

Introduction au financement fondé sur les activités

Introduction et contexte

Le Canada se classe au sixième rang des pays les plus riches en ce qui a trait à la part du produit intérieur brut (PIB) consacrée aux dépenses de santé¹. En 2010, les dépenses annuelles de santé au Canada sont estimées à 5 614 \$ par personne, soit plus d'un demi-milliard de dollars par jour à l'échelle nationale. Il s'agit d'une augmentation des dépenses par habitant de 60 % en dollars constants depuis 20 ans².

Les provinces et les territoires accordent désormais plus d'importance à l'efficacité, à la rentabilité et à l'imputabilité dans le système de santé³, continuant en outre de chercher des solutions à des questions telles que les temps d'attente et l'accès aux services de santé. Plusieurs tentent d'évaluer si une modification du mode d'attribution du financement permettrait de régler, du moins en partie, ces questions.

De nombreux pays ont instauré un modèle de financement des hôpitaux fondé sur les activités. Au Canada, des provinces et des territoires s'intéressent depuis peu à ce type de financement et à la façon dont il peut contribuer à l'atteinte des objectifs liés aux politiques de la santé.

Le présent document donne un aperçu du fonctionnement et des objectifs du financement fondé sur les activités et soulève des éléments à prendre en considération en vue de son adoption possible au Canada. Il vise à fournir l'information de base nécessaire à une réflexion et à une discussion plus approfondies sur la question.

Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Systèmes de groupes clients

Comme le financement fondé sur les activités repose en grande partie sur l'utilisation de systèmes de groupes clients, il importe de comprendre comment sont conçus ces systèmes avant d'instaurer ce type de financement.

Comme tout système de classification, les systèmes de groupes clients rassemblent un nombre très élevé d'éléments en apparence isolés — dans ce cas-ci, les épisodes de soins des patients — en un nombre limité de groupes définis en fonction de caractéristiques cliniques communes⁴. Les systèmes de groupes clients fondés sur les épisodes classent les épisodes de soins des patients de façon à ce que tous les épisodes d'un même groupe client possèdent des caractéristiques cliniques semblables et consomment des ressources similaires. Ce sont là des outils puissants mis à la disposition des administrateurs d'hôpitaux, car ils permettent de grouper les épisodes de soins des patients selon des caractéristiques cliniques et financières.

Voici certains critères essentiels applicables à la conception d'un système de groupes clients :

- les données utilisées doivent être exhaustives et fiables;
- l'attribution d'un groupe client et d'une pondération des coûts à un épisode doit être généralement reconnue et transparente, et avoir une validité apparente;
- les groupes clients doivent être homogènes, tant sur le plan clinique que sur le plan des coûts;
- il doit être conçu de façon à permettre une mise en œuvre, un suivi, une évaluation et une mise à niveau dans des délais raisonnables.

Dans le cadre d'un système de groupes clients, des données cliniques à l'échelle des patients (comme le diagnostic principal, l'intervention, le facteur de comorbidité et l'âge) pour chaque épisode (c'est-à-dire chaque hospitalisation) sont utilisées pour attribuer un groupe client à chacun de ces épisodes. La plupart des systèmes attribuent également à chaque épisode une mesure de coûts qui permet d'évaluer soit le coût moyen en dollars de cet épisode au sein du groupe client auquel il a été attribué, soit la valeur relative de pondération du coût.

Pour établir la pondération des coûts, le coût moyen de tous les épisodes de tous les groupes clients est utilisé comme point de référence et correspond généralement à un coefficient de pondération de 1. Le coefficient de chaque groupe client, et de chaque épisode de soins inclus dans ce groupe, est ensuite établi en fonction de ce point de référence. Ainsi, la pondération du coût d'un épisode correspond à son coût relatif par rapport au coût moyen de tous les épisodes compris dans tous les groupes clients. À titre d'exemple, un coefficient de pondération de 0,5 est attribué à un épisode qui consomme deux fois moins de ressources que l'épisode moyen, tandis qu'un coefficient de 2 est attribué à un épisode qui en consomme deux fois plus. *La pondération des coûts explique les variations de coûts attribuables uniquement à des facteurs cliniques.* Elle ne tient pas compte des variations de coûts entre les hôpitaux qui découlent de facteurs structureaux comme la taille, la concentration sur les soins tertiaires, l'isolement ou les activités d'enseignement.

Il importe de garder à l'esprit, à la lecture du présent document, qu'au départ, les systèmes de groupes clients n'ont pas été précisément conçus aux fins du financement des services de santé. Ils devaient plutôt servir d'outils de gestion des coûts afin d'aider les cliniciens et les administrateurs d'hôpitaux à surveiller la qualité des soins et l'utilisation des services. Ils ont néanmoins été utilisés à d'autres fins, dont l'établissement de budgets des hôpitaux et leur financement⁵. Beaucoup de pays industrialisés ont intégré des systèmes de groupes clients à leurs modèles de financement pour les aider à déterminer les taux de remboursement applicables à certains groupes de patients. Ces pays ont donc adopté un modèle de financement fondé sur les activités⁶. L'utilisation des systèmes de groupes clients à des fins de financement permet de classer les épisodes de soins des patients en groupes de paiements et d'estimer le coût de chaque épisode.

Le financement des hôpitaux au Canada — budgets globaux

La plupart des provinces et des territoires établissent des budgets globaux pour le financement de leur système de santé. Les dépenses totales consacrées au système et leur répartition sont déterminées au début de chaque exercice. Les niveaux de financement et la répartition des fonds peuvent être ajustés au fil du temps en fonction de facteurs sociodémographiques, politiques et économiques⁷, mais ils suivent principalement des tendances historiques. Le modèle de budget global peut également prévoir des niveaux cibles d'activité pour les hôpitaux.

Les budgets globaux comportent toutefois une lacune, du fait qu'ils ne permettent pas nécessairement de tenir compte, dans la répartition des fonds entre les hôpitaux, des différences au chapitre du type de patients et de la complexité des soins. Certaines modifications apportées aux budgets globaux ont permis de réduire les incidences de cette lacune. À titre d'exemple, des systèmes de groupes clients ont été utilisés au Canada et à l'étranger pour atténuer dans une certaine mesure les inégalités en matière de répartition des fonds, en effectuant des ajustements qui tiennent compte de la répartition des cas pondérés dans les hôpitaux. Les cas pondérés d'un hôpital correspondent à la somme des coûts pondérés de cet hôpital. D'autres ajustements de la répartition du financement, fondés sur des données probantes, peuvent tenir compte de caractéristiques des hôpitaux qui ont un effet démontré sur les coûts.

Des difficultés peuvent également survenir si les hôpitaux n'atteignent pas les niveaux cibles d'activité ou les excèdent. Il est possible de corriger la situation par des ajustements rétrospectifs sous forme de pénalités financières pour les hôpitaux qui affichent un rendement insuffisant ou de fonds additionnels pour ceux qui affichent un rendement supérieur aux objectifs⁸.

Les budgets globaux ne peuvent être utilisés pour favoriser l'atteinte d'objectifs liés aux politiques de la santé, ce qui représente une limite considérable. En effet, bien qu'ils permettent de contenir les dépenses consacrées au système de santé, ils ne sont pas assortis de mesures incitatives visant l'amélioration de la qualité des soins ou de l'efficacité des activités hospitalières⁹.

Définition du financement fondé sur les activités

Deux caractéristiques permettent de définir le financement fondé sur les activitésⁱ. Premièrement, ce modèle de financement suppose l'utilisation d'un système de groupes clients pour décrire les activités d'un hôpital et en définir les produits ou les extrants. Deuxièmement, le montant du paiement attribué à chaque groupe client est déterminé avant le début de la période de financement, et les paiements aux hôpitaux sont effectués sur la base des cas traités⁸.

Dans le cadre du modèle de financement fondé sur les activités, les épisodes de soins des patients ne sont plus considérés sous la perspective des dépenses engagées par l'hôpital, mais plutôt sous le point de vue selon lequel ils constituent une source de revenus pour l'hôpital. Ce modèle fonctionne selon le principe que les paiements sont déterminés en fonction des différents groupes clients plutôt que des services précis qui sont dispensés. Le remboursement versé aux hôpitaux est donc basé sur les coûts approximatifs associés au traitement d'un cas précis. De cette façon, des mesures financières incitent les hôpitaux à dispenser les soins les plus appropriés aux patients, à diminuer le coût des traitements et à réduire la durée des séjours à l'hôpital inutilement longs¹⁰. Les services inutiles ou les prolongations de séjours au-delà de la durée nécessaire ne sont plus remboursés.

Dans d'autres pays, les systèmes de groupes clients ont joué un rôle déterminant dans la mise en œuvre du financement fondé sur les activités. Plus précisément, ces pays ont utilisé les coefficients de pondération issus d'un système de groupes clients pour déterminer les taux de paiement. Bien que l'efficacité des systèmes de groupes clients aux fins du financement ait été démontrée, la méthode utilisée pour déterminer les groupes clients et les coefficients de pondération doit être alignée sur les politiques et les objectifs en matière de remboursement des soins de santé de chaque province ou territoire. Voici donc quelques modifications pouvant être apportées à un système de groupes clients utilisé aux fins du financement :

- *Cibler des coûts précis* : Si seulement certaines dépenses seront remboursées selon un modèle de financement fondé sur les activités, les coefficients de pondération utilisés pour fixer les prix doivent uniquement inclure ces dépenses. Il peut être nécessaire en effet que les coefficients correspondent au coût marginal d'un épisode additionnel ou au coût d'éléments précis.
- *Remanier le système de groupes clients* : Des changements peuvent être nécessaires pour aligner le système de groupes clients sur la politique de paiement d'une province ou d'un territoire, notamment la modification des groupes clients ou de la méthode de calcul des coefficients de pondération.

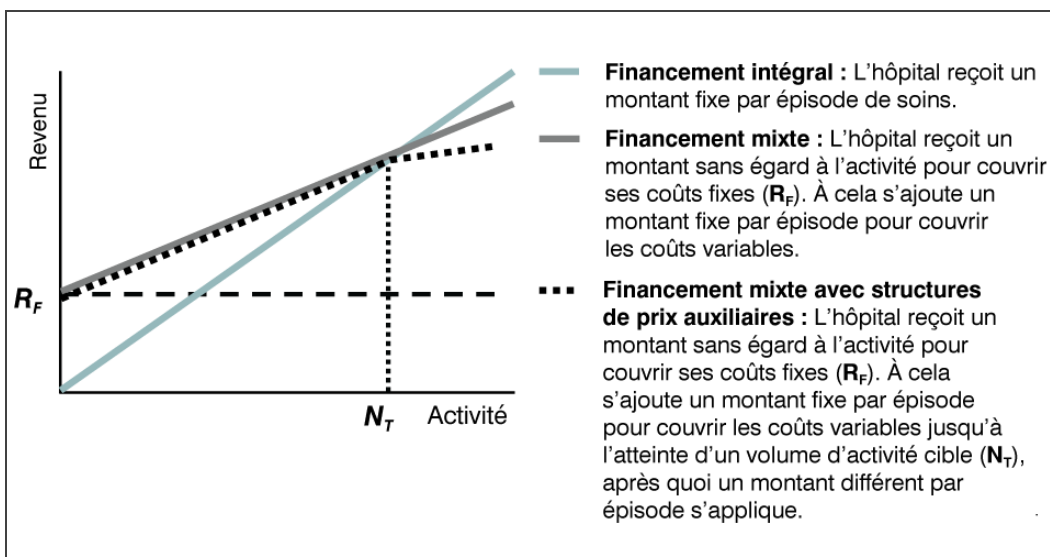
i. D'autres modèles de financement reposent sur les principes du financement fondé sur les activités : financement en fonction des groupes clients, financement basé sur les diagnostics, financement axé sur les patients, la rémunération au rendement, paiements prospectifs des soins médicaux et financement basé sur les services⁹.

Taux de paiement selon un modèle de financement fondé sur les activités

Il est possible que le modèle de financement uniquement fondé sur les activités incite les hôpitaux à accroître leur niveau d'activité, puisque chaque épisode de soins entraîne des revenus additionnels. Cependant, ce modèle de financement est rarement appliqué intégralement, et ce, pour deux raisons. Premièrement, on estime souvent qu'une partie des fonds versés aux hôpitaux, notamment pour l'enseignement et la recherche, ne convient pas au financement fondé sur les activités. Deuxièmement, il peut être nécessaire d'établir des niveaux cibles d'activité et d'intégrer des structures de prix différentes applicables aux hôpitaux qui dépassent les cibles établies.

Comme l'illustre la figure 1, les variations qui découlent de l'attribution et des niveaux d'activité, décrites ci-dessus, donnent lieu à trois modèles de financement fondé sur les activités, soit le financement intégral, le financement mixte et le financement mixte assorti de structures de prix auxiliaires.

Figure 1 : Modèles de financement fondé sur les activités



La figure 1 donne peut-être l'impression que la mise en œuvre du financement fondé sur les activités est simple, mais la complexité de ce modèle de financement réside dans les étapes intégrées qui servent à déterminer les dépenses qui seront remboursées sans égard au niveau d'activité (point d'intersection R_F), le prix par épisode de soins (inclinaison de la ligne), le niveau d'activité cible (N_T) et le prix par épisode à la suite de l'atteinte du niveau cible (modification de l'inclinaison de la ligne). Pour obtenir cette information, il est nécessaire d'effectuer les étapes suivantes.

Établir des niveaux cibles d'activité

L'établissement de niveaux cibles d'activité permet d'adapter les mesures incitatives au volume d'activité, car les taux de paiement applicables aux niveaux inférieurs aux cibles peuvent différer des taux applicables aux niveaux supérieurs. Si le taux de paiement applicable au niveau supérieur au niveau cible est moindre que celui applicable au niveau inférieur au niveau cible, la province ou le territoire est mieux en mesure de maîtriser l'ensemble des dépenses en santé. Si l'objectif est plutôt d'augmenter le niveau d'activité, la province ou le territoire peut augmenter le taux de paiement applicable au niveau supérieur afin d'inciter les hôpitaux à augmenter leur charge de travail⁸. L'établissement des niveaux cibles d'activité et les incidences d'un dépassement des niveaux cibles sur les paiements dépendent des objectifs stratégiques de la province ou du territoire.

Définir la portée des activités hospitalières financées selon un modèle de financement fondé sur les activités

Pour mettre en œuvre un modèle de financement fondé sur les activités, il est nécessaire de déterminer quelles activités sont admissibles. Les dépenses qui doivent être engagées sans égard aux activités peuvent être exclues du financement fondé sur les activités et financées séparément au moyen d'un budget global. Il peut s'agir de dépenses liées à la recherche, à l'éducation, à l'innovation, à l'infrastructure et au maintien de la capacité de soins d'urgence¹¹. La définition de la portée des épisodes de soins à exclure du financement fondé sur les activités peut également reposer sur des considérations cliniques⁶. Par exemple, ce modèle de financement pourrait ne pas convenir aux patients en santé mentale. Enfin, des problèmes de qualité des données cliniques ou relatives aux coûts pourraient entraîner d'autres exclusions.

Déterminer le coût prévu des épisodes de soins

Une fois que la portée des services et des épisodes à inclure dans le financement fondé sur les activités est définie, il faut évaluer avec précision la pondération des coûts de chaque épisode. Pour produire des coefficients de pondération utiles au financement fondé sur les activités, il faut calculer les coefficients en tenant compte uniquement des services et des épisodes admissibles.

De plus, certaines modifications, qui auraient une incidence sur les coefficients de pondération, pourraient devoir être apportées au système de groupes clients. Par exemple, les systèmes de groupes clients prennent en compte la répartition de la durée du séjour associée aux épisodes de chaque groupe client, puis établissent un point de démarcation pour chaque groupe. Lorsqu'un épisode présente une durée de séjour supérieure au point de démarcation établi pour le groupe auquel il appartient, il est considéré comme un épisode associé à un séjour anormalement long qui ne peut s'expliquer uniquement par des facteurs cliniques. En règle générale, le système de groupes clients ajustera le coefficient de pondération de cet épisode de façon à mieux répartir le coût entre l'hôpital et le ministère de la Santé. Le coefficient de pondération est alors majoré pour chaque jour excédant la durée moyenne du séjour. Il est nécessaire de tenir compte, pour l'établissement des points de démarcation et des taux de majoration quotidiens, de la politique de paiement de la province ou du territoire en matière de remboursement équitable des coûts des épisodes associés à un séjour prolongé.

D'autres facteurs qui influent sur les coûts, comme la taille de l'établissement, la concentration sur les soins tertiaires, les activités d'enseignement et l'emplacement, doivent être pris en compte dans l'établissement du taux de paiement⁶. Ces éléments doivent être évalués à l'extérieur du cadre du système de groupes clients; comme il a été expliqué précédemment, les coefficients de pondération expliquent uniquement les variations de coûts attribuables à des facteurs cliniques.

Déterminer les situations où le paiement devrait différer du coût moyen

L'établissement de taux de paiement qui égalent le coût moyen incite les hôpitaux dont les coûts sont supérieurs à la moyenne à réduire ces coûts. Il peut toutefois être justifié de fixer des taux de paiement différents des coûts moyens lorsque des changements précis doivent être apportés au mode de fonctionnement des hôpitaux, comme la mise en place de solides mesures incitatives en vue d'améliorer l'efficacité des soins dispensés, l'accès aux soins ou la qualité des soins. Voici quelques exemples de stratégies permettant d'atteindre différents objectifs en matière de politiques :

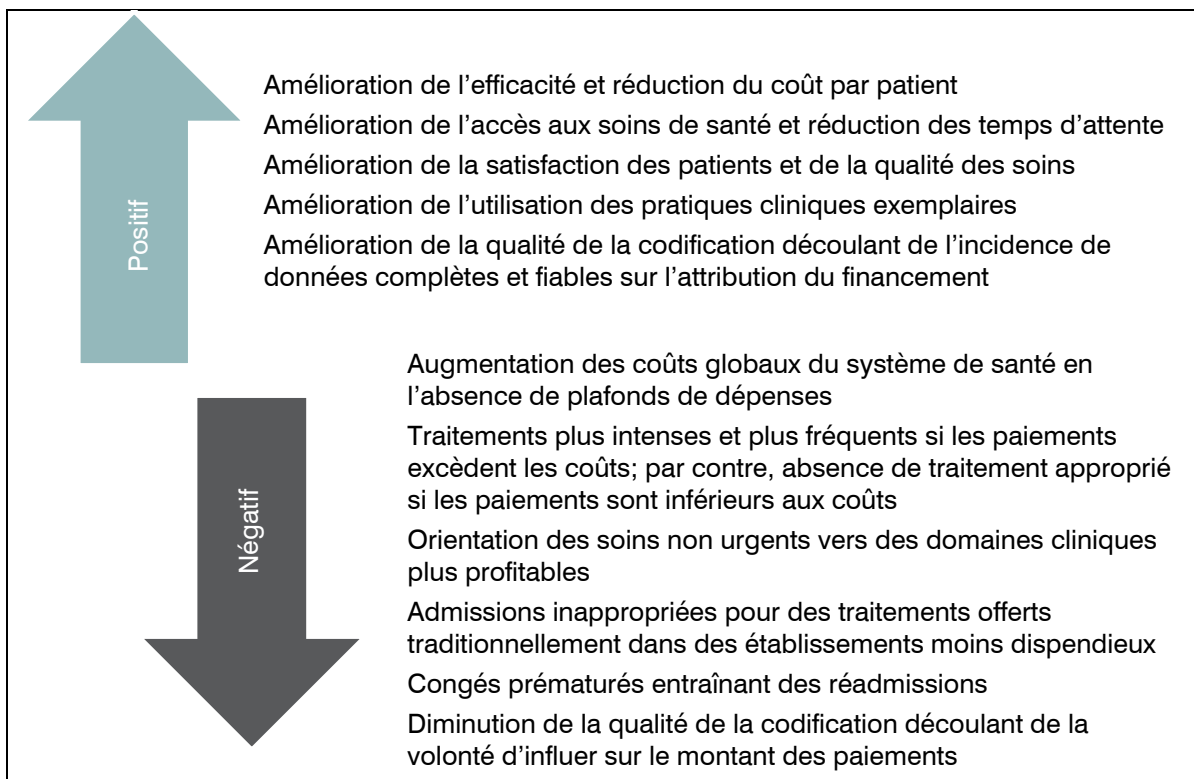
- La variation des coûts entre des types d'hôpitaux similaires permet de déterminer ce qu'il est possible d'atteindre en matière d'efficacité, mais certains éléments importants doivent être pris en compte¹². Par exemple, le taux de paiement d'un groupe de maladies analogues peut être fixé sous le coût moyen afin d'inciter les hôpitaux à être plus efficaces que la moyenne¹³.
- Il est également possible d'encourager le recours à des traitements moins coûteux en ajustant les taux de paiement en conséquence. À titre d'exemple, une intervention pratiquée à l'unité de chirurgie d'un jour, même si elle constitue un excédent sur les coûts, peut être moins coûteuse que si elle est effectuée dans le cadre d'une hospitalisation. Il peut donc être intéressant d'inciter les hôpitaux à offrir certains soins aux patients hospitalisés à l'unité de chirurgie d'un jour¹⁴.
- Pour certains types d'épisodes de soins, les paiements peuvent excéder les coûts afin d'inciter les hôpitaux à accroître leur capacité de réduire les listes d'attente¹⁵.
- Les paiements peuvent ne pas couvrir intégralement les dépenses qui pourraient être évitées si les hôpitaux adhéraient aux lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires¹⁴.

Mesure du succès et suivi des incidences sur le système de santé

La mise en œuvre du financement fondé sur les activités n'est pas une mince tâche. Il faut récolter l'appui des administrateurs d'hôpitaux, mettre en place les ressources adéquates en matière de technologies de l'information et d'administration au sein de l'hôpital et de l'organisme de financement, assurer une collaboration avec d'autres initiatives d'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des soins, et adopter une vision qui encourage les améliorations à l'échelle du système de santé. Pour atteindre les résultats dans le cadre du modèle de financement, il est essentiel de mettre en place des mesures de surveillance des changements qui s'opèrent dans le mode de fonctionnement des hôpitaux à la suite de la mise en œuvre du modèle de financement fondé sur les activités.

Bien que le but de tout modèle de financement fondé sur des données probantes soit d'inciter les hôpitaux à modifier favorablement leur mode de fonctionnement, les résultats réels peuvent comporter des aspects négatifs^{10, 16}. C'est pourquoi le plan de mise en œuvre d'un tel modèle de financement doit prévoir un volet de surveillance des changements dans le mode de fonctionnement et d'évaluation de l'efficacité de ces changements. La figure 2 présente certains des changements dans le mode de fonctionnement des hôpitaux qui peuvent découler de la mise en œuvre d'un modèle de financement fondé sur les activités.

Figure 2 : Exemples de changements positifs et négatifs dans le mode de fonctionnement des hôpitaux attribuables au financement fondé sur les activités



Les provinces et territoires, en plus d'observer les changements au sein des hôpitaux, doivent tenir compte des incidences du modèle de financement sur l'ensemble du système de santé. L'observation des changements sur le plan des interactions entre les hôpitaux et les secteurs du système de santé permet de déterminer si ces changements produisent des effets positifs en matière de qualité des soins et d'utilisation efficace des ressources. Les mesures utilisées pour suivre les changements dans le mode de fonctionnement des hôpitaux peuvent servir à pénaliser le mauvais rendement et à récompenser le bon rendement au chapitre de la qualité des soins. Pour y parvenir, il peut être nécessaire d'aborder d'une autre manière la collecte de données. Les patients pourraient devoir être consultés si on veut vraiment comprendre leurs résultats pour la santé, par exemple en instaurant des mesures d'évaluation de la perception des patients¹⁷. De plus, l'autorité responsable de la collecte de données cliniques doit dans certains cas être indépendante de l'hôpital pour assurer la qualité de la codification¹⁴.

Une province ou un territoire qui décide d'instaurer un financement fondé sur les activités peut choisir un modèle qui consiste à rediriger une faible proportion des budgets globaux des hôpitaux vers un financement fondé sur les activités, puis accroître cette proportion d'une année à l'autre. L'analyse de la portée et de la rapidité de la mise en œuvre du financement fondé sur les activités dans d'autres pays montre les avantages d'une telle démarche⁸. Les provinces et les territoires peuvent également choisir d'instaurer initialement ce modèle de financement dans certains hôpitaux ou pour des catégories de services aux patients sélectionnées. La mise en œuvre par phases permet de valider le nouveau modèle et donne aux administrateurs de l'hôpital le temps de maîtriser les nouvelles règles de financement.

Mot de la fin

Le présent document a voulu donner un aperçu du fonctionnement et des objectifs du financement fondé sur les activités et soulever certains éléments à prendre en considération en vue de son adoption possible au Canada. Bien qu'il ait principalement porté sur l'application du financement fondé sur les hospitalisations, un modèle similaire pourrait s'appliquer à d'autres types d'établissements de soins de santé.

L'ICIS a mis sur pied une unité responsable du financement fondé sur les activités chargée d'offrir aux provinces et aux territoires une assistance technique en matière de conception, de mise en œuvre, de surveillance et d'évaluation de systèmes de financement fondé sur les activités et d'intégration des produits de l'ICIS à ces systèmes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec nous à l'adresse fa@icis.ca.

Références

1. Organisation de coopération et de développement économiques, *OECD Health Data 2010—Frequently Requested Data [Éco-Santé OCDE 2010 — données fréquemment demandées]*, Paris (France), OCDE, 2009. Consulté le 28 septembre 2010. Internet : <http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html>.
2. Institut canadien d'information sur la santé, *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2010 [Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2010.
3. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Care in Canada 2009: A Decade in Review [Les soins de santé au Canada 2009 : revue de la dernière décennie]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.
4. R. B. Fetter et coll., « Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups », *Medical Care*, vol. 18, n° 2, suppl. (1980), p. 1-53.
5. Institut canadien d'information sur la santé, *CMG+ Tool Kit—Transitioning to the New CMG+ Grouping Methodology*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2007.
6. J. Schreyögg et coll., « Methods to Determine Reimbursement Rates for Diagnosis Related Groups (DRG): A Comparison of Nine European Countries », *Health Care Management Science*, vol. 9 (2006), p. 215-223.
7. British Columbia Medical Association, *Valuing Quality: Patient-Focused Funding in British Columbia*, Vancouver (C.-B.), BCMA, 2010.
8. A. Street et coll., *Introducing Activity-Based Financing: A Review of Experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden* (rapport de recherche du CHE, 30), York (Royaume-Uni), Centre for Health Economics, 2007.
9. J. McAllister, « A Better Way of Funding Hospitals », *Canadian Healthcare Manager* (janvier-février 2010), p. 17-21.
10. J. Cylus et R. Irwin, « The Challenges of Hospital Payment », *Euro Observer*, vol. 12, n° 3 (2010), p. 1-3.
11. D. Scheller-Kreinsen, A. Geissler et R. Busse, « The ABC of DRGs », *Euro Observer*, vol. 11, n° 4 (2009), p. 1-5.
12. K. Eagar, *The Cost of Public Hospitals—Which State or Territory Is the Most Efficient?* (série d'information ABF, 4), Wollongong (Australie), Université de Wollongong, 2010. Consulté le 28 septembre 2010. Internet : <<http://chsd.uow.edu.au/content/groups/public/@web/@chsd/documents/doc/uow082636.pdf>>.
13. S. J. Duckett, « Casemix Funding for Acute Hospital Inpatient Services in Australia », *Medical Journal of Australia*, vol.169 (1998), p. S17-S21.

14. A. Street et A. Maynard, « Activity Based Financing in England: The Need for Continual Refinement of Payment by Results », *Health Economics, Policy and Law*, vol. 2 (2007), p. 419-427.
15. A. Street et S. J. Duckett, « Are Waiting Lists Inevitable? », *Health Policy*, vol. 36 (1996), p. 1-15.
16. Z. Or, « Activity Based Payment in France », *Euro Observer*, vol. 11, n° 4 (2009), p. 5-6.
17. S. J. Duckett, « Hospital Payment Arrangements to Encourage Efficiency: The Case of Victoria, Australia », *Health Policy*, vol. 34 (1995), p. 113-134.