l'Allemagne, l'Angleterre, la Finlande, la France, l'Irlande, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède. Tous ces pays, sauf la Norvège, ont fait l'objet d'un chapitre particulier dans la publication de Busse et ses collaborateurs [2011]. Cette information a été complétée et mise à jour par des documents officiels, que ce soit sous la forme de rapports ou de renseignements accessibles sur les sites Web pertinents, et par des études publiées sur l'expérience de ces pays et les effets de chacune.

Bien que des expériences canadiennes soient en cours sur le FAP ou le FAA, notamment dans les provinces de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et de l'Alberta, leur caractère très récent explique l'absence d'évaluation de leur implantation à une échelle plus générale. Il aurait aussi été intéressant de retenir l'expérience particulière de quelques États australiens et de l'initiative en cours sur une standardisation concernant l'ensemble du pays. Toutefois, malgré l'abondance de données descriptives, celles portant sur l'évaluation sont absentes ou très difficiles à repérer.

Enfin, le chapitre portant sur le bilan de ces expériences ajoute quelques données plus générales repérées dans la littérature scientifique ou sur le Web. Les mots clés utilisés étaient : DRG (ou son équivalent français GHM) associés ou non à « funding » ou « financing » (financement), « activity-based funding/financing » (T2A ou financement à l'activité), « patient-based funding/financing », « patient-focused financing », « performance-based funding/financing », « payment-by-results », « payment/reimbursement systems » (associés aux hôpitaux ou aux systèmes de santé).

¹ Information disponible sur le site Web du projet EuroDRG : <http://eurodrgr.eu/index.html>.

1.2 Considérations générales sur les différents modes de financement

Il existe différentes façons de financer ou de payer la prestation de services de santé, qui peuvent varier selon le degré d'agrégation ou d'intégration des services ou selon que l'on finance les extrants ou les intrants. Certains modes de financement agrégés concernent le patient et regroupent plusieurs types de soins ou de services particuliers alors que d'autres concernent des entités organisationnelles (agences, établissements ou groupes) responsables de la prestation d'un ensemble diversifié de services. Enfin, le paiement associé à la relation entre le fournisseur de soins et le patient peut se concrétiser selon des modèles différents [Deber *et al.*, 2008], à savoir :

- Le bénéficiaire des soins paie directement le fournisseur;
- Le bénéficiaire des soins verse une contribution (impôt, cotisation spécifique ou prime d'assurance) à un tiers payeur (État ou mutuelle d'assurance publique ou privée) qui alloue des ressources aux fournisseurs ou les rembourse;
- Le modèle précédent peut être complexifié par le fait que le tiers payeur alloue des ressources à des entités organisationnelles de soins, qui rémunéreront les fournisseurs de soins individuels;
- Le modèle mixte peut combiner les précédents modèles, y compris une contribution du bénéficiaire des soins aux entités organisationnelles et la possibilité que celles-ci sous-traitent la prestation de services avec d'autres organisations;
- Le mode de financement peut être prospectif, si les prix des services ou les budgets sont établis à l'avance, ou rétrospectif, si les services sont remboursés en totalité (ou partiellement dans certains cas) selon les coûts engagés.

Voici les principaux modes de financement, en allant du plus fin au plus global [Appleby *et al.*, 2012; Charlesworth *et al.*, 2012; Battista et Brophy, 2011; Brick *et al.*, 2010]. Les avantages et les désavantages du point de vue d'un financement public sont également précisés.

1. **Paiement à l'acte ou à la pièce** : Tous les actes effectués et tous les contacts avec des patients sont payés ou remboursés selon un tarif individuel préétabli, le plus souvent à la suite de négociations avec le groupe de professionnels concernés (par exemple les associations de médecins), qui pratiquent de façon autonome. De façon générale, les tarifs s'appliquent quelles que soient les caractéristiques du patient, mais ils peuvent être modulés selon l'âge du patient; les tarifs sont différenciés selon la complexité ou le temps requis pour les effectuer. Par ailleurs, des dispositifs, des aides techniques ou des médicaments sont aussi souvent remboursés individuellement, en totalité ou en partie, dans le cadre de programmes publics, de régimes d'assurance publics ou privés ou lorsque leurs prix sont très élevés. Ce dernier cas de remboursement peut s'appliquer à des hôpitaux, autrement financés de façon générale. Il s'agit d'un mode de financement rétrospectif.

Avantages : Mode transparent et aisément mesurable; financement égal au coût.

Désavantages : Aucune incitation à l'efficacité; ne favorise pas les soins préventifs; pressions inflationnistes sur les dépenses totales, à moins que des limites soient imposées au préalable, soit sur les revenus totaux des fournisseurs de soins, soit sur la quantité (de dispositifs, par exemple), soit sur les conditions d'utilisation (notamment l'admissibilité des patients); impact incertain sur la qualité.

2. **Per diem ou prix de journée** : Un tarif ou un prix est établi par journée de séjour et par patient dans un centre hospitalier ou dans tout autre établissement offrant des soins, le plus souvent de nature spécialisée. Le tarif reste fixe, quelle que soit la quantité ou l'intensité des ressources utilisées et quelles que soient les caractéristiques du patient. Ce mode de financement peut aussi en compléter un autre, par exemple le paiement à l'activité (DRG), lorsque le séjour d'un patient est supérieur ou inférieur aux limites définissant statistiquement la durée régulière (cas typiques ou appariés). Le tarif remboursé peut être dégressif à mesure que la durée augmente.

Avantages : Mode transparent et aisément mesurable; financement égal au coût.

Désavantages : Hausse de la durée de séjour; aucune incitation à l'efficience; impact incertain sur les volumes, l'intensité des soins et leur qualité; pressions inflationnistes sur les dépenses totales si aucune mesure de contrôle n'est appliquée.

3. **Financement au cas traité** : Un tarif est établi par groupe de patients présentant des diagnostics similaires et utilisant des ressources diagnostiques et thérapeutiques semblables, en distinguant particulièrement les interventions chirurgicales des autres traitements. Dans certains cas, des caractéristiques du patient sont prises en compte. Ce mode de financement, qui s'applique principalement aux hôpitaux, s'appuie sur une classification des patients (DRG ou GHM), sur les coûts relatifs de ces DRG ou GHM et sur le volume des cas traités. Habituellement, les cas sont constitués de patients hospitalisés ou admis dans des unités de soins d'un jour. Certains systèmes de santé appliquent aussi cette méthode à des consultations externes ou à des séances de dialyse ou de chimiothérapie hospitalière. Ce mode de financement est le plus souvent employé de façon prospective.

Avantages : Mode transparent et mesurable; amélioration des pratiques de codage; meilleure connaissance des coûts de production; responsabilité de gestion encouragée; incitation à la productivité : baisse de la durée de séjour et, possiblement, de l'intensité des services; augmentation du nombre de patients traités si elle est souhaitée par l'État (réduction des listes d'attente); attraction des patients en raison de davantage de spécialisation et de qualité reconnues; équité interétablissements plus grande.

Désavantages : Système d'information plus lourd (ressources humaines et matérielles, procédures et rapports); augmentation du nombre de patients, s'il s'agit de réadmissions dues à des congés trop hâtifs ou d'admissions pour des services qui ne sont pas pertinents; sélection de patients à faible coût (écrémage); manipulation frauduleuse du codage (surcodage ou glissement vers des DRG ou GHM plus rémunérateurs); impact incertain sur la qualité des soins; pressions à la hausse des dépenses totales, surtout en raison de l'augmentation de l'activité.

4. **Financement par épisode ou parcours de soins** : Un tarif forfaitaire est calculé en vue de couvrir toutes les activités nécessaires pour traiter une personne chez qui on a reconnu un problème (par exemple une maladie) ou un besoin particulier, soit les examens diagnostiques, les traitements médicaux ou chirurgicaux immédiats, la réadaptation, si elle est requise, et le suivi postcongé, y compris les réadmissions éventuelles, surtout pour traiter des complications. Si le problème comporte des aspects psychosociaux, d'autres types de services seront nécessaires. Ce mode de financement axé sur le patient exige habituellement la participation de plusieurs fournisseurs de soins, organisationnels ou individuels, la pluridisciplinarité des interventions et l'intégration et la coordination des soins.

Toutefois, si l'épisode de soins concerne seulement une admission hospitalière nécessaire, il inclura les examens et la préparation de la préadmission et le suivi postcongé pendant une période définie à l'avance (par exemple 30 jours); une seule entité organisationnelle est alors impliquée, mais elle est en collaboration étroite avec les médecins spécialistes, lorsqu'ils sont payés à l'acte (au Québec) plutôt que salariés (dans les pays européens). Un lien étroit peut être établi avec des guides de pratique existants afin d'assurer la qualité des soins. Le mode de financement est prospectif et les tarifs peuvent être établis au même titre que les DRG ou inclure ces derniers comme une composante du tarif global; ils peuvent aussi être calculés en supposant que les services sont basés sur les meilleures pratiques. Le risque financier plus grand repose sur l'entité organisationnelle qui reçoit les paiements.

Avantages : Parcours du patient optimisé; coordination des soins favorisée; structuration plus efficace du processus de soins; incitation à une plus grande efficacité; meilleur contrôle des dépenses totales; impact positif sur la qualité, si l'épisode de soins comprend une période postcongé suffisamment longue.

Désavantages : Besoin de données de bonne qualité sur l'activité, les coûts et les résultats; difficulté à établir le tarif forfaitaire; si le tarif est inapproprié, il y a le risque d'une répartition inefficace des ressources; sélection des patients à faible coût; risque de diminution des soins requis; impact incertain sur la qualité, à moins que celle-ci ne soit encadrée par un guide de bonne pratique.

5. **Financement par période de soins** (par exemple une année de soins) : Un montant forfaitaire par bénéficiaire de soins est calculé pour l'ensemble des services requis, selon les guides de bonne pratique, par un groupe ou une liste de patients souffrant d'une maladie particulière, généralement une maladie chronique (par exemple le diabète) ou une maladie de longue durée, durant une période donnée. L'application de ce modèle est en général limitée, en n'incluant que les services de première ligne ou en n'ajoutant que les traitements spécialisés directement liés à la maladie. Ce mode de financement prospectif présuppose un degré élevé d'intégration et de coordination des soins ainsi que l'intervention de plusieurs types de professionnels. Quant au risque financier, il repose aussi sur l'organisation qui reçoit et gère les montants alloués.

Avantages : Les mêmes que ceux du modèle précédent, en insistant sur l'application du guide de pratique approprié.

Désavantages : Les mêmes que ceux du modèle précédent.

6. **Financement par personne** : Ce mode de financement par patient ou membre d'une population bien définie est une extension du financement par période de soins en ce sens qu'il ne se limite pas à une maladie particulière, mais couvre les soins requis pour tout problème de santé ou psychosocial. Il concerne, pour les personnes desservies, un ensemble complet de services ou un sous-ensemble particulier de ces services définis de façon générale, quels que soient les niveaux de soins requis ou les modalités de prestation des services dans les différents milieux. Les paiements prospectifs sont établis selon le nombre de patients et ils sont pondérés selon l'âge, l'état de santé et d'autres caractéristiques socioéconomiques. Dans ce cas, ce sont les intrants qui sont financés et non les extrants, puisque le détenteur des fonds alloués prend les décisions sur les façons de répondre aux besoins de la population dont il est responsable. Ce mode peut s'appliquer à une subdivision territoriale, dans laquelle se trouve par exemple une agence

de services de santé et de services sociaux, à une organisation importante de soins intégrés ou à une mutuelle d'assurance. Toutefois, s'il s'agit d'une catégorie particulière de services, par exemple les soins médicaux de première ligne, le montant des paiements sera établi en conséquence, y compris ou non le besoin de pouvoir « acheter » les services spécialisés requis.

Avantages : Répartition interterritoriale plus équitable des ressources selon les besoins de la population; prévisibilité des allocations budgétaires et des dépenses; soins préventifs davantage encouragés; diminution des volumes et de l'intensité des services; impact stabilisateur ou à la baisse sur l'évolution des dépenses totales.

Désavantages : Difficulté d'établir les critères de répartition des ressources budgétaires; dans certains cas, difficulté d'accès aux services en raison des configurations géographiques des ressources et des considérations d'efficacité; attraction des services offerts dans des régions limitrophes, qui peuvent être financièrement désavantagées; mode de financement moins approprié pour des services spécialisés et surspécialisés.

7. **Financement par une dotation globale (budget global) :** Ce mode de financement couvre aussi les intrants, mais de façon globale, puisque la direction de l'entité organisationnelle a beaucoup de latitude quant à la façon de répartir les fonds reçus en fonction du mandat général qui lui est confié, de ses choix stratégiques, de son organisation interne ainsi que de la variété et du type de services qu'elle rend. La dotation globale a tendance à être reconduite annuellement, accompagnée de certains ajustements ou ajouts visant l'intégration de nouveaux services, et n'a pas de lien direct avec le nombre de patients qui seront traités.

Avantages : Simplicité d'élaboration et d'administration; prévisibilité des allocations budgétaires et de la répartition des dépenses; plafonnement budgétaire administrativement facile à imposer.

Désavantages : Manque de transparence dans l'utilisation des ressources; responsabilité limitée; faible incitation à l'efficacité; restrictions dans le nombre d'admissions et de consultations externes (liste d'attente) et dans l'intensité des services; effet incertain sur la qualité (négatif en situation de contrainte budgétaire); iniquités de financement interétablissements.

8. **Financement au rendement :** Ce mode de financement est complémentaire à d'autres modes, puisqu'il ajoute, en tant que critère de paiement additionnel, l'atteinte de cibles précises de performance associées à des niveaux de service tant quantitatifs que qualitatifs. Des indicateurs de volume et de qualité auront donc été établis au préalable.

Avantages : Outil incitatif visant à améliorer la qualité des services et les résultats de santé, à encourager une prestation efficace et interdisciplinaire de services à l'intention des personnes ayant de multiples besoins ou à faciliter la coordination de différents types de soins.

Désavantages : Défis très grands sur le plan des systèmes d'information nécessaires (activité, coûts et résultats), de l'élaboration et de l'application d'indicateurs de résultats, de l'organisation intersectorielle des services et de leur coordination.

Comme le mentionnent Appleby et ses collaborateurs [2012], en pratique, on observe le plus souvent une combinaison de quelques-uns de ces modes de paiement ou même de leur ensemble dans les systèmes actuels de financement. De plus, le concept de « paiement regroupé » (*bundled payment*) ou de paiement forfaitaire, qui couvre plusieurs éléments du traitement d'une personne malade faisant préalablement l'objet de paiements séparés, apparaît de plus en plus. Par exemple, on pourrait regrouper les honoraires de consultation, le coût des médicaments et le coût des examens diagnostiques en vue d'établir un tarif forfaitaire de visite en consultation externe; le tarif forfaitaire d'une admission hospitalière pourrait inclure les examens de préadmission, le séjour à l'hôpital et le suivi posthospitalisation. En contrepartie, on pourrait dissocier ou dégroupier certains éléments d'un paiement forfaitaire afin de pouvoir en confier la réalisation à une autre organisation (par exemple la réadaptation à domicile dans les soins de l'AVC).

2 DESCRIPTION DES EXPÉRIENCES DE FAP

L'objectif du présent chapitre est de décrire l'expérience de différents pays dans l'élaboration et l'implantation d'un système de FAP, le plus souvent de FAA, et les résultats de cette réforme. À plusieurs reprises, l'accent a été mis sur les aspects opérationnels de ces initiatives qui exigent à la fois des ressources importantes sur le plan technique et humain et plusieurs années de préparation et de mise en œuvre progressive. La description de quelques éléments de contexte amorce chacune des présentations d'expérience.

2.1 Allemagne

2.1.1 Contexte général

Les décisions relatives au système de santé sont partagées entre les 16 États fédérés, le gouvernement fédéral et des organismes civils établis par la loi, des caisses d'assurance maladie autonomes qui regroupent des membres qui cotisent selon l'appartenance professionnelle et des fournisseurs de soins [Geissler *et al.*, 2011]. Ces caisses définissent les avantages couverts, les niveaux de remboursement et les normes dans le cadre du régime d'assurance maladie (régime légal) obligatoire depuis 2009. Ce régime couvre 86 % de la population, alors qu'une proportion de 10 % choisit des régimes privés optionnels. En 2010, la population totale se chiffrait à 81,8 millions, dont 20,6 % était âgée de 65 ans et plus, et les dépenses de santé représentaient 11,6 % du PIB; la part publique de ces dépenses étant estimée à 77,1 % [Thomson *et al.*, 2012].

Le système hospitalier comprenait, en 2007, 3 087 hôpitaux regroupant 506 954 lits, dont 32,4 % étaient des hôpitaux publics (49,4 % des lits), 37,9 %, des hôpitaux privés sans but lucratif (35 % des lits) et 29,7 %, des hôpitaux privés à but lucratif ou HPBL (15,6 % des lits).

Le financement des hôpitaux provient de deux sources différentes, soit les caisses d'assurance maladie pour le budget de fonctionnement et les États pour les immobilisations. Les médecins spécialistes qui travaillent dans les hôpitaux sont des employés salariés.

Une autre particularité du système allemand doit être soulignée, à savoir une nette distinction entre les activités d'hospitalisation et d'admission d'un jour et les activités ambulatoires, ces dernières étant pour la plupart contrôlées par les associations régionales de médecins. Seuls les hôpitaux universitaires avaient un service des urgences, mais depuis quelques années, plusieurs hôpitaux ont commencé à offrir des activités ambulatoires, étant poussés à le faire depuis l'implantation du système des G-DRG (adaptation allemande des DRG).

2.1.2 Système des G-DRG

Modification du mode de financement hospitalier

Jusqu'en 2004, les hôpitaux allemands étaient financés, à la suite de négociations avec les caisses d'assurance maladie, selon un système mixte comprenant un paiement à la journée et un paiement à la maladie et à l'intervention chirurgicale (pendant une certaine période selon les services hospitaliers). Lors de certaines périodes, ces budgets étaient plafonnés.

Afin de pallier les difficultés d'extension de cette approche, le gouvernement a inclus, dans la Loi sur la réforme de l'assurance maladie légale adoptée en 2000, l'application d'un FAA fondé sur les DRG. Cette disposition contraignait la fédération hospitalière allemande, les associations de caisses d'assurance maladie et les assureurs privés à implanter ce système.

Objectifs

Le critère général sur lequel est fondé le choix de ce type de financement était que les paiements devaient se faire en fonction des services rendus. De façon plus particulière, on visait une répartition plus appropriée et équitable des ressources, à laquelle s'associait le souci d'une plus grande transparence. On s'attendait également à ce que l'efficacité et la qualité des services s'améliorent à la suite d'une documentation plus précise des procédés internes et une capacité de gestion accrue. Enfin, l'atteinte de ces objectifs contribuerait au contrôle des coûts, lui-même associé à une diminution de la durée moyenne de séjour et du nombre total de lits.

Phases d'élaboration et d'implantation

1. Préparation (de 2000 à 2002) : Il a d'abord été décidé de retenir la classification des AR-DRG, élaborée en Australie, et de l'adapter au contexte allemand. À cette fin, la classification allemande des actes diagnostiques et thérapeutiques et la version 10 de la classification internationale des maladies (CIM-10) ont été retenues, y compris les modifications réalisées par l'institut allemand de documentation et d'information médicales (le Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) en allemand). La nouvelle classification, les G-DRG (G pour l'adjectif anglais *german*; classification de DRG élaborée en Allemagne), testée auprès d'un petit échantillon d'hôpitaux en 2001, comptait 664 groupes en 2003, mais les mises à jour ont haussé ce nombre à 1 194 en 2011 [Vogl, 2012].

Les activités couvertes se limitent aux hospitalisations de courte durée et aux admissions d'un jour et elles excluent les services ambulatoires, les soins en santé mentale, l'enseignement et la recherche, les mesures d'assurance qualité, les services très spécialisés ainsi que les innovations diagnostiques et thérapeutiques. Tous les hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés, sont soumis à cette réforme du FAA. Les investissements dans les immobilisations sont exclus.

Afin d'élaborer le cadre de comptabilité analytique nécessaire à la collecte des données sur les coûts hospitaliers et l'établissement des poids ou coûts relatifs (*cost-weights*) associés aux G-DRG, un organisme a été créé, soit l'InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, qui pourrait se traduire par institut allemand pour le système de tarification hospitalier prospectif). En 2008, l'InEK comptait 43 employés et son budget de fonctionnement interne s'élevait à environ 4,5 millions €². Ses revenus provenaient des hôpitaux, à raison de 0,90 € par cas, dont une partie servait à compenser les hôpitaux participant à la base de données sur les coûts (un total de 9 millions € en 2008).

2 Information tirée d'une présentation de Wilm Quentin, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK, Standard Setter for German Cost Accounting, faite le 7 novembre 2012 au International Costing Symposium London. Disponible à : http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2012.lectures/London_2012.11.07_InEK.pdf. Selon le site de l'InEK, en 2013, la contribution par cas est passée à 1,10 €, dont 0,13 € pour le financement de l'organisme lui-même.

2. Implantation à incidence budgétaire neutre (de 2003 à 2004) : Dans cette phase, on est passé du budget calculé selon les modalités de l'indemnité quotidienne et à la maladie au budget établi au moyen des G-DRG, mais en respectant les montants budgétaires totaux préalablement négociés. Ainsi, chaque hôpital avait son propre taux de remboursement. Le changement impliquait une distinction entre les activités concernées par les G-DRG et celles financées selon d'autres modes (par exemple les services psychiatriques et l'enseignement).

La transformation des activités en G-DRG, volontaire en 2003, est devenue obligatoire en 2004.

3. Convergence progressive des taux propres aux hôpitaux vers le taux de base de l'État (de 2004 à 2009) : Afin de rendre la réforme acceptable sur le plan politique, les hôpitaux devaient assumer la responsabilité des pertes budgétaires attribuables au changement de taux, tant que leur part dans le budget total restait inférieure à 1 % (en 2005), cette part s'accroissant jusqu'à 3 % en 2009. Mais ce « filet de sécurité » est disparu en 2010. Cette phase mettait de plus en plus de pression sur les hôpitaux moins efficaces à réduire leurs coûts.
4. Actions envisagées et discussion sur des questions clés : L'InEK devait fixer, en 2010, un taux national et permettre aux taux étatiques de converger progressivement vers une fourchette dont les limites se situent 2,5 % au-dessus du taux national et 1,25 % en dessous. En outre, il est prévu que les G-DRG s'appliquent progressivement aux services psychiatriques, mais vraisemblablement dans le cadre d'un système indépendant. Par ailleurs, parmi les autres points à discuter figurent l'inclusion possible des coûts d'immobilisations dans le calcul des coûts relatifs et la question d'ajustements incitatifs visant la qualité des services.

Coûts hospitaliers associés au système des G-DRG

Ces coûts ont été établis selon une approche ascendante, qui se sert des données réelles de l'utilisation des ressources par les patients et des coûts par unité de service. Dans la phase de préparation, environ 100 hôpitaux ont partagé leurs données de coûts avec l'InEK afin d'établir les premiers coûts relatifs. En 2003, 125 hôpitaux ont participé, (116 retenus) représentant 6 % de l'ensemble des hôpitaux [Geissler *et al.*, 2011] et, en 2011, 263 hôpitaux ont participé (247 retenus, les autres étant exclus pour des problèmes de qualité des données; l'échantillon représente 15,9 % de tous les hôpitaux et 18,5 % de l'ensemble des hospitalisations). Les hôpitaux participants ont reçu, à des fins de compensation partielle, une allocation budgétaire fixe pour la production de ces données à laquelle s'ajoutait une composante variable selon la qualité des données produites.

2.1.3 Évaluation

1. IGES Institut : Il s'agit d'une étude commandée par l'InEK et devant être livrée en trois phases; les deux premières sont publiées et couvrent respectivement la période allant de 2004 à 2006 [Fürstenberg *et al.*, 2010] et de 2006 à 2008 [Fürstenberg *et al.*, 2011]. En raison d'une implantation généralisée des G-DRG, mais qui s'est faite en même temps que l'application d'autres politiques ou mesures, il s'est avéré très difficile de déterminer l'influence spécifique de ce nouveau mode de financement. L'évaluation, réalisée à partir des données fournies par les hôpitaux ayant participé à la démarche d'implantation des G-DRG, se concentrait donc sur la description des changements observés.

De façon générale, selon les résultats de la première phase, les objectifs de l'implantation du système G-DRG étaient atteints et les principales conséquences négatives appréhendées d'un tel système n'avaient pas été observées. Un questionnaire qualitatif transmis aux directions des établissements et à d'autres parties prenantes révélait une large acceptation de ce système, mais aussi des critiques sur l'effort accru de documentation nécessaire et la grande complexité de ce système.

Parmi les points mentionnés dans le second rapport sur plan structurel et du fonctionnement, on a observé une diminution du nombre total de services hospitaliers, bien que, concernant certaines spécialités, leur nombre ait augmenté. Un sondage auprès des directions hospitalières a confirmé le recours à plusieurs mesures de réaménagement de la structure organisationnelle dans le but d'atteindre une production plus économique des services (y compris l'implantation de systèmes d'information et d'instruments de contrôle). Contrairement à la tendance, le personnel infirmier a augmenté légèrement; sa charge de travail s'est accrue de façon continue. Le personnel médical a aussi augmenté, mais à un rythme plus faible; sa charge de travail s'est stabilisée après une baisse dans la première phase. Sur le plan de la satisfaction, tant du personnel infirmier que du personnel médical, bien que l'on n'ait pas mesuré de changements nets du degré de satisfaction, ces employés ont mentionné que l'implantation des G-DRG avait eu une influence négative sur la motivation, la satisfaction au travail et les conditions générales de travail. Un sondage réalisé auprès des directions hospitalières et d'autres parties prenantes a montré des résultats similaires.

Le nombre de cas a augmenté de 2,1 % par année de 2006 à 2008, alors qu'il était stable auparavant. La durée de séjour a diminué de 2,2 % par année de 2004 à 2008, mais il y avait déjà une lourde tendance de baisse à long terme. On a observé, dans la répartition des cas traités, une part grandissante de ceux dont les coûts autres que ceux du personnel étaient plus importants. Un plus grand nombre d'hôpitaux ont participé au processus visant à implanter des innovations diagnostiques et thérapeutiques, dont les plus fréquentes sont incorporées dans le système des G-DRG. On a observé peu de transferts de patients d'un hôpital à un autre, mais dans la phase de convergence, les ententes de coopération interétablissements se sont accrues concernant les services médicaux de base. L'accessibilité des services est restée stable.

Sur le plan de l'efficience économique des hôpitaux, les coûts totaux et moyens par cas ont augmenté à des rythmes différents selon les phases mais de façon générale, la hausse annuelle observée de 2003 à 2008 (2 %) a peu différé de celle observée de 1991 à 2003 (1,9 %). Les coûts des ressources matérielles ont augmenté de façon importante, de sorte que leur part dans les coûts totaux s'est accrue. Les coûts par cas du personnel infirmier et médical ont respectivement peu augmenté ou légèrement diminué. L'implantation des G-DRG a beaucoup influencé la centralisation de fonctions administratives (par exemple les achats), le recours à la sous-traitance et la création de services complémentaires (par exemple les achats). Cette influence s'est aussi exercée sur la part croissante des investissements dans les ressources humaines et les systèmes d'information. Les activités de vérification des réclamations de remboursement ont augmenté et entraîné des dépenses additionnelles, tant dans les dépenses des commissions d'expertise médicale (*medical review boards*) que dans celles des hôpitaux eux-mêmes.

Sur le plan des déplacements de services, l'implantation du système G-DRG n'a pas provoqué de hausse des contacts postcongé entre les médecins et les patients et il n'y a pas eu de transfert des services médicaux de soins de courte durée vers la réadaptation. Par contre, selon 43 % des hôpitaux sondés, ce nouveau système a contribué directement au développement de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux. De même, on a reconnu une certaine influence sur le développement de services hospitaliers d'urgence. Enfin, il n'était pas possible de déceler une influence du système des G-DRG dans la faible hausse des dépenses relatives aux soins à domicile.

Sur le plan de la qualité des soins, sans que l'on puisse quantifier l'influence du système des G-DRG, on a observé une diminution continue et marquée de la mortalité postcongé et aucune détérioration des soins n'a pu être observée. De plus, aucun effet négatif n'a été constaté dans la mesure des indicateurs de processus et de performance relatifs à la qualité. L'évolution de la satisfaction des patients n'a pas fait l'objet d'études. L'importance accrue accordée aux structures et aux instruments de gestion de la qualité n'a pas semblé être reliée à l'implantation du système des G-DRG. Mentionnons qu'une réadmission pour une même cause, effectuée dans les 30 jours suivant le congé hospitalier, ne donne droit à aucun paiement additionnel, son coût étant inclus dans l'épisode de soins du G-DRG initial [Geissler *et al.*, 2011].

2. Geissler et ses collaborateurs [2011] citent une étude qui n'a relevé aucune preuve d'effets indésirables, tels que l'écroulement des cas ou des congés précoces inappropriés. Selon leur évaluation personnelle, l'implantation du système des G-DRG, constitués à partir d'une documentation plus précise produite par les hôpitaux, a entraîné une transparence accrue. Ce système est aussi reconnu comme un moyen de remboursement approprié en raison d'une amélioration du codage, d'une proportion grandissante d'hôpitaux fournissant les données sur les coûts et de leur utilisation d'un cadre commun de comptabilité analytique. Par contre, des faiblesses sont soulignées, telles que l'absence de considération des différences structurelles entre les hôpitaux, l'absence d'ajustements visant la qualité et le grand nombre de groupes de G-DRG, certains étant associés à des paiements additionnels.
3. Une étude a présenté une analyse économétrique afin d'évaluer les changements dans l'efficacité globale, avant et après l'implantation du système des G-DRG [Herwartz et Strumann, 2013]. Les données de 1 600 hôpitaux couvrant la période de 1995 à 2006 ont été utilisées; le système a été implanté en 2004, après avoir été annoncé en 1999. Les résultats obtenus selon deux approches différentes n'ont montré aucun accroissement de l'efficacité globale, ni après l'annonce de la réforme ni après son implantation. Au contraire, on a observé un déclin de cette efficacité. Quelques explications sont proposées, dont la période encore trop courte pour s'adapter au changement de même que de possibles pratiques opportunistes des directions hospitalières (par exemple des congés ou des transferts trop rapides). Les auteurs avaient déjà montré que la réforme du mode de paiement était associée à une augmentation significative de répercussions négatives de l'interdépendance spatiale de l'efficacité des hôpitaux, ce qui traduisait un effet de leur concurrence pour attirer les patients à coût de traitement faible.
4. Une étude visait à déterminer si l'implantation du système des G-DRG avait eu un impact sur les perceptions du personnel infirmier à l'égard de leur environnement de pratique, de la qualité et de la sécurité des soins, de leur satisfaction et de leur état de santé psychoémotionnel [Zander *et al.*, 2013]. Les indicateurs appropriés ont fait l'objet de

mesures cinq ans avant l'implantation (1998-1999) et cinq ans plus tard (2009-2010); toutefois, aucune question ne portait directement sur le système des G-DRG. Plusieurs aspects de l'environnement de pratique (dont l'adéquation de la dotation et le degré de soutien de la direction) se sont détériorés, entraînant des conséquences négatives sur la perception de la qualité des soins (mais non sur la sécurité des soins, laquelle s'est améliorée). Ces facteurs ont contribué à diminuer la satisfaction du personnel infirmier à l'égard du travail et à accroître l'insatisfaction relative au choix de cette profession. De plus, la proportion du personnel infirmier éprouvant un épuisement émotionnel s'est accrue. Malgré les limites de l'étude et bien que les résultats concordent avec une autre étude semblable qui contrôlait explicitement l'influence du système des G-DRG, les auteurs ont conclu à un impact négatif, à tout le moins partiel, de l'implantation de ce système.

5. Une étude insiste sur la nécessité d'améliorer le volet de la comptabilité analytique encadrant la collecte des données sur les coûts et du calcul des coûts relatifs afin d'en accroître l'efficacité et la transparence [Vogl, 2012]. Sur le plan de la répartition des ressources intrahospitalières et de l'établissement de leurs coûts, certaines améliorations restent à apporter, dont la prise en compte de tous les coûts pertinents, l'ajout de facteurs contributifs clés concernant les coûts et le recours à la durée en guise d'indicateur d'utilisation de certaines ressources. En ce qui concerne le calcul du tarif à l'échelle nationale, des progrès importants sont exigés, à savoir mieux préciser les raisons pour lesquelles les coûts de certains hôpitaux sont exclus, combiner l'approche normative afin de définir les cas typiques ou appariés (*inliers*) avec une méthode pragmatique basée sur les coûts observés des cas atypiques ou « extrêmes » (*outliers*) et réduire les biais liés à l'approche de l'« hôpital unique » (créé par la combinaison des données de tous les hôpitaux participants). Concernant ce dernier point, différentes mesures pourraient favoriser une plus grande participation volontaire des hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés (à but lucratif ou sans but lucratif), tout en contrôlant le biais de participation. Vogl souligne également quelques autres faiblesses, dont le fait que les taux de remboursement d'une année quelconque sont établis à partir des données vieilles de deux ans et l'absence de prise en compte de facteurs régionaux (sauf un indice du niveau de salaire), ce que compense partiellement le taux de base négocié dans chaque État.

2.2 Angleterre

2.2.1 Contexte général

Bien que la responsabilité de la législation et les politiques générales en matière de santé relèvent du Parlement, du Secrétaire d'État à la santé et du ministère de la Santé (DoH ou Department of Health), c'est le National Health Service (NHS) qui organise et fournit les soins à tous les résidents, soit les services hospitaliers et médicaux et les médicaments sur ordonnance. Les dépenses publiques, principalement pour financer les NHS, comptaient pour 82 % du total en 2009. Environ 80 % du financement des NHS provenait des impôts et 18 %, d'une taxe nationale sur les salaires. En 2010, la population totale du Royaume-Uni se chiffrait à 62,2 millions (52 millions en Angleterre), dont 16,5 % était âgée de 65 ans et plus, et les dépenses de santé représentaient 9,6 % du PIB [Thomson *et al.*, 2012].

Les hôpitaux sont regroupés dans des organismes appelés NHS Trusts, dont 168 sont des établissements de soins de courte durée et 73, des établissements spécialisés en santé mentale; ils couvrent environ 1 600 hôpitaux et centres spécialisés. En 2010, la plupart des services hospitaliers étaient achetés par les 152 Primary Care Trusts (PCT), qui couvraient chacun des populations variant de 300 000 à 350 000 personnes. Dans le cas des services concernés par le système de paiement prospectif (*payment-by-results* ou *PbR*, appellation du FAA en Angleterre), les PCT ont payé un tarif fixe, alors que dans le cas des autres services, les PCT et les hôpitaux s'entendaient sur des contrats basés sur des volumes et négociaient les prix localement. Des services de diagnostic et de chirurgie électorale pouvaient être achetés auprès d'établissements privés, mais ils ne représentaient qu'environ 1,5 % de tous les patients du NHS [Mason *et al.*, 2011]. Ces centres spécialisés de traitement recevaient aussi des patients qui souscrivaient à un régime privé d'assurance (11 % de la population) [Thomson *et al.*, 2012]. Précisons que les médecins spécialistes qui travaillent dans les hôpitaux sont des employés salariés.

Un changement majeur est survenu avec l'adoption, le 27 mars 2012, de la loi sur la santé et les services sociaux, le Health and Social Care Act. La plupart des services fournis par le NHS aux populations locales sont maintenant achetés (*commissioned*) par des Clinical Commissioning Groups (CCG), des consortiums regroupant des médecins omnipraticiens et d'autres cliniciens et qui remplacent les PCT. Ces CCG seront financés et soutenus par un nouvel organisme gouvernemental centralisé, NHS England (connu sous le nom de NHS Commissioning Board jusqu'en avril 2013). La loi a aussi élargi les fonctions d'un organisme de régulation existant et lui a donné un nouveau nom, Monitor. Le rôle de cet organisme gouvernemental non ministériel est de protéger et de promouvoir les intérêts des personnes qui reçoivent des services de santé en s'assurant tant de leur qualité que de leur production efficace et efficiente.

2.2.2 Système de financement prospectif

Healthcare Resource Groups (HRG)

En 1981, le DoH subventionnait un projet de recherche visant à évaluer la capacité des DRG utilisés aux États-Unis à expliquer les variations des durées de séjour dans les hôpitaux anglais. La recherche s'est poursuivie et a abouti à la création, en 1992, d'un système de groupes homogènes (534 groupes) propres à l'Angleterre, les Healthcare Resource Groups (HRG), des groupes de traitements similaires sur le plan clinique et qui utilisent un niveau commun de ressources. Ils se distinguaient des DRG traditionnels par le fait qu'ils étaient plus directement reliés aux spécialités médicales (plutôt qu'à des organes précis) et qu'ils utilisaient une liste locale d'actes diagnostiques et thérapeutiques. L'intention était alors d'utiliser les HRG à des fins d'étalonnage (*benchmarking*) afin de permettre une analyse comparative de la performance, de faciliter la gestion interne des ressources hospitalières et finalement d'informer de la démarche de négociation de contrats de services hospitaliers [Mason *et al.*, 2011].

Modification du mode de financement hospitalier

Avant 2003, les hôpitaux étaient financés au moyen d'une combinaison de modalités contractuelles : des allocations budgétaires globales liées à un volume fixe d'activités; des contrats de volume et de coût permettant de réduire les paiements si les volumes étaient inférieurs (ou de les effectuer s'ils étaient supérieurs); des contrats de coût par cas pour des services spécifiques à des patients. Les contrats pouvaient distinguer les patients selon la spécialité et, à partir de 1994, selon les HRG. En 1997, le gouvernement annonçait son intention

d'établir une liste de coûts de référence par HRG. Toutefois, malgré ce développement, le mode de financement s'avérait insuffisant pour assurer un meilleur contrôle des coûts. En 2000, le gouvernement dévoilait son intention d'implanter un nouveau système de financement liant le paiement à l'activité hospitalière non urgente. En 2002, il annonçait sa proposition d'implanter un mode de financement prospectif fondé sur les HRG, appelé le « *PbR (Payment-by-Results) system* » mais qui, par la suite, s'est étendu à d'autres activités relativement auxquelles d'autres unités de paiement ont été élaborées. La loi sur la santé et les services sociaux a confirmé l'établissement de tarifs nationaux, bien que la responsabilité soit passée du DoH à NHS England (responsabilité de la détermination des principes généraux) et au Monitor (responsabilité de l'élaboration du système de paiement et de l'approbation des tarifs modifiés à l'échelle locale) [Appleby *et al.*, 2012].

Objectifs

Les objectifs sont multiples : accroître l'efficacité, augmenter l'activité, faciliter le choix des patients, réduire les listes d'attente, améliorer la qualité, accroître la transparence du financement, de l'activité et de la gestion des hôpitaux, susciter la concurrence et établir un lien entre l'activité et le financement [O'Reilly *et al.*, 2012].

Évolution de la classification des HRG ou d'autres unités de paiement et des activités couvertes

- De 1992 à 2003, d'autres versions des premiers HRG ont été élaborées, la troisième comprenant 572 groupes. L'application ne concernait que les admissions (les hospitalisations et les cas d'un jour) dans les hôpitaux publics de soins physiques de courte durée. La quatrième version (HRG3.5) raffina un peu plus les catégories (610 groupes) et utilisait la CIM-10. Elle devait aussi s'appliquer aux hôpitaux ou aux centres de traitement privés qui admettent des patients couverts par le NHS pour des soins de courte durée physique [Mason *et al.*, 2011].
- La classification des HRG s'est raffinée davantage (HRG4) et continue d'être révisée annuellement; elle comprend actuellement environ 1 400 groupes. Cette version a été utilisée dans l'exercice de la collecte de données sur les coûts en 2006-2007.
- À partir de données collectées depuis 2003-2004, des HRG ont été élaborés également pour les activités ambulatoires (cliniques externes), mais le remboursement est axé sur la visite, faisant la distinction entre une visite initiale ou de suivi, le nombre de cliniciens rencontrés et la spécialité. Les visites dans les services A&E (*Accident and Emergency*), qui comprennent les services majeurs de traumatologie et d'urgence, les services unidisciplinaires, les services de traitement de blessures mineures et les cliniques sans rendez-vous (données collectées depuis 2007-2008), sont remboursées selon une échelle de 12 tarifs qui varient selon le coût de l'investigation ou de la procédure.

Les activités qui ne sont pas comprises dans le système PbR sont les services de soins primaires, les services communautaires, les services en santé mentale et les services ambulanciers.

L'élaboration de groupes (*clusters*) de soins et services en santé mentale, établis selon le diagnostic, la complexité et la durée de l'épisode de soins, a débuté en 2005, mais leur utilisation future dans le système PbR a été officiellement annoncée en 2008. La classification actuelle comporte 21 groupes³.

En 2012-2013, un parcours de soins en maternité, couvrant la phase des soins prénataux, l'épisode de la naissance elle-même et les soins postnataux, a été mis en place; son utilisation n'est toutefois pas encore obligatoire [Appleby *et al.*, 2012].

- Depuis 2006, tous les hôpitaux de soins courte durée font l'objet d'une vérification visant l'exactitude du codage et le respect des normes nationales de codage et de définition des données [Mason *et al.*, 2011].

Système de comptabilité analytique et établissement des tarifs

De 1999 jusqu'à récemment, le NHS a produit le *NHS Costing Manual* afin de guider la production et la collecte de données sur l'activité hospitalière et les coûts unitaires dans tous les hôpitaux. Les coûts incluent les dépenses de fonctionnement (personnel et ressources matérielles) et d'immobilisations (principal et intérêt), mais elles excluent les dépenses associées à l'enseignement et à la recherche. Comme ces données ne sont pas individualisées par patient, l'établissement des coûts hospitaliers se fait selon une approche descendante. Les coûts sont d'abord établis par spécialité, soit directement, soit indirectement (distribution des coûts indirects et des frais généraux) selon des unités d'utilisation appropriées et des facteurs clés d'influence (par exemple la durée de séjour dans l'unité de soins). La méthode tient aussi compte du type général de soins (hospitalisation, admission d'un jour, services ambulatoires ou autre type de soins). À l'étape finale, ces coûts sont désagrégés par HRG, en tenant compte des principaux diagnostics et procédures.

Les tarifs par HRG ou par type de visite ont d'abord été fixés par le DoH pour l'année qui suit selon une méthodologie standard, particulière à chaque catégorie (admissions, consultations externes et visites à la suite d'accidents ou urgences). Un délai de 3 ans s'écoule entre la collecte des données sur les coûts et leur utilisation dans le remboursement. La base du tarif est le coût moyen de tous les hôpitaux, mais certains ajustements sont prévus, dont le Market Forces Factor (MMF), un indice qui tient compte des variations locales dans les prix de la main-d'œuvre, de valeur des terrains et des coûts de construction. L'ajustement du MMF est plafonné à plus ou moins 2 % des paiements totaux. Les cas atypiques ne sont pas exclus, mais la partie du séjour hospitalier qui dépasse le seuil fixé est payée selon un coût par jour calculé pour chaque HRG. Aucun ajustement particulier concernant la qualité des soins n'est intégré dans le système PbR.

Monitor prend progressivement sous sa responsabilité la rédaction des guides d'établissement des coûts, assumée antérieurement par le DoH, et comptera sur la collaboration étroite de l'association de gestion financière des soins de santé, la Healthcare Financial Management Association, dans la conception des normes de la comptabilité analytique [Monitor, 2013]. Dans son premier et récent guide sur l'évaluation des coûts de production, Monitor précise les principes et la méthodologie de calcul des coûts pour les objets choisis (unités de services, dont les HRG), y compris l'étape finale de validation [Monitor, 2012]. Un point majeur est l'accent mis sur les systèmes de collecte d'information et d'établissement des coûts à l'échelle des patients (en anglais PLICS ou *Patient-Level Information and Costing Systems*).

³ Information contenue dans des documents du Department of Health disponibles sur les sites Web suivants : Developing Payment by Results for mental health, http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/NHSFinancialReforms/DH_4137762; Final grant allocations for adults' personal social services, <http://www.dh.gov.uk/health/2013/02/pbr-mental-health/>.

Selon un sondage sur l'utilisation des PLICS en 2012, un peu plus de la moitié des hôpitaux (*acute trusts*) ont déjà implanté de tels systèmes; dans l'ensemble des NHS Trusts et des Foundation Trusts, 80 % (87 % dans le cas des *acute trusts*) d'entre eux les ont implanté, étaient en train de le faire ou prévoyaient le faire. Monitor a invité les établissements à fournir, à titre volontaire, les données PLICS de 2012-2013 selon un guide et un modèle élaboré et rédigé par Monitor. Selon les premiers résultats de cet exercice, des décisions seront prises quant aux modalités d'extension dans les années qui suivront, l'objectif provisoire étant une utilisation de ces données en vue de documenter la démarche d'établissement des tarifs en 2015-2016.

Évolution du système PbR [Appleby et al., 2012]

- 2003-2004 : L'implantation du financement prospectif est amorcée et s'applique à 15 HRG liés à une augmentation de l'activité hospitalière, puis à 30 HRG l'année suivante.
- 2005-2006 : Le système de financement prospectif ne s'appliquait qu'aux cas non urgents (hospitalisations et admissions d'un jour) dans les hôpitaux gérés par des NHS Trusts (directive gouvernementale). Par contre, dans les hôpitaux de Foundation Trusts, qui bénéficiaient d'une autonomie de gestion et financière plus grande, les cas incluaient les admissions urgentes et semi-urgentes (*non elective care*), les patients externes et les visites dans les services A&E. Un processus de transition s'échelonnant sur trois ans a été mis en place afin de faciliter l'implantation du nouveau système et de réduire son impact sur le budget. Un tarif pour les séjours courts au service des urgences est fixé.
- 2006-2007 : Les cas urgents et semi-urgents sont intégrés dans le système de paiement des *acute trusts*. Des compléments de tarifs ont été établis pour certains services spécialisés, bien qu'ils aient été limités par la suite à des organisations spécifiques.
- 2007-2008 : Le dégroupement (*unbundling*) d'éléments constituant un HRG avec la fixation du tarif associé est permis à l'échelle locale. Cette flexibilité permet par exemple de créer une concurrence entre les fournisseurs, par exemple pour la tomodensitométrie, ou encore de fournir un service plus près du domicile du patient.
- 2009-2010 : Les nouveaux HRG (version HRG4) sont utilisés dans le paiement. Des tarifs PSD (sigle de l'anglais *planned same day*) sont créés pour les cas d'un jour et les procédures ambulatoires planifiés. Le cadre de paiement CQUIN (*Commissioning for Quality and Innovation*) est implanté, liant une modeste proportion (0,5 %) des revenus des fournisseurs de soins à l'atteinte d'objectifs réalistes convenus à l'échelle locale afin d'améliorer la qualité. En outre, le cadre CQUIN prévoit un supplément pour l'atteinte d'objectifs dans quatre services bien définis, soit deux à l'échelle nationale (évaluation du risque de thromboembolie veineuse à l'admission, amélioration de la réactivité aux besoins du patient) et deux à l'échelle locale.
- 2010-2011 : Les tarifs relatifs aux meilleures pratiques, les BPT (sigle de l'anglais *best practice tariffs*; voir les explications ci-dessous) sont établis dans le but d'améliorer la qualité et la valeur des services dans des domaines choisis. La proportion des revenus dans le cadre CQUIN passe à 1,5 %. Les tarifs PSD disparaissent au profit du tarif combiné de cas d'un jour et d'hospitalisations non urgentes. Les tarifs relatifs à des HRG de procédures en consultation externe limitée sont établis. La classification des groupes en santé mentale est également établie, sans être obligatoire.
- 2011-2012 : Le niveau des tarifs est fixé à une valeur inférieure de 1 % au coût moyen. D'autres tarifs relatifs à des HRG associés à des procédures en consultation externe sont fixés. Des mesures sont prises concernant des situations où les prix locaux sont inférieurs

aux tarifs et afin que la responsabilité de l'épisode de soins payé s'étende jusqu'à 30 jours après le congé. D'autres BPT sont établis. Le principe de remboursement des soins et des services annuels (*year-of-care*) requis pour une maladie de longue durée est établi, la première étant la fibrose kystique. La prise en compte des prix locaux négociés est optionnelle. De plus, deux autres objectifs nationaux ont été ajoutés au cadre de paiement CQUIN. Par ailleurs, davantage de flexibilité est apportée afin de permettre aux CGC et aux établissements de convenir de prix inférieurs au tarif national dans des circonstances exceptionnelles et également pour des paiements liés à des innovations.

- 2012-2013 : De nouvelles dispositions sont prises concernant le paiement des réadmissions au service des urgences selon la proportion de réadmissions évitables établie par une revue clinique des dossiers dans chacun des établissements. On augmente encore le nombre de tarifs pour des HRG associés à des procédures en consultation externe. L'utilisation des groupes en santé mentale devient obligatoire mais dans ce cas, le paiement se fait selon des taux négociés localement et non selon les tarifs nationaux. D'autres BPT sont ajoutés et quatre tarifs postcongé sont établis. Il devient obligatoire d'utiliser des prix négociés localement dans le paiement selon l'année de soins pour la fibrose kystique et, en 2013-2014, le tarif national devra être utilisé. Le cadre CQUIN hausse le supplément disponible à 2,5 % du revenu total, dont le cinquième doit concerner des objectifs nationaux.

Comme il a été mentionné précédemment, en 2012, de nouveaux acteurs ont pris la relève dans l'établissement des tarifs nationaux relatifs aux services financés par le NHS. Ainsi, la NHS England assume actuellement la direction stratégique sur le plan de la portée et du développement des unités de services aux fins de paiement et de la détermination des règles de variation locale des tarifs nationaux [Monitor, 2013]. De son côté, Monitor élabore la méthodologie de fixation des tarifs, applique le régime de tarification (au moyen d'une licence de producteur de soins), approuve les modifications locales aux tarifs nationaux et établit les règles d'élaboration de tarifs à l'échelle locale. Précisons que le budget de Monitor, en 2011-2012, s'élevait à 15,6 millions £. Il comptait en moyenne 119 équivalents temps plein réguliers et 30 autres occasionnellement ou selon d'autres arrangements [Monitor, 2012].

Le détail de cette évolution du système PbR apparaît dans les nombreux documents publiés annuellement par le DoH et maintenant accessibles sur le site Web du gouvernement du Royaume Uni (www.gov.uk) et plus récemment sur le site Web de Monitor (www.monitor-nhsft.gov.uk/). Mentionnons qu'en 2010, 42,4 % des 66 milliards £ consacrés aux services hospitaliers étaient financés selon le système PbR [PwC, 2012].

Les tarifs associés aux meilleures pratiques

Les tarifs associés aux meilleures pratiques (BPT) découlent d'un engagement gouvernemental pris dans le rapport de Lord Darzi intitulé *High Quality Care for All*⁴ publié en 2008. Il s'agit de tarifs structurés et établis en vue d'encourager la prestation de soins qui sont caractérisés à la fois par une qualité élevée et un bon rapport coût-efficacité; ils se distinguent ainsi de façon marquée des tarifs fixés selon la moyenne nationale des coûts de référence [Payment by Results Team, 2011]. Les critères qui président au choix des pratiques sont l'impact élevé (nombre élevé, variation importante dans la pratique, conséquences importantes sur les résultats), la disponibilité de données probantes solides et un consensus médical sur les caractéristiques d'une bonne pratique.

⁴ Traduction libre proposée : *Des soins de haute qualité pour tous*.

Au lieu de correspondre au coût moyen national, ces tarifs reflètent le coût de production de la meilleure pratique, qui peut être supérieur ou inférieur au coût moyen selon que, par exemple, cette pratique doit faire appel à des technologies ou à des médicaments plus chers ou qu'elle puisse être réalisée dans un service de médecine de jour (clinique externe) ou de chirurgie d'un jour plutôt que dans le contexte d'une hospitalisation.

En 2010-2011, deux pratiques non urgentes et deux pratiques urgentes avaient été choisies selon trois modèles distincts de paiement. D'une part, un tarif global était fixé pour le parcours de soins (premier modèle) relatif à la chirurgie de la cataracte : examens préintervention, intervention et suivi postintervention. Le niveau auquel a été fixé le tarif de la cholécystectomie encourageait sa pratique en chirurgie d'un jour (deuxième modèle). D'autre part, selon un troisième modèle, un paiement additionnel était accordé afin de diminuer le délai d'accès à la chirurgie et aux soins orthogériatriques pour le traitement des fractures de fragilisation de la hanche. Dans le cas d'un accident vasculaire cérébral (AVC), des paiements additionnels étaient aussi prévus pour le recours urgent à l'imagerie cérébrale et pour une admission dans une unité de soins spécialisés en AVC. Concernant ce dernier modèle, les paiements pouvaient aussi être retenus si les objectifs n'étaient pas atteints. En 2011-2012, les pratiques suivantes se sont ajoutées : dialyse rénale pour les adultes, douze interventions en chirurgie d'un jour, deux actes médicaux en radiologie interventionnelle, traitement du diabète chez les enfants, remplacement (prothèse totale) de la hanche et du genou, accident ischémique transitoire. En 2012-2013, de nouveaux actes diagnostiques et thérapeutiques, se sont ajoutés en soins ambulatoires d'urgence (*same day emergency care*), en service de consultation externe, en soins d'un jour et en radiologie interventionnelle.

Le modèle du financement annuel des soins des maladies chroniques ou de longue durée

L'objectif de ce modèle national, le *LTC Year of Care Funding Model*, est de faciliter la prestation de services de santé et de services sociaux intégrés aux personnes atteintes de maladies chroniques ou de longue durée, en fondant ces services sur les besoins plutôt que sur la maladie, ainsi qu'aux personnes qui requièrent un soutien qui va au-delà des soins fournis par des omnipraticiens [Department of Health, 2012]. La détermination des personnes cibles se fera en établissant le profil de risque de la clientèle des omnipraticiens et en utilisant un système national d'évaluation et de classification afin de les regrouper selon leurs besoins. Le modèle suppose aussi la mise en place d'équipes locales de soins intégrés, comprenant un intervenant principal responsable du suivi holistique d'une personne donnée. Enfin, le modèle vise à maximiser le nombre de personnes qui peuvent gérer seules ou en cogestion leur maladie, grâce à un transfert systématique de connaissances et à la planification des soins.

Le modèle de financement repose sur un budget à capitation ajustée selon le risque, c'est-à-dire selon le niveau de besoin de la personne. Il vise à améliorer les résultats et à faire une utilisation plus efficace des ressources en remplaçant des activités épisodiques payées à la pièce par une approche de soins centrés sur le patient, indépendamment des frontières organisationnelles.

Les éléments couverts dans une année de soins (phase 1) comprennent les équipes de soins intégrés, des services communautaires (y compris le soutien spécialisé), les services sociaux gratuits, les fournisseurs de soins indépendants, les soins hospitaliers de courte durée non planifiés et certains services sociaux offerts dans les 30 jours suivants le congé. La phase 2 prévoit ajouter des services de soutien de base (par exemple le logement, les repas, le transport et les soins à domicile). Des données détaillées sur l'utilisation et sur les coûts sont collectées en 2012-2013 et serviront à élaborer, en 2013-2014, un modèle de tarification. Entre-temps, on

mettra au point des unités fictives (*shadow*) d'année de soins distinguées selon le niveau de besoin. En 2014-2015, les unités d'année de soins deviendront officiellement établies alors que ce sera le tour des tarifs en 2015-2016.

Mentionnons qu'un projet pilote important de trois ans avait été amorcé en 2007 en vue d'examiner la faisabilité d'offrir, grâce à une planification personnalisée des soins, un meilleur soutien à l'autogestion de la personne malade dans le contexte des soins courants fournis par le NHS [NHS Diabetes et Diabetes UK, 2011]. Le diabète avait été choisi pour exemple. Le rapport concluait à la réussite de ce modèle, mais insistait sur le fait que la démarche d'implantation et les façons de le maintenir par la suite étaient des facteurs cruciaux.

2.2.3 Évaluation

1. Une étude a permis d'évaluer les effets de l'implantation, en 2003-2004, du système PbR en Angleterre comparativement à la situation en Écosse, qui elle, n'avait pas fait ce choix [Farrar *et al.*, 2010]. La méthodologie était fondée sur un modèle théorique et une estimation économétrique. Les résultats ont montré, sur une période allant de 2002-2003 à 2007-2008, une réduction significative dans la durée moyenne de séjour (2,5 % concernant les admissions non urgentes et 1,7 % concernant les autres) et une augmentation moyenne de 0,2 % de la proportion des cas non urgents traités dans les unités de soins d'un jour. Ces effets étaient observés dans la plupart des groupes de patients, des établissements et des HRG. Ces améliorations dans la performance auraient entraîné des économies variant de 1 % à 3 %.

Le volume d'activité a augmenté durant la période, mais il n'était pas possible de déterminer l'influence du système PbR, compte tenu du fait que les ressources financières des hôpitaux du NHS avaient été accrues durant cette période. Une autre analyse comparant les NHS Trusts et les Foundation Trusts (FT) dans la période où le système PbR ne s'appliquait qu'aux premiers a révélé les quelques différences suivantes : les réductions dans la durée de séjour et les hausses des admissions non urgentes ont été supérieures dans les FT. De façon générale, bien que les mesures permettant d'apprécier la qualité des soins aient été plus limitées, aucune détérioration n'a pu être mise en évidence.

2. Une analyse de la commission de vérification, l'Audit Commission [2008], concluait que le système PbR avait permis d'améliorer l'équité et la transparence du financement et avait contribué en partie à l'augmentation de l'activité et de l'efficacité concernant les admissions non urgentes (augmentation des cas d'un jour et diminution de la durée de séjour). Les effets négatifs appréhendés sur la qualité des soins n'ont pas été observés. Les établissements et les représentants de la Commission ont été encouragés à renforcer leur système de gestion financière et d'information; une meilleure compréhension des coûts a incité de plus en plus d'établissements à déléguer la gestion financière aux départements ou aux services cliniques. Cette influence, sur le plan financier, et le nombre croissant de FT ont favorisé une approche plus serrée de gestion axée sur l'efficacité, ce qui a préparé le terrain à un contexte plus concurrentiel [Appleby *et al.*, 2012]. L'Audit Commission faisait par contre observer qu'il y avait beaucoup à faire pour améliorer la qualité des données, mais qu'il ne semblait pas y avoir de problème résultant de pratiques visant à déjouer le système, dont le surcodage.

3. Un rapport rédigé par PricewaterhouseCoopers LLP [PwC, 2012] pour Monitor a, de façon générale, conclu que l'information sur laquelle est fondé le système de remboursement (y compris le PbR) des soins financés par le NHS exigeait des améliorations importantes. Outre l'information, deux autres éléments clés d'un tel système ont été examinés, soit les facteurs incitatifs et le respect des règles. Sur le plan de l'information, des variations dans les coûts unitaires des services subsistaient; une partie d'entre elles étant expliquée par des méthodes différentes malgré la présence d'un guide national. De plus, des facteurs d'influence importants, tels que l'âge et la comorbidité, n'étaient pas pris en considération. Sans surprise, une recommandation technique portait sur la nécessité d'améliorer les données sur les coûts.

En ce qui a trait aux facteurs incitatifs, il est clair que le système PbR a eu des effets positifs sur le plan de l'efficacité et de la qualité par exemple (dans une certaine mesure), mais les problèmes d'exactitude et de fiabilité dans les données de coûts empêchaient d'établir les tarifs à un niveau qui stimulait la prestation des services de haute qualité. Le signal du tarif devenait faible par le fait que, concernant 40 % des tarifs, leur valeur variait d'au moins 10 % chaque année. De plus, le système PbR générait de façon apparemment aléatoire des inégalités de financement entre les établissements pour des services semblables; la variation interétablissements des structures de production et de coût des services, non prise en compte dans l'établissement des tarifs, entraînait des situations de sous-financement ou de surfinancement. Les gestionnaires n'avaient alors aucune motivation à chercher à investir ou à désinvestir dans des activités ou des lignes de production (HRG) profitables ou déficitaires et se concentraient plutôt sur la viabilité financière globale de l'établissement en pratiquant l'interfinancement. Il pourrait en découler un impact négatif sur certains services. Par ailleurs, ce système de financement n'avait pas contribué à déplacer de façon significative les services plus près du domicile.

Selon ce portrait, les établissements et les représentants des CCG ont décidé, sans surprise, d'accorder une plus grande importance aux négociations locales portant sur le niveau du revenu global et ainsi de contourner en partie le système PbR. On s'est concentré sur les sources de revenus qui n'étaient pas soumises à des tarifs (par exemple, les services en santé mentale), les paiements pour la formation ou les subventions de recherche, qui contribuent à un financement croisé. De fait, on a constaté que la proportion des revenus liés aux tarifs avait diminué et que 50 % ou plus des établissements s'étaient engagés dans ce type de négociations locales.

Comme le soulignent Appleby et ses collaborateurs [2012], dans son ensemble, le système PbR a perdu de sa crédibilité, comme l'avait constaté l'Audit Commission en 2008. C'est pourquoi l'accent a été mis davantage sur les négociations locales qui mènent à des ententes sur le niveau d'activité à l'intérieur d'enveloppes budgétaires précises, soit un retour à la situation qui avait cours avant l'implantation du système PbR. Le DoH n'a pas tenté d'évaluer le degré de respect ou de non-respect des règles du système PbR, mais il reste déterminé à y inclure tous les services hospitaliers et des services locaux tels que la physiothérapie ainsi qu'à maintenir un tarif national. Si le financement croisé par l'apport de revenus hors-tarifs ou l'interfinancement des lignes de production (HRG) continue à subsister, le potentiel de réduction des coûts et de promotion de l'efficacité restera limité.

Par ailleurs, il y a lieu d'améliorer les données sur les coûts et d'opter pour des unités de paiement qui soient plus englobantes, c'est-à-dire qui reposent sur le principe d'une intégration accrue des soins. La promotion de la qualité reste aussi un défi important, notamment par les initiatives liées au cadre CQUIN et par les BPT, mais l'absence de preuves incite à se concentrer davantage sur l'expérimentation.

4. En ce qui concerne les BPT, deux rapports d'évaluation ont été publiés à l'automne 2012. Le premier rapport, rédigé par un groupe de recherche, a évalué les impacts qualitatif et quantitatif des quatre pratiques BPT intégrées en 2010 [McDonald *et al.*, 2012]. Les pratiques étaient la cholécystectomie d'un jour, le traitement de l'AVC, le traitement des fractures de fragilisation de la hanche et l'épisode de soins pour traiter la cataracte. La première pratique était intégrée au système national de PbR, alors que les trois autres requéraient la collecte de données additionnelles et des ententes entre les représentants des CCG et les établissements. Les réponses (77 %) à un questionnaire envoyé aux 156 établissements (*acute trusts*) ciblés ont indiqué que des paiements locaux relatifs aux BPT avaient été accordés à 52 %, 53 % et 26 % respectivement. Le faible taux et les difficultés de mesure du respect des règles en ce qui concerne les épisodes de soins pour traiter la cataracte ont rendu inappropriée la réalisation du volet quantitatif de leur analyse.

Selon les résultats, les hôpitaux ont réagi rapidement à l'augmentation de prix (24 %) des cholécystectomies planifiées et traitées en chirurgie d'un jour en accroissant le nombre de ces interventions de 7 %, mais l'attente a été allongée de 14 jours. En ce qui concerne le traitement de l'AVC, aucun effet additionnel n'a pu être décelé après l'implantation du modèle BPT dans le contexte d'une tendance déjà présente de l'amélioration de la qualité. Par contre, dans le traitement des fractures de la hanche, des améliorations de la qualité des soins ont été associées au modèle BPT; une diminution de la mortalité et une augmentation de la proportion des personnes retournant à domicile à leur congé dans un délai inférieur à 56 jours ont aussi été observées. En conclusion, les BPT peuvent servir de mesures incitatives pour les établissements, mais elles peuvent aussi entraîner des effets imprévus. Par ailleurs, tous les établissements ont souligné l'alourdissement du fardeau administratif, notamment concernant la collecte des données, et plus particulièrement la partie qui concerne l'épisode de soins pour traiter la cataracte.

5. Le deuxième rapport sur l'impact des BPT, produit par l'Audit Commission [2012], avait pour objet d'évaluer l'impact local des BPT, de déterminer la manière dont leur mise en œuvre pouvait être améliorée et, de là, tirer des leçons au profit des autorités instigatrices. L'examen a porté sur les premières pratiques intégrées au modèle de 2010-2011 à 2011-2012 (treize en chirurgie d'un jour, le traitement des fractures de fragilisation de la hanche et le traitement d'un AVC).

De façon générale, le concept a été très bien reçu. Cependant, l'influence positive sur les améliorations locales s'est faite non par le facteur financier, mais par l'accent plus marqué sur l'aspect clinique soutenu par des instigateurs influents à l'échelle locale et nationale. Cette influence a été particulièrement notable sur le traitement des fractures de la hanche. Les établissements ont déclaré manquer d'information financière adéquate, ont jugé l'incitatif financier trop faible et ont préféré se concentrer sur la qualité en soi. Par ailleurs, tant les représentants des CCG que les établissements ont trouvé les détails explicatifs des trois modèles de paiement difficiles à comprendre et quelquefois complexes à appliquer; une simplification sera nécessaire. Les critères de succès établis à l'échelle nationale en vue de décider du paiement associé au BPT ont été quelquefois

adaptés localement ou se sont heurtés à des contraintes budgétaires ne permettant pas ce type de paiement.

Quoi qu'il en soit, les taux d'utilisation de la chirurgie d'un jour ont augmenté globalement, mais cela n'a pas été le cas de certaines des interventions. Des progrès importants ont été réalisés dans le traitement des fractures de la hanche, mais la cohérence dans l'atteinte des niveaux visés concernant les six indicateurs choisis restait le principal obstacle à la prestation de soins de haute qualité et à l'obtention du paiement. Quant au traitement de l'AVC, les progrès sont restés faibles, notamment en raison de la difficulté à comprendre le guide. En résumé, l'initiative des BPT n'est aucunement remise en question, mais elle doit être améliorée; les recommandations incitent à une structuration plus efficace des mesures incitatives financières, à une simplification des guides et à la diffusion des rapports sur la performance et la qualité dans l'application des BPT.

2.3 Finlande

2.3.1 Contexte général

Le système de santé finlandais offre une couverture universelle de services principalement fournis par le secteur public (74,5 % des dépenses en 2010⁵) et financés par la taxation générale (à l'échelle nationale et municipale et par la cotisation à un régime public d'assurance par les employeurs et les assurés). Il se distingue de celui des autres pays par son très haut degré de décentralisation [Kautiainen *et al.*, 2011]. Même les plus modestes des 342 municipalités ont la responsabilité organisationnelle et financière d'un vaste ensemble de services sociaux et de santé (53 % de leurs dépenses), mais elles reçoivent des subventions du gouvernement central (33 % des dépenses dans ce secteur).

Sur le plan des statistiques globales, la population finlandaise comptait, en 2011, 5,4 millions d'habitants dont 18,1 % étaient âgés de 65 ans et plus; les dépenses de santé ont représenté 8,9 % du PIB en 2010 [Statistics Finland, 2012]. En 2009, on comptait 93 hôpitaux de soins physiques de courte durée, regroupés en 21 districts hospitaliers; 44 hôpitaux étaient privés (47,3 %), mais ils ne traitaient que 7,3 % des cas d'hospitalisation et de chirurgie d'un jour [Kautiainen *et al.*, 2011]. Les districts hospitaliers, qui comprennent un hôpital central et, dans certains cas, de petits hôpitaux locaux, sont gérés et financés par un conseil dont les membres sont nommés par les municipalités membres. Chaque conseil négocie, avec les municipalités, les volumes de services et les paiements, décide des méthodes de paiement et des prix ainsi que des investissements majeurs. Les déficits des hôpitaux doivent être éponnés par les municipalités dont ces hôpitaux dépendent.

2.3.2 Système de financement

Modification du mode de financement hospitalier

Les changements apportés à partir de 1997 n'ont pas touché directement le financement des hôpitaux, mais plutôt le mécanisme par lequel certains districts hospitaliers facturaient les

⁵ Information disponible sur le site Web du ministère des Affaires sociales et de la Santé de la Finlande : <http://www.stm.fi/en/ministry/expenditure> (consulté le 16 avril 2013).

municipalités pour les services hospitaliers rendus. En l'absence de lignes directrices nationales, il appartient à chaque district, de façon autonome, de modifier le mécanisme de facturation en passant de l'indemnité quotidienne à un paiement par cas, particulièrement celui utilisant les DRG [Kautiainen *et al.*, 2011].

Objectifs : Le principal objectif du recours aux DRG est une facturation des services qui soit plus équitable; les objectifs secondaires sont de couvrir les coûts de production et d'établir un lien entre l'activité et son financement. À l'échelle nationale, le système des DRG sert à des fins d'étalonnage pour comparer et améliorer les activités hospitalières [O'Reilly *et al.*, 2012].

Les NordDRG : Le système de classification utilisé est le NordDRG, un logiciel de regroupement commun aux cinq pays nordiques, dont l'adaptation comporte deux versions différentes : le NordDrg Classic et le NordDRG Full, cette dernière ajoutant les activités ambulatoires (endoscopies, procédures simples, thérapies brèves, consultations externes et visites au service des urgences) aux hospitalisations et cas de chirurgie d'un jour compris par la première. Voici brièvement les étapes de l'élaboration et de l'implantation de ces systèmes [Kautiainen *et al.*, 2011] :

- 1995 : Élaboration du groupeur FinDRG, inspiré par la classification étatsunienne des DRG, 3^e version, mise au point par la HCFA; il comprend 470 groupes et est appliqué par quelques hôpitaux seulement dans les cas d'hospitalisation pour des soins physiques à des fins de recherche.
- 1996 : Utilisation du NordDRG Classic (490 groupes) à des fins de facturation et d'étalonnage.
- 2004 : Première utilisation du NordDRG Full (831 groupes, dont 91 pour les activités ambulatoires), élaboré en s'inspirant de la classification DRG, 12^e version modifiée, de la HCFA.
- 2008 : Utilisation du NordDRG Full dans le projet d'étalonnage hospitalier.
- 2010 : Utilisation en parallèle du NordDRG Classic (650 groupes) et du NordDRG Full (1 020 groupes, dont 370 pour les activités ambulatoires); les versions sont mises à jour annuellement.

Système de comptabilité analytique et établissement des tarifs

En Finlande, aucun guide national de comptabilité hospitalière n'a été rédigé [Kautiainen *et al.*, 2011]. Par contre, des normes concernant la participation au système des DRG sont établies et elles exigent un système qui collecte l'information relative aux patients. Un tel système avancé était appliqué dans un district hospitalier, Helsinki et Uusimaa (HUS), et s'est étendu à d'autres grands hôpitaux; les hôpitaux universitaires y recourent également. Le calcul des coûts est effectué comme suit : d'abord, répartition des frais généraux selon une approche descendante par secteurs d'extrants (jours d'hospitalisation, visites ambulatoires, interventions chirurgicales et procédures ambulatoires); ensuite, détermination des frais de fonctionnement par patient (approche ascendante), y compris le personnel médical. Les poids ou coûts relatifs à l'échelle nationale sont calculés à partir des données du district HUS et, depuis 2010, des cinq hôpitaux universitaires, mais ils sont aussi calculés pour les hôpitaux individuellement à partir de leurs propres données et même, pour certains, par service (unité de soins). Le National DRG Centre, géré par la firme privée FCG (Finnish Consulting Group), procède à ces calculs, dont la base est le coût moyen.

Application de la tarification à l'activité

La facturation des services par DRG est utilisée par 13 des 21 districts hospitaliers, mais on observe beaucoup de variation entre eux. D'abord, le champ d'application peut différer, bien que dans tous les districts, les soins psychiatriques et de longue durée, les soins intensifs, l'enseignement et la recherche soient exclus; dans certains hôpitaux, la dermatologie et la cancérologie sont aussi exclues; les visites ambulatoires ne sont couvertes que dans quatre 4 districts. Par ailleurs, 5 districts utilisent leur propre échelle de coûts relatifs et d'autres, l'échelle nationale, mais en établissant le prix d'un point de DRG selon leurs propres données. Dans les districts HUS, dont l'expérience de facturation avec les DRG a commencé en 1998, 65 % des services hospitaliers étaient payés ainsi.

Rappelons que le système des DRG ne sert pas de mécanisme de financement prospectif et, comme il n'y a pas d'ajustement des prix selon la qualité, l'efficacité et la qualité ne sont pas encouragées par des mesures financières particulières. On suppose que ces aspects sont traités par les municipalités dans leur rôle d'acheteurs de services.

2.3.3 Évaluation

1. Aucune évaluation officielle n'est réalisée à l'échelle nationale, puisqu'il appartient à chaque district hospitalier d'établir sa méthode de facturation des services spécialisés aux municipalités [Kautiainen *et al.*, 2011].
2. Selon l'évaluation personnelle de Kautiainen et ses collaborateurs [2011], l'absence de politique nationale à l'égard de l'utilisation des DRG, la participation volontaire des districts hospitaliers et même des hôpitaux, l'adaptation du système à chaque hôpital et des prix différents par point de DRG rendent impossible toute comparaison interétablissements sur la performance et ne créent donc pas d'incitatifs à l'efficacité. Toutefois, les DRG ont rendu la facturation plus transparente et incité certains établissements à améliorer leurs procédures de codage et, indirectement, leur gestion des activités. Les auteurs font état d'un projet visant à étendre l'application d'un système des DRG standardisé à l'ensemble des hôpitaux finlandais; les échéances de certaines phases étaient les années 2010 et 2011, mais aucune information (dans une autre langue que le finlandais) n'a pu être repérée.
3. Dans leur article, O'Reilly et ses collaborateurs [2012] rendent compte de trois études réalisées en Finlande, dont deux concernaient des interventions orthopédiques particulières. Tant sur l'augmentation de l'activité que sur la réduction de la durée de séjour, les résultats différaient selon l'intervention. La troisième étude montrait un accroissement du codage des procédures et des diagnostics secondaires.

2.4 France

2.4.1 Contexte général

Le système de santé français est essentiellement fondé sur la sécurité sociale, soit une couverture universelle et une forte intervention de l'État [Or et Bellanger, 2011]. Les responsabilités sont partagées entre l'État (Parlement, gouvernement et ministère des Affaires sociales et de la Santé), l'Assurance Maladie (une des quatre branches de la Sécurité sociale) et, dans un rôle croissant, les instances régionales. En 2010, la France, qui comptait environ

63 millions d'habitants, a consacré 11,6 % de son PIB aux dépenses de santé [Thomson *et al.*, 2012]. Les dépenses publiques ont représenté 77 % de ces dépenses et étaient financées principalement par les cotisations à la sécurité sociale (43 %) ainsi que par un impôt spécifique sur le revenu et des taxes (42 %). Les contributions individuelles directes ont expliqué 7,3 % des dépenses totales alors que les mutuelles privées d'assurance maladie ont compté pour 13,7 % de ces dépenses.

Le 21 juillet 2009, la Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (connue davantage sous l'expression « Hôpital, patients, santé et territoire », abrégée en HPST) était adoptée. Cette loi regroupe les sept institutions actives à l'échelle régionale en une seule, l'Agence Régionale de la Santé (ARS), prévoit une nouvelle gouvernance des hôpitaux, vise à mieux répondre aux besoins de la population en structurant mieux les soins ambulatoires et les soins hospitaliers ainsi que les services de santé et les services sociaux, tout en respectant les objectifs nationaux en matière de dépenses pour ces services [Chevreul *et al.*, 2010]. Il s'ensuit que les ARS se sont vues confier le contrôle des ressources hospitalières et la détermination de la stratégie des soins hospitaliers dans leur région respective, ce qui les amène à signer des ententes contractuelles avec les hôpitaux, tant publics que privés [Or et Bellanger, 2011].

En 2010, la France comptait 2 710 hôpitaux, dont 906 (35,3 %) hôpitaux publics, 707 (26,1 %) hôpitaux privés sans but lucratif et 1 047 (38,6 %) hôpitaux à but lucratif. Toutefois, les 416 710 lits se trouvaient dans une plus grande proportion dans les hôpitaux publics (62,5 % comparativement à 14,0 % et 23,4 % dans les 2 autres catégories respectivement) [DREES, 2012]. Il en est de même pour les places d'accueil d'un jour ou pour les activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires (59,8 %, 18 % et 22,2 % respectivement). Les services hospitaliers sont financés surtout par l'Assurance Maladie (90 %), les mutuelles privées (7 %) et les contributions directes de patients (3 % [Thomson *et al.*, 2012]). Toutefois, ces dépenses sont encadrées et contrôlées en vertu de la loi du financement de la sécurité sociale qui est votée chaque année par le Parlement. Celui-ci fixe notamment un plafond, l'Objectif national des dépenses assurance maladie (ONDAM) [Chevreul *et al.*, 2010]. L'ONDAM est divisé en six catégories, dont les dépenses relatives aux établissements tarifées à l'activité et les autres dépenses des établissements de santé.

2.4.2 Système de financement prospectif

Modification du mode de financement hospitalier

À partir de 1984, la dotation globale s'est substituée progressivement au financement par prix de journée des établissements, bien qu'elle ait conservé pendant plusieurs années ses bases historiques. Par contre, les hôpitaux privés à but lucratif (cliniques privées) sont restés dans un régime de financement forfaitaire proche du prix de journée, encadré par des objectifs quantitatifs nationaux [Le Menn et Milon, 2012]. Dès le début de cette période, l'État français s'est intéressé à des outils de mesure de l'activité hospitalière inspirés par la classification des séjours hospitaliers élaborée par la Healthcare Financial Administration (États-Unis), à savoir les DRG. En 1982, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) était lancé, une étape essentielle en vue de mettre au point une classification propre à la France, les groupes homogènes de malades (GHM). Cette mesure, couplée à l'implantation de la comptabilité analytique dans les hôpitaux, laissait entrevoir la possibilité d'une utilisation à des fins d'ajustement budgétaire. Ces travaux ont mené à l'élaboration de la tarification à l'activité (T2A), mise en œuvre en 2004-2005.

Objectifs : Les objectifs sont multiples : accroître l'efficacité, améliorer la qualité, assurer une répartition équitable des ressources entre les régions et à l'intérieur du secteur hospitalier, accroître la transparence du financement, de l'activité et de la gestion des hôpitaux, créer un contexte de concurrence entre les hôpitaux publics et privés [O'Reilly *et al.*, 2012].

Groupes homogènes de malades (GHM) : Voici brièvement les étapes de l'élaboration et de l'implantation du système des GHM [Or et Bellanger, 2011] :

- 1986-1990 : Dans cette phase d'expérimentation, on a utilisé une version de 450 groupes directement inspirée de classification HCFA-DRG 3^e version, bien que plus tard le système des GHM ait utilisé des éléments du système All-Patient DRG. Seuls les séjours en unités de soins somatiques de courte durée, médecine – chirurgie – obstétrique (MCO), étaient considérés et la participation des hôpitaux était volontaire.
- 1991-1995 : Les GHM s'appliquent à l'activité hospitalière en soins de courte durée et d'un jour dans les hôpitaux publics et excluent la psychiatrie, la réadaptation et les soins de longue durée.
- 1996-2003 : Le système sert à faire des ajustements dans les budgets hospitaliers. À partir de 1998, l'élaboration des GHM est fondée sur les données nationales et en 2000, le système s'applique aussi aux hôpitaux privés. En décembre 2000, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), dont le rôle est de mettre en œuvre le PMSI et d'élaborer la classification des GHM, a été créée.
- 2004-2005 : L'activité hospitalisation à domicile (HAD) est incluse le 1^{er} janvier 2005 et est définie par des groupes homogènes de prise en charge (GHPC).
- Depuis 2005 : La 11^e version des GHM, implantée en 2009, comprend 2 297 groupes tenant compte de la gravité des cas distinguée en quatre niveaux, dépendants de 606 groupes de base ou « racines ». La quatrième révision annuelle de cette version est celle en cours en 2013⁶. L'information clinique nécessaire à la constitution des GHM comprend les diagnostics principaux et secondaires définis selon la CIM-10 ainsi que la classification commune des actes médicaux (CCAM) propre à la France. Par ailleurs, les travaux se poursuivent en vue d'élaborer une classification des soins de suite et de réadaptation (SSR), qui implique la production d'un catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation; d'autres travaux concernent aussi l'application du PMSI au champ de la psychiatrie [Or et Bellanger, 2011].

Système de comptabilité analytique et établissement des tarifs

Le système recommandé pour la comptabilité hospitalière en France [MTES, 2012] suit une approche descendante, qui répartit l'utilisation des ressources en groupes de coûts. Les hôpitaux qui participent à l'étude nationale sur les coûts (ENC) doivent se servir de ce système de comptabilité analytique, mais suivre également les instructions complémentaires du guide rédigé par l'ATIH sur l'étude nationale des coûts à méthodologie commune [ATIH, 2013]. Ce guide, qui vient de paraître, comprend la méthodologie de collecte des données sur les coûts concernant les volets MCO, HAD et SSR [ATIH, 2013]. Il précise aussi que l'information sur les actes diagnostiques et thérapeutiques et les frais de médicaments et dispositifs spécifiques, de produits sanguins, de tests de laboratoires externes et honoraires de médecins en pratique privée doit être collectée à l'échelle de chaque patient (approche ascendante).

⁶ Information disponible sur le site Web de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/>.

Les coûts considérés incluent, en plus des dépenses de fonctionnement, les frais généraux et les coûts d'immobilisation. L'enseignement et la recherche restent exclus des GHM; d'autres activités, par exemple la psychiatrie, ne sont pas encore considérées pour le moment. La structure de coûts diffère entre les hôpitaux publics ou privés sans but lucratif, dits ex-DG (dotation globale) et les cliniques privées à but lucratif, dites ex-OQN (objectifs quantifiés nationaux). Dans ces dernières, les médecins sont payés à l'acte et un forfait haute technicité est alloué afin de couvrir le coût de certains équipements. Il était prévu que les méthodes de calcul tant des prix que des tarifs dans ces deux secteurs soient harmonisées par la suite [Or et Bellanger, 2011].

Précisons que les établissements participant déjà à l'ENC reçoivent une dotation financière afin d'améliorer la représentativité de l'échantillon. Cette dotation est composée d'une part fixe établie à 35 000 € en 2013, d'une part variable calculée au prorata de l'activité réalisée et d'un ensemble de pénalités et de majorations liées au respect des délais et à la qualité des données transmises (majoration fixée à 10 000 € pour chacun des champs MCO, SSR et HAD). Un crédit d'amorce de 7 500 € est accordé aux nouveaux établissements dans l'année précédant le début officiel de leur participation à l'étude⁷. Au total, 69 établissements avaient participé à la campagne de collecte de données 2010 sur les MCO [ATIH, 2012a].

L'ATIH a aussi pour mission de gérer techniquement le dispositif de financement des établissements de santé, de contribuer au suivi et à l'analyse financière et médico-économique de ceux-ci et de procéder au calcul des tarifs et des coûts des prestations⁸. Selon son dernier rapport d'activité, en 2011, l'ATIH avait une équipe de direction de 7 personnes et comptait 111 collaborateurs, soit des contractuels de droit public et des fonctionnaires en situation de détachement ou de mise à disposition; son budget s'élevait à 13,1 millions € (14,7 millions € en 2012) [ATIH, 2012b]. Son financement est assuré principalement par l'Assurance Maladie (55 %) et l'État (26 %).

L'établissement des tarifs est fondé sur le coût moyen par GHM, calculé à partir de la base de données de l'ENC, regroupant trois ou quatre années de collecte de données sur les coûts. Par exemple, en 2009, on a utilisé les données des années 2006, 2007, 2008 et 2009 en actualisant les coûts antérieurs à 2009 selon un taux calculé par agrégation d'activité⁹. Puisqu'un échantillon d'hôpitaux sert de base au calcul, les coûts par GHM sont pondérés selon le type d'hôpital (cinq catégories). Des tarifs différenciés par secteur sont calculés relativement aux « tarifs bruts » ainsi obtenus et sont ajustés par le ministère de la Santé selon la cible de dépenses établie par secteur, ce qui se résume à un mécanisme de contrôle prix-volume d'activité à l'échelle macro-économique. Ainsi, si le volume dans un secteur dépasse la cible, le prix est abaissé. Soulignons que le pendant financier du GHM devient le GHS (groupe homogène de séjours) défini par l'Assurance Maladie, c'est-à-dire le tarif qui lui est appliqué. Les GHS des cas atypiques reçoivent un supplément pour chaque journée dépassant la limite supérieure ou leur tarif est réduit (un montant forfaitaire ou journalier) s'ils sont inférieurs à la limite inférieure. Dans les deux cas de montant journalier, un coefficient inférieur à 1 est appliqué. Enfin, un coefficient géographique correcteur est appliqué afin de tenir compte de facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations [Or et Bellanger, 2011].

7 Information disponible sur le site Web de l'ATIH : Études nationales de coûts, <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000C000001FF>.

8 Présentation des missions de l'ATIH [site Web], disponible à : <http://www.atih.sante.fr/?id=0001C00001FF>.

9 Information dans le document de l'ATIH intitulé Étude adéquation financement – « charges » : méthodologie de calcul des tarifs issus des coûts. Disponible à : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0008D00014FF> (consulté le 16 avril 2013).

Mentionnons que la T2A entraîne, lors de chaque séjour, la production de factures par patient soumises à la caisse d'assurance maladie à laquelle est lié l'établissement. Un projet pilote nommé « facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) », ou facturation directe « au fil de l'eau ¹⁰ », est en cours d'expérimentation. Ce projet prévoit que les établissements transmettront sous forme dématérialisée leurs factures à une « caisse de paiement unique », l'interlocuteur financier unique associé à un établissement; celle-ci assurera le paiement pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire. Le projet touche à la fois le paiement des actes et des consultations externes (ACE) et des séjours¹¹. Le projet devait être étendu à l'ensemble des établissements, par vagues successives, à compter du 1^{er} janvier 2013 jusqu'en 2015-2016, ce qui a été le cas pour les ACE, mais en ce qui concerne les séjours, la date de départ de l'étendue progressive a été retardée d'un an¹².

Évolution de la tarification à l'activité (T2A)

- 2002 : Annonce de la mise en place de la T2A dans le cadre du plan Hôpital 2007 [Le Menn et Milon, 2012].
- 2004 : Mise en place de la T2A concernant la part « activité » du MCO pour 10 % du financement des établissements publics et privés sans but lucratif, le reste étant versé sous la forme d'une dotation annuelle complémentaire (DAC). Ce mécanisme permettait d'atténuer l'impact sur les ressources des établissements, à la hausse comme à la baisse.
- 2005 : La part « tarifs » du financement passe à 25 %; application aux cliniques privées (part « tarifs » de 100 %) en utilisant un coefficient de transition calculé pour chaque établissement. Des tarifs (GHT ou groupes homogènes de tarifs associés aux GHPC) s'appliquent aux HAD.
- 2006-2008 : La part « tarifs » du financement est haussée à 35 % en 2006, à 50 % en 2007 et à 100 % en 2008; un coefficient de transition a été fixé pour chaque établissement jusqu'en 2011 afin de poursuivre l'atténuation de l'impact budgétaire.
- 2010 : La loi du financement de la sécurité sociale pour 2010 repousse à 2018 l'objectif de convergence tarifaire entre les secteurs ex-DG et ex-OQN visé pour 2012. À titre illustratif de l'importance de la T2A, mentionnons qu'en 2010, la répartition du financement des dépenses totales des hôpitaux se répartissait comme suit : tarification à l'activité du champ MCO [56,3 %, mais 88,2 % des dépenses totales de ce champ], dotation globale pour la réadaptation, la psychiatrie et les soins de longue durée (25,1 %), mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (11,1 %), médicaments et dispositifs coûteux (5,9 %) et compensation pour des services particuliers tels que les soins intensifs et la transplantation d'organe (1,7 %).
- 2011 : La convergence intrasectorielle des tarifs est achevée, soit un an à l'avance.
- 2012 : Publication de trois rapports d'évaluation sur le dispositif de la T2A. Le premier est publié en mars par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) [Bras *et al.*, 2012], le deuxième, en avril par l'Inspection générale des finances (IGF) [Pascal *et al.*, 2012] et le troisième, par le Sénat [Le Menn et Milon, 2012]. Ces rapports proposent plusieurs améliorations sans toutefois remettre en question les principes mêmes de la T2A.

¹⁰ La facturation « au fil de l'eau » signifie que l'envoi de la facture individuelle à l'Assurance Maladie se fait dès qu'elle est émise et non plus en fin de mois.

¹¹ Information disponible sur le site Web du ministère des Affaires sociales et de la Santé : La facturation individuelle des établissements de santé (FIDES), <http://www.sante.gouv.fr/la-facturation-individuelle-des-etablissements-de-sante-fides,6077.html>.

¹² Selon une présentation faite le 24 mai 2012 à Hôpital Expo 2012 par Myriam Reynaud, chef du projet FIDES. Disponible à : <http://www.fhf.fr/content/download/35516/201320/version/1/file/2+Myriam+REYNAUD%2C+DGOS+conf+11.ppt>.

Un appel de candidatures est lancé par le ministère de la Santé et la Haute Autorité de Santé (HAS) afin d'expérimenter un financement à la qualité, en sus des tarifs [MASS, 2012].

2.4.3 Évaluation

1. L'évaluation la plus récente sur l'impact de la T2A sur l'activité, la productivité et la qualité des soins a été effectuée par Or et ses collaborateurs [2013]. Les données couvrant la période de 2002 à 2009 sont tirées des bases médico-administratives du PMSI (séjours hospitaliers publics et privés), de la Statistique annuelle des établissements de santé (lits et personnel médical et non médical) et des comptes de la santé et les dépenses d'assurance maladie (dépenses hospitalières). Rappelons que la T2A a été implantée progressivement (proportion croissante de la part « tarifs ») à partir de 2004 dans les établissements dits ex-DG et en 2005 dans les établissements privés à but lucratif (EPBL). L'analyse a distingué deux périodes : 2002-2005 (avant T2A) et 2005-2009 (après T2A).

Sur le plan de l'activité, le nombre de séjours (hospitaliers et ambulatoires) augmentait de 7 % par année avant la T2A, mais s'est stabilisé par la suite (ou a diminué et s'est stabilisé ensuite dans les secteurs autres que publics concernant les séjours de courte durée ou ambulatoires). Le nombre de séances (chimiothérapie, radiothérapie et dialyses) a crû au même rythme au cours de ces deux périodes. Selon le type de soins, on a observé, à partir de 2005, une baisse absolue du nombre de séjours en médecine dans les établissements privés sans but lucratif et à but lucratif (7 % et 5 % respectivement), une baisse plus forte (13 %) en obstétrique dans les EPBL et une forte augmentation en chirurgie dans les hôpitaux publics (15 %), celle-ci étant expliquée surtout par la hausse des séjours ambulatoires. En ce qui a trait à la durée moyenne des séjours (sans les séances), une baisse régulière a été observée jusqu'en 2005, puis une tendance à la stabilisation : la T2A n'aurait pas eu d'effet majeur sur ce plan. On n'a pas observé non plus d'effet sur la diversification ou la spécialisation des établissements publics; par contre, une tendance à la spécialisation a été observée dans les secteurs privés.

Sur le plan de la production hospitalière, le volume d'activité hospitalière pondéré par la lourdeur des cas (les coûts relatifs) mesuré par l'indice synthétique de l'activité (points ISA) a, depuis l'implantation de la T2A, fortement augmenté dans le secteur public (hausse absolue de 10 %), ralenti dans le secteur privé sans but lucratif (5 % comparé à 15 % avant 2005) et stagné dans le secteur privé à but lucratif. Au chapitre des dépenses hospitalières, du personnel et des lits, on n'a pas observé d'influence particulière de l'implantation de la T2A. La productivité, mesurée par le nombre de points ISA par unité de dépense hospitalière courante (MCO et autres types de soins) a diminué dans tous les secteurs, mais davantage dans le secteur privé à but lucratif (de l'ordre de 15 points depuis 2005, alors que dans le secteur ex-DG, la diminution est de 5 %). Cette diminution est aussi observée lorsque l'indicateur utilise les dépenses de l'Assurance Maladie (disponibles seulement depuis 2005). Ces constats sont nuancés par le fait que le nombre de points ISA par médecin a été relativement stable dans les établissements publics et privés sans but lucratif, alors qu'il a chuté dans les EPBL depuis 2006. La productivité du personnel hospitalier (soignant et autre) a nettement augmenté depuis 2007, alors qu'elle a diminué dans les EPBL depuis 2005. Enfin, on a observé des gains continus de productivité par rapport au nombre de lits durant toute la période étudiée dans les ex-DG, mais de façon plus importante dans les établissements publics, alors qu'il y a eu stagnation dans les EPBL.

depuis 2005. La productivité (physique) a donc augmenté dans le secteur public, mais non la productivité économique. L'explication tiendrait à des hausses des dépenses en personnel pour des raisons structurelles et en ressources intermédiaires (médicaments, coût d'équipement médical et utilisation plus intense des nouvelles technologies plus chères).

Enfin, cette évaluation visait à mesurer, à l'aide de certains indicateurs, l'impact de la T2A sur la qualité des soins. Les taux de mortalité à 30 jours relatifs aux traitements de l'infarctus aigu du myocarde et de l'AVC et la chirurgie du cancer colorectal ont continué de diminuer après 2005. Par contre, la tendance est alarmante concernant les taux de réadmission à 30 jours, relatifs aux mêmes cas traceurs et à la chirurgie de la hanche, puisqu'ils ont nettement augmenté dans les dernières années (2007 à 2009). Cette situation « doit faire l'objet d'un suivi régulier et d'analyses plus approfondies ». L'analyse de l'évolution des taux standardisés de certaines interventions ou de certains actes (chirurgie de la cataracte et endoscopie, prostatectomie et prothèse totale de la hanche) laisse entrevoir la possibilité d'une demande due au fournisseur peu ou pas justifiée. Les auteurs ont aussi examiné si la T2A entraînait un effet de sélection en retenant pour cas traceurs la prothèse de hanche, l'AVC et l'infarctus aigu du myocarde. À cette fin, ils ont suivi l'évolution des durées moyennes de séjour (DMS), selon que les patients sont plus âgés ou non (seuil de 80 ou 85 ans selon le cas traceur) ou qu'ils présentent soit 0 ou 1 diagnostic associé, soit plus de 4. Les résultats indiquent que la DMS diminue dans tous les cas et que cette réduction est régulière avant et après l'implantation de la T2A.

En concluant leur étude, les auteurs mentionnent que leurs analyses « visent à établir les bases d'une évaluation des politiques hospitalières, mais ne permettent pas d'établir l'impact spécifique de la T2A. Cela nécessiterait de prendre en compte l'influence des facteurs contextuels ainsi que d'autres réformes qui peuvent également influencer les résultats ». Ils insistent par ailleurs sur l'importance d'élaborer d'autres indicateurs de suivi produits en routine et accessibles aux établissements et aux ARS afin de faciliter des comparaisons. En outre, « un suivi plus individualisé de l'activité et de la qualité est souhaitable pour vérifier la qualité et l'adéquation des soins au niveau local et pour mettre en place des objectifs individualisés de volume d'activité et de qualité des soins ».

2. Deux études ont examiné les effets de la T2A sur la gestion hospitalière, la première étant une étude qualitative d'un échantillon de huit établissements [Pépin et Moisdon, 2010] et l'autre, un rapport de l'IGAS, selon une approche fondée sur l'expérience de seize établissements, mais comportant aussi des rencontres avec des représentants nationaux et des agences régionales de santé [Bruant-Bisson *et al.*, 2012]. Selon les résultats de la première étude, la T2A a eu un impact fort sur l'innovation instrumentale de gestion qui a stimulé à la fois une coopération interne plus grande et une recherche d'efficacité accrue; l'approche médico-économique devient incontournable [Pépin et Moisdon, 2010]. Par contre, ces points positifs ne se sont pas traduits par des innovations organisationnelles marquées, qui auraient pu modifier en profondeur l'organisation du travail.

Le rapport de l'IGAS confirme le premier constat précédent, précisant que la T2A n'est pas remise en cause, étant plutôt progressivement appropriée et acceptée par les acteurs engagés dans la gouvernance des établissements [Bruant-Bisson *et al.*, 2012]. Par contre, plusieurs modalités d'application restent incomprises, comme le décriront les trois évaluations générales réalisées en 2012. Le manque de lisibilité de la T2A freine la gestion

et la définition de stratégies de développement à moyen terme. En conclusion finale, il est mentionné que « la T2A n'est pas le levier de la restructuration des établissements ni de l'offre régionale. Si la T2A a soumis le développement d'activités nouvelles à une analyse médico-économique préalable, la mission constate qu'elle ne conduit que rarement à une réévaluation de la soutenabilité médico-économique des activités existantes, au niveau de l'établissement comme au niveau territorial, et que le lien est rarement fait entre les grands équilibres financiers et la planification régionale ».

3. La question d'évaluation au cœur du rapport général rédigé par l'IGAS [Bras *et al.*, 2012] est la suivante : les tarifs sont-ils construits de manière à assurer une répartition équitable des ressources allouées au système de santé? Afin d'assurer une telle répartition, le principe de la neutralité tarifaire doit être respecté, c'est-à-dire que les tarifs doivent reproduire la hiérarchie des prises en charge des malades mesurées par leur coût moyen de production. Cette neutralité est nécessaire pour éviter d'introduire un biais dans la sélection des GHS (certains pouvant être « plus rentables » que d'autres) et pour fournir un signal microéconomique clair afin de favoriser la recherche de l'efficacité. La condition essentielle de cette neutralité est de disposer d'une échelle de coûts fiable. Par ailleurs, plusieurs mesures ont introduit des distorsions volontaires des tarifs pour différentes raisons : priorités de santé publique ou d'objectifs d'organisation des soins, politique de convergence tarifaire entre le secteur public et les cliniques privées, etc.

Selon les résultats de l'analyse, les tarifs T2A actuels s'écartent de la neutralité et ces écarts ne se résorbent pas; ils sont aussi plus marqués en ce qui concerne les cliniques privées qu'en ce qui concerne les hôpitaux publics. Dans le secteur public, en 2011, ces écarts portaient sur une somme légèrement inférieure à 1 milliard €, à la baisse comme à la hausse (surtarification relative moyenne de 7,7 % des GHS bénéficiaires et sous-tarification relative moyenne de 6,8 % des GHS pénalisés); dans le secteur privé, la somme des écarts absolus était inférieure ($\pm 0,4$ milliard €), mais les écarts relatifs étaient plus élevés (12,9 % et 10,3 % respectivement). L'explication générale de cette situation tient surtout au conflit entre le principe de neutralité inhérent à la T2A et le maintien des ressources « historiques » des établissements. Les tarifs ont tendance à devenir « historiques » puisque leur stabilité est favorisée aux dépens d'une évolution qui refléterait celle des coûts relatifs. Cette situation est aussi liée au fait que les tarifs sont fixés dans le cadre d'une enveloppe fermée dans l'ONDAM, ce qui a pour conséquence que tout avantage tarifaire d'une activité en pénalise une autre.

Les modulations tarifaires incitatives peuvent aussi avoir pour contrepartie la pénalisation d'activités pertinentes. Par exemple, elles sont particulièrement avantageuses dans le secteur public pour les transplantations d'organes, les affections myoprolifératives et les tumeurs de siège imprécis ou diffus et les soins palliatifs. Dans le secteur privé, elles le sont pour les séances (chimiothérapie, dialyse) et la chirurgie de la cataracte. Les activités les plus pénalisées dans les hôpitaux publics sont les affections de l'appareil génital féminin et les affections du tube digestif alors que dans les cliniques privées, ce sont les affections et les traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif de même que les affections du tube digestif qui sont particulièrement pénalisées.

Ces distorsions, dans leur ensemble, ne sont ni explicitées ni clairement affichées préalablement aux campagnes tarifaires annuelles. De plus, les positions des grands acteurs (fédérations d'établissements) restent ambiguës ou même hostiles au principe de neutralité tarifaire, non pas tant en raison du principe lui-même qu'en raison des

modalités de la mise en œuvre de la T2A. En outre, plusieurs décisions finales sont influencées par les réactions des perdants actuels ou potentiels consécutives aux redistributions résultant des évolutions tarifaires.

Le constat d'ensemble de cette évaluation est que « l'absence d'affirmation forte du principe de neutralité tarifaire, au moins comme cible à une échéance claire, risque de discréditer la T2A ». Les recommandations qui en découlent touchent donc d'abord le renforcement du principe lui-même et de l'explicitation transparente des écarts à ce principe, « justifiés par des arguments économiques objectifs et rendus publics de manière lisible ». De plus, l'accompagnement des établissements « perdants » devrait « prendre la forme d'aides financières contractuelles et temporaires et non de modulations tarifaires ». Ensuite, il est nécessaire d'objectiver davantage les écarts de coûts entre les secteurs public et privé ainsi que les facteurs d'hétérogénéité des coûts dans un même GHM et de documenter la définition des enveloppes respectives de chaque MIG (mission d'intérêt général) afin d'éviter qu'elles amoindrissent la politique tarifaire. Enfin, l'IGAS recommande de renforcer la position d'expertise de l'ATIH en garantissant mieux l'autonomie de ses travaux et de ses publications. Il est bon de mentionner que le rapport de l'IGAS portait également sur la CCAM, tant dans son volet technique que dans son volet clinique, mais leur examen est moins pertinent aux fins de la présente note informative.

4. Le rapport produit par l'IGF [Pascal *et al.*, 2012] visait à évaluer la capacité de la T2A et de la CCAM à répondre aux objectifs qui leur sont assignés dans une logique principalement médico-économique, soit de financer la production du meilleur soin au meilleur coût (efficacité productive) et d'assurer l'équité dans la répartition des moyens qui en est le corollaire (efficacité d'allocation). Les renseignements qui suivent se concentreront sur la T2A.

Dans son analyse, l'IGF reconnaît que la T2A est un instrument clé de description de l'activité sous l'angle médico-économique et qu'elle a permis d'améliorer la collecte des données d'activités, procurant au PMSI davantage d'exhaustivité et de fiabilité. Toutefois, le grand nombre de GHM présente des inconvénients, par exemple la difficulté pour les acteurs hospitaliers à anticiper les changements et la réduction de la qualité des données de coût (nombre total plus faible concernant plusieurs GHM). Par ailleurs, la connaissance des coûts est jugée encore imparfaite aux fins de la construction des tarifs T2A en raison de la faiblesse de la représentativité des échantillons (taille réduite et surreprésentation des hôpitaux innovants) et de la faiblesse des règles de la comptabilité analytique (problèmes d'hétérogénéité et de biais). Il en découle, malgré les ajustements statistiques, une dispersion de coûts des séjours très élevée; cette situation n'est pas nécessairement injustifiée, mais l'imprécision des données sur les coûts collectées ne permet pas de reconnaître les facteurs explicatifs.

L'incitation à l'efficacité, à l'origine de la T2A, est affaiblie pour de multiples raisons. D'abord, le régulateur veut donner à cet outil d'autres objectifs et applique de multiples corrections qui conduisent à des écarts entre les coûts et les tarifs, ce qui ne manque pas d'altérer la force du signal-prix. En outre, la portée et la signification de ce signal sont réduites par les financements complémentaires qui sont accordés afin de compenser certains effets de la tarification à l'activité. De plus, la régulation prix-volume macroéconomique liée au respect de l'ONDAM touche de façon égale tous les GHS et tous les établissements, quelles que soient leurs marges d'efficacité, ce qui peut pénaliser les plus efficaces. On assiste alors à un « glissement de l'instrument d'efficacité vers un outil d'allocation budgétaire ».

Le pilotage interne des établissements est difficilement réalisé parce que ceux-ci interprètent tant bien que mal le signal-prix des tarifs, qu'ils ne connaissent pas vraiment leurs coûts par GHM et que des référentiels de comparaison ne sont pas encore disponibles pour guider la recherche de l'efficacité. Les établissements privilégient, pour voie de solution, l'augmentation des volumes et la maximisation des recettes. Les iniquités de financement entre établissements persistent toujours, puisque leur nouvelle répartition prévue par la T2A a été en très grande partie, de manière légitime ou non, contrebalancée par des enveloppes budgétaires (par exemple les MIGAC) et par des ressources ne provenant pas de l'Assurance Maladie.

Dans son rapport, l'IGF examine aussi les conséquences sur l'offre de soins. D'une part, la T2A a eu un effet dynamisant sur les volumes d'activité des établissements et sur les parts de marché du secteur public mais à elle seule, elle ne peut restructurer l'offre existante dans le sens souhaité. D'autre part, la T2A et la CCAM souffrent de plusieurs défauts, étant des instruments fondés sur le financement d'une offre et non d'un besoin. À cet égard, ils « financent un acte ou un séjour et non un parcours de soins coordonné; ils présentent des risques pour la qualité, la pertinence et le volume d'activité; ils participent à une régulation nationale et non à une action régionale conduite par les ARS au plus près des besoins ».

Le constat général est clair : « la T2A comme la CCAM tendent progressivement, et sous l'effet de corrections techniques répétées, à perdre leur logique médico-économique. (...) En effet, leurs conditions de mise en œuvre, leur maintenance, leur combinaison avec d'autres enveloppes budgétaires et le contexte général dans lequel ils s'inscrivent conduisent peu à peu à écarter ces instruments du modèle initial ». Un choix s'impose, soit celui de poursuivre la tendance actuelle à se servir de la T2A et de la CCAM comme des instruments de répartition des ressources dans une logique budgétaire, ou comme des instruments de pilotage économique sur la base de l'efficacité.

L'étude ne remet pas en cause la pertinence de ces deux outils tarifaires, mais elle conclut à la nécessité de revenir à leurs principes fondamentaux, tout en tenant compte de la situation actuelle, notamment en matière de maîtrise des dépenses publiques. Voilà pourquoi l'IGF propose un ensemble de mesures cohérentes qui s'appuient sur deux piliers. Le premier ne concerne que les outils tarifaires, visant à optimiser le système de production des soins et à répartir équitablement le financement; les tarifs seraient établis selon les « coûts efficaces¹³ » des établissements sans aucune correction. Cette approche permettrait de réduire l'enveloppe tarifaire et, en conséquence, de financer les mécanismes complémentaires aux outils tarifaires ou des mesures nationales (modulées localement par les ARS) qui orientent davantage le financement vers les besoins, ce qui constitue le second pilier. Ainsi, ces outils additionnels peuvent servir à financer les activités sous-éfficaces mais justifiées, à restructurer des établissements en vue de leur permettre de devenir plus efficaces et à mettre en place une politique de qualité, de pertinence et de coordination des soins. Afin de respecter l'ONDAM, la régulation prix-volume pourrait être remplacée par des tarifs dégressifs (lorsque les volumes sont jugés excessifs) et par des enveloppes mises sous contrainte pour financer transitoirement la sous-efficacité non justifiée.

¹³ Le « coût efficace » est défini comme suit : « un coût réputé être le coût minimum rentable pour un établissement exerçant dans des conditions optimales » [Pascal *et al.*, 2012].

5. Le troisième rapport d'évaluation [Le Menn et Milon, 2012] a été rédigé par la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) de la Commission des affaires sociales, l'une des structures permanentes du Sénat. Celle-ci avait pour objectif d'évaluer la T2A, de comprendre la façon dont elle a été mise en œuvre et de proposer des pistes visant son évolution. Dans la partie descriptive, ce rapport relève les mêmes problèmes que dans celui de l'évaluation de l'IGF, à savoir la faiblesse de l'échantillon relativement à l'établissement des coûts, le problème des maladies peu fréquentes, le très grand nombre de GHM, le processus complexe de construction des tarifs, l'écart observé entre les tarifs et les coûts réels ainsi que le rôle des tarifs affaibli par la régulation macro-économique des dépenses (ONDAM). La Mecss souligne également les ambiguïtés du processus de convergence intrasectorielle et les différences pratiquement insolubles entre les grilles tarifaires des secteurs public et privé qui rendent leur convergence difficilement accessible. Enfin, le rapport s'interroge, malgré les efforts en vue d'éviter la reconduction des budgets historiques, sur le manque de cohérence qui subsiste dans les MIGAC, enveloppes indissociables du financement à l'activité, et sur le sous-financement de certaines missions.

Dans son volet d'analyse des conditions actuelles du financement, la Mecss rappelle la très grande difficulté « d'isoler les effets propres de la T2A dans la mesure où elle interagit avec d'autres facteurs » et qu'elle s'est déployée dans un contexte de resserrement des dépenses totales (ONDAM) et de la relance de l'investissement hospitalier. Quant aux effets sur les décisions de soins, la T2A a pu contribuer à faire augmenter l'activité, mais une part significative de cette augmentation est expliquée par des facteurs indépendants (vieillesse de la population, évolution de certaines maladies, préoccupations de couverture médicolégale). Le séquençage des séjours a pu contribuer également à l'augmentation, mais cette pratique est de plus en plus surveillée. Par contre, une vingtaine d'actes et de séjours hospitaliers ont présenté des évolutions anormales et des variations régionales importantes et devront faire l'objet de recommandations de bonne pratique élaborées par la Haute Autorité de Santé (HAS) sur les années 2012 et 2013. Pour le moment, selon la HAS, il est impossible, selon les données disponibles, de déterminer « si la T2A conduit à des réductions injustifiées de séjour ou à une diminution de la qualité ».

Les effets sur le pilotage des établissements ont également été examinés et la Mecss cite un rapport ministériel qui confirme le renforcement de l'approche médico-économique dans les établissements et le rôle d'interface des « départements d'information médicale ». La T2A a entraîné des redistributions non négligeables entre les établissements et, bien que cet effet ait été lissé dans le temps, il « a révélé et accentué des handicaps propres à certains établissements » (bassins de population à faible densité, problèmes de démographie médicale). De plus, bien que la T2A encourage chaque établissement à développer l'activité, cet effort est contrecarré par des blocages ou des baisses de tarifs imposés collectivement, puisque la logique de l'enveloppe fermée reste appliquée. Enfin, la T2A semble décourager les coopérations hospitalières, pourtant promues par le législateur, parce que les établissements sont plus enclins à poursuivre une stratégie individualiste de maximisation des recettes, dans un contexte où le maintien des ressources n'est pas encore garanti en cas de partage d'activité, particulièrement sur le plan médical, comme le soulève un article récent [Robert et Ségui-Saunier, 2012].

Quant aux effets sur le fonctionnement des établissements, il est mentionné que le fardeau du codage médical, qui nécessite une implication du praticien, a pour effet de contraindre de plus en plus le temps consacré au patient. Le principe du codage n'est pas contesté, mais ses modalités de réalisation sont insatisfaisantes, de sorte que les praticiens demandent un renforcement des moyens des départements d'information médicale. Depuis l'introduction de la T2A, ces départements sont devenus « un pivot essentiel du fonctionnement financier de chaque établissement », qui est conditionné par l'efficacité et la qualité de la collecte des données médicales. Or, la Mecss relève que le renforcement de la capacité des établissements de santé en matière d'information médicale ne fait l'objet d'aucun plan ou programme impulsé à l'échelle nationale. Puisque le financement repose sur des données de facturation soumises à l'Assurance Maladie, elles font l'objet d'un contrôle des règles de codage et de facturation qui peut mener au recouvrement de sommes indûment perçues par l'établissement et à des sanctions financières. Le principe du contrôle externe est pleinement accepté par le personnel hospitalier, mais ses modalités ont été largement et fortement contestées, ce qui a mené à une première réforme de ce programme.

Compte tenu de ce bilan, la Mecss conclut que, « au total, le financement des établissements de santé doit rester lié à l'activité pour améliorer continûment la transparence, l'organisation et les modalités de prise en charge des patients, mais dans une mesure qui permette de couvrir plus fidèlement qu'aujourd'hui les missions de service public et les coûts fixes. [...] Le modèle doit être adapté pour trouver un équilibre plus juste et redonner confiance aux acteurs de santé. » La Mecss propose plusieurs mesures visant à améliorer la T2A. D'abord, il faut revoir le périmètre des différentes sources de financement afin de mieux prendre en compte les coûts fixes : financer autrement que par la T2A des activités soumises à des normes réglementaires (seuils d'encadrement des patients), qui ne sont pas standardisables (par exemple la réanimation) ou dans des zones peu denses et isolées.

La convergence tarifaire entre les secteurs public et privé doit être suspendue. Le financement des investissements immobiliers par les tarifs est jugé illégitime et il serait préférable de privilégier une logique de contrat pluriannuel et des ressources de type « Grand emprunt ». La Mecss propose également d'intégrer les actes de télémedecine dans la structure tarifaire et de veiller à ce que la T2A ne nuise pas au développement de pratiques innovantes.

La Mecss se préoccupe aussi de fixer des bases de calcul pertinentes et permanentes. Afin d'améliorer le fonctionnement de la T2A, elle propose de déployer à plus grande échelle la comptabilité analytique dans les établissements, d'élargir l'échantillon de l'échelle nationale de coûts et d'expérimenter sur certains actes ou prestations le calcul d'un coût de référence cible et non plus moyen. Afin de garantir la stabilité et la prévisibilité des tarifs, elle propose de les inscrire dans une perspective pluriannuelle et de décaler de quatre mois leur mise en vigueur après leur publication. La Mecss recommande aussi de mettre en œuvre un plan de mise à niveau et de coordination des systèmes d'information hospitaliers. Afin de restaurer la confiance des équipes hospitalières vis-à-vis des contrôles, plusieurs mesures sont proposées. Au chapitre des dotations budgétaires, la Mecss recommande, d'une part, de réexaminer de fond en comble, avec les différents acteurs, l'ensemble des MIG (missions d'intérêt général) avec un souci de simplification et de clarification et, d'autre part, de transférer les crédits consacrés à l'enseignement et à la recherche sur le budget de l'État, sans diminution de l'ONDAM.

Afin d'allier la régulation nationale des dépenses et les marges de manœuvre locales, l'une des mesures proposées est de déterminer un volume d'activité assorti de tarifs stables, préférablement fixés de manière pluriannuelle, et des financements dégressifs au-delà, ce qui empêcherait de démobiliser les équipes dans les établissements. Tant les coopérations hospitalières que le développement des activités essentielles à l'offre de soins sur un territoire doivent être encouragés en confiant aux ARS des marges de manœuvre financières plus importantes.

Par ailleurs, le maintien et l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients restent une préoccupation importante pour la Mecss, qui propose la mise en place plus rapide des référentiels et des guides de bonnes pratiques élaborés par la HAS et la création d'observatoires de la qualité et de la pertinence des soins dans les ARS. De façon plus générale, la Mecss recommande, « avant d'envisager la mobilisation de l'outil tarifaire de déployer une véritable stratégie de la qualité supervisée par une autorité indépendante et dotée de l'autorité suffisante », d'améliorer les indicateurs de qualité et de sécurité, en y ajoutant des sondages de satisfaction. Elle propose aussi de ne pas rembourser certains séjours accompagnés d'événements indésirables et de réserver dans les dotations non tarifaires une enveloppe propre à la qualité des soins.

Point intéressant, « la Mecss estime que la T2A, plus centrée sur la maladie que sur le malade, peut constituer un handicap pour la mise en place d'un parcours de santé », qui demande une coordination entre différents acteurs en établissement et hors établissement, par exemple pour les personnes âgées dépendantes ou les personnes atteintes de maladies chroniques ou de longue durée. Il apparaît nécessaire de développer et d'interconnecter les systèmes d'information et de mettre rapidement en place la facturation « au fil de l'eau » à l'Assurance Maladie. La Mecss propose d'expérimenter, concernant certaines maladies (par exemple certains cancers ou maladies cardiovasculaires), une tarification « au parcours », comprenant le diagnostic, le traitement et les soins postérieurs.

Enfin, à l'égard d'une extension de la T2A à d'autres secteurs, la Mecss prône la prudence. Ainsi, elle recommande de suspendre cette extension prévue le 1^{er} mars 2013 aux hôpitaux locaux, généralement de petite taille et dans des milieux ruraux, et d'amorcer une réflexion stratégique sur la place de ces établissements de proximité dans le système de santé. Par ailleurs, concernant les SSR, qui devaient être couverts par la T2A à partir du 1^{er} janvier 2013, la Mecss propose d'y adjoindre une expérimentation de la tarification « au parcours ». Enfin, en ce qui concerne le financement des soins psychiatriques, toute réforme en ce sens « doit être conditionnée à un processus de rapprochement et d'évaluation des pratiques professionnelles ».

Il est bon de faire état des mesures gouvernementales prises dans la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 : abrogation de la convergence tarifaire entre les secteurs public et privé et report de la mise en œuvre de la T2A du 1^{er} mars 2013 au 1^{er} mars 2015¹⁴. Par ailleurs, la Direction générale de l'offre de soins, du MASS, a annoncé le report du déploiement de la T2A dans les SSR; il se fera progressivement à compter de 2016 [MASS, 2012]. Enfin, dans un discours prononcé le 7 septembre 2012, la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, confirmait que la T2A serait complétée, mais qu'elle n'est pas une fin en soi, plutôt « un outil technique et politique, qui doit

14 Information disponible sur le site Web de la Sécurité sociale : LFSS 2013, <http://www.securite-sociale.fr/LFSS-2013>.

favoriser la justice, l'efficacité, la qualité et la transparence »¹⁵. Elle annonçait aussi la création, dès janvier 2013, d'« une instance de concertation ouverte aux acteurs du monde hospitalier » afin de coordonner la réforme de la T2A. Ces intentions s'inscrivaient dans celle plus générale de l'établissement d'« un pacte de confiance avec l'ensemble des personnels du monde hospitalier ».

Les travaux engagés sur le Pacte de confiance pour l'hôpital ont mené à la publication d'un rapport en mars 2013 [Couty et Scotton, 2013]. À l'égard du financement, d'entrée de jeu il est dit : « il convient de corriger les effets indésirables de la tarification à l'activité (T2A) tout en conservant ses avantages »; tout retour en arrière vers la dotation globale ou le prix de journée est refusé par l'ensemble des participants aux travaux. Les constats de ce rapport rejoignent ceux des évaluations précédentes et mènent, entre autres, aux propositions suivantes : a) un mode de financement mixte de l'activité des établissements incluant une part en T2A concernant les activités MCO, une part en tarif adapté au parcours de soins dans le cas des maladies de longue durée et une part dotation dans le cas des missions d'intérêt général et public; b) modèle de financement simple, robuste et favorisant la qualité et la pertinence des prises en charge; c) expérimentations sur le financement par épisode de soins ou financement du parcours de soins.

2.5 Irlande

2.5.1 Contexte général

Les résidents irlandais sont tous couverts par un régime public universel, qui couvre tous les services de santé ambulatoires et hospitaliers, y compris les services dentaires, ophtalmiques et visuels [McDaid *et al.*, 2009]. Ces services sont offerts sans frais, au point d'utilisation, à ceux qui détiennent une carte médicale, accordée en fonction du revenu (37 % des résidents), alors que les autres (63 %) doivent payer une contribution, sauf s'il s'agit d'une visite au service des urgences ou en consultation externe lorsqu'ils sont orientés par le médecin généraliste ou lorsque la consultation est suivie d'une hospitalisation [Department of Health – Ireland, 2012]. Les visites à un médecin généraliste sont gratuites lorsque le patient (2,7 %) détient une carte d'accès à ce service (en fonction d'un seuil de revenu plus élevé) [O'Reilly *et al.*, 2011]. Le système de santé repose en très grande partie sur le financement public (impôt sur le revenu et taxes). En 2010, les dépenses totales de santé représentaient 9,2 % du PIB, dont 69,5 % étaient faites par le secteur public alors que les dépenses privées regroupant les contributions des patients et les primes aux régimes privés d'assurance maladie comptaient pour 30,5 % [Department of Health – Ireland, 2012].

En 2012, l'Irlande comptait 4,6 millions d'habitants, dont 12 % étaient âgés de 65 ans et plus. En 2008, elle comptait 52 hôpitaux publics (13 879 lits), dont 12 étaient spécialisés; 34 hôpitaux étaient directement administrés par le Health Service Executive (HSE), un organisme public chargé de gérer les services publics de santé en Irlande [McDaid *et al.*, 2009]. Par contre, environ 20 % des lits des hôpitaux publics sont réservés à des patients traités dans le secteur privé et 20 hôpitaux étaient entièrement privés (environ 2 000 lits).

¹⁵ Le texte du discours est disponible sur le site Web du MASS : Un pacte de confiance pour l'hôpital. Discours de Marisol Touraine, <http://www.sante.gouv.fr/un-pacte-de-confiance-pour-l-hopital-discours-de-marisol-touraine-vendredi-7-septembre-2012.html>.

2.5.2 Système de financement

Modification du système de financement

Le budget global a été et reste encore en bonne partie le mode de financement principal en Irlande, avec reconduction annuelle et les ajustements habituels (inflation et salaires) et financement extraordinaire. En 1989, dans son rapport, la Commission sur le financement de la santé recommandait d'ajuster les budgets des hôpitaux de courte durée selon la complexité de leur profil de cas et leur performance relative. Le Department of Health and Children (DOHC) a institué, en 1991, le National Casemix Programme (NCP) et a commencé à mettre en œuvre cet ajustement à partir de 1993 dans les hôpitaux acceptant volontairement de participer au projet (39 en 2009 et représentant 92 % de l'activité hospitalière concernée). Selon le site Casemix Ireland, 38 hôpitaux participent actuellement au NCP, dont la responsabilité est actuellement confiée au HSE¹⁶.

Objectifs : Les objectifs sont l'accroissement de l'efficience, la répartition équitable des ressources, l'amélioration de la transparence dans le financement, l'activité et la gestion des hôpitaux de même que la création d'un lien entre l'activité et le financement [O'Reilly *et al.*, 2012].

Les DRG : Les premiers systèmes de classification des patients hospitalisés étaient ceux de la Health Care Financing Administration (États-Unis). Ainsi, trois versions différentes ont été utilisées et la dernière (version 16) comprenait 511 groupes; les soins psychiatriques de longue durée, les soins gériatriques et la réadaptation étaient exclus, ce qui est encore le cas actuellement [O'Reilly *et al.*, 2011]. Au milieu des années 1990, le DOHC a implanté une classification en 72 groupes des cas d'un jour comprenant une procédure (intervention), les cas sans procédures formant un seul groupe. En 2002, le DOHC améliorait le logiciel de regroupement, qui créait 169 groupes. Les données nécessaires à la classification par groupes proviennent de la base de données nationale sur les résumés d'hospitalisation et des cas d'un jour, actuellement gérée par l'institut de recherche économique et sociale, le ESRI (Economic and Social Research Institute).

En 2003, la décision a été prise de se servir du système de classification australien (AR-DRG ou Australian Refined Diagnostic-Related Groups), élaboré à partir de la CIM-10, ainsi que de la classification australienne des interventions en santé. La 6^e version des AR-DRG, utilisée depuis 2009, comprend 698 groupes concernant les hospitalisations et 399 groupes concernant les cas d'un jour (par l'intermédiaire des ADRG (DRG adjacents)). Les mises à jour de la classification sont effectuées par le NCP tous les quatre ans à partir des révisions australiennes des AR-DRG.

Système de comptabilité analytique et établissement des coûts relatifs

Les hôpitaux qui participent au NCP doivent soumettre leurs données sur les coûts selon les instructions précisées dans le manuel d'établissement des coûts; des vérifications périodiques sont effectuées afin d'en assurer la qualité [O'Reilly *et al.*, 2011]. Compte tenu des secteurs d'activité couverts par les AR-DRG, toutes les dépenses de fonctionnement sont incluses; sont exclus les coûts de la recherche, les frais d'immobilisations, les amortissements, les prestations de retraite, les mauvaises créances et les transferts d'autres hôpitaux. Les coûts sont répartis par spécialité, selon l'approche descendante, principalement par attribution directe, puis regroupés en treize centres principaux (bloc opératoire, laboratoires, personnel médical, soins infirmiers,

16 Casemix Ireland. Irish Casemix Programme [site Web], disponible à : <http://www.casemix.ie/index.jsp?p=134&n=141>.

imagerie, etc.). Des poids de service (ou poids de coûts) sont établis selon la part des coûts par spécialité attribués à chaque AR-DRG, et ce, concernant chacun des treize centres principaux de coûts. Ces poids de services sont basés sur les données australiennes sur les coûts des patients, adaptées au système irlandais par l'inclusion des coûts propres à ses hôpitaux. Un indice d'intensité relative des ressources utilisées (VR : valeur relative) relatif à chaque AR-DRG peut alors être calculé, mais séparément en ce qui concerne les patients hospitalisés et les cas d'un jour; les cas typiques ou appariés (*inliers*) ont une VR qui leur est propre par AR-DRG alors que les cas atypiques (*outliers*) combinent la VR du cas apparié et la somme des jours dépassant la limite supérieure de durée de séjour, chacun étant pondéré par un facteur d'ajustement journalier. À des fins de simplification, le niveau d'intensité des ressources utilisées (NIRU) est, par la suite, le terme plus général pour représenter la VR et la VR augmentée d'un ajustement. L'analyse des données sur les coûts et sur l'activité des hôpitaux participants permet de calculer les coûts moyens par AR-DRG et VR. L'AR-DRG moyen se verra attribuer une VR égale à 1.

Un projet d'établissement des coûts relatifs aux patients hospitalisés vise à mieux saisir les coûts de leurs épisodes de soins, dès leur entrée à l'hôpital jusqu'à leur congé [Department of Health – Ireland, 2013a]. En 2012, deux études de coûts ont été amorcées, l'une utilisant les données sur les coûts de 2010 et l'autre, celles de 2011. Le premier volet a été complété en octobre 2011 et les données ont été utilisées dans le processus d'établissement des tarifs des DRG de 2013. Le deuxième volet sera complété au début de 2013 et sera suivi d'une étude des données sur les coûts de 2012, les deux ensembles de données devant servir à l'établissement des tarifs de 2014.

Application de la tarification à l'activité

L'ensemble des données sur les activités et sur les coûts sert au calcul des ajustements du budget individuel des hôpitaux. La première étape consiste à calculer le NIRU (*casemix unit*) de chacune des hospitalisations d'un établissement et à en faire la somme : cette dernière représente l'activité ajustée selon la complexité des cas. L'opération est également faite relativement aux cas d'un jour, qui consiste simplement à calculer la somme de leur VR. La deuxième étape consiste à calculer le budget ajusté, qui dépend des NIRU totaux de l'établissement et de son taux de base, du taux du groupe de comparaison et du taux pondéré. Le taux de base résulte de la division des coûts de l'établissement par le nombre total de NIRU alors que le taux du groupe de comparaison est établi en divisant les coûts totaux des établissements qui en font partie par leur total des NIRU. Le groupe I est constitué de 8 hôpitaux majeurs d'enseignement; le groupe II comprend 26 hôpitaux; 3 maternités forment le groupe III et le dernier groupe compte 2 hôpitaux pédiatriques. Enfin, le taux pondéré, qui sert à atténuer les effets potentiellement déstabilisants des ajustements budgétaires, est calculé en tenant compte en partie des coûts propres à l'établissement. En 2001, les poids du groupe de comparaison étaient de 15 % et 5 % concernant les hospitalisations et les cas d'un jour respectivement, mais par la suite, ils ont été progressivement accrus pour atteindre, dans les deux cas, 80 % en 2011.

Précisons que l'ajustement budgétaire de 2011 a été calculé en 2010 à partir des données de 2009 et de la première moitié de l'année 2010. L'ajustement est positif, si le budget ajusté calculé est supérieur au budget historique, et négatif, s'il lui est inférieur. Par contre, dans chacun des groupes, la somme des ajustements est nulle, ce qui implique une réallocation budgétaire entre les hôpitaux. Aucun ajustement n'est fait en fonction de la qualité.

2.5.3 Évaluation

1. Dans le rapport de données probantes rédigé pour le compte du Groupe d'experts mis sur pied en 2009 par la ministre de la Santé (DOHC) afin d'examiner le système de répartition des ressources et de financement du système de santé, Brick et ses collaborateurs ont d'abord constaté que de 2001 à 2009, les coûts moyens d'hôpitaux des groupes I et II se sont resserrés, bien que cela soit relié en partie au poids plus grand de coût moyen du groupe dans le calcul du coût moyen de chaque hôpital et ne doive pas signifier que le meilleur niveau d'efficience a été atteint [Brick *et al.*, 2010]. De façon générale, les auteurs ont observé une hausse dans les nombres de cas d'un jour et d'hospitalisation, une diminution de la durée de séjour et un accroissement des dépenses publiques hospitalières, mais aucun lien explicite entre le mode de financement et ces observations, lesquelles peuvent correspondre aux tendances générales d'évolution.
2. Dans leur évaluation, O'Reilly et ses collaborateurs [2011] relèvent aussi la convergence des coûts moyens individuels des hôpitaux vers le coût moyen du groupe comme étant un indice de l'influence du NCP sur le comportement des hôpitaux. Ce programme était considéré, dans la Stratégie nationale sur la santé de 2001, comme l'outil le plus élaboré d'évaluation de l'efficience relative et d'incitation à une bonne performance. Voilà pourquoi, dès 2004, le DOHC a pris des mesures visant son expansion. L'utilisation du système des DRG s'étend à d'autres applications en tant qu'outil d'information pour la planification et la reconfiguration des services publics des hôpitaux de soins de courte durée, pour l'étalonnage de la performance hospitalière et pour l'ajustement et le suivi des charges de travail des médecins spécialistes (salariés dans les hôpitaux, mais rémunérés à l'acte s'ils dispensent des soins privés). On examine également la possibilité d'étendre le système des DRG au traitement privé ou semi-privé des patients dans les hôpitaux publics.
3. Le rapport du Groupe d'experts sur le système de répartition des ressources et de financement du système de santé [Ruane, 2010] a confirmé la pertinence et le maintien du système des DRG tout en proposant des mesures visant à l'améliorer ou à l'étendre. Il a recommandé d'aller vers un système où les acheteurs de services sont indépendants des fournisseurs de services en visant une transparence complète dans les ententes contractuelles entre le HSE et les fournisseurs (y compris les hôpitaux gérés par le HSE). Le Groupe recommandait également l'application d'un système de paiement prospectif, ajusté selon la complexité des cas. À cette fin, il sera nécessaire d'améliorer les systèmes d'information sur les patients hospitalisés, tout en tenant compte des protocoles cliniques, de mettre au point les systèmes d'information sur les services diagnostiques, les consultations externes et les soins dans les services des urgences et de mener à terme le projet d'établissement des coûts à l'échelle des patients. Enfin, le Groupe d'experts a recommandé l'établissement complet des coûts de l'activité privée dans les hôpitaux publics ainsi que la mise en application de protocoles appropriés pour les services diagnostiques et le calcul de leurs coûts.

Bien que le Groupe d'experts ait recommandé une mise en application de leurs propositions échelonnée sur une période de trois ans à partir de 2011, le DOHC n'a publié qu'en février 2013 ses intentions concernant le secteur hospitalier dans un document d'orientation intitulé *Money Follows the Patient – Policy paper on hospital financing*¹⁷

¹⁷ Traduction libre proposée : *L'argent suit le patient – Document d'orientation sur le financement des hôpitaux.*

[Department of Health – Ireland, 2013b]. Le propos principal est l'implantation d'un système de financement prospectif dans les hôpitaux publics, qui sera complété par un mécanisme de financement des patients privés dans ces hôpitaux; à terme, le système évoluera vers le financement de soins intégrés recoupant plusieurs secteurs.

Les objectifs restent les mêmes (efficacité, équité dans le souci de la qualité, transparence); s'y ajoutent l'équité d'accès physique et l'équité financière, selon le principe majeur « l'argent suit le patient ». Le nouveau système de paiement sera appliqué progressivement à l'épisode de soins, idéalement sans référence au contexte ou au milieu de soins (catégorie d'hôpitaux, soins d'un jour ou hospitalisations, soins d'un jour et cliniques externes), mais exclura les soins au service des urgences. Il est prévu de créer, dans une étape transitoire, des groupes hospitaliers, regroupant administrativement les hôpitaux individuels dans une structure de direction unique, dans l'intention de les transformer en entités légales, soit les Hospital Trusts.

De plus, un lien sera fait avec les guides de pratique clinique afin de définir les meilleures pratiques. Il est prévu que le système s'étende aussi aux patients traités dans des unités de soins de courte durée en santé mentale. De façon cohérente, les prix ou tarifs, à terme, seront basés sur ces meilleures pratiques. En attendant leur élaboration, la référence des coûts moyens s'appliquera. L'approche d'établissement des prix continuera à s'appuyer sur les poids relatifs. Les coûts excluront les soins au service des urgences, l'enseignement, la recherche, les immobilisations et l'amortissement, les pensions de retraite et les mauvaises créances. Un mécanisme de paiement des cas atypiques sera inclus.

Le DOHC va aussi de l'avant quant au principe de l'indépendance entre la fonction d'établissement des tarifs des services de la fonction d'achat, en prévoyant créer un bureau national d'information et de tarification, le NIPO (National Information and Pricing Office), impliquant une supervision des parties prenantes et une forte représentation médicale, dont le rôle sera d'établir les prix. Le NIPO engloberait le personnel, les fonctions et les ressources concernées du NCO et de l'ESRI. Une nouvelle agence, la Healthcare Commissioning Agency, devrait aussi être mise sur pied. Elle aura le mandat de conclure, à partir de la liste de prix des DRG ainsi que de l'enveloppe budgétaire globale des hôpitaux et des cibles de services fixées par le DOHC, des contrats annuels de performance avec les groupes hospitaliers. Cette agence suivrait régulièrement la performance de ces groupes.

L'application de cette nouvelle politique vise l'amélioration et la mise en place de plusieurs pièces majeures (systèmes d'information, établissement des coûts à l'échelle des patients, capacité et système assurant la gestion centrale et hospitalière des ressources financières et des réclamations, groupes hospitaliers). Voilà pourquoi, dès 2013, le système s'appliquera à l'hôpital central de chaque groupe hospitalier (alors en formation) sous une forme virtuelle afin de permettre une prise de connaissance des écarts de financement et de leurs impacts potentiels et de faciliter l'apprentissage de chaque hôpital du groupe. Si les conditions sont réunies, l'implantation généralisée du nouveau système de paiement se ferait à partir du 1^{er} janvier 2014. En raison des bouleversements qu'entraîne un tel changement, l'importance d'une stratégie nationale de communication est fortement soulignée, puisque son succès reposera sur la participation étroite des acteurs concernés dans le système de santé.

4. À titre informatif, mentionnons qu'un projet pilote de financement prospectif a débuté, dans sept hôpitaux, le 1^{er} juillet 2011 dans le cas des quatre DRG qui concernent les remplacements de hanche ou de genoux, en chirurgie d'un jour ou en hospitalisation; cinq hôpitaux s'y sont ajoutés le 1^{er} janvier 2012 [Department of Health – Ireland, 2013a]. Le projet implique la réduction du budget correspondant aux 4 DRG dans les hôpitaux participants et ensuite la possibilité pour ces hôpitaux de « récupérer » ce budget selon l'activité réalisée. Le projet a été positivement accueilli et des améliorations majeures ont été faites sur le plan de l'efficience, mesurée par la durée de séjour (réduction) et les admissions en chirurgie d'un jour (augmentation). Les résultats montrent aussi l'importance de la collaboration étroite avec les parties prenantes, du leadership médical sur le plan hospitalier et national, d'une entente claire sur le niveau de l'activité de base, de façon à maintenir la viabilité financière, de la rapidité du codage de l'activité et de la capacité des hôpitaux à établir les coûts à l'échelle des patients afin de vérifier s'il est possible de fournir le service au prix convenu.

2.6 Norvège

2.6.1 Contexte général

Le système de santé norvégien comprend trois échelons : national, régional et local [Norwegian Directorate of Health, 2012; Johnsen, 2006]. À l'échelon national, la responsabilité générale du système repose sur le Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), le ministère norvégien de la santé et des soins. L'échelon régional est représenté par quatre autorités (ou entreprises) régionales de santé créées en 2002 (cinq à l'origine, mais deux ont fusionné) dans le contexte de la réforme du secteur hospitalier; ces autorités ont la responsabilité des services et des soins spécialisés (hôpitaux, services ambulatoires, établissements de réadaptation, services préhospitaliers, spécialistes en pratique privée, laboratoires et centres d'imagerie privés). Enfin, à l'échelon local, 431 municipalités ont la responsabilité des soins de santé primaires (médecins généralistes, centres de santé, soins infirmiers aux personnes âgées et en perte d'autonomie, services publics en santé dentaire).

La restructuration générée par la réforme a regroupé les hôpitaux et d'autres établissements de santé dans des entreprises locales de santé, certaines étant des *hospital trusts* (30 en 2011) alors que d'autres s'occupent de services ambulanciers ou de pharmacies hospitalières. Les entreprises de santé, tant régionales que locales, sont la propriété de l'État, mais elles constituent des entités légales autonomes (dans les faits, elles ne sont pas tout à fait autonomes). Le secteur privé est très peu présent dans le secteur hospitalier, mais il l'est davantage dans les services de laboratoire ou d'imagerie, lesquels peuvent s'associer au secteur public par contrat. Les patients sont libres de choisir l'hôpital où ils souhaitent recevoir des traitements non urgents, mais non pour recevoir des soins d'urgence.

En 2010, la Norvège comptait 4,9 millions d'habitants, dont 15 % étaient âgés de 65 ans et plus [Thomson *et al.*, 2012]. Les dépenses de santé représentaient 9,4 % du PIB, dont 85,5 % provenaient du secteur public, lui-même financé par l'impôt sur le revenu ou d'autres formes de taxes perçues par les trois ordres de gouvernement.

2.6.2 Système de financement

Modification du système de financement

De 1970 à 1980, les hôpitaux norvégiens étaient financés selon une indemnité quotidienne [Johnsen, 2006]. En 1980, le système de budget global a été implanté : les conseils de comté recevaient annuellement une allocation budgétaire (selon un financement par personne ajusté en fonction du risque) du gouvernement central et la redistribuaient aux hôpitaux, mais aussi à d'autres fins (écoles secondaires, culture et transport), en mettant l'accent sur la maîtrise des coûts. En 1997, plusieurs facteurs ont incité à modifier le mode de financement. D'abord, les longues listes d'attente avaient amené le gouvernement à adopter une garantie de soins dans des délais raisonnables. Ensuite, les sommes transférées aux hôpitaux par les conseils de comté s'avéraient insuffisantes, parce que ces derniers en utilisaient une partie à d'autres fins. Le 1^{er} juillet 1997, un système mixte, composé d'une dotation globale et d'un FAA basé sur les DRG, a été mis en place et 15 des 19 conseils de comté ont adopté immédiatement ce système, alors que les autres ont suivi trois ans plus tard [Hagen *et al.*, 2006]. En 2012, la réforme sur la coordination du financement des services spécialisés a imposé une participation financière des municipalités représentant 20 % du coût d'un séjour hospitalier de leurs citoyens [Thomson *et al.*, 2012].

Objectifs : L'objectif principal était d'accroître l'activité hospitalière, notamment en ce qui concerne les activités non urgentes [Bjorvatn, 2012], mais s'est ajouté le souci de l'efficience [DHSA, 2007].

Les DRG : La classification des DRG utilisée est une adaptation du système Nord-DRG au contexte norvégien et comportait, en 2007, environ 500 groupes [DHSA, 2007]. Cette classification est révisée chaque année, la dernière version disponible étant celle de 2012 (NordDRG 2012 NOR)¹⁸. Le groupeur utilise les définitions de la CIM-10 et la classification des actes chirurgicaux du comité de statistiques sur la santé des pays nordiques, le Nordisk Medicinalstatistisk Komité (NOMESCO). Les secteurs couverts sont les soins physiques de courte durée, la chirurgie d'un jour et quelques traitements effectués en médecine de jour.

Système de comptabilité analytique, établissement des tarifs et modalités de financement

L'information sur le système de comptabilité analytique n'est pas mentionnée directement dans les documents disponibles. Comme un rapport a été soumis en 2006 concernant l'implantation éventuelle d'un système de collecte des données sur les coûts à l'échelle des patients, il est très probable que l'approche de détermination des coûts par DRG se fasse selon une approche descendante et standardisée [DHSA, 2007]. Selon un rapport britannique [Street *et al.*, 2007] citant un document ministériel norvégien et une étude norvégienne [Januleviciute *et al.*, 2012], les coûts moyens nationaux par DRG, transformés en coûts (ou poids) relatifs, étaient calculés en 2007 à partir d'un échantillon de 23 hôpitaux (4 hôpitaux régionaux, 11 hôpitaux centraux, 5 hôpitaux locaux et 3 hôpitaux spécialisés), représentant 39 % des hôpitaux; des ajustements particuliers s'appliquent aux cas atypiques. Une période de 2 ans sépare la collecte des données sur les coûts et leur utilisation dans l'établissement des prix des DRG. Le prix établi pour un point de DRG est le même pour toutes les autorités régionales de santé et leurs hôpitaux, mais ces autorités peuvent modifier les taux de remboursement lors de l'allocation des budgets à leurs hôpitaux.

¹⁸ Selon le site Web du Nordic Casemix Centre : <http://www.nordcase.org/eng/manuals/versions/norwegian/>.

Toutefois, de façon prospective, l'État ne paie, depuis 2006, que 40 % des coûts par DRG, un niveau inférieur au coût marginal; le 60 % restant est financé par dotation globale, selon une estimation du nombre de patients qui seront traités. Avant 2006, la part du financement par DRG, fixée annuellement par le gouvernement, a varié de 30 % à 60 %.

2.6.3 Évaluation

1. Plusieurs travaux ont été menés sur les effets du FAA en Norvège. Kjerstad et ses collaborateurs [2003] ont démontré, en utilisant une analyse économétrique, que les nombres de patients traités et les points de DRG s'étaient accrus davantage dans les hôpitaux soumis au FAA, comparativement à ceux qui ne l'étaient pas. L'écart était de 3 % entre les deux groupes au cours de la période allant de 1996 à 1998, le système de FAA ayant été implanté en 1997. Aucun écart statistiquement significatif dans la durée moyenne de séjour n'a été observé. Une autre étude a analysé les effets de la réforme sur une période plus longue, soit de 1992 à 2000 [Biørn *et al.*, 2003], en utilisant la méthode d'enveloppement des données. De 1997 à 2000, l'activité hospitalière, mesurée en admissions (et cas d'un jour) pondérées par les coûts relatifs des DRG, a augmenté en moyenne de 3,2 % par année alors que dans la période allant de 1992 à 1997, cet accroissement annuel a été de 2 %. L'implantation du système de FAA a fait augmenter la productivité (relation entre les intrants et les extrants), mais les effets sur l'efficacité productive (relation entre les coûts et les extrants) n'ont pas été uniformes, étant, selon les analyses, soit très faibles, soit négatifs. Cette situation serait expliquée en partie par des hausses salariales exceptionnelles. Selon ces deux études, les listes d'attente auraient été réduites.

Hagen et ses collaborateurs [2006] ont aussi utilisé la technique DEA pour évaluer l'effet de l'introduction du FAA sur l'efficacité hospitalière et la satisfaction des patients. Les données de 213 services hospitaliers étaient disponibles pour les années 1996 (avant le FAA), 1998, 2000 et 2003. Les résultats ont montré une augmentation de la productivité (de 4 % à 5 %) et de la satisfaction des patients (reliée surtout à la réduction de la période d'attente). Par contre, comme dans l'étude précédente, l'effet sur l'efficacité productive était négligeable. Une étude norvégienne citée par Street et ses collaborateurs [2007] montre que la satisfaction des patients, selon des données disponibles dans quinze hôpitaux et collectées avant et après l'implantation du système de FAA sur les admissions passant par le service des urgences, était plus grande à l'égard des soins infirmiers et de l'information obtenue, mais était moindre à l'égard de l'organisation des soins médicaux, des temps d'attente et des traitements.

Une autre étude réalisée par Biørn et ses collaborateurs [2010] s'est intéressée à la question de l'hétérogénéité des réponses hospitalières après la réforme financière en utilisant des données de 47 hôpitaux couvrant la période allant de 1992 à 2001. Les résultats ont montré qu'il n'y avait aucune corrélation significative entre les niveaux d'efficacité mesurés avant l'implantation du FAA et les effets qu'elle a pu avoir sur l'efficacité par la suite. Par contre, l'effet du FAA et les mesures d'efficacité suivant son implantation étaient fortement corrélés, en ce sens que les directions hospitalières qui réagissaient finissaient par devenir plus performantes. L'amélioration se manifestait davantage sur le plan de la productivité. Ces résultats ont rassuré les décideurs politiques, puisque la réforme financière ne semblait pas favoriser les hôpitaux qui étaient initialement plus efficaces, ce qui aurait pu exacerber la variation dans l'accessibilité géographique aux services hospitaliers.

Une étude a examiné l'impact du recours au FAA sur les services cliniques hospitaliers selon les données de 40 hôpitaux, disponibles de 1999 à 2004 [Bjorvatn, 2012]. L'analyse économétrique a démontré que les services cliniques ainsi financés, comparativement aux autres, ont une production plus élevée (de 2 % à 7 %) de cas pondérés par lit, mais qu'il n'y a aucun écart significatif sur le plan des coûts unitaires. La productivité s'est donc accrue sans que les coûts totaux n'augmentent, ce qui est probablement dû à une utilisation plus intensive ou efficiente des équipements.

Le conseil de la recherche de la Norvège, le Norges forskningsråd, a analysé l'impact de la réforme hospitalière de 2002 sur l'activité hospitalière, en distinguant les différents types d'admissions et en utilisant des données de 1999 à 2005 [Norwegian Research Council, 2007 dans Street *et al.*, 2007]. Dans l'ensemble, les cas pondérés (admissions et cas d'un jour) ont continué à croître au même rythme qu'auparavant, mais leur répartition s'est modifiée. En effet, les cas d'un jour, les admissions d'urgence et les hospitalisations associées à des DRG non chirurgicaux ont augmenté beaucoup plus rapidement après la réforme. On attribue une partie de ces changements au FAA, sans toutefois pouvoir en distinguer l'influence spécifique. Dans ce même rapport, on cite une étude montrant que la réforme aurait eu un effet positif sur la productivité hospitalière, soit un gain allant de 3 % à 4 %.

Enfin, une étude a rapporté des résultats concernant l'effet du FAA sur la durée moyenne de séjour de patients âgés traités pour trois maladies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, angine de poitrine et insuffisance cardiaque) [Yin *et al.*, 2013]. Les données regroupaient 331 046 admissions de 49 hôpitaux publics et 4 hôpitaux privés sans but lucratif, durant la période allant de 2000 à 2007. Les résultats des analyses de régression ont montré une relation significativement négative entre le degré de financement et la durée moyenne de séjour, mais cet effet est faible. Une augmentation de 10 points dans la part du FAA dans le financement total a fait diminuer de 1,28 % la durée de séjour dans l'ensemble des cas. Toutefois, cette relation n'est statistiquement significative que dans le cas des patients traités pour un infarctus du myocarde (effet négatif de 2,83 %), puisqu'elle ne l'est pas dans le cas des deux autres maladies. Des facteurs liés à la standardisation de la pratique, à la dynamique d'équipe multidisciplinaire et au leadership médical pourraient expliquer ce faible effet concernant ces maladies. Par contre, il serait bon de faire la même analyse relativement à d'autres diagnostics qui sont moins encadrés par des guides de pratique.

2. Dans certaines études, on a fait état de quelques cas de manipulation du codage des DRG (*DRG-creeping*) et de surcodage, d'écramage et de sélection des patients ou de réadmissions, bien que ces problèmes restent peu fréquents. Street et ses collaborateurs citent une étude norvégienne réalisée par Aakvik et Kjerstad dans laquelle on rapporte une hausse du nombre déclaré d'hospitalisations avec complications après l'implantation du FAA à l'échelle des services hospitaliers. Leur proportion est passée de 17,4 % en 1997 à 30,4 % en 2000, ce qui donnait accès à des revenus plus élevés [Street *et al.*, 2007]. Toutefois, comparativement aux hôpitaux n'ayant pas participé au FAA, l'écart était faible (mais statistiquement significatif), soit deux 2 points de pourcentage. Par contre, on n'a rapporté aucun écart significatif dans la réduction de la durée de séjour pouvant être attribuée au FAA. Dans une étude présentée lors d'un congrès [Petersen, 2010], on rapporte une diminution de la durée de séjour, qui est passée de 5,67 jours en 2002 à 5,15 jours en 2008, mais un accroissement du pourcentage de réadmissions, lequel est passé de 10,24 à 11,77. Selon les données de 55 hôpitaux de soins de courte durée

physique, durant cette période, le nombre de cas pondérés (points DRG) a augmenté davantage concernant les patients réadmis (36,1 %) que dans l'ensemble des patients (17,1 %). En tenant compte des DRG chirurgicaux dont le poids est plus grand, les réadmissions ont entraîné un accroissement de 25 % des points DRG. Enfin, selon une présentation faite par Laegreid et Neby en 2012, quatre cas ayant fait scandale ont défrayé les manchettes en Norvège au cours de la période de 2002 à 2011. Ainsi, deux hôpitaux ont été pris en délit de surcodage du diagnostic, un autre hôpital, pour délit de manipulation de déclaration en vue de diminuer la liste d'attente et le dernier a enregistré des patients d'un jour en tant que patients hospitalisés [Laegreid et Neby, 2012].

3. L'évaluation réalisée par la Sosial- og helsedirektoratet, la Direction norvégienne de la Santé et des Affaires sociales (DSAS), [DHSA, 2007], s'est basée sur l'analyse des données disponibles, des échanges avec les acteurs concernés et des sondages auprès du personnel de gestion des hôpitaux. Tout en observant que le FAA a entraîné des effets secondaires qui exigeaient des mesures pour les contrer efficacement, la DSAS conclut que, dans l'ensemble, ce système a des qualités positives et qu'il est supérieur aux autres options disponibles. On souligne aussi une amélioration sur le plan de la gestion des structures hospitalières et des budgets, notamment sur le plan de la responsabilité et de la délégation à l'échelle des services hospitaliers, une meilleure connaissance de la production des services, du mouvement des patients et des goulots d'étranglement dans ce mouvement.

Un premier problème résulte de la complexité et du nombre des objectifs et des cibles, qui ne cessent de bouger et qui sont parfois conflictuels. La clarté des cibles et des secteurs d'application apparaît comme un défi majeur. Par exemple, en 1997, on a implanté le système de FAA afin d'augmenter l'activité hospitalière, mais dans la période allant de 2002 à 2005, l'objectif était plutôt de stabiliser cette activité et de mieux la cibler. Elle a toutefois continué de s'accroître à un rythme élevé. En outre, les gestionnaires, à l'échelle des services hospitaliers, ont tendance à interpréter les objectifs comme des mesures d'accroissement des revenus, qui peuvent influencer les priorités et la qualité des soins. Cette situation malheureuse est déplorée et doit être corrigée par des exigences accrues à l'égard de la qualité des soins, de la répartition des ressources et des cibles d'activité. À la fois l'association médicale norvégienne, la Den norske legeforening, et le conseil de la recherche de la Norvège, le Norges forskningsråd, avaient d'ailleurs attiré l'attention sur la diversion possible des services vers les activités « profitables ». Par exemple, lorsque la chirurgie d'un jour a été incluse dans le FAA, son tarif était le même que si le patient avait été hospitalisé; il s'en est suivi une augmentation importante des cas de chirurgie d'un jour. En conséquence, la DSAS propose d'établir des tarifs distincts qui reflètent les différences dans l'usage des ressources. De façon plus générale, la structure tarifaire devrait être neutre quant aux décisions du choix d'un traitement ou de l'organisation de l'épisode de soins. Dans ce dernier cas, la fragmentation non pertinente de cet épisode en plusieurs séjours ne doit pas être « encouragée », mais il y a lieu d'examiner la définition de cet épisode, qui pourrait inclure les examens de préadmission.

L'évaluation a aussi révélé des variations dans la compréhension et l'interprétation des objectifs et des secteurs d'application du système des DRG et du FAA. Le FAA est un des nombreux outils ou politiques pouvant influencer la production des soins et il apparaît davantage adapté à la recherche de l'efficacité dans le traitement des patients. La DSAS reconnaît le défi majeur de la coordination et de la collaboration à différents échelons, et plus particulièrement dans les communautés médicales locales, afin de découvrir et de mettre en œuvre les meilleures solutions médicales pour les patients.

Il faut alors éviter que le mode de financement fasse obstacle à cet effort, ou pire, en vienne à déterminer ce qui doit être fait et la manière dont cela doit être fait dans les services de santé. Les considérations professionnelles doivent être au cœur de la gestion et de la production des services. La DSAS reconnaît aussi le besoin d'améliorer la coordination entre les autorités municipales responsables des soins de santé primaires et les établissements de santé, puisque le mode de financement ne permet ni n'encourage cette collaboration. Une autre mesure proposée est la création de services ambulatoires, qui permettraient aux médecins spécialistes d'offrir des services à l'extérieur de l'hôpital. Cette modalité pourrait être incluse dans le FAA des cliniques externes.

Face à la hausse des dépenses totales et aux dépassements des cibles budgétaires, la DSAS constate qu'un pourcentage élevé (qui a varié de 40 % à 60 % durant la période étudiée) de la part financée par le FAA était associé à une augmentation plus importante de l'activité hospitalière, mais que le pourcentage de 40 % constituait un seuil approprié. Un tel seuil s'appliquera aussi aux services externes de laboratoire et d'imagerie. Il a donc été proposé de maintenir ce pourcentage dans les années futures. La stabilité de cet élément et des autres règles du financement constituent des facteurs importants dans l'élaboration des prévisions budgétaires aux échelons régionaux et hospitaliers. L'incertitude inhérente à cet exercice peut aussi être palliée par la communication de changements importants dans le FAA, au plus tard en décembre concernant l'année budgétaire qui suit, et non deux mois après son début. Il est important que l'établissement du taux unitaire de paiement d'un point de DRG de base puisse se faire de façon claire et que tout changement dans les conditions initiales prévues (population, durée de séjour, logique de constitution des DRG) puisse être traité adéquatement au moment où se fait le règlement final des paiements. Une critique exprimée concernait l'intégration des innovations dans le système des DRG et l'ajustement des coûts relatifs afin de tenir compte des changements dans les pratiques médicales. À cet égard, différentes mesures à mettre en place rapidement sont proposées.

2.7 Pays-Bas

2.7.1 Contexte général

Le système de santé néerlandais est fondé sur un régime légal d'assurance maladie, qui comporte trois volets [Tan *et al.*, 2011]. Le premier est un régime social à participation obligatoire qui couvre les soins de longue durée pour les maladies chroniques et les soins à domicile de courte durée pour des maladies aiguës; il est financé par l'impôt sur le revenu. Le deuxième volet, qualifié de « régime de base », concerne les services médicaux et hospitaliers; il est financé par une cotisation fixe à l'assureur privé choisi par l'individu et par une cotisation prélevée sur les salaires en fonction du niveau. L'adhésion à un régime privé d'assurance est devenue obligatoire lors de l'adoption de la Loi sur l'assurance santé adoptée en 2006. Le troisième volet est un régime à participation volontaire pour les services qui ne sont pas inclus dans les premiers volets.

La réforme, mise en œuvre par la Loi sur l'assurance santé de 2006 a introduit une concurrence dirigée (ou régulée) entre les acteurs du système de santé, puisque le gouvernement se concentre maintenant sur l'établissement des règles du jeu et la supervision du fonctionnement adéquat des marchés [Schäfer *et al.*, 2010]. Les trois marchés créés sont : 1) le marché de l'assurance (libre choix des individus quant aux différents assureurs); 2) le marché d'achat des services, dans lequel les assureurs négocient les prix, les volumes et la qualité des soins avec les fournisseurs de soins; 3) le marché des services offerts aux patients par les fournisseurs.

La liberté de choix des patients est donc une caractéristique cruciale, pourvu qu'ils bénéficient d'une information appropriée sur les listes d'attente, les prix et la qualité des services. Enfin, il est important de souligner le rôle important des médecins généralistes en tant que « porte d'entrée » du système de santé.

En 2010, les Pays-Bas avaient une population de 16,6 millions, dont 15,4 % était âgée de 65 ans et plus; les dépenses totales de santé représentaient 12,0 % du PIB [Thomson *et al.*, 2012]. Selon les statistiques de 2007, le financement était assuré à 66 % par des contributions ou primes d'assurance, à 14 % par le gouvernement, à 14 % par le secteur privé (10 % : contributions directes des patients; 4 % : régimes privés d'assurance) et à 6 % par d'autres sources [Schäfer *et al.*, 2010]. En 2011, les Pays-Bas comptaient 8 hôpitaux universitaires publics, 84 hôpitaux généraux (tous privés sans but lucratif) et 59 établissements spécialisés (par exemple les centres de réadaptation) [NZa, 2012]. De plus, 195 centres de traitement autonomes, des Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC), offrent des soins d'un jour et ambulatoires (consultations externes), bien que leur part dans le secteur hospitalier reste faible (moins de 3 %).

2.7.2 Système de financement prospectif

Modification du mode de financement hospitalier

Les hôpitaux des Pays-Bas sont autonomes et étaient payés, avant 2005, selon des ententes contractuelles, collectives ou sélectives, avec des assureurs privés. Depuis 2000, leurs services (consultations, examens diagnostiques et séjours hospitaliers) étaient tous facturés séparément. Bien que l'on ait toujours cherché à limiter les dépenses, aucune mesure incitative ne visait à faire augmenter la production ou à la rendre plus efficiente. Afin de corriger cette situation, en février 2005, un nouveau système de paiement fondé sur des groupes de produits hospitaliers, les DBC (*Diagnose Behandelings Combinaties* en néerlandais, ce qui signifie combinaisons diagnostic et traitement), a été implanté et appliqué aux hôpitaux et aux ZBC [Tan *et al.*, 2011]. Comme il sera mentionné plus loin, ce système subira une transformation majeure en 2012.

Objectifs : Le paiement des services offerts par les hôpitaux et les ZBC et en tant qu'outil d'étalonnage.

Les DBC : À la fin des années 1990, une version simplifiée des APR-DRG avait été expérimentée à titre de projet pilote dans six hôpitaux, mais cette approche ne satisfaisait pas au besoin de prendre en compte les soins ambulatoires hospitaliers. Les assureurs et les hôpitaux ont alors mis en œuvre le développement des DBC en collaboration avec les médecins spécialistes. Un DBC est défini par la combinaison d'un diagnostic spécifique et du traitement qui lui est associé : il s'étend du premier contact avec un médecin spécialiste jusqu'à l'achèvement de la thérapie et inclut donc tous les services hospitaliers (une ou plusieurs admissions, les visites ambulatoires et le suivi posthospitalisation) reçus durant une même année (DBC de soins réguliers). Si la période de traitement dépasse 365 jours, un nouveau DBC (continuation des soins réguliers) est ouvert. Enfin, si le patient requiert, pendant qu'il reçoit des soins réguliers, un traitement qui n'est pas relié au diagnostic initial, un autre DBC est ouvert (patient hospitalisé sans compilation particulière de jours-présences). Les DBC sont regroupés en deux listes : la liste A (67 % des DBC en 2010) et la liste B (33 %), cette dernière incluant les cas très fréquents et caractérisés par des profils homogènes de consommation de ressources. Ces DBC ne résultent pas d'un algorithme de regroupement, puisque chaque médecin spécialiste décide du DBC approprié et l'ouvre au moment où il pose le premier diagnostic.

Les services compris par les DBC sont les soins aux patients hospitalisés et externes (depuis 2005), y compris les soins psychiatriques (ajoutés en 2008) et de réadaptation (depuis 2009). Le système s'applique à tous les hôpitaux et ZBC. Le nombre de DBC, plus ou moins 100 000 en 2005, a diminué à 30 000 en 2010. Toutefois, ce nombre très élevé de catégories rendait le système très complexe, notamment sur les négociations de tarifs, peu transparent et sujet à des manipulations. Une révision s'imposait donc.

Depuis le 1^{er} janvier 2012, la version révisée des DBC est en vigueur, soit les DOT (acronyme de l'anglais **DBC**s **O**n their way to **T**ransparency, qui signifie DBC en voie de transparence) [Van der Stel, 2012]. Le nombre de DBC a été réduit à 4 400 DOT ou groupes de produits hospitaliers, la période considérée pour un DOT impliquant une hospitalisation étant limitée à 42 jours et celle d'un DOT ambulatoire, à 90 jours. Si, dans l'année suivant le diagnostic, le patient doit à nouveau consulter le fournisseur de soins, un DOT est ouvert. Les DOT ne sont plus propres à une spécialité, mais fondés sur la CIM-10, ce qui permettra des comparaisons à l'échelle internationale. Enfin, les DOT ne sont pas choisis manuellement par les médecins spécialistes, mais sont automatiquement et rétrospectivement attribués à un patient selon son information clinique et les activités mises en œuvre pour le traiter. Le système DOT s'applique aux hôpitaux et aux médecins spécialistes en pratique privée. Précisons que l'élaboration, la révision et la gestion des DBC et des DOT relèvent d'un organisme gouvernemental créé à cette fin, le DBC-Onderhoud (Office néerlandais des DBC) [Tan *et al.*, 2011].

Système de comptabilité analytique et établissement des tarifs

Aucun système commun de comptabilité n'est imposé aux hôpitaux néerlandais mais, aux fins d'établissement des coûts, un échantillon de 25 hôpitaux représentatifs (dits précurseurs) a accepté d'utiliser un cadre uniforme de comptabilité analytique pour enregistrer leurs données sur l'utilisation des ressources et sur les coûts. Les coûts incluent les salaires, les ressources matérielles, les frais généraux et les frais d'immobilisation; ils excluent les dépenses liées à l'enseignement, à la recherche et aux activités commerciales. Les coûts des centres d'activité de soutien sont répartis entre les centres d'activité de services directs aux patients, puis les coûts individuels par patient sont établis. L'Autorité nationale de santé, la Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), détermine les coûts unitaires d'environ 4 500 services hospitaliers, calculés en faisant la moyenne pondérée des coûts des 15 à 25 hôpitaux de l'échantillon (nombre variable selon les services).

Les tarifs des DBC comprennent deux composantes distinctes : la composante des honoraires et la composante du coût hospitalier. La première sert au paiement des spécialistes et est calculée en multipliant le temps requis pour chaque DBC par un tarif horaire fixé par la NZa. Aux fins de la liste A, le coût hospitalier dépend de l'utilisation des ressources par DBC et des coûts unitaires, de sorte que le tarif total relatif à chaque DBC s'applique à l'échelle nationale et constitue le prix que doivent payer tous les assureurs. Aux fins de la liste B, le coût hospitalier résulte de négociations entre les assureurs et les hôpitaux, les assureurs pouvant limiter le volume de production des DBC. Aucun ajustement n'est prévu concernant la qualité.

La NZa établit prospectivement le budget total associé aux DBC de la liste A à partir des coûts fixes et variables et de plusieurs autres paramètres. L'écart entre le budget prospectif et le rendement des DBC est compensé entièrement par la NZa.

Le 1^{er} janvier 2012, le gouvernement néerlandais, désirant introduire un système de financement fondé sur la performance, a accru la part de la liste B à 70 % [NZa, 2012; Van der Stel, 2012]. Dans ce segment de libre concurrence, les prix et les volumes sont fixés librement par négociations.

Un deuxième segment suit le même modèle, mais il est régulé par l'imposition de tarifs plafonnés. Les activités concernées sont les soins intensifs et celles précisées par la loi sur les activités médicales spécialisées¹⁹, effectués dans des établissements surspécialisés. Le troisième segment, qui n'est pas soumis à la concurrence, vise à préserver la qualité, l'accessibilité physique et financière de certains services dont les transplantations, les soins de traumatologie et des activités universitaires (financement complet), les soins d'urgence et les soins aux grands brûlés (financement partiel). Cette transformation du système de financement risque de mener à des hausses d'activité; voilà pourquoi, dans le secteur hospitalier, le gouvernement a imposé un taux maximal de croissance des coûts à 2,5 % par année pendant les quatre prochaines années [NZa, 2012]. Un budget est aussi calculé individuellement pour chaque hôpital et tout dépassement du budget dû à une production excédentaire de services devra être remboursé. Par ailleurs, une période de transition (2012-2015) est prévue pour la mise en place progressive du nouveau mode de financement. De plus, la composante des honoraires dans le tarif sera définitivement abolie en 2015, puisque le budget qui lui est associé aura trait aux services achetés par les assureurs. L'atteinte de cet objectif se fera par étapes.

Introduction d'un paiement forfaitaire pour le traitement des maladies chroniques

Plusieurs efforts ont été faits aux Pays-Bas en vue d'améliorer les soins des personnes souffrant de maladies chroniques. À cet égard, différentes mesures visaient à améliorer la coopération entre les fournisseurs de soins et la coordination des services, à assurer l'application de guides de pratiques multidisciplinaires et à promouvoir l'autogestion de la maladie [Struijs *et al.*, 2012a; 2010]. Au chapitre du diabète, la publication d'un guide par la Fédération néerlandaise du diabète a donné lieu à plusieurs initiatives en vue d'implanter un programme de gestion à long terme de cette maladie. Toutefois, la fragmentation des mécanismes de financement était un obstacle majeur, raison pour laquelle le ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport, le Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), a lancé un projet expérimental de financement forfaitaire de soins intégrés du diabète, réalisé de 2007 à 2009.

Les assureurs peuvent acheter, sous la forme d'un seul service ou produit, l'ensemble complet des soins nécessaires au traitement d'une maladie auprès d'un groupe de soins, l'entité légale responsable de l'organisation et de la prestation des services, le forfait étant négociable. Le groupe de soins peut lui-même sous-traiter, à des prix négociables, la plupart des volets avec des fournisseurs ou agences de services ou en exploiter un lui-même. Des exigences particulières peuvent être précisées concernant les volets sous-traités quant à l'orientation des patients, aux données à collecter et à la formation. Toutes les parties impliquées doivent se conformer aux normes de pratique établies qui s'appliquent à la maladie concernée et qui précisent ce qui doit être fait, sans préciser par qui, à quel endroit ou de quelle manière cela doit être fait. Soulignons que les services incluent les soins de première ligne ainsi que les consultations auprès des spécialistes, mais excluent les soins pour des symptômes ou des maladies qui ne sont pas reliées au diabète, les médicaments et les soins hospitaliers.

L'expérimentation s'étant révélée concluante, en 2008, le VWS a décidé d'implanter ce mode de financement à l'échelle nationale à compter du 1^{er} janvier 2010, en ce qui concerne le diabète de type 2 et la gestion du risque vasculaire, et à compter du 1^{er} juillet 2010, en ce qui concerne la maladie pulmonaire obstructive chronique. Une période de transition de trois ans est prévue, durant laquelle les fournisseurs pourront choisir d'être payés selon les modalités antérieures

¹⁹ Traduction libre de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV), selon les explications apparaissant dans un document du Health Council of the Netherlands [Gezondheidsraad, 2007].

(paiement à l'acte en plus d'un montant forfaitaire de gestion). Des normes de pratique visant d'autres maladies chroniques (AVC, asthme, démence, etc.) sont en cours d'élaboration.

2.7.3 Évaluation

1. Tan et ses collaborateurs [2011], précisant que l'information nécessaire pour évaluer l'impact de l'implantation du financement selon les DBC n'est pas aisément accessible, se limitent à quelques constats. Les prix des DBC de la liste B (sujets à des négociations entre les assureurs et les hôpitaux) augmentent moins rapidement que ceux de la liste A (tarifs fixés par la NZa). Aussi, bien que ce système de financement soit censé favoriser la concurrence et permettre de choisir des hôpitaux offrant des soins de qualité plus élevée, dans la pratique, les assureurs hésitent à privilégier certains hôpitaux.
2. Une étude a examiné les réactions comportementales des médecins spécialistes et des hôpitaux qui ont suivi l'implantation du FAA [Hasaart, 2011]. Une première analyse a confirmé l'un des constats précédents, à savoir que la croissance des produits dans la liste B a dépassé celle de la liste A dans l'année qui a suivi l'implantation des DBC et ce fait est vraisemblablement lié au changement dans l'incitation financière. Une deuxième analyse indiquait la présence de surcodage, qui pouvait être partiellement expliquée par des effets propres à chaque hôpital ou propres à chaque spécialité à l'intérieur d'un hôpital. La troisième analyse a étudié la surdéclaration, définie comme étant une déclaration injustifiée. Le pourcentage a augmenté en 2006 et 2007, mais il a diminué en 2008; la moyenne s'est élevée à 4,8 % pour les trois années (représentant 3,4 % des coûts totaux). Comme dans le cas du surcodage, des effets propres à chaque hôpital ou à chaque spécialité expliqueraient en partie ce comportement.

Dans leur évaluation des impacts de la réforme du système de santé mise en œuvre en 2006, Schut et ses collaborateurs ont observé que la concurrence entre les assureurs privés avait augmenté de façon importante et mené à une consolidation plus étroite du marché, les quatre plus grands assureurs se partageant 91 % du marché. On craint maintenant un risque de comportement oligopolistique affaiblissant la concurrence [Schut *et al.*, 2013]. Sur le plan hospitalier, les prix des services ont été contenus et la concurrence s'est accrue en raison de la multiplication des ZBC, mais la hausse du volume de services a contribué à l'augmentation des dépenses totales de 4 % par année. En effet, les établissements ont cherché à maintenir leur niveau de revenu malgré les baisses de prix (par exemple la demande due au fournisseur, le surcodage). Les frais d'administration ont subi des hausses dues au nombre croissant d'ententes contractuelles, l'implantation du système complexe des DBC et les exigences d'information plus grandes des organismes de supervision et des assureurs. Par ailleurs, on assiste de plus en plus à des fusions d'établissements hospitaliers, lesquelles soulèvent un certain questionnement et le besoin d'un examen rigoureux de leur pertinence.

Quelques commentaires sont aussi ajoutés sur les écarts d'évolution dans les listes A et B. Les prix des produits de cette dernière ont décru (en termes réels) de 2006 à 2010, mais les services ont augmenté (surcodage et surdéclaration). Il subsiste une large variation de prix entre les producteurs de produits de la liste B, mais l'insuffisance d'information empêche d'établir dans quelle mesure cette situation est attribuable à des écarts relatifs à l'efficacité, à la composition de la clientèle ou groupes de clients (*case mix*) ou au pouvoir de marché.

3. Les effets après trois ans de l'expérience de paiement forfaitaire pour les soins intégrés du diabète ont été évalués à la fois au chapitre de la prestation des soins et de leur qualité [Struijs *et al.*, 2012a] et au chapitre des coûts [Struijs *et al.*, 2012b]. Les données relatives au premier projet proviennent du suivi de 9 groupes de soins et sont tirées des dossiers des patients, d'entrevues avec les fournisseurs de soins et des résultats d'un sondage sur la satisfaction des patients. Le tarif résultait d'une négociation entre l'assureur et le groupe de soins; le tarif payé par patient dans les 9 groupes variait de 258 € (et la possibilité d'un boni additionnel de 10 %) à 474 € [Struijs *et al.*, 2010].

Malgré l'objectif recherché d'une plus grande multidisciplinarité, les groupes de soins formés étaient, en grande partie, monodisciplinaires, puisqu'ils étaient constitués de médecins généralistes, de plus en plus nombreux. Alors qu'ils comprenaient de 7 à 11 médecins en 2007, leur nombre en 2010 variait de 35 à 130 [Struijs *et al.*, 2012a]. La direction et la supervision de ces groupes n'étaient pas encore organisées selon les règles prévues. Sur le plan des services couverts et des tarifs négociés, des écarts étaient observés d'un groupe à un autre, mais elles avaient tendance à s'atténuer; les négociations sur les renouvellements tendaient à traîner en longueur. De façon générale, la coordination des soins devenait plus présente et structurée. Plusieurs tâches ont été déléguées à des infirmières praticiennes, dont l'examen de suivi régulier; des examens de l'œil, précédemment confiés à des ophtalmologistes, ont été effectués par des optométristes ou d'autres types de personnel. Les médecins généralistes ont assumé davantage un rôle de supervision. Les patients insulinodépendants ne présentant pas de complications ont été davantage suivis par les médecins généralistes que par les spécialistes de la deuxième ligne. Toutefois, la participation des patients au processus de soins est restée limitée et la formation et le soutien à des programmes d'autogestion se sont peu développés.

Bien que l'on ait observé un meilleur respect du guide pratique sur le diabète, les effets sur la qualité des soins restent difficiles à interpréter. On a bien observé des progrès allant de légers à modérés sur la plupart des indicateurs de processus et les indicateurs de résultats (par exemple la tension artérielle et la cholestérolémie) ont témoigné aussi d'améliorations. Toutefois, la signification de ces changements sur le plan médical continue de soulever des interrogations. De plus, les résultats variaient beaucoup entre les groupes de soins et on ne peut déterminer encore les effets à long terme de ce nouveau mode de paiement. Dans l'ensemble, 90 % des patients ont jugé que la coopération et la coordination entre les différents fournisseurs de soins allaient de bonnes à excellentes.

Les systèmes d'information ont soulevé beaucoup d'insatisfaction : accès difficile à l'intérieur d'un même groupe de soins, entrée de données en double en raison de l'absence d'intégration des systèmes, fardeau administratif, qualité déficiente des données transmises aux assureurs. Plusieurs améliorations concernant la transparence dans les données de qualité ont été jugées nécessaires afin de permettre des comparaisons valides entre groupes de soins et entre assureurs, mais également afin de permettre un suivi longitudinal des soins intégrés, de leur qualité et de leurs effets.

4. Le deuxième projet [Struijs *et al.*, 2012b] évaluait les effets du paiement forfaitaire sur l'évolution des coûts relatifs au traitement du diabète et à la gestion du risque vasculaire, en utilisant les données de réclamations des assureurs privés regroupées dans le centre d'information national (Vektis) et couvrant les années 2007 à 2010. Mentionnons la croissance importante du nombre de groupes de soins pour le diabète, qui est passé de 26

en 2007 à 98 en 2010 (en moyenne 45,6 médecins généralistes et 3 149 patients par groupe); les groupes de soins pour la gestion du risque vasculaire sont plus récents : on en comptait 7 en 2010 (en moyenne 68,1 médecins généralistes et 13 217 patients par groupe).

Comme les données de coût pour la gestion du risque vasculaire sont partielles, elles ne sont pas décrites dans le présent document. Par contre, les données relatives au diabète, de 2007 à 2009, permettent la comparaison entre trois modalités : paiement forfaitaire (148 523 patients et 52 groupes de soins en 2009), paiement à l'acte et forfait de gestion pour soins intégrés (51 198 patients et 19 groupes), soins usuels payés à l'acte seulement (112 778 patients).

De façon générale, en 2009, dans une situation de financement par paiement forfaitaire, le coût moyen de traitement d'un patient diabétique (âge moyen de 67 ans) s'est élevé à 4 800 € par année, dont 287 € pour le coût des soins intégrés (mais 339 € par utilisateur de ce groupe de soins). Toutefois, de 2008 à 2009, l'augmentation des coûts par patient (groupe « montant forfaitaire ») a été supérieure de 288 € ($p \leq 0,001$) à celle observée dans le groupe de soins usuels, alors qu'aucun écart significatif n'a été observé entre le groupe « forfait de gestion » et les groupe des soins usuels. D'autre part, comparativement aux patients du groupe des soins usuels, 25 % moins de patients du groupe « montant forfaitaire » ont reçu des soins spécialisés hospitaliers alors que cette baisse a été de 12 % chez les patients du groupe « forfait de gestion ». Par contre, cet écart ne s'est pas répercuté dans les frais hospitaliers totaux (hausse de 142 € par patient contre une baisse de 128 € respectivement lorsqu'on les compare au groupe des soins usuels). Ce phénomène ne peut être totalement expliqué pour le moment. Une explication partielle est liée au paiement à l'acte pour les soins spécialisés, ce qui supposerait d'appliquer un financement forfaitaire couvrant les soins à la fois de première ligne et de deuxième ligne.

Les auteurs concluent que l'horizon temporel limité de deux ans de l'étude était insuffisant pour apprécier l'effet réel du paiement par montant forfaitaire ou tenir compte de différents facteurs contextuels. De plus, à l'égard du traitement du diabète, plusieurs complications ne se manifestent que plus tardivement; il faut également considérer le fait que, aux Pays-Bas, l'adhésion au guide de pratique national est déjà élevée comparativement à la situation dans d'autres pays. Dans ce contexte, il sera intéressant d'examiner les effets de la méthode du montant forfaitaire pour les soins intégrés dans le traitement d'autres problèmes tels que le risque vasculaire et la maladie pulmonaire obstructive chronique.

2.8 Suède

2.8.1 Contexte général

Les responsabilités en matière de santé sont partagées entre trois ordres de gouvernement : national, régional et municipal. L'État suédois, par l'intermédiaire du Socialdepartementet, le ministère des Affaires sociales de Suède, est responsable des politiques générales en matière de santé (législation, supervision générale et financement partiel). À l'échelon régional, 17 conseils de comté et 4 organismes régionaux ont la responsabilité d'organiser, de financer et de fournir la plupart des services à leur population, chacun de façon autonome.

Enfin, les 290 municipalités sont responsables des services de longue durée offerts aux personnes âgées et aux personnes handicapées (y compris les personnes ayant des problèmes de santé mentale) [Serdén et Heurgren, 2011].

La Suède compte 83 hôpitaux, dont 7 sont universitaires publics, 70 sont administrés par les conseils de comté (publics) et 6 sont privés [Anell *et al.*, 2012]. Les médecins spécialistes travaillant dans les hôpitaux sont salariés. Le système de santé suédois, qui couvre tous les citoyens, est financé principalement (81 %) par l'impôt et les autres formes de taxation, le reste étant assuré par les contributions personnelles (17 %) et les régimes privés d'assurance (2 %). En 2010, les dépenses de santé représentaient 9,6 % du PIB alors que le pays comptait 9,4 millions d'habitants, dont 18,3 % étaient âgés de 65 ans et plus [Thomson *et al.*, 2012].

2.8.2 Système de financement prospectif

Les NordDRG – Le système de classification utilisé en Suède est le NordDRG. Il s'inspire fortement du système états-unien, le Health Care Financing Administration (HCFA)-DRG, version 12, qui utilise les définitions de la CIM-10 et la classification des actes chirurgicaux du NOMESCO [Serdén et Heurgren, 2011]. Les NordDRG sont révisés annuellement par la direction nationale de la santé et des affaires sociales de la Suède, la Socialstyrelsen, qui vérifie également la qualité des données de patients servant à les constituer. Le surcodage est très peu présent, mais des mesures incitatives visent à corriger le sous-codage et les erreurs de codage.

Modification du système de financement hospitalier – Le budget global a été le mode traditionnel employé pour financer les hôpitaux suédois et le reste encore en partie. Le besoin d'un meilleur contrôle des coûts, le problème des listes d'attente et le souci de laisser la liberté de choix aux patients quant à l'hôpital de traitement sont les trois raisons majeures expliquant l'implantation du système de financement fondé sur les DRG [Serdén et Heurgren, 2011]. Toutefois, comme il appartenait à chacun des conseils de comté de décider de la place de ce système dans le financement des hôpitaux, son utilisation a varié d'un comté à un autre et elle peut être combinée avec d'autres méthodes, dont celle du budget global, des paiements rétrospectifs ou des paiements au rendement [Serdén et Heurgren, 2011].

Objectifs : Bien que le système DRG vise principalement à augmenter la productivité et l'efficacité des hôpitaux, il cherche également à réduire les listes d'attente, à améliorer la qualité de l'information, à amener davantage de transparence dans le système de santé et à créer un « marché interne », permettant le partage du risque financier entre acheteurs et producteurs.

Évolution du système des DRG (jalons majeurs)

- 1984-1995 : L'intérêt pour le système des DRG a commencé en 1984 et a mené à son implantation en tant que système de paiement par certains conseils de comtés pour quelques spécialités dans certains hôpitaux.
- 1995 : Implantation, dans tous les hôpitaux, des premiers DRG (500 groupes), qui correspondaient davantage à la version étatsunienne et utilisaient ses poids (coûts relatifs); ils concernaient seulement les patients adultes hospitalisés; ils étaient utilisés à des fins de financement ou de description de la performance.
- 2001 : NordDRG-6 (498 groupes); on ajoute les patients pédiatriques hospitalisés et la néonatalogie; le système est alimenté par l'information disponible dans le Registre national des patients (géré par la Socialstyrelsen) et la base nationale de données sur les coûts (disponibles depuis 1997).

- 2003 : NordDRG-8 (722 groupes); les admissions en chirurgie d'un jour sont incluses.
- 2005 : NordDRG-10 (740 groupes); les hospitalisations psychiatriques sont ajoutées.
- 2006 : NordDRG-11 (929 groupes); le système s'étend aux patients ambulatoires (chirurgie d'un jour et médecine de jour, endoscopie et soins spécialisés en cliniques externes). Les DRG sont aussi utilisés à des fins d'étalonnage et de mesure de la productivité.
- 2008 : NordDRG-12 (976 groupes); les cas de réadaptation hospitalière sont ajoutés au système.
- 2012 : L'utilisation d'un nouveau logiciel de regroupement divisera les DRG en 3 groupes distingués selon la gravité.
- 2013 : Nord-DRG-17. Cette version comprend au total 1 212 catégories, dont 773 regroupent les patients hospitalisés et 439, les patients ambulatoires²⁰.

Système de comptabilité analytique et établissement des tarifs

La base nationale de données sur les coûts est alimentée par les données fournies par les hôpitaux (à titre volontaire) et qui sont propres à chaque patient (approche ascendante) [Serdén et Heurgren, 2011], et ce, grâce à la disponibilité d'un système intégré d'information dans la majorité des hôpitaux. Cette base de données est gérée et vérifiée annuellement par l'association suédoise des collectivités locales et régionales, la SKL (Sveriges Kommuner och Landsting). De façon générale, les coûts incluent les dépenses de fonctionnement et d'immobilisations et excluent l'enseignement, la recherche et certaines activités générales (accréditation, mesures incitatives concernant le personnel, projets spéciaux, etc.). Les cas atypiques, déterminés de façon à ce qu'ils représentent 5 % des cas totaux par DRG, et les soins aux brûlés, sont aussi exclus alors que d'autres éléments (réadaptation, dispositifs ou médicaments coûteux) peuvent être soit inclus, soit exclus, selon les comtés; ces cas exclus sont financés séparément.

Aucun tarif ou prix national n'est établi, mais la Socialstyrelsen établit chaque année des poids, ou coûts relatifs prospectifs, concernant les patients hospitalisés et les patients ambulatoires. Ces poids sont établis selon les coûts moyens de l'année précédente, mais ils sont ajustés selon l'augmentation ou la diminution budgétaire et quelquefois, selon un pourcentage d'accroissement de la productivité (environ 1 %). Comme la somme des poids diffère d'un comté à un autre, les prix par DRG varient, étant aussi ajustés selon la situation budgétaire régionale et les négociations entre les acheteurs et les établissements, portant également sur le volume d'activités. Un groupe de huit comtés, représentant plus de la moitié des dépenses de santé en Suède, se sert des DRG pour financer une grande partie des services aux patients hospitalisés ou ambulatoires, mais un seul comté y a recours pour financer les services psychiatriques. Un second groupe de comtés utilise les NordDRG comme outil d'analyse pour le calcul de l'indice de complexité des cas, la budgétisation hospitalière ou le remboursement intercomtés des patients. Enfin, un dernier groupe a recours à ces catégories pour financer quelques éléments des services de santé (patients intercomtés ou un seul hôpital). Au total, 90 % des patients hospitalisés sont regroupés dans les NordDRG et 65 % sont financés à l'aide de ce système; ces proportions sont respectivement de 80 % et 30 % pour les patients ambulatoires. Enfin, il est bon de mentionner qu'aucun lien explicite n'est établi entre les paiements effectués en fonction des DRG et l'atteinte d'objectifs de qualité.

²⁰ Selon le guide 2013 de la version suédoise de NordDRG, Vägledning till NordDRG Svensk CC-version 2013, disponible à : <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18909/2012-12-10.pdf>.

2.8.3 Évaluation

1. Aucune évaluation officielle n'a été menée sur le système NordDRG, hormis des vérifications sur la qualité des données dans certains comtés [Busse *et al.*, 2011].
2. Serdén et Heurgren [2011] décrivent les résultats de deux études économétriques menées en Suède et utilisant des données sur l'activité, des données sur les coûts et des données relatives à d'autres facteurs pour évaluer les changements dans la productivité ou l'efficacité durant la période précédant l'implantation de la NordDRG (1993-1994 d'une part, 1989-1995 d'autre part). Une étude montre que les conseils de comté ayant introduit un contexte de marché interne et implanté un système de FAA étaient plus efficaces que ceux qui utilisaient une méthode d'allocation budgétaire; les économies pouvant être générées par le passage à la première méthode ont été estimées à 13 %. La deuxième étude indique que ce passage augmenterait la productivité de 9,7 % en moyenne.
3. Selon l'évaluation personnelle de Serdén et Heurgren [2011], les objectifs à l'origine de l'implantation du système des DRG ont été atteints, notamment sur le plan de la productivité et de la transparence des activités hospitalières et en tant qu'outil servant à décrire la performance et à faciliter l'étalonnage. Au début des années 1990, plusieurs médecins et politiciens s'opposaient à ce système mais, au fil du temps, les améliorations et les extensions de ce système ont permis qu'il soit de plus en plus accepté. Sur le plan technique, les problèmes ont été peu nombreux, bien que le temps nécessaire à l'implantation ait varié selon l'hôpital. Le coût de l'élaboration et de l'implantation a été relativement faible et n'a pas dépassé les niveaux attendus.

Dans les premières années, les DRG ont été associés à des augmentations de la productivité et de l'activité, mais également à des dépassements de budget qui ont obligé, dans certains cas, l'imposition de plafonds budgétaires, causant en retour une diminution de la hausse de productivité. Par ailleurs, une étude a montré une réduction des temps d'attente. Depuis le début des années 2000, les durées de séjour ont diminué de façon importante, en partie en raison du recours aux DRG, mais les réadmissions n'ont pas semblé augmenter. On n'a pas observé d'effets directs sur l'organisation courante des soins, bien qu'ils aient pu être indirects, ni sur l'organisation hospitalière dans son ensemble.

La qualité des systèmes d'information et des données est un élément crucial du fonctionnement d'un système DRG. Bien que les systèmes de collecte des données cliniques aient bien répondu à cet impératif, il a fallu mettre au point un nouveau système d'information pour assurer le suivi et l'analyse, mais les développements en cette matière ont été malheureusement lents. De plus, la qualité des données cliniques avait été peu analysée, de sorte que des efforts ont dû être faits et continuent à l'être afin de s'assurer de cette qualité et de l'améliorer. Toutefois, la manipulation des données (surcodage) et la sélection systématique des cas sont très peu présentes dans les hôpitaux publics, bien que ces problèmes aient été observés dans les hôpitaux privés (qui sont peu nombreux).

3 BILAN DES EXPÉRIENCES ET DES ÉTUDES SUR LE FINANCEMENT AXÉ SUR LES PATIENTS

La description des expériences de huit pays européens a porté sur l'élaboration de systèmes de financement à l'activité (FAA), leur implantation et l'évaluation de leurs résultats selon les documents officiels produits, des rapports de recherche et des études publiées dans la littérature scientifique. Quel bilan pouvons-nous tirer d'un tel examen? Peut-on conclure à l'impact positif du système de financement axé sur les patients (FAP), ou plus particulièrement du FAA, en tenant compte de certains inconvénients ou effets indésirables de ce mode de financement? Quelles sont les leçons qui se dégagent des étapes d'élaboration et d'implantation d'un système de FAA ou de FAP? Tels sont les objectifs particuliers de la présente section.

Selon ce qui se dégage des expériences décrites, tout système de FAA ou de FAP comprend les quatre composantes fondamentales [Scheller-Kreinsen *et al.*, 2009]²¹ suivantes :

- le choix ou l'élaboration d'un système de classification des activités axées sur les patients;
- la collecte des données démographiques, cliniques et économiques;
- l'établissement des prix ou des tarifs associés à chaque catégorie;
- le paiement ou le remboursement réel.

Ces composantes serviront de premiers points de repère dans l'analyse des différents éléments, auxquels il faut toutefois ajouter d'autres considérations. En effet, l'application de ce système de financement se fait selon des objectifs généraux ou spécifiques fixés par les autorités ministérielles et implique la participation d'un ou de plusieurs organismes mandatés en vue de son élaboration et de sa révision périodique, de sa mise en œuvre, du recours à des mesures incitatives complémentaires et du suivi du respect des règles relatives aux déclarations et aux demandes de remboursement des établissements ou d'autres producteurs de services participant au système. Enfin, ces derniers réagissent de multiples façons, selon la perception de sa fiabilité, à l'information véhiculée par les coûts et les tarifs sur le plan de la gestion interne de leurs activités, de leurs relations avec des partenaires ou d'autres acteurs du milieu et de leur gestion des différentes enveloppes budgétaires reçues en plus de celle reliée aux activités tarifées.

3.1 Les principaux constats

Acceptation générale du FAA

Les administrations des huit pays examinés aux fins de la présente note, celles des autres pays européens étudiés dans le document sur les DRG en Europe [Busse *et al.*, 2011], de l'Australie et de ses États [Health Policy Solutions, 2011] ainsi que celle du programme Medicare aux États-Unis, qui ont implanté un système de FAA (classification des DRG ou de groupes analogues), n'ont en aucune façon remis en question ce choix et ont plutôt confirmé sa pertinence.

²¹ Information complémentaire dans une présentation de Reinhard Busse lors du Sommet européen 2012 de la santé du Nuffield Trust, tenu à Bruxelles le 24 janvier 2012 : DRG payment, http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/reinhard_busse_drgs_230112.pdf.

Dans certains cas, malgré les faiblesses de ce mode de financement, tout retour en arrière, le plus souvent au budget global, est exclu autant par ces administrations que par les parties prenantes directement ou indirectement concernées (établissements, médecins et associations). Les fortes oppositions qui pouvaient se manifester au départ de cette réforme, par exemple en Suède, se sont dissipées ou à tout le moins atténuées. En Norvège, on a jugé que le FAA était supérieur aux autres options disponibles. Les avantages du FAA, notamment à l'égard de la transparence, font plus que compenser ses inconvénients, bien que des améliorations soient exigées dans les différents volets du système de tarification au-delà des mises à jour régulières. De fait, on adhère pleinement au principe « l'argent suit le patient », qui d'ailleurs est au cœur de la réforme majeure entreprise par les autorités irlandaises [Department of Health – Ireland, 2013b]. En termes plus « opérationnels », il signifie que les paiements se font en fonction des services rendus, mais le dénominateur commun est le bénéficiaire de ces services, c'est-à-dire le patient. Par contre, les applications de ce mode de financement se limitent presque en totalité au secteur des services hospitaliers, qui représente une part importante des dépenses publiques de santé.

3.1.1 À l'égard du cadre général

3.1.1.1 Influence des caractéristiques de base du système de santé

Quels que soient les objectifs de l'implantation du système de FAA dans un pays, sa mise en œuvre, son fonctionnement et son succès sont fortement influencés par les grandes caractéristiques organisationnelles du système de santé de ce pays et de ses états, provinces ou régions. Ces caractéristiques sont quelquefois modifiées par des réformes plus générales ayant des liens plus ou moins étroits avec le mode de financement. En Allemagne, la réforme de l'assurance maladie légale de 2000 incluait spécifiquement le volet du financement. En Norvège et en France, des réformes ont modifié la gouvernance hospitalière en 2005 et 2009 respectivement. En Angleterre, en 2012, une importante réforme du NHS a été mise en œuvre, modifiant entre autres les instances responsables de l'achat de services hospitaliers. En 2006, le gouvernement néerlandais introduisait la concurrence dirigée dans son système de santé.

Bien que, dans tous les pays à l'étude, l'organisation et le financement des services de santé soient dominés par le secteur public, le secteur privé s'y entremêle davantage en France et en Irlande, ce qui pose des défis d'équité dans le financement et, en conséquence, une certaine recherche de convergence dans les tarifs associés aux cas traités. En France, toutefois, on a renoncé à réaliser cette convergence en raison des différences fondamentales dans les structures de production des établissements publics et privés et le profil des services offerts. Par ailleurs, l'accent mis sur la concurrence ou sur des mécanismes de marché est davantage présent aux Pays-Bas et en Angleterre, mais également en France et en Suède. Cette caractéristique n'a pas manqué d'exercer, par exemple dans l'achat de services hospitaliers, une pression à la baisse sur les coûts des services et la tendance d'hôpitaux à se spécialiser dans des secteurs cliniques. Toutefois, la concurrence sur les coûts n'a aucunement empêché l'activité d'augmenter (au moins pour maintenir les revenus des établissements devant une baisse des prix) et les dépenses totales hospitalières de s'accroître. De plus, aux Pays-Bas, la concurrence accrue a mené à la multiplication des établissements autonomes et à une consolidation plus étroite du marché et l'on craint maintenant le risque d'un marché oligopolistique.

La responsabilité des services de santé est plus ou moins décentralisée d'un pays à un autre. Il en résulte que, même lorsqu'un système de FAA a été élaboré à l'échelle nationale, son adoption et sa mise en œuvre peuvent varier d'une région à une autre (Allemagne, Suède, Norvège) ou d'une municipalité à une autre (Finlande). Si les autorités régionales ou locales ont le pouvoir, les coûts étant connus à l'échelle nationale et individuelle, de négocier les tarifs (le plus souvent le tarif de base) ou les volumes d'activité, elles pourront exercer une influence majeure sur l'évolution des dépenses hospitalières. Dans d'autres pays, on établit une distinction entre les acheteurs de services (par exemple les mutuelles d'assurance aux Pays-Bas ou les *clinical commissioning groups* en Angleterre) et les établissements ou d'autres producteurs de services. L'information sur les coûts étant disponible, les tarifs de paiement ou de remboursement sont établis par négociations, ce qui peut entraîner une incitation à une prestation plus efficiente des services.

Une caractéristique organisationnelle notable et commune aux pays européens est le fait que les médecins spécialistes pratiquant dans les hôpitaux sont des employés salariés. Il en résulte qu'une seule logique de gestion s'applique aux activités concernant les patients hospitalisés, admis en chirurgie d'un jour, en médecine de jour ou en consultation externe.

3.1.1.2 Choix des secteurs cibles du FAP

Le champ d'application privilégié dans tous les pays qui ont implanté le système de FAP est le domaine hospitalier (sous la forme d'un FAA), particulièrement dans les admissions dans des services de soins physiques de courte durée, qui comprennent tant les hospitalisations (séjour d'au moins une nuit) que les admissions en chirurgie d'un jour ou médecine de jour. L'explication tient essentiellement à la première application de la classification des DRG dans le système Medicare; cette classification a directement influencé la plupart des initiatives de FAA dans d'autres pays [Busse *et al.*, 2011]. Les principaux facteurs facilitants sont les suivants : la disponibilité d'outils de classification des maladies et des actes diagnostiques et thérapeutiques (jouant un rôle clé dans le traitement) et du dossier médical hospitalier, la courte durée des épisodes de soins, la responsabilité des soins concentrée dans une seule organisation, la disponibilité des données sur l'utilisation des ressources et les coûts ainsi que le nombre très limité de catégories de producteurs de services qui reçoivent des paiements ou des remboursements (un seul, les administrations hospitalières, ou au plus deux, si les médecins sont payés séparément).

L'extension du FAP ou du FAA à d'autres secteurs de soins de courte durée n'est possible que grâce à l'élaboration de classifications appropriées des unités de services à partir de données cliniques suffisantes et de leur combinaison subséquente avec des données d'utilisation des ressources et de coûts. Cette extension reposait aussi sur la volonté ferme des autorités gouvernementales d'atteindre certains objectifs stratégiques d'amélioration du fonctionnement du système de santé. Si l'on demeure dans le secteur hospitalier, les choix de quelques pays ont porté sur les services ambulatoires (consultations externes ou séances de chimiothérapie ou d'hémodialyse), les services d'urgence et l'hospitalisation à domicile.

Bien que des services psychiatriques et de réadaptation soient aussi offerts dans un milieu hospitalier, la difficulté de mesurer leur activité limite leur inclusion dans un système de FAA. Les séjours psychiatriques sont présentement inclus en Suède et envisagés en Allemagne et en France. Les soins de réadaptation sont couverts par ce système aux Pays-Bas et en Suède, alors qu'en France, ils le seront dans quelques années. Par ailleurs, dans le secteur hospitalier, les soins intensifs, les soins de longue durée, l'enseignement et la recherche sont le plus souvent exclus.

Enfin, l'application à des secteurs qui débordent le milieu hospitalier et peuvent inclure un volet communautaire est beaucoup plus restreinte. Dans les pages précédentes, nous avons fait état du secteur de la santé mentale en Angleterre et de soins aux malades atteints de maladies de longue durée ou chroniques en Angleterre et aux Pays-Bas. Dans leur rapport récent, Sutherland et ses collègues [2012] font état de plusieurs expériences de l'application du FAA aux secteurs de soins continus complexes (soins médicaux spécialisés et prolongés en milieu hospitalier), soins de réadaptation en établissement, hébergement et soins de longue durée en établissement²² et soins à domicile. Ils abordent aussi les services ambulatoires et les soins en santé mentale, dont nous traitons dans le présent document.

3.1.1.3 Objectifs

De façon générale, l'implantation d'un système de FAA s'est faite selon un éventail varié d'objectifs : établissement d'un lien étroit entre l'activité et le financement (facturation, remboursement, paiement), efficience des services, allocation équitable des ressources, transparence dans la gestion, la production et la définition des services, création d'un contexte de concurrence pour les acheteurs de services, facilitation du choix des patients quant à l'établissement de soins, augmentation de l'activité, diminution des listes d'attente, réduction de la capacité hospitalière (lits), étalonnage, amélioration de la qualité.

Toutefois, comme cette implantation s'est faite progressivement, dans des circonstances particulières, par exemple afin de faire face à de longues listes d'attente pour des chirurgies non urgentes (Angleterre et Norvège), ce qui signifiait une augmentation de l'activité hospitalière, l'extension à d'autres secteurs devait poursuivre des objectifs différents qui sont parfois plus ou moins clairs. Ces objectifs ont pu devenir aussi trop nombreux, de sorte que la « lisibilité », la compréhension et la cohérence du système de FAA ont posé problème aux acteurs concernés sur le terrain. De plus, les contextes budgétaires favorables au point de départ le sont devenus de moins en moins au fil du temps et les autorités gouvernementales ont dû imposer des contraintes financières (plafond de dépenses, diminution des tarifs). Ces différentes situations ont mis en opposition certains objectifs, dont la qualité ou la sécurité des soins et l'efficience, ou mis en doute leur pertinence pour les gestionnaires d'établissement. Comme Appleby et ses collaborateurs [2012] le soulignaient, toute initiative en matière de financement gagnerait à être mieux ciblée, à ne pas créer de contraintes qui limitent la qualité et à toucher un ensemble de services à la fois bien déterminés et le plus intégrés possible.

De fait, comme l'ont souligné les rapports d'évaluation publiés en France (principalement) et en Angleterre, deux logiques fondamentales peuvent soutenir l'application du FAA : allocation des ressources dans une logique budgétaire ou recherche de l'efficience dans une logique médico-économique. Dans le premier cas, le FAA fait partie d'un ensemble de moyens de distribuer des budgets aux établissements en tenant compte des besoins de services dans une région ou un milieu particulier, d'objectifs particuliers d'augmentation d'activité ou de développements, de la difficulté de « standardiser » les soins dans des secteurs précis (par exemple les soins dans les services des urgences) ou de toute autre politique ou priorité en matière de services. La disponibilité de sources budgétaires variées qui s'offrent à un établissement peut créer des situations de financement croisé ou d'interfinancement, qui n'incitent pas à gérer le plus

²² À titre d'exemple, mentionnons que, en Alberta, un système de FAP a été implanté récemment (1^{er} avril 2010) dans ce secteur [Alberta Health Services, 2013]. Alberta Health Services utilise l'outil interRAI (acronyme de l'anglais *International Resident Assessment Instrument*, qui signifie « outil international d'évaluation des personnes âgées ») pour évaluer l'état de santé des patients admis en centres de soins de longue durée et la classification RUG (acronyme de l'anglais *Resource Utilization Groups*, qui signifie « groupes d'utilisation des ressources ») en guise d'outil de pondération des cas. Aucune évaluation de cette application n'est encore disponible.

efficacement possible les services couverts par un FAA. Si, en outre, les tarifs sont ajustés à la baisse afin de respecter le plafond de l'enveloppe budgétaire globale pour les services de santé (par exemple, l'ONDAM en France), s'ils sont maintenus stables malgré l'évolution de l'échelle de coûts relatifs ou si d'autres mesures sont prises afin d'atténuer des pertes budgétaires, le résultat est que l'on maintient une logique de budget historique.

Par contre, la logique médico-économique repose sur la neutralité tarifaire, c'est-à-dire que les tarifs établis pour chaque DRG ou GHM respectent la hiérarchie de production des services mesurée par leurs coûts moyens, pourvu que ces coûts soient établis de façon fiable. Il serait aussi préférable de privilégier le choix de coûts dits « efficaces » pour point de référence des tarifs pourvu que les soins les plus appropriés et les meilleurs servent à définir l'activité qui est financée. Ces tarifs seraient établis sans correctifs. Bien sûr, cette situation idéale peut sembler difficile à réaliser dans la pratique, mais elle doit guider tout effort sérieux visant à améliorer l'efficacité. En ce qui concerne l'atteinte de tout autre objectif, exception faite d'une augmentation de l'activité, il serait donc préférable d'envisager d'autres modes de financement [Appleby *et al.*, 2012].

3.1.1.4 Élaboration et application du système de FAP

Comme nous l'avons mentionné plus haut, tout système de FAP ou de FAA comporte quatre composantes principales dont la nature ou les règles peuvent varier selon les pays à l'étude. Voici les principaux constats qui concernent chacune de ces composantes.

Choix ou élaboration d'un système de classification des activités axées sur les patients

La classification des activités en catégories homogènes sur le plan médical et selon les ressources consommées constitue le pilier essentiel de ce système, puisqu'elle définit les unités de services qui feront l'objet d'une collecte d'information exhaustive et d'un financement spécifique.

Nous avons déjà précisé que plusieurs pays ont retenu, après l'avoir adapté, le système de classification des DRG pour les services hospitaliers, soit celui conçu à l'origine aux États-Unis (influence précoce sur les GHM de la France et source des NordDRG), soit celui élaboré par l'Australie (qui a inspiré le G-DRG en Allemagne et influencé les GHM). Par contre, dans quelques pays, on a élaboré un système de classification qui est propre à chacun, dont les HRG en Angleterre, les LDF (*Leistungsorientierte Diagnosefallgruppe* ou groupes de cas orientés vers les procédures et les diagnostics) en Autriche [Kobel et Pfeiffer, 2011] et les DBC aux Pays-Bas, ces derniers ayant pour catégorie principale la spécialité plutôt que l'organe (toutefois, les nouveaux DOT seront fondés sur la CIM). Quoi qu'il en soit, l'organisme qui gère cette classification doit l'adopter pleinement afin de réaliser les adaptations requises pour bien refléter la prestation des soins et des services de santé et ainsi son acceptabilité dans le milieu. Aussi, des mises à jour fréquentes (le plus souvent annuelles) de la classification sont nécessaires pour intégrer les innovations technologiques sur le plan diagnostique et thérapeutique ou pour corriger des problèmes d'application et d'hétérogénéité intragroupe. Voilà pourquoi la responsabilité de gestion de cette classification en est venue progressivement à être confiée à un organisme distinct, doté de l'expertise et des moyens techniques requis (ATIH en France, InEK en Allemagne et le DBC-Onderhoud aux Pays-Bas).

Les systèmes de classification se distinguent d'abord par le nombre de catégories, pouvant varier de 500 en Norvège à 4 400 aux Pays-Bas. Les systèmes de classification ont distingué (ou regroupé sous certaines conditions) les services aux patients hospitalisés, d'un jour, vus en consultation externe et bénéficiant de séances régulières de soins spécialisés. Quant au nombre de groupes, on ne trouve, dans la littérature, aucun consensus quant à sa valeur optimale sur les avantages ou les désavantages associés à un nombre plus ou moins élevé [O'Reilly *et al.*, 2012]. Théoriquement, un petit nombre de groupes favoriserait la poursuite de l'efficacité et réduirait les possibilités de manipulation des données, mais cela pourrait encourager la sélection des cas à coût faible et une attention moins grande portée à la qualité. Un grand nombre de groupes diminuerait ces impacts négatifs sur l'accès et la qualité, mais augmenterait la complexité du codage et ses possibles manipulations (comme l'expérience néerlandaise l'a montré avec des nombres initiaux de 100 000 et 30 000 groupes avant qu'ils ne soient réduits à 4 400) et diminuerait la puissance informative du système si le nombre de patients par groupe était trop faible; à l'extrême, on s'approcherait d'un financement à l'acte.

Des règles doivent être établies en vue de définir les cas appariés ou typiques et extrêmes ou atypiques et, parmi ces derniers, distinguer les séjours trop courts et les séjours trop longs lorsqu'il s'agit d'épisodes de soins hospitaliers. Les méthodes varient d'un pays à un autre, mais ont tendance à utiliser une variante de la méthode interquartile ou une méthode paramétrique; aucune méthode n'est appliquée aux Pays-Bas [Cots *et al.*, 2011]. Dans d'autres types d'unités de paiement, touchant par exemple les services ambulatoires, le coût sera la variable analysée. Peu de critiques portent sur la méthode, mais il reste qu'elle peut générer des proportions différentes de cas atypiques.

Tout développement d'un nouveau système constitue un long processus qui nécessite, d'une part, la mise au point d'une classification appropriée des activités en consultation avec les parties prenantes et, d'autre part, beaucoup de validation sur le terrain, comme le montrent les expériences de l'Angleterre et de la France en santé mentale, et de la France en réadaptation. Par exemple, en Angleterre, le processus a commencé en 2005 et ce n'est qu'en 2012-13 que les unités de classification, les « groupes de soins », ont été appliquées dans le cadre d'un modèle de FAA (PbR). Cette application se distingue des HRG, en soins de courte durée, par le fait qu'elle n'utilise pas la CIM-10, mais plutôt un outil de regroupement utilisé en santé mentale (Mental Health Clustering Tool) [Payment by Results Team, 2013]. À l'aide de cet outil, les cliniciens évaluent les besoins cliniques des patients et les classent dans l'un des 21 groupes de services possibles. Point important, les services couverts comprennent ceux rendus en établissement hospitalier et hors établissement, y compris les services à domicile. Précisons enfin que le Royal College of Psychiatrists du Royaume-Uni soutient formellement l'application du PbR à la santé mentale et encourage ses membres à s'engager activement dans le processus d'implantation et d'amélioration [RCPsych, 2012].

En France, les travaux se poursuivent à l'ATIH sur une application prévue de la T2A en psychiatrie, mais l'exercice est difficile. Le ministère des Affaires sociales et de la Santé avait déjà reconnu que cette discipline présentait beaucoup de spécificités et il a fallu, dans un premier temps, implanter un nouveau recueil d'activité, le résumé d'information médicale en psychiatrie (RIM-P), fournissant des données plus robustes depuis 2009²³. Et, selon le rapport de la Mecss, il est plus urgent de définir, dans ce secteur, les bonnes pratiques avant de poursuivre la réforme des modes de financement [Le Menn et Milon 2012].

²³ Selon l'information disponible sur le site Web du ministère des Affaires sociales et de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr/financement-des-etablissements-de-sante,1293.html>.

À l'égard des soins de suite et de réadaptation (SSR), des travaux importants ont déjà été effectués, en concertation avec les fédérations concernées et les sociétés savantes, afin de concevoir les nouveaux outils techniques, réaliser des enquêtes spécifiques auprès des établissements et des ARS ainsi qu'une étude nationale de coûts, et valider la qualité et l'exhaustivité des données recueillies [MASS, 2012]. Mais le défi est grand en raison des spécificités des pratiques en SSR. Outre le fait que ces pratiques restent très variées, elles doivent s'adapter à l'âge et au degré de déficience des patients, à l'évolution de la charge de soins et s'inscrire finalement dans une logique de parcours de soins. Le MASS a compris qu'il fallait « tenir compte du temps nécessaire aux établissements pour s'approprier les nouveaux outils et adapter leurs systèmes d'information, voire leur gouvernance interne », raison pour laquelle il a reporté la mise en œuvre progressive de la T2A de 2013 à 2016.

Collecte des données des établissements ou des producteurs participants

Cette composante est l'élément qui permet de refléter le mieux possible les activités sur le plan médical et financier afin de pouvoir établir les paramètres essentiels à l'application du FAA. Dans tous les pays, les données cliniques sur chacun des patients dans les secteurs visés sont transmises à un organisme central, qui s'assure de leur qualité et de leur fiabilité tout en cherchant à déceler toute tentative de manipulation. Malgré la lourdeur administrative liée au codage adéquat des activités cliniques, qui enlève une part des soins à consacrer aux patients, ce volet suscite peu de critiques.

Par contre, la disponibilité de données fiables sur les coûts est un élément crucial de la crédibilité du FAA et pose encore problème dans quelques pays. Idéalement, ces données devraient être disponibles sur chaque patient et définies en fonction de guides de comptabilité analytique et d'établissement des coûts rédigés par les organismes qui gèrent le système de FAA ou les autres instances qui y collaborent étroitement. L'Allemagne, la Finlande, les Pays-Bas et la Suède bénéficient déjà d'un système de comptabilité générant ces données sur les coûts selon une approche ascendante dans les établissements. En Allemagne et aux Pays-Bas, les données sur l'utilisation ne sont fournies que par un échantillon d'établissements dont la participation est volontaire. Toutefois, l'approche ascendante n'est pas nécessairement optimale. Par exemple, en Allemagne, Vogl [2012] soulignait le besoin d'améliorer le cadre analytique, notamment en raffinant certaines clés d'attribution de ressources aux patients. En Angleterre, de plus en plus d'établissements mettent en place des systèmes d'information et d'établissement des coûts par patient, les PLICS (acronyme de l'anglais *Patient-Level Information and Costing Systems*), qui seront éventuellement utilisés dans le calcul des coûts à l'échelle nationale. En Irlande, une réforme du FAA prévoit également l'implantation de tels systèmes. Cette méthode plus fine est supérieure parce qu'elle permet de calculer l'utilisation réelle des ressources plutôt que leur moyenne.

Les autres pays (Angleterre, France, Irlande et Norvège) se basent sur une approche descendante, permettant justement d'estimer une utilisation moyenne des ressources auxquelles on associe les coûts unitaires des services. De plus, sauf en Irlande où tous les établissements participant au FAA doivent fournir leurs données sur les coûts, dans les autres pays, celles-ci sont obtenues auprès d'un échantillon d'établissements suivant les règles de comptabilité analytique établies.

Enfin, mentionnons qu'une autre solution plus facile, privilégiée par les administrations concernées de certains pays, consiste à importer une échelle relative de coûts établie dans un autre pays. Toutefois, la validité d'une telle échelle est peu élevée, malgré les modifications qui y sont apportées en vue de l'adapter.

Les principales critiques, notamment en Allemagne, en France et en Angleterre, concernent la faible taille et les problèmes de représentativité de l'échantillon d'établissements fournissant les données sur les coûts. L'exactitude des coûts est aussi remise en question en raison de certaines faiblesses dans le cadre de comptabilité analytique ou tout simplement du non-respect de ses règles, puisque l'on observe encore des variations importantes dans le coût unitaire de certains DRG ou GHM entre les établissements. La collecte standardisée de données relatives aux patients semble constituer un moyen de diminuer ces problèmes. Par ailleurs, de façon plus générale, des écarts sont observés dans l'inclusion ou non des coûts d'immobilisations dans le coût total aux fins du FAA. Ils sont inclus dans cinq pays (Angleterre, Irlande, Pays-Bas, Suède et France, mais cette dernière envisage leur exclusion), et en Allemagne, la controverse se poursuit quant à leur inclusion possible. Il arrive souvent que l'exclusion soit favorisée afin de permettre aux autorités nationales, régionales ou locales de garder le contrôle sur les décisions majeures concernant la construction, la rénovation et l'acquisition d'équipements, notamment à des fins de planification [O'Reilly *et al.*, 2012].

L'importance de cette composante dans un système de FAA explique pourquoi, dans plusieurs pays, on a confié ce volet à un organisme d'expertise à l'échelon national (InEK en Allemagne, NIPO en Irlande), quelquefois le même que celui responsable de gérer la classification des activités (ATIH en France). Tout en gérant la base de données sur les coûts, cet organisme est aussi responsable de l'établissement des prix ou des tarifs de référence; ce qui est également le cas de l'autorité indépendante d'établissement des prix hospitaliers, la IHPA (sigle de Independent Hospital Pricing Authority) en Australie²⁴. Par ailleurs, ces organismes ont la possibilité de prévoir une certaine compensation financière des établissements pour encourager leur participation volontaire à la collecte de données. Précisons que les données soumises par les établissements font l'objet de validation et qu'elles sont, dans certains cas, rejetées en raison d'un manque de qualité, ce que montrent des statistiques détaillées en Allemagne et en France.

Établissement des prix ou des tarifs

La base de données valides sur les coûts associés à chacun des groupes (DRG ou ses analogues) étant complétée, les coûts moyens par groupe, et par catégorie d'établissements s'il y a lieu, peuvent être établis. Ces coûts moyens, qui servent de coût de référence, peuvent aussi être transformés en coûts relatifs ou poids par DRG, auxquels on appliquera un taux de base, qui correspond le plus souvent au coût moyen d'un épisode de soins estimé à partir de l'ensemble des données de tous les établissements participants. Les prix ou tarifs associés à chaque DRG sont ainsi fixés. Des facteurs d'ajustement sont souvent appliqués au coût moyen afin de tenir compte des variations locales dans le prix des intrants (par exemple la main-d'œuvre), de contraintes géographiques (par exemple l'éloignement, un bassin de population réduit) ou de missions particulières. Enfin, les taux de base peuvent être établis à l'échelle nationale, régionale (Allemagne) ou locale, ou par catégorie d'hôpitaux (Irlande) ou même par établissement individuel (en Finlande et en Suède).

²⁴ Voir le site Web de l'IHPA, disponible à : <http://www.ihipa.gov.au/internet/ihipa/publishing.nsf/Content/home-1>.

Le choix du coût moyen en vue d'établir le taux de base est critiqué pour différentes raisons [O'Reilly *et al.*, 2012]. D'abord, si le coût marginal est inférieur au coût moyen, un établissement peut avoir tendance à accroître l'activité, que ce soit justifié ou non sur le plan médical, mais il augmente en conséquence le coût total. Un tel choix peut aussi encourager la convergence vers la moyenne et ainsi diminuer l'incitation à améliorer l'efficacité. En Angleterre, afin de contrebalancer cette tendance, on a réduit l'ensemble des tarifs de 3,5 % en 2010-2011 et l'année suivante, ceux-ci ont été fixés à une valeur inférieure de 1 % au coût moyen. Enfin, des prix basés sur les coûts moyens ne reflètent pas nécessairement la valeur des produits ou des services, ce qui peut entraîner un profil de production non optimale pour la société.

Voilà pourquoi des initiatives récentes (en Angleterre et en Ontario²⁵) ont favorisé plutôt le choix d'un prix ou d'un tarif correspondant à la meilleure pratique, par exemple la réalisation de la procédure en unités de chirurgie d'un jour ou la conformité à un cheminement clinique proposé par un guide de pratique fondé sur des données probantes. Les évaluations effectuées en Angleterre sur l'application de tarifs s'appuyant sur les meilleures pratiques montrent que ce modèle va dans la direction souhaitée, mais que des améliorations sont encore nécessaires. Les évaluations de l'application de la T2A en France ont soulevé aussi l'intérêt d'une telle approche, notamment en les associant à des référentiels de bonne pratique. Elles insistent également sur le besoin de reconnaître les établissements les plus efficaces, leurs coûts de production pouvant alors servir de référence pour établir les tarifs. Toutefois, cette reconnaissance dépend d'abord et avant tout de la disponibilité de données sur les coûts qui soient valides et fiables, alors que leur qualité est encore remise en question.

Les autres critiques concernant cette composante du système de FAA portent sur les écarts entre l'échelle des coûts relatifs et l'échelle des tarifs, dont il a été question précédemment, le délai entre la collecte des données sur les coûts, le calcul des tarifs et leur application, qui peut atteindre trois ans, et les variations trop importantes dans les tarifs d'une année à l'autre. Différentes recommandations ont résulté des évaluations réalisées en France et en Angleterre en vue de corriger ces difficultés, qui minent la crédibilité des tarifs et amènent les directions d'établissement à raisonner plutôt en termes de budget total (considérant les autres sources de revenus auxquelles elles ont accès en plus du FAA), plutôt que d'utiliser les tarifs comme signaux pour accroître l'efficacité.

Paiement ou remboursement réel et ajustements

Une caractéristique fondamentale d'un système de FAA, ou de FAP, est que les prix ou les tarifs sont établis de façon prospective afin qu'ils puissent exercer leur influence sur l'efficacité. L'application du FAA en Irlande échappait en partie à cette règle en raison des réajustements des budgets faits de façon rétrospective à l'intérieur de chacune des catégories d'hôpitaux. Toutefois, la réforme en cours permettra d'implanter un véritable système prospectif fondé sur le paiement par cas.

De façon générale, les cas atypiques traités par un établissement sont soumis à une procédure particulière de paiement; un montant journalier (auquel un coefficient inférieur à 1 peut être appliqué) est accordée pour chaque jour excédant la limite supérieure d'un DRG, mais prélevé pour chaque jour de moins que la limite inférieure. Dans certains pays (Angleterre), on prévoit un HRG spécifique pour les cas de court séjour. Quoi qu'il en soit, les organismes payeurs

²⁵ Information disponible sur le site Web du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario : http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/funding/hs_funding.aspx. Le lecteur peut aussi consulter le document intitulé « A guide to patient-based funding » [MOHLTC, 2012].

cherchent à défavoriser les séjours trop longs ou, à l’opposé, des congés trop précoces. Précisons aussi que, dans la plupart des pays, des paiements distincts sont accordés pour des dispositifs ou des médicaments très coûteux (souvent innovateurs) en plus du paiement par cas. Toutefois, on a observé, en France et en Allemagne, une croissance des dépenses qui dépassaient de beaucoup les dépenses relatives au FAA [O’Reilly *et al.*, 2012]. Selon ces auteurs, une telle tendance peut révéler l’inadéquation du FAA pour certains services plus complexes et coûteux ou des tentatives des gestionnaires hospitaliers de transférer des coûts à des secteurs qui ne sont pas soumis au FAA.

Les prix ou les tarifs utilisés pour l’année d’application peuvent aussi être le résultat de négociations entre les acheteurs (mutuelles d’assurance ou instances régionales ou locales) et les producteurs de services; ces négociations peuvent en même temps porter sur des volumes d’activité (admissions, cas d’un jour, etc.). À la limite, le taux de base peut simplement découler de budgets prédéterminés et de niveaux attendus de l’activité. L’administration centrale nationale peut aussi fixer un plafond général des dépenses totales dans les établissements ou de leur taux d’accroissement, y compris celles soumises au FAA. Cette situation a cours en France (ONDAM) et aux Pays-Bas. Dans cette situation, les taux de base à la source des tarifs sont diminués si l’activité augmente. En France, on soulignait que cette pratique de modification des tarifs constituait un facteur démotivant, puisqu’ils ne jouaient plus le rôle d’un « signal prix » à des fins d’efficience ou d’augmentation des revenus.

De façon générale, aucun ajustement n’est inclus dans les tarifs en vue de tenir compte de la qualité des soins, bien que, dans certains pays (Angleterre et Allemagne), toute réadmission pour une même cause dans les 30 jours qui suivent un congé ne donne droit à aucun paiement ni remboursement additionnel. Aux Pays-Bas, l’épisode de soins d’un DBC dure 42 jours, y compris une période posthospitalisation. Il n’y a qu’en Angleterre qu’un lien est fait entre le paiement et des objectifs de qualité établis à l’échelle locale et nationale par l’ajout d’une somme pouvant s’élever à 2,5 % des revenus des fournisseurs de soins (le cinquième de cette proportion doit concerner les objectifs nationaux). Par contre, en Angleterre, en France et en Suède, il existe des programmes propres à la promotion de la qualité des soins et à leur suivi (assurance qualité par exemple); en France, des sommes peuvent être prévues en ce sens dans le contexte des missions d’intérêt général. En Finlande et en Suède, des objectifs de qualité peuvent faire l’objet de négociations entre les acheteurs (comtés ou districts hospitaliers) et les hôpitaux. Rappelons que les initiatives de paiements selon des « tarifs basés sur les meilleures pratiques » incorporent un souci de la qualité. Comme le soulignent Or et Häkkinen, il serait possible de raffiner les systèmes de FAA afin d’encourager des services de qualité, de pénaliser les pratiques inappropriées ou d’accorder des financements ciblant des améliorations dans le processus et les résultats des soins [Or et Häkkinen, 2012; 2011]. Toutefois, de telles démarches « nécessitent un investissement continu dans les données et les indicateurs permettant de comprendre les différences de pratique médicales et de surveiller à la fois la qualité et les coûts des soins fournis ».

Sur le plan des innovations diagnostiques et thérapeutiques, plusieurs administrations (Allemagne, Angleterre et Pays-Bas) prévoient leur intégration dans les systèmes de FAA en les faisant passer à travers un mécanisme d’évaluation et d’approbation; la période transitoire peut inclure des paiements spécifiques ou des ajouts monétaires aux DRG concernés. En France, les innovations, mises en place plus facilement, peuvent être financées de deux façons différentes : paiement spécifique (liste nationale) ou dans le cadre de l’allocation budgétaire concernant les missions d’enseignement, de recherche, de référence et d’information (MERRI) avant que certaines ne soient incluses dans les GHM [Or et Bellanger, 2011]. Dans quelques pays

(Angleterre, Finlande et Suède), leur inclusion dans la pratique fait partie des négociations entre les acheteurs et les fournisseurs de soins concernant les tarifs et les volumes de services.

3.1.2 À l'égard de l'implantation

L'implantation d'un système de FAA ou de FAP est une mesure importante qui bouleverse la gestion de l'information, des processus cliniques et des ressources budgétaires des établissements. Voilà pourquoi toutes les administrations des pays concernés ont procédé par étapes afin de rendre plus gérables les impacts de ces changements, de respecter les niveaux de responsabilité et de laisser le temps nécessaire aux adaptations et ainsi éviter une déstabilisation potentielle majeure.

Dans plusieurs pays, avant l'implantation officielle du système de FAA, les DRG (ou leurs équivalents) et les coûts associés ont servi, pendant plusieurs années, à des fins de comparaison, d'étalonnage ou d'ajustements ponctuels des budgets des établissements. Dans un mode plus accéléré, on expérimente l'application du FAA ou du FAP en mode virtuel dans de nouveaux secteurs, c'est-à-dire que les résultats en matière de découpage de l'unité de services, de son coût réel et de l'impact sur les pertes ou les surplus budgétaires peuvent être estimés ou déterminés, de manière à ce que l'on puisse en apprécier la justesse ou s'y préparer.

Dans les pays où l'on trouve une organisation hiérarchique en matière de financement des établissements, les gouvernements, qui ont adopté le FAA, ont laissé aux autorités régionales (ou municipales) la décision de l'implanter ou non sur leur territoire, d'inclure ou non certains secteurs de soins, d'utiliser l'échelle nationale des coûts ou l'échelle régionale, de fixer le tarif de référence ou le taux de remboursement. Voilà pourquoi on observe encore des variations selon les unités territoriales concernant ces différents paramètres, notamment dans les pays nordiques. Par contre, en Allemagne, alors, que dans une première étape qui a duré 5 ans, les taux de base des États constituaient les références pour le remboursement, par la suite, ces taux étatiques devaient converger vers un taux national. De même en France, il y a eu aussi une convergence progressive des taux propres aux autorités régionales vers le taux national. Toutefois, selon l'information déjà mentionnée, la convergence visée dans les tarifs des établissements publics et privés a été abandonnée par le ministère de la Santé et des Affaires sociales, notamment en raison de différences structurelles entre les deux secteurs.

Afin de limiter le bouleversement financier, les autorités responsables du FAA ont, dans plusieurs cas, implanté ce système en tenant compte du taux de remboursement propre à l'établissement au point de départ (100 % ou 90 % de ses coûts) et en étalant sur plusieurs années la diminution progressive de cette part dans le remboursement total, le complément étant calculé selon le taux régional ou le taux national. À terme, la part financée par le FAA peut atteindre 100 % ou être plafonnée (80 % en Irlande). Par contre, en Norvège, depuis 2006, on a voulu limiter la part financée prospectivement par le FAA à 40 %, alors qu'elle avait fluctué de 30 % à 60 % auparavant. D'autres mesures de transition ont quelquefois été appliquées, par exemple une limite quant au pourcentage représenté par des pertes budgétaires (Allemagne et France). En Angleterre, l'application du PbR au secteur de la santé mentale se fait d'abord, depuis 2012-2013, à partir de tarifs négociés localement et cette situation se prolonge en 2013-2014, tout en gardant l'objectif d'utiliser des tarifs nationaux à terme [Payment by Results Team, 2013].

Quoi qu'il en soit, tout système de FAA se doit d'être flexible afin de tenir compte de ses répercussions, des modifications dans ses objectifs et des changements du contexte dans lequel il s'applique [Appleby *et al.*, 2012]. À cet égard, il ne faut pas négliger de bien noter, suivre et évaluer les variations dans la définition et la prestation des services à l'échelle locale afin qu'elles puissent servir à l'évolution des systèmes de paiement nationaux. Que l'utilisation de tarifs nationaux soit obligatoire ou non, ils serviront de référence pourvu que les coûts sur lesquels ils se fondent soient établis le plus exactement possible. En effet, la fiabilité de ces coûts et tarifs et la rigueur des analyses qui leur sont appliquées constituent des ingrédients clés du respect des règles des systèmes de FAA et de la prévention d'effets indésirables ou inattendus.

Enfin, d'autres facteurs favorisant l'implantation réussie d'un système de FAA sont mentionnés sporadiquement dans les évaluations : nécessité d'une stratégie de communication claire sur les objectifs, le fonctionnement du système et ses modifications; information sur les tarifs quelques mois avant le début d'une année d'application; disponibilité d'outils et de guides facilement compréhensibles; soutien technique approprié; consultation appropriée des parties prenantes dans les phases d'élaboration et de test; priorité donnée aux considérations de nature médicale; leadership professionnel dans les initiatives relatives à la qualité des soins et la définition des meilleures pratiques.

3.1.3 À l'égard des résultats

Malgré la disponibilité de nombreuses évaluations sur les effets du FAA, leurs auteurs ont tous souligné la difficulté, voire l'impossibilité d'isoler l'impact propre au mode de financement étudié, notamment en raison de l'influence concomitante d'autres politiques ou mesures budgétaires mises en œuvre par les autorités ministérielles. Les résultats décrits portent pour la plupart sur le FAA basé sur les DRG.

Efficacité : activité, durée de séjour et temps d'attente

Activité – Comme le prévoit le modèle théorique du FAA, l'activité hospitalière a augmenté de façon générale (ensemble des cas d'hospitalisation et d'un jour en Suède et d'un jour en France; cas non urgents et d'un jour en Angleterre). En Norvège et en France, ces augmentations poursuivaient la tendance observée avant l'implantation du système de FAA, bien que leur répartition par DRG ait été modifiée. En France, on a même observé une stabilisation subséquente. Quoi qu'il en soit, les points DRG (cas pondérés) augmentent également. Ces hausses ont entraîné en même temps un accroissement des dépenses hospitalières, déjà observé avant le changement dans le mode de financement. Cette situation s'est aussi produite aux Pays-Bas, malgré un contexte plus concurrentiel. Toutefois, cet effet de hausse dans l'activité, désiré au point de départ dans certains cas, est devenu problématique lorsque les gouvernements ont mis en œuvre des politiques de contrôle des dépenses de santé.

Durée moyenne de séjour (DMS) – Dans la grande majorité des pays, on observe une diminution de la DMS. Toutefois, seule une étude comparant des données de l'Angleterre et de l'Écosse montre plus formellement cet effet de l'implantation du système de FAA. Dans les autres évaluations, on souligne la difficulté d'isoler cet effet, compte tenu d'une tendance lourde à la baisse observée avant l'implantation du système de FAA; tout au plus, on reconnaît une certaine influence de ce mode de financement. En France, la durée de séjour s'est stabilisée alors qu'en Norvège, on n'a observé aucun changement significatif.

Réduction du temps d'attente pour des chirurgies non urgentes – Cet effet est explicitement mentionné dans une évaluation réalisée en Norvège et également dans l'État de Victoria, en Australie [Street *et al.*, 2007]. Dans ce dernier cas, les mesures prises étaient les suivantes : application du FAA, élaboration d'une méthode visant à mieux définir le problème et classer les patients sur la liste d'attente, incitatifs financiers liés spécifiquement au traitement de ces patients.

Productivité et efficience

Productivité (relation physique entre les intrants et les extrants) – L'expérience de plusieurs pays (France, Norvège, Suède) montre une amélioration de la productivité et une augmentation de la productivité du personnel soignant (France); en Suède, les comtés ayant implanté le système de FAA ont mieux fait que ceux qui ne l'ont pas fait. Par contre, l'effet aurait été nul en Autriche et aux États-Unis [Sutherland *et al.*, 2012].

Efficience (rapport entre les extrants et les coûts) – Le plus souvent (Allemagne et France), on observe une diminution de ce type d'efficience (appelée productivité économique par Or et ses collègues [2013]) ou, au mieux, aucune augmentation (Norvège). Le rapport entre les points DRG et les dépenses diminue et les coûts moyens augmentent, comme c'était le cas avant l'implantation du système de FAA mais, dans un même groupe d'hôpitaux, ils peuvent se resserrer (France). Soulignons par contre que, aux Pays-Bas, les prix des DBC de la liste B (sujets à des négociations) ont augmenté moins rapidement que les autres. Selon une explication proposée en France, l'échelle de coûts relatifs n'était pas assez fiable pour inciter à des améliorations d'efficience.

Satisfaction

Satisfaction des patients – Seulement deux études ont abordé cet aspect (Norvège). La première a conclu à une satisfaction accrue, en raison de la réduction de la période d'attente avant une chirurgie non urgente attribuable à l'implantation du système de FAA. Par contre, la deuxième étude montrait que cette satisfaction variait selon les composantes de soins (par exemple, positive à l'égard des soins infirmiers, mais négative à l'égard des soins médicaux et des temps d'attente).

Satisfaction du personnel – Des études réalisées en France ont fait état d'une influence négative de l'implantation du système de FAA sur le personnel médical et infirmier (sur le plan de la motivation, de la satisfaction au travail et des conditions générales de travail) et d'une détérioration de l'environnement de pratique, qui aurait entraîné des conséquences négatives sur la qualité des soins (mais non sur leur sécurité).

Effets sur la gestion organisationnelle interne et externe

Gestion interne – L'implantation du FAA a entraîné, dans certains cas (Norvège et Angleterre), une décentralisation de la gestion dans les hôpitaux, associée à une délégation des tâches, puisque la gestion des procédures médicales est l'élément clé dans le coût d'un DRG ou GHM. De plus, la collaboration a augmenté entre le personnel médical et le personnel de gestion administrative et financière, mais aucune innovation organisationnelle importante n'a été observée (France). Par contre, certaines fonctions administratives ont été centralisées selon l'expérience allemande et l'on a aussi eu recours à la sous-traitance.

Quant au pilotage interne qui devrait être axé sur une plus grande efficacité, il a déjà été fait mention ci-dessus de l'influence démotivante sur les gestionnaires de certaines modalités d'application déficientes du FAA, notamment l'écart entre les échelles de coûts et de tarifs, la variation imprévisible des tarifs d'une année à l'autre, générant des situations de sous-financement ou de surfinancement selon établissements ou l'affaiblissement de sa pertinence compte tenu des autres enveloppes budgétaires disponibles pour les établissements.

Un effet majeur de l'implantation d'un système de FAP, souligné dans différentes évaluations, est le développement des systèmes d'information, des directions ou des services qui en sont responsables et également des outils de contrôle à mettre en place en vue d'assurer la validité des données. De fait, alors que la mise en place et le renforcement de ces systèmes étaient jugés absolument nécessaires, un des rapports français d'évaluation constatait l'absence d'un plan gouvernemental visant à faciliter cette démarche, d'autant plus qu'une certaine coordination sera nécessaire dans la production de données communes. Dans l'expérience du paiement forfaitaire pour les soins intégrés du diabète aux Pays-Bas, l'élément qui a suscité beaucoup d'insatisfaction était lié aux faiblesses des systèmes d'information.

Gestion externe – Selon l'expérience de la France, la coopération interétablissements, pourtant visée, n'a pas été vraiment encouragée par la T2A, d'autant plus que les incertitudes dans les résultats budgétaires annuels incitaient les établissements à favoriser la maximisation des revenus individuels et à maintenir leurs ressources sur le plan médical, vraisemblablement menacé en cas de partage d'activité. Par contre, aux Pays-Bas, le contexte concurrentiel plus accentué a entraîné des fusions plus nombreuses d'hôpitaux qui ont amené les autorités gouvernementales à s'interroger sur leur pertinence.

Autres effets généraux

Transparence – Dans les évaluations, on fait part de l'amélioration de la connaissance des activités cliniques (meilleure qualité de la documentation soulignée en France, en Finlande et en France, notamment en raison de l'amélioration des pratiques de codage), des procédés de production des services (Norvège) et des coûts par les mécanismes de facturation et de financement (Angleterre, Finlande). Ces effets positifs ont pu conduire à des améliorations dans la production des services.

Équité du financement interétablissements – Deux mentions explicites de cette question ont été faites dans les évaluations. En Angleterre, cette équité s'est améliorée. Par contre, en France, des inégalités dans le financement persisteraient davantage en raison des sommes accordées pour les différentes autres missions de l'établissement, qui contrebalançaient la redistribution dans le volet soumis à la T2A. On souligne également que les handicaps (par exemple liés à des facteurs régionaux ou locaux) de certains hôpitaux ont pu être maintenus ou même accentués.

Influence sur le système de santé en général – Peu d'évaluations concernant les pays retenus ont examiné les répercussions d'un système de FAA sur l'organisation et l'évolution des services de santé dans un contexte plus général, par exemple à l'égard des visites médicales en cabinet privé, des soins à domicile, du choix privilégié d'un établissement hospitalier dans un contexte concurrentiel ou non : aucun point notable n'est à mentionner.

Effets indésirables (manipulation du codage et sélection des cas)

Selon l'expérience de pays dont l'Angleterre et la France, les conséquences négatives appréhendées à l'égard du codage ou de la sélection systématique des cas n'ont pas été observées (aucune preuve de la présence de ces effets indésirables majeurs); en Suède, ces effets sont aussi peu présents. En Norvège, on a relevé quelques cas de manipulation des données dont certains, jugés scandaleux, ont été publicisés; le suivi des données a montré également davantage de cas de complications (donnant droit à des tarifs supérieurs). Dans le même pays, on a observé une proportion plus grande des admissions présentant des complications : amélioration ou manipulation du codage? Aux Pays-Bas, on a fait part de quelques problèmes de surcodage, de surdéclaration et de demande due aux fournisseurs. En France, les problèmes seraient réduits au minimum, puisque les demandes de remboursement à l'Assurance Maladie font l'objet d'un contrôle étroit selon les règles de codage et de facturation et peuvent donner lieu à des recouvrements et à des sanctions financières. Il s'agit plus souvent d'erreurs que de tentatives de manipulation frauduleuse des données.

Qualité des soins

Certaines des évaluations, qui restent partielles ou insuffisamment approfondies, indiquent que le FAA ne semble pas associé à une détérioration des soins (aucun impact quantifiable) selon des indicateurs de processus et de performance relatifs à la qualité en Angleterre et en Allemagne; une telle observation s'applique aussi à l'Italie [Or et Häkkinen, 2012]. Toutefois, des perceptions plutôt négatives du personnel infirmier (étude réalisée en Allemagne) ou des patients (étude réalisée en Suède, citée par Or et Häkkinen) pourraient nuancer ce constat. Aussi, certaines données d'évaluation soulèvent un questionnement plus sérieux : hausse des taux de réadmission à 30 jours dans trois cas traceurs, bien que les taux de mortalité au même point aient diminué, et possibilité d'une demande due aux fournisseurs pour quelques actes (France); hausse des réadmissions (Norvège).

D'autres phénomènes ont été observés, bien que le lien avec le FAA ne puisse pas être statistiquement établi : évolution anormale et variations régionales importantes de certains actes et séjours hospitaliers (France); taux de réadmission accru (Norvège). Ces données restent très limitées, dans un contexte où la surveillance de la qualité reste inadéquate ou insuffisante dans plusieurs pays [Or et Häkkinen, 2012].

Coûts de gestion administrative

La gestion d'un système de FAA exige une grande quantité d'informations sur les services médicaux reçus par les patients, les coûts de ces services et leur répartition dans les différents établissements ou autres centres de production des soins. Ces données sont générées dans ces établissements à l'aide de systèmes d'information et validées avant d'être transmises aux organismes responsables de déterminer les « produits » (DRG par exemple) ainsi que les prix et les tarifs qui leur sont associés. Ces organismes ne sont pas nécessairement responsables du paiement selon les factures produites par les établissements pour la production de ces « produits » (comme c'est le cas en France, qui implante une facturation « au fil de l'eau »). Il apparaît clairement que ces activités exigent des ressources humaines, matérielles et financières, autant dans les établissements que dans les organismes centraux (dans quelques pays, des organismes ont été créés en vue de remplir ces mandats). Quelquefois, des allocations sont versées aux établissements afin d'inciter à la production des données.

Plusieurs évaluations ont fait part de la lourdeur administrative de ces activités, notamment en ce qui concerne la collecte des données, le codage de l'activité, le traitement des demandes de vérification résultant de la vérification des organismes centraux, des coûts importants engendrés tant par les investissements requis dans les systèmes d'information que par leur exploitation ou encore, dans certains pays, des frais administratifs liés à la gestion des ententes contractuelles avec les organismes payeurs (mutuelles d'assurance ou autres organismes). Enfin, il est nécessaire de rappeler que dans tout système de FAA ou de FAP, de façon plus générale, impliquant plusieurs producteurs de soins, la disponibilité de systèmes d'information pertinents est un élément crucial.

3.2 Les défis majeurs

L'analyse précédente a souligné les nombreux défis que posent l'élaboration, l'implantation et la gestion courante d'un système de FAA, particulièrement dans la définition de nouvelles activités, le calcul des coûts, l'établissement des tarifs et les règles de paiement ou de remboursement. Sur le plan logistique, la disponibilité de systèmes d'information, la validation des données médicales et économiques, les mécanismes de facturation et de paiement et la vérification des « factures » ou du respect des règles posent également des défis opérationnels importants. La question de l'intégration rapide des innovations technologiques dans les soins, après qu'on se soit assuré de leur pertinence, de leur efficacité et de leur rapport coût-efficacité, mériterait d'être davantage approfondie. Enfin, les préoccupations relatives aux conséquences négatives associées à un système de FAA sur la sécurité et à la qualité des soins doivent être abordées de façon prioritaire.

Qualité des soins

À cet égard, la description des expériences de l'Angleterre et de la France en matière de FAA a montré le besoin de promouvoir la qualité et d'en faire le suivi. En France, un des rapports d'évaluation [Le Menn et Milon, 2012] insistait sur le déploiement d'une véritable stratégie nationale de la qualité, supervisée par une autorité indépendante, et l'élaboration ou l'amélioration des indicateurs de qualité et de sécurité, en y ajoutant des sondages de satisfaction des patients. De plus, le rapport recommandait la mise en place rapide de référentiels et de guides de pratique et la création d'observatoires régionaux de la qualité et de la pertinence des soins. En Angleterre, la méthode du PbR, tout en restant indépendante du FAA, est liée à un cadre formel de paiement, qui prévoit des incitatifs, des récompenses et des sanctions, le CQUIN, et qui est appliqué par les agents autorisés ou acheteurs (*commissioners*) locaux. Par contre, l'implantation des « tarifs associés aux meilleures pratiques » s'inscrit directement dans la méthode du PbR. Les résultats préliminaires se sont avérés intéressants, mais il est nécessaire de poursuivre l'expérimentation.

Parcours de soins et soins intégrés

Le rapport de l'Inspection générale des finances précisait que la T2A en France était un instrument fondé sur l'offre de soins et non sur le besoin [Pascal *et al.*, 2012]. Le rapport de la Mecss renchérisait en mentionnant que ce système de paiement était plus centré sur la maladie que sur le patient, ce qui pouvait nuire à la mise en place d'un parcours de soins, qui demande une coordination entre différents producteurs de soins en établissement et hors établissement [Le Menn et Milon, 2012]. Dans ce dernier rapport, on recommandait que cette notion de parcours de soins soit expérimentée dans le projet d'étendre la T2A aux soins de suite et de

réadaptation. Un rapport récent, produit au Canada, faisait les mêmes constats et insistait sur le besoin dans les réformes du système de santé de mettre davantage l'accent sur la compréhension du parcours du patient dans le continuum de soins et sur l'élaboration d'un mécanisme de financement qui permettra à un ensemble intégré de producteurs de soins d'être responsable de la prestation de soins appropriés et efficaces [Cohen *et al.*, 2012].

Le défi est donc d'en arriver à financer un parcours de soins coordonnés ou intégrés, bien que de nombreuses difficultés se présentent, notamment en matière de gouvernance, de système d'information, de définition de l'activité en catégories homogènes et d'établissement des coûts. Les expériences de paiement pour des soins intégrés menées en Angleterre et aux Pays-Bas témoignent des possibilités de relever ce défi. En Angleterre, le financement de maladies chroniques ou de soins de longue durée est fondé sur un budget à capitation annuelle ajustée selon le risque accordé à des équipes de soins intégrés; l'expérimentation a été positive et une démarche d'implantation générale a été mise en place. Aux Pays-Bas, l'implantation d'un système de paiement forfaitaire accordé à des groupes de soins pour des maladies chroniques a été amorcée, à la suite d'une expérimentation impliquant des soins pour le diabète dont les résultats ont été positifs.

CONCLUSION

La description des différentes expériences montre que la plupart des systèmes utilisés visent le processus de soins et de services que reçoivent les patients et ont tendance à se concentrer davantage sur la gestion économique des ressources. Cependant, certains ajustements aux systèmes de FAA ont été quelquefois apportés en vue de réduire au minimum des effets indésirables pour les patients, par exemple les congés trop précoces entraînant des réadmissions, mais on peut encore s'interroger sur leur suffisance. De plus, la plupart des expériences de FAA s'appliquent à un contexte de gestion n'impliquant qu'un seul établissement, l'hôpital, qu'il soit public ou privé, ou encore une clinique médicale ou un centre de traitement, habituellement autonome (privé). Enfin, les applications du FAA ont surtout concerné des maladies nécessitant des soins physiques de courte durée, puisque les applications en psychiatrie ou santé mentale restent encore très peu fréquentes. Pourtant le contexte actuel amène des personnes souffrant d'une maladie physique aiguë à requérir des soins hors établissement, mais surtout un nombre grandissant de personnes souffrant de maladies chroniques ou de longue durée. Dans ce contexte, l'analyse a permis de dégager des concepts et des principes fondamentaux qui devraient guider l'élaboration de tout système de financement véritablement axé sur les patients.

Centrer le système de soins sur les patients

Ce principe concerne d'abord et avant tout l'organisation des services de santé qui doit viser l'accès, la continuité, l'efficacité, la qualité et la satisfaction. Les concepts de cheminement clinique, de plan d'intervention, de parcours de soins et de soins intégrés sont reliés à ce principe. En conséquence, tout système de financement devrait favoriser la réalisation de ces objectifs ou, à tout le moins, réduire au minimum les contraintes à leur réalisation.

La qualité n'est pas un luxe, mais une nécessité

Un système de FAP peut prévoir différentes mesures afin d'éviter aux patients des effets indésirables pouvant être engendrés par les comportements des gestionnaires. Toutefois, il peut être aussi conçu de façon à élaborer des tarifs associés aux meilleures pratiques, lesquelles sont définies en collaboration avec les parties impliquées, qu'il s'agisse des soins en établissement, des parcours de soins ou des soins intégrés. Quoi qu'il en soit, il est nécessaire que des stratégies de promotion et de suivi de la qualité soient mises en place afin de s'assurer que les patients reçoivent les soins les plus appropriés et que les conséquences négatives soient réduites au minimum.

« L'argent suit le patient »

Lorsque le système est centré sur le patient, le financement doit être aussi axé sur le patient et plus particulièrement lorsque ce dernier nécessite des soins qui demandent la participation de plusieurs producteurs. Une telle approche peut représenter un défi important à la fois sur le plan de la gestion administrative (gestion du budget intégré, structure décisionnelle : établissement, personnel salarié, personnel autonome) et de la gestion médicale pour la prestation des soins et des services (pluridisciplinarité, milieux de soins). L'application de ce principe suppose aussi la disponibilité de systèmes d'information performants.

On ne peut améliorer que ce qu'on mesure

L'élément crucial dans tout système de FAP est l'information qui concerne d'abord l'état clinique du patient et les besoins de services généraux ou spécialisés sur le plan physique, mental ou social, l'utilisation réelle des ressources entrant dans la production de ces services ainsi que les coûts unitaires de ces différentes ressources. La validité, l'exhaustivité et la représentativité des différentes données sont essentielles pour établir des coûts fiables et exacts concernant chacune des unités de produits, puisque le calcul des tarifs sera établi à partir de ces coûts. Les systèmes d'information sont l'outil nécessaire pour gérer l'ensemble de ces données. Leur disponibilité aura aussi pour avantage de faciliter la gestion de la production des services dans chaque organisation.

L'argent est le « nerf de la guerre »

Les préoccupations économiques restent toujours importantes dans un système public financé par le système de taxation. Il est nécessaire de bien évaluer les besoins, de concevoir les programmes ou les mesures nécessaires pour les satisfaire, de déterminer les sommes budgétaires requises, d'en faire la répartition équitable et de s'assurer de leur gestion efficace afin de répondre aux exigences d'efficacité et d'efficience. Tout nouveau système de financement exige, pour son élaboration, son fonctionnement et ses mécanismes de contrôle, des ressources matérielles, techniques et humaines et, en conséquence, les budgets appropriés. Il faut prévoir également les investissements pour implanter, mettre à jour ou maintenir les structures d'information médicale et financière nécessaires dans les établissements ou pour tout autre producteur de services. Une grille d'évaluation en 9 points est présentée en annexe. Cette grille permet d'évaluer la pertinence et la viabilité de tout projet d'incitation financière tel qu'un système de FAP.

Les difficultés se cachent dans les détails

L'élaboration d'un système de FAP est une activité complexe qui exige, d'une part, le traitement d'une grande quantité d'informations et de nombreuses analyses, nécessitant une expertise technique élevée et des ressources informatiques adéquates, et, d'autre part, la mise en place d'un système afin de gérer les transactions entre les fournisseurs de soins et l'organisme payeur. Des mises à jour fréquentes doivent être faites dans les logiciels de classification et de calcul des coûts. Des guides d'application doivent être rédigés et diffusés auprès des acteurs concernés. Des décisions doivent être prises quant aux principes d'établissement des tarifs, de traitement des conséquences positives ou négatives dans les budgets des fournisseurs ainsi que des mesures de vérification. L'implantation doit se faire de façon progressive afin d'éviter tout bouleversement financier important et de permettre une compréhension et une adoption adéquates du FAP. Des stratégies de communication appropriées sont nécessaires. En d'autres termes, il faut pouvoir compter sur la disponibilité d'un système d'information solide de même que sur une structure de gestion, afin de soutenir un réglage précis de ce mécanisme de financement.

À chaque problème sa solution

Un dernier principe à souligner est le fait que tout système de FAP doit poursuivre des objectifs bien ciblés et le moins nombreux possible afin d'éviter qu'ils soient contradictoires. Habituellement, un fournisseur de soins pourra, dans l'exécution de ses mandats, compter sur d'autres sources budgétaires, dont les principes et les objectifs de répartition pourront être bien différents de ceux d'un système de FAP. Dans ce contexte, il faudra s'assurer que les sommes versées ne soient pas transférées d'une enveloppe à une autre.

ANNEXE A

Une grille d'évaluation d'un projet d'incitation financière

L'évaluation qui précède l'implantation d'un système de financement à visée incitative est essentielle et, bien que sa réalisation puisse être très difficile, particulièrement lorsque d'autres politiques ou mesures sont appliquées en vue d'améliorer la performance ou de modifier l'organisation des services, il est utile d'établir un cadre d'évaluation. Appleby et ses collaborateurs [2012] ont proposé d'adapter au contexte du financement à l'activité une liste de vérification en 9 points, élaborée initialement par Glasziou et ses collaborateurs [2012] pour l'examen de mesures incitatives financières appliquées à des cliniciens.

1. L'incitatif financier est-il approprié?

- a. La mesure prévue permet-elle d'améliorer la performance? (Attention : Cette amélioration accroît-elle les activités qui seraient moins bénéfiques pour les patients comparativement à d'autres?)
- b. Les performances inadéquates persisteront-elles sans l'intervention? (Il est important de mesurer l'étendue des problèmes et leurs tendances, car ils pourraient se régler de toute façon).
- c. Existe-t-il des mesures valides, fiables et pratiques de la performance désirée? (Outre les mesures de l'activité elle-même, il en existe d'autres, établies à partir des résultats de santé, mais sont-elles fiables et valides?)
- d. Les éléments qui empêchent et ceux qui facilitent l'amélioration des comportements ont-ils été évalués? (Il faut tenir compte de l'environnement médical et administratif des établissements visés pour s'assurer que les incitatifs influencent les équipes médicales.)
- e. Les incitatifs financiers agiront-ils, et même mieux que d'autres interventions visant à modifier la performance, et pourquoi? (L'efficacité n'est pas toujours le seul critère.)
- f. Les avantages l'emporteront-ils clairement sur les effets indésirables et le coût en sera-t-il acceptable?

2. Implantation

- a. Les systèmes et les structures nécessaires au changement sont-ils en place? (Des contraintes, par exemple sur les investissements pour agrandir les installations, peuvent limiter les efforts.)
- b. Combien devrait-on payer, à qui et pendant combien de temps? (L'effet d'un tarif national fixé selon le coût moyen peut être diminué ou annulé par l'interfinancement dans l'établissement.)
- c. Comment les incitatifs financiers seront-ils déployés? (Si la flexibilité sur le tarif payé et l'activité ainsi financée est permise à l'échelle locale, les règles visant à l'encadrer peuvent manquer de clarté.)

RÉFÉRENCES

- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Guide de l'étude nationale de coûts à méthodologie commune – ENCC MCO. Paris, France : ATIH; 2013. Disponible à : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bos/2013/sts_20130008_0001_p000.pdf.
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Principaux résultats issus des données de coûts ENCC 2010. Paris, France : ATIH; 2012a. Disponible à : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009200003FF>.
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Rapport d'activité – Année 2011. Paris, France : ATIH; 2012b. Disponible à : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0001F0000DFF>.
- Alberta Health Services. Patient/care-based funding – Long-term care: User summary. Edmonton, AB : Alberta Health Services; 2013. Disponible à : <http://www.albertahealthservices.ca/hp/if-hp-in-ltc-user-summary.pdf>.
- Appleby J, Harrison T, Hawkins L, Dixon A. Payment by results: How can payment systems help to deliver better care? Londres, Angleterre : King's Fund; 2012. Disponible à : http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/payment-by-results-the-kings-fund-nov-2012.pdf.
- Anell A, Glenngard AH, Merkur S. Sweden: Health system review. Health Syst Transit 2012;14(5):1-159. Disponible à : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf.
- Audit Commission. Best practice tariffs and their impact. Londres, Angleterre : Audit Commission; 2012. Disponible à : <http://www.audit-commission.gov.uk/2012/11/best-practice-tariffs-and-their-impact/>.
- Audit Commission. The right result? Payment by Results 2003-07. Londres, Angleterre : Audit Commission; 2008. Disponible à : <http://archive.audit-commission.gov.uk/auditcommission/subwebs/publications/studies/studyPDF/3431.pdf>.
- Battista P et Brophy J. Casemix for beginners [présentation au National Casemix and Activity Based Funding Conference, Gold Coast City (Australie), 3 au 7 octobre 2011]. Disponible à : <http://casemixconference2011.com.au/proceedings>.
- Biørn E, Hagen TP, Iversen T, Magnussen J. How different are hospitals' responses to a financial reform? The impact on efficiency of activity-based financing. Health Care Manag Sci 2010;13(1):1-16.
- Biørn E, Hagen TP, Iversen T, Magnussen J. The effect of activity-based financing on hospital efficiency: A panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000. Health Care Manag Sci 2003;6(4):271-83.

- Bras PL, Vieilleribière JL, Lesteven P. Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux. Tome 1 : rapport; Tome 2 : annexes et pièces jointes. Paris, France : Inspection générale des affaires sociales (IGAS); 2012. Disponible à : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article286>.
- Brick A, Nolan A, O'Reilly J, Smith S. Resource allocation, financing and sustainability in health care: Evidence for the Expert Group on Resource Allocation and Financing in the Health Sector (Vol. I and II). Dublin, Irlande : Department of Health and Children (DoHC); Economic and Social Research Institute (ESRI); 2010. Disponible à : http://www.dohc.ie/publications/resource_allocation_financing_health_sector.html.
- Bruant-Bisson A, Castel P, Panel MP. Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé. Paris, France : Inspection générale des affaires sociales (IGAS); 2012. Disponible à : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article287>.
- Bjorvatn A. Making incentives work: Hospital organisation and performance. *Scand J Public Health* 2012;40(5):449-56.
- Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, réd. Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency and quality in hospitals. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead, Royaume-Uni : Open University Press; 2011. Disponible à : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf.
- Charlesworth A, Davies A, Dixon J. Reforming payment for health care in Europe to achieve better value. Londres, Angleterre : Nuffield Trust; 2012. Disponible à : http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/120823_reforming-payment-for-health-care-in-europev2.pdf.
- Chevreur K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C, Mladovsky P. France: Health system review. *Health Syst Transit* 2010;12(6):1-291, xxi-xxii. Disponible à : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/135809/E94856.pdf.
- Cohen M, McGregor M, Ivanova I, Kinkaid C. Beyond the hospital walls: Activity based funding versus integrated health care reform. Vancouver, BC : Canadian Centre for Policy Alternatives (CCPA); 2012. Disponible à : http://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/BC%20Office/2012/01/CCPA-BC_ABF_2012.pdf.
- Cots F, Chiarello P, Salvador X, Castells X, Quentin W. DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences. Dans : Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, réd. Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals. Maidenhead, Royaume-Uni : Open University Press; 2011 : 75-92.
- Couty E et Scotton C. Le pacte de confiance pour l'hôpital : synthèse des travaux. Paris, France : Ministère des Affaires sociales et de la Santé (MASS); 2013. Disponible à : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_rapport_de_synthese.pdf.

- Deber R, Hollander MJ, Jacobs P. Models of funding and reimbursement in health care: A conceptual framework. *Canadian Public Administration* 2008;51(3):381-405.
- Department of Health – Ireland. The path to universal healthcare: Preliminary paper on universal health insurance Dublin, Irlande : Department of Health; 2013a. Disponible à : <http://www.dohc.ie/publications/ThePathToUniversalHealthcare.html>.
- Department of Health – Ireland. Money follows the patient: Policy paper on hospital financing. Dublin, Irlande : Department of Health; 2013b. Disponible à : http://www.dohc.ie/publications/MoneyFollowsthePatient_HFPP.html.
- Department of Health –Ireland. Health Ireland : Key trends 2012. Dublin, Irlande : Department of Health, Information Unit; 2012. Disponible à : http://www.dohc.ie/publications/pdf/KeyTrends_2012.pdf?direct=1.
- Department of Health. QIPP Long Term Conditions: Supporting the local implementation of the Year of Care Funding Model for people with long term conditions. Londres, Angleterre : Department of Health; 2012. Disponible à : <http://www.selfmanagement.co.uk/sites/default/files/files/Supporting%20the%20local%20implementation%20of%20the%20year%20of%20care%20funding.pdf>.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Le panorama des établissements de santé – édition 2012. Collection Études et statistiques. Paris, France : DREES; 2012. Disponible à : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2012.pdf>.
- Directorate for Health and Social Affairs (DHSA). Activity-based funding of health services in Norway: An assessment and suggested measures. Oslo, Norvège : DHSA; 2007. Disponible à : <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/activity-based-funding-of-health-services-in-norway---an-assessment-and-suggested-measures/Sider/default.aspx>.
- Farrar S, Chalkley M, Yi D, Ma A. Payment by Results: Consequences for key outcomes measures and variations across HRGs, providers and patients. Aberdeen, Royaume-Uni : Health Economics Research Unit (HERU); 2010. Disponible à : <http://www.abdn.ac.uk/heru/uploads/files/pbr-report-2011.pdf>.
- Fürstenberg T, Laschat M, Zich K, Klein S, Gierlin P, Nolting H-D, Schmidt T. G-DRG-Impact evaluation according to sec. 17b para. 8 Hospital Finance Act: Executive summary of the final report of the second research cycle (2006 to 2008) – English executive summary. Berlin, Allemagne : IGES Institut GmbH; 2011. Disponible à : http://www.g-drg.de/cms/Begleitforschung_gem._17b_Abs._8_KHG.
- Fürstenberg T, Zich K, Nolting H-D, Laschat M, Klein S, Häussler B. G-DRG-Impact evaluation according to sec. 17b para. 8 Hospital Finance Act: Final report of the first research cycle (2004 to 2006) – English executive summary. Berlin, Allemagne : IGES Institut GmbH; 2010. Disponible à : http://www.g-drg.de/cms/Begleitforschung_gem._17b_Abs._8_KHG.

- Geissler A, Scheller-Kreinsen D, Quentin W, Busse R. Germany: Understanding G-DRGs. Dans : Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, réd. *Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. Maidenhead, Royaume-Uni : Open University Press; 2011 : 243-71.
- Gezondheidsraad. Advisory letter on policy regarding the Exceptional Medical Procedures Act. Publication no. 2007/18E. La Haye, Pays-Bas : Gezondheidsraad (Health Council of the Netherlands); 2007. Disponible à : http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/200718E_advisory_letter_EMPA.pdf.
- Glasziou PP, Buchan H, Del Mar C, Doust J, Harris M, Knight R, et al. When financial incentives do more good than harm: A checklist. *BMJ* 2012;345:e5047.
- Hagen TP, Veenstra M, Stavem K. Efficiency and patient satisfaction in Norwegian hospitals. Health Organization Research Norway (HORN); 2006. Disponible à : https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30318/HORN_2006_1.pdf?sequence=1.
- Hasaart F. Incentives in the Diagnosis Treatment Combinations payment system for specialist medical care [thèse de doctorat]. Maastricht, Pays-Bas : Maastricht University; 2011. Disponible à : http://www.promotiefleurhasaart.nl/pdf/Incentives%20in%20the%20Diagnosis%20Treatment%20Combination%20System%20for%20specialist%20medical%20care_Hasaart.pdf.
- Health Policy Solutions. Activity based funding for Australian public hospitals: Towards a pricing framework. Sydney, Australie : Independent Hospital Pricing Authority (IHPA); 2011. Disponible à : <http://www.ihipa.gov.au/internet/ihipa/publishing.nsf/Content/draft-pricing-framework-html-toc>.
- Herwartz H et Strumann C. Hospital efficiency under prospective reimbursement schemes: An empirical assessment for the case of Germany. *Eur J Health Econ* 2013 [Epub ahead of print].
- Januleviciute J, Askildsen JE, Kaarboe O, Siciliani L, Sutton M. How do hospitals respond to price changes? Evidence from Norway. Bergen, Norvège : Department of Economics, University of Bergen; 2012. Disponible à : <http://www.uib.no/filearchive/wp.15.12.pdf>.
- Johnsen JR. Norway: Health system review. *Health Syst Transit* 2006;8(1):1-167. Disponible à : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/95144/E88821.pdf.
- Kautiainen K, Häkkinen U, Lauharanta J. Finland: DRGs in a decentralized health care system. Dans : Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, réd. *Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. Maidenhead, Royaume-Uni : Open University Press; 2011 : 321-38.
- Kjerstad E. Prospective funding of general hospitals in Norway—Incentives for higher production? *Int J Health Care Finance Econ* 2003;3(4):231-51.

- Kobel C et Pfeiffer KP. Austria: Inpatient care and the LKF framework. Dans : Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, réd. *Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. Maidenhead, Royaume-Uni : Open University Press; 2011 : 175-95.
- Laegreid P et Neby S. Innovation in public management and gaming the system: The case of activity-based funding in Norwegian hospitals [présentation à la conférence de l'International Public Management Network (IPMN), Honolulu, Hawaii, 27 au 29 juin 2012]. Disponible à : <http://www.ipmn.net/index.php/conferences-a-workshops/135-2012-conference-honolulu-hawaii>.
- Le Menn J et Milon A. Refonder la tarification hospitalière au service du patient. Rapport d'information N° 703 (2011-2012) fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé déposé au Sénat le 25 juillet 2012. Paris, France : Bureau de la distribution du Sénat, Librairie en ligne; 2012. Disponible à : <http://www.senat.fr/rap/r11-703/r11-7031.pdf>.
- Mason A, Ward P, Street A. England: The Healthcare Resource Group system. Dans : Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, réd. *Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. Maidenhead, Royaume-Uni : Open University Press; 2011 : 197-220.
- McDaid D, Wiley M, Maresso A, Mossialos E. Ireland: Health system review. *Health Syst Transit* 2009;11(4):1-268. Disponible à : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/85306/E92928.pdf.
- McDonald R, Allen T, Zaidi S, Fichera E, Todd S, Sutton M, et al. A qualitative and quantitative evaluation of the introduction of best practice tariffs: An evaluation report commissioned by the Department of Health. Nottingham, Royaume-Uni : Nottingham University Business School; 2012. Disponible à : <http://www.nottingham.ac.uk/business/news/documents/bpt-dh-report-21nov2012.pdf>.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé (MASS). Rapport 2012 au Parlement sur le financement des établissements de santé. Paris, France : MASS; 2012. Disponible à : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_au_parlement_10092012-2.pdf.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (MTES). Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière. Édition 2012. Paris, France : MTES, Direction de l'offre de soins; 2012. Disponible à : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/GUIDE_CAH___BOS_2011-5.pdf.
- Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC). A guide to patient-based funding. Toronto, ON : MOHLTC; 2012. Disponible à : http://www.northwestlin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Health_Service_Providers/HSFR%20Phase%201%20Manual%20-%20FINAL_2012-11-16.pdf.

- Monitor. Approved costing guidance. Londres, Angleterre : Monitor; 2013. Disponible à : <http://www.monitor-nhsft.gov.uk/sites/default/files/publications/ToPublishApprovedCostingGuidance21February2013.pdf>.
- Monitor. Annual report and accounts 2011/12. Londres, Angleterre : The Stationery Office; 2012. Disponible à : <http://www.monitor-nhsft.gov.uk/sites/default/files/Annual%20Report%20-%20corrected%20-%20180712.pdf>.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Separating fact from fiction: Annual statement of the Dutch healthcare system 2012. Utrecht, Pays-Bas : NZa (Dutch Healthcare Authority); 2012. Disponible à : http://www.nza.nl/104107/426385/Stand_van_de_Zorgmarkten-engelse_versie.pdf.
- NHS Diabetes et Diabetes UK. Year of Care: Report of findings from the pilot programme. Londres, Angleterre : NHS Diabetes, Diabetes UK; 2011. Disponible à : http://www.networks.nhs.uk/nhs-networks/national-pbc-clinical-leaders-network/documents/YOC_Report.pdf.
- Norwegian Directorate of Health. Norway and health: An introduction. 2^e éd. Oslo, Norvège : Directorate of Health; 2012. Disponible à : <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/norway-and-health-an-introduction/Publikasjoner/Norway%20and%20Health%20rev2012.pdf>.
- Norwegian Research Council. Resultatevaluering av sykehusreformen: Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse. Oslo, Norvège : 2007. Disponible à : <http://evalueringsportalen.no/evaluering/resultatevaluering-av-sykehusreformen-tilgjengelighet%252C-prioritering%252C-effektivitet%252C-brukermedvirkning-og-medbestemmelse> [cité dans Street *et al.*, 2007].
- O'Reilly J, Busse R, Häkkinen U, Or Z, Street A, Wiley M. Paying for hospital care: The experience with implementing activity-based funding in five European countries. *Health Econ Policy Law* 2012;7(1):73-101.
- O'Reilly J, McCarthy B, Wiley M. Ireland: A review of casemix applications within the acute public hospital system. Dans : Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, réd. *Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. Maidenhead, Royaume-Uni : Open University Press; 2011 : 273-92.
- Or Z et Bellanger M. France: Implementing homogeneous patient groups in a mixed market. Dans : Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, réd. *Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. Maidenhead, Royaume-Uni : Open University Press; 2011 : 221-41.
- Or Z et Häkkinen U. Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire ? Document de travail n° 53. Paris, France : Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES); 2012. Disponible à : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT53QualiteSoinsT2A.pdf>.

- Or Z et Häkkinen U. DRGs and quality: For better or worse? Dans : Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, réd. *Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. Maidenhead, Royaume-Uni : Open University Press; 2011 : 115-29.
- Or Z, Bonastre J, Journeau F, Nestrigue C. *Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A*. Document de travail n° 56. Paris, France : Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES); 2013. Disponible à : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT56SoinsHospitaliersT2A.pdf>.
- Pascal P, Coutard J, Dupuy E, Varnier F, Welter G, Olivier M, Durieux B. *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*. Rapport N° 2011-M-056-01. Paris, France : Inspection générale des finances (IGF); 2012. Disponible à : http://www.igf.finances.gouv.fr/webdav/site/igf/shared/Nos_Rapports/documents/2012/2011-M-056-01.pdf.
- Payment by Results Team. *Mental health Payment by Results guidance for 2013-14*. Leeds, Royaume-Uni : Department of Health; 2013. Disponible à : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/141396/Mental-Health-PbR-Guidance-for-2013-14.pdf.pdf.
- Payment by Results Team. *A simple guide to Payment by Results*. Leeds, Royaume-Uni : Department of Health; 2011. Disponible à : <https://www.gov.uk/government/publications/a-simple-guide-to-payment-by-results>.
- Pépin M et Moisdon JC. *Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé*. Dossiers Solidarité et Santé n° 16. Paris, France : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2010. Disponible à : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201016-2.pdf>.
- Petersen SO. *Hospital reimbursement and readmissions. Norway 2002, 2005 and 2008*. BMC Health Serv Res 2010;10(Suppl 2):A14.
- PricewaterhouseCoopers LLP (PwC). *An evaluation of the reimbursement system for NHS-funded care: Report for Monitor*. Londres, Angleterre : PwC; 2012. Disponible à : <http://www.monitor-nhsft.gov.uk/sites/default/files/Evaluation%20Report%20-%20Full%20Report%20FINAL.pdf>.
- Robert T et Ségui-Saulnier S. *Coopération hospitalière : « La T2A m'a-t-elle tuée? »*. Revue hospitalière de France 2012;(548):34-8. Disponible à : http://www.jurisante.fr/wp-content/uploads/2012/11/ART_RHF_548_Sept-Oct_2012.pdf.
- Royal College of Psychiatrists (RCPsych). *Payment by results for mental health (England). Position Statement PS02/2012*. Londres, Angleterre : RCPsych; 2012. Disponible à : http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS02_2012.pdf.

- Ruane F. Report of the Expert Group on Resource Allocation and Financing in the Health Sector. Dublin, Irlande : Department of Health and Children; 2010. Disponible à : http://www.dohc.ie/publications/resource_allocation/resource_allocation_report_hiRes.pdf?direct=1.
- Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. Health Syst Transit 2010;12(1):v-xxvii, 1-228. Disponible à : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/85391/E93667.pdf.
- Scheller-Kreinsen D, Geissler A, Busse R. The ABC of DRGs. Euro Observer 2009;11(9):1-5. Disponible à : http://eurodrg.projects.tu-berlin.de/publications/EuroObserver_Winter_2009.pdf.
- Schut E, Sorbe S, Høj J. Health care reform and long-term care in the Netherlands. OECD Economics Department Working Papers No. 1010. Paris, France : OECD Publishing; 2013. Disponible à : <http://www.oecd.org/economy/2013-2.pdf>.
- Serdén L et Heurgren M. Sweden: The history, development and current use of DRGs. Dans : Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, réd. Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals. Maidenhead, Royaume-Uni : Open University Press; 2011 : 339-57.
- Statistics Finland. Statistical yearbook of Finland 2012. Helsinki, Finlande : Edita Prima Oy; 2012. Disponible à : <http://www.stat.fi/tup/julkaisut/julkaisuluettelo/kuvailusivu.html?ID=6270>.
- Street A, Vitikainen K, Bjorvatn A, Hvenegaard A. Introducing activity-based financing: A review of experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden. CHE Research Paper 30. York, Royaume-Uni : Centre for Health Economics, University of York; 2007. Disponible à : <http://www.york.ac.uk/che/pdf/rp30.pdf>.
- Struijs JN, de Jong-van Til JT, Lemmens LC, Drewes HW, de Bruin SR, Baan CA. Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands: Impact on health care delivery process and the quality of care. Bilthoven, Pays-Bas : National Institute for Public Health and the Environment (RIVM); 2012a. Disponible à : <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260013002.pdf>.
- Struijs JN, Mohnen SM, Molema CCM, de Jong-van Til JT, Baan CA. Effects of bundled payment on curative health care costs in the Netherlands: An analysis for diabetes care and vascular risk management based on nationwide claim data, 2007-2010. Bilthoven, Pays-Bas : National Institute for Public Health and the Environment (RIVM); 2012b. Disponible à : <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260013001.pdf>.
- Struijs JN, van Til JT, Baan CA. Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands: The first tangible effects. Bilthoven, Pays-Bas : National Institute for Public Health and the Environment (RIVM); 2010. Disponible à : <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260224002.pdf>.

- Sutherland J, Repin N, Crump RT. Examen du rôle potentiel des incitations financières dans le financement des services de santé au Canada. Ottawa, ON : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS); 2012. Disponible à : <http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Reports/Reviewing-Financial-Incentives-Sutherland-F.sflb.ashx>.
- Tan SS, van Ineveld M, Redekop K, Hakkaart-van Roijen L. The Netherlands: The Diagnose Behandeling Combinaties. Dans : Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, réd. Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals. Maidenhead, Royaume-Uni : Open University Press; 2011 : 425-46.
- Thomson S, Osborn R, Squires D, Jun M, réd. International profiles of health care systems, 2012. New York, NY : The Commonwealth Fund; 2012. Disponible à : <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2012/Nov/International-Profiles-of-Health-Care-Systems-2012.aspx>.
- Van der Stel E. Regulated performance-based financing: Cost containment vs. performance-based financing. Master thesis. Rotterdam, Pays-Bas : Erasmus University; 2012. Disponible à : <http://oathesis.eur.nl/ir/repub/asset/12872/Stel%20van%20der%20E%20311462.pdf>.
- Vérificateur général du Québec (VGQ). Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011 : tome II. Chapitre 7 – Suivi de la performance des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Québec, Qc : VGQ; 2011. Disponible à : http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2010-2011-T2/fr_Rapport2010-2011-T2-Chap07.pdf.
- Vogl M. Assessing DRG cost accounting with respect to resource allocation and tariff calculation: The case of Germany. Health Econ Rev 2012;2(1):15.
- Yin J, Luras H, Hagen TP, Dahl FA. The effect of activity-based financing on hospital length of stay for elderly patients suffering from heart diseases in Norway. BMC Health Serv Res 2013;13:172.
- Zander B, Dobler L, Busse R. The introduction of DRG funding and hospital nurses' changing perceptions of their practice environment, quality of care and satisfaction: Comparison of cross-sectional surveys over a 10-year period. Int J Nurs Stud 2013;50(2):219.