

**ALLOCATION DES RESSOURCES AUX ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX :
PISTES ET BALISES POUR IMPLANTER
LE FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ**

Février 2012

Édition

Rédaction : Anne Lemay

Collaborateurs : François Lemoyne, Claude Paradis, Léonard Vincent, Luc Bouchard

Révision : Sarah Marchand

Mise en page : Céline Hel

Distribution

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Direction de la performance et de la qualité

505, boul. De Maisonneuve Ouest

Bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2

Tél. : (514) 282-4228

Site Web : www.aqesss.qc.ca

© Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2012

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2012

Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-89636-133-0 (PDF)

Ce document est disponible gratuitement sur le Web : aqesss.qc.ca .

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. Évolution des modalités d'allocation de ressources aux Établissements et problématiques qui y sont associées	3
1.1 Évolution des mécanismes d'allocation des ressources aux établissements au Québec ...	3
1.2 Problématique reliée aux mécanismes d'allocation des ressources pour les établissements.....	5
2. Expériences internationales en matière d'allocation des ressources aux établissements.....	9
2.1 Tendances observées.....	9
2.2 Les effets recensés du budget global.....	10
2.3 L'introduction et l'application du financement à l'activité.....	11
2.4 Les effets observés du mode d'allocation des ressources à l'activité	14
3. Perspectives et pistes de réflexion sur l'introduction du mode d'allocation des ressources à l'activité	17
3.1 Les éléments liés à l'univers d'application du mode de financement à l'activité.....	18
a) Priorité aux secteurs cliniques	18
b) Les services administratifs et l'infrastructure de soutien	18
c) La reconnaissance des missions d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et modes d'interventions en santé	19
d) La reconnaissance des services ultraspecialisés	20
3.2 Les modalités d'introduction et de gestion du financement à l'activité	21
a) Incitatifs à la performance et à la qualité	21
b) La nécessité de se doter d'informations adéquates et de qualité	22
i. La structure de l'information	22
ii. Le prix de revient des épisodes de soins ou des cas	22
iii. La classification des épisodes de soins ou des activités.....	23
iv. Information sur le volet ambulatoire.....	23
c) La détermination de la structure de tarification.....	24
d) Détermination des modalités d'application	24
e) Développement d'une expertise spécifique de gestion	24
CONCLUSION	25
RÉFÉRENCES	27
ANNEXE 1	32

INTRODUCTION

Depuis sa mise en place en décembre 1971, le système québécois de santé et de services sociaux a fait l'objet de changements importants au chapitre de sa structure et de ses modalités organisationnelles. Parmi ces modifications figurent, entre autres, la régionalisation de l'organisation des services, la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et la désignation des établissements académiques. Dans la foulée de cette évolution, les modalités d'allocation des ressources ont été modifiées pour soutenir la régionalisation. Des enveloppes régionales sont donc déterminées en tenant compte des besoins sociosanitaires des différentes populations et de la richesse relative observée dans chacune des régions.

Malgré le recours à cette nouvelle méthode, peu de changements ont été effectués dans la façon de financer les établissements. En effet, encore aujourd'hui, ce financement repose principalement sur un budget global qui évolue de façon historique. Or, cette approche ne traduit pas adéquatement l'évolution réelle de l'offre, que ce soit en matière de types ou de volume de soins et services. Ce faisant, elle reproduit d'année en année des problèmes d'iniquité dans le financement des établissements.

Pour cette raison, les établissements membres de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) réclament un mode de budgétisation plus adéquat, qui permettrait de centrer davantage l'allocation des ressources sur le patient, de mieux reconnaître l'offre réelle de soins et services et les besoins populationnels, d'améliorer l'équité d'accès au financement et, par le fait même, de rehausser leur performance, entre autres en satisfaisant mieux les besoins des populations qu'ils desservent (selon un sondage effectué par l'AQESSS en 2011, hôpitaux universitaires de Montréal, 2010 et comités consultatifs)¹ [1][2]. Ainsi, la prestation de soins et de services aux patients n'aurait plus uniquement comme conséquence d'engendrer des dépenses, mais aussi celle de générer des revenus. Afin de contribuer à la réflexion, l'AQESSS a donc analysé la problématique avec ses membres, et a répertorié et étudié les connaissances sur le sujet. Le présent document résume ainsi les conclusions de l'Association au sujet du financement des établissements, et explore

1 Voir en annexe la liste des membres du comité de financement à l'activité des CSSS et de celui des centres universitaires.

spécifiquement une option reposant en majeure partie sur la reconnaissance des services offerts à la clientèle, soit le financement à l'activité.

Notre analyse porte sur les mécanismes d'allocation des ressources financées par les fonds publics. Nous ne traitons pas des modalités de prélèvements des fonds faisant appel à la fiscalité et à des mécanismes publics d'assurances, ni à l'utilisation du financement privé. Dans un premier temps, nous décrivons l'évolution des mesures d'allocation des ressources aux établissements – en particulier aux hôpitaux –, dans la dynamique générale du financement du système québécois de santé et de services sociaux. Nous mettons en évidence les principales problématiques reliées aux modalités actuelles d'allocation des ressources, ainsi que les principaux enjeux qui commandent une révision de celles-ci, en particulier l'avenue du financement par activité.

En fait, le financement par activité n'est pas suggéré que par les membres de l'AQESSS, puisqu'il retient aussi l'attention du Conseil du trésor. En effet, dans son Plan d'action pour la réduction et le contrôle des dépenses, la présidente du Conseil du trésor et ministre responsable de l'Administration précisait récemment : « afin d'améliorer la reddition de compte, le ministère de la Santé et des Services sociaux accentuera l'utilisation de la gestion par activité, un pas de plus visant à délaissier les bases budgétaires historiques comme référence de financement des établissements. » Le ministère des Finances est aussi intéressé par cette avenue et a initié une collaboration avec des chercheurs pour documenter les expériences en matière de financement à l'activité.

Comme les problématiques relevées dans notre analyse ont été observées également ailleurs qu'au Québec, nous pouvons nous inspirer des solutions mises de l'avant par les gouvernements d'autres provinces canadiennes et d'autres pays occidentaux pour améliorer les modalités d'allocation des ressources dans le système québécois. Notre recherche de solutions tient donc compte des réalités vécues ailleurs en mettant en évidence leurs effets documentés.

Enfin, à la lumière de la situation et des tendances observées ici et ailleurs, nous déterminons certains principes directeurs et moyens d'action qui, selon nous, mériteraient une attention particulière de la part des principales instances décisionnelles dans le cadre d'un processus de modification des modalités d'allocation des ressources en faveur de l'implantation du financement à l'activité. Nous souhaitons que cette analyse contribue à un exercice concerté d'élaboration d'une stratégie visant une meilleure transition vers un système de santé et de services sociaux efficace, rentable, de qualité et accessible à toute la population du Québec, en considérant que l'enveloppe des ressources octroyées au système de santé et de services sociaux reste la même.

1. ÉVOLUTION DES MODALITÉS D'ALLOCATION DE RESSOURCES AUX ÉTABLISSEMENTS ET PROBLÉMATIQUES QUI Y SONT ASSOCIÉES

1.1 Évolution des mécanismes d'allocation des ressources aux établissements au Québec

Au cours des 20 années qui ont suivi la mise en place des régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie, le financement des établissements de santé et de services sociaux ainsi que la rémunération des professionnels (médecins, dentistes et pharmaciens) ont été effectués selon un modèle technocratique très centralisé ne tenant pas compte de la composante régionale. Une entente explicite était ainsi conclue entre le MSSS et chacun des établissements ou groupes de professionnels, laquelle, pour ces derniers, découlait généralement d'un processus continu de négociation avec les associations concernées.

Jusqu'en 1972, le budget des établissements était établi au moyen de l'analyse détaillée de chacun des postes budgétaires, soit le budget ligne par ligne. Par la suite, les hôpitaux, les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les Centres locaux de services communautaires (CLSC) ont reçu un budget global qui s'appuyait sur les enveloppes budgétaires de chacun des établissements pour 1969-1970. Ce budget « global », qui n'en est pas tout à fait un, ne couvrait en réalité que les dépenses d'exploitation et excluait les dépenses d'immobilisation ainsi que la rémunération des médecins.

Depuis, pour l'essentiel, le mécanisme de budgétisation consiste à reconduire le budget global de chaque établissement d'année en année, en l'indexant à la hausse (et à la baisse au milieu des années 90). Bien sûr, des ajustements ont été apportés aux budgets des établissements pour refléter partiellement l'inflation des coûts de la main-d'œuvre, des médicaments et des fournitures. Certains établissements ont aussi pu profiter d'ajustements récurrents pour le financement de développements découlant de projets immobiliers, de mises en place prioritaires de programmes destinés à certaines clientèles (hémodialyse, oncologie, SISAD (Services intensifs de soutien à domicile), POSILTH (Programme d'organisation de services intensifs long terme pour personnes handicapées), etc.) et d'ajouts de nouveaux médecins à l'équipe.

En 1977, le ministère a tenté d'inclure l'efficacité économique des hôpitaux dans la détermination des bases budgétaires. La méthode de révision des bases budgétaires

(MRBB) consistait à comparer les coûts unitaires par centre d'activité des établissements enregistrant des niveaux d'activité semblables [3]. Ainsi, les établissements dont les coûts étaient supérieurs ou inférieurs à leur groupe de référence étaient considérés comme étant surfinancés ou sous-financés. Toutefois, l'introduction de la MRBB a échoué pour trois grandes raisons : son utilisation dans un contexte budgétaire difficile, la complexité de sa méthodologie et l'instabilité non justifiée méthodologiquement des groupes de comparaison, ce qui limitait la capacité d'accroître l'équité. Même si les dépenses en capital ne constituent qu'une faible part des dépenses publiques du système de soins, leur régulation a constitué un élément important du contrôle des dépenses globales.

En 1981-1982, le MSSS a entrepris un chantier de modification des modalités pour améliorer l'allocation des ressources et l'équité interrégionale [4]. Mais ce n'est qu'au début des années 90 qu'un comité tripartite, formé de représentants du MSSS, des régies régionales et de l'Association des hôpitaux, a élaboré un modèle d'allocation équitable des ressources pour le programme de santé physique [5; 6]. La méthode proposée, qui tenait compte à la fois de la consommation relative des populations dans les établissements de chacune des régions et de l'efficacité dans la prestation des services, n'a cependant été utilisée que d'une façon marginale. De plus, depuis 1994-1995, la méthode du per capita pondéré par programme a été utilisée pour l'application de compressions ou pour des ajouts ponctuels dans les régions affichant une pauvreté relative, selon le calcul du ratio des dépenses per capita pondéré par l'indice des besoins. Cette méthode, maintenant développée par programme-clientèle, est toujours en application pour l'allocation des ressources au niveau régional.

Toute la problématique de l'iniquité et de l'inadéquation de l'allocation des ressources aux établissements reste entière.

Cependant, malgré l'élaboration de méthodes d'allocation des ressources aux régions qui tiennent compte de leurs besoins relatifs, de leurs programmes-clientèles et de leur richesse relative – laquelle est établie par les ressources à leur disposition –, leur application demeure plus marginale au niveau intrarégional. D'année en année, certains établissements enregistrent donc des déficits qui, à quelques reprises, ont été consolidés par le gouvernement provincial. Ce faisant, le gouvernement a reconnu, en partie, le problème d'iniquité budgétaire [3]. D'ailleurs, au cours des dernières années, plusieurs établissements ont obtenu l'autorisation d'inscrire un déficit, en autant qu'il soit maintenu à un niveau permis par les ententes de gestion. En soi, cela constitue une reconnaissance de leur sous-financement par rapport à la prestation de leur offre de services, même si le bailleur souhaite respecter la loi antidéficit.

De plus, pour accroître la prestation de certains services ciblés, le ministère et les agences ont eu recours, à l'instar d'autres provinces canadiennes, au financement à l'activité. Ainsi, certains établissements, conformément à leurs ententes de gestion, ont reçu un financement additionnel à leur budget global [5] pour réaliser un volume

bien défini de services, notamment certaines chirurgies. Ces initiatives ont permis d'améliorer l'accès à ces services, mais n'ont toutefois pas réglé les enjeux liés à l'adéquation des tarifs utilisés et au quota de services identifié par établissement.

En fait, toute la problématique de l'iniquité et de l'inadéquation de l'allocation des ressources aux établissements reste entière. Or, comme nous le verrons dans les prochaines sections, l'allocation des ressources est un enjeu très important de la régulation du système et doit être adéquatement jumelé à d'autres modalités de gestion pour favoriser l'atteinte des résultats ciblés.

1.2 Problématique liée aux mécanismes d'allocation des ressources pour les établissements

En raison de son importance économique et de la charge que représente son financement pour l'État et la population, le système de santé et de services sociaux figure parmi les grandes préoccupations de la société québécoise et canadienne. En effet, les coûts croissants, le financement, la pérennité et la performance du système retiennent beaucoup l'attention. Toutefois, même si ces quatre aspects sont étroitement liés, c'est sans doute le contrôle des coûts qui a été fait avec le plus d'application. C'est d'ailleurs dans cette dimension de la gestion du système que le Québec excelle [7]. Sur l'aspect du financement, les réflexions ont surtout porté sur le niveau de contribution des secteurs publics et privés, plutôt que sur les modalités d'allocation des ressources qui, pourtant, constituent des leviers puissants pour influencer les coûts ainsi que la performance du système de santé et de services sociaux.

Contrairement à d'autres secteurs économiques, les mécanismes de marché ne peuvent permettre une allocation efficace des ressources du système de soins, puisque les services de santé ne sont pas des biens de consommation comme les autres. La plupart des économistes de la santé ont d'ailleurs exposé et analysé ces particularités [8; 9]. Or, comme l'enveloppe globale du système, qui est sous la responsabilité des autorités publiques, est en partie définie politiquement par la détermination de l'éventail des services assurés, il importe de fixer des mécanismes d'allocation des ressources entre les différents groupes de population ou entre les divers groupes de producteurs (hôpitaux, médecins, pharmaciens, etc.).

Jusqu'à présent, au Québec comme au Canada, l'allocation des ressources aux établissements, notamment aux hôpitaux, a été effectuée principalement en fonction d'une logique de groupes de producteurs plutôt qu'en considération des responsabilités à l'égard de populations précises [6]. De plus, les mécanismes d'allocation des ressources ne peuvent refléter adéquatement la nature des besoins de services de la population dans chacun des territoires en raison de la reconduction historique des budgets accordés aux organisations et aux groupes de professionnels.

Même si l'enveloppe du secteur de la santé a crû plus rapidement que celle des autres secteurs économiques depuis l'instauration des régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie [10], des problèmes d'équité et d'accès aux services persistent dans le système de soins. De fait, malgré une meilleure prise en compte des besoins des différentes populations dans l'allocation des ressources aux régions, la budgétisation des établissements est demeurée à peu près inchangée.

Le financement des établissements et organismes qui dispensent des services de santé et des services sociaux à la population du Québec constitue un élément clé de la dynamique générale de notre système sociosanitaire. Il s'agit d'un facteur déterminant pour actualiser les politiques ministérielles dans ce domaine. Une allocation des ressources financières correspondant à la fois aux besoins de la population et à la capacité de payer de l'État traduit explicitement la volonté des acteurs politiques de réaliser les objectifs visés.

Or, si le financement du système sociosanitaire est une condition inhérente à la dispensation des services à la population, il est régi par un ensemble de règles répondant aux grands principes déterminés par le législateur. Différents outils sont d'ailleurs mis à la disposition des gestionnaires pour atteindre les objectifs attendus. Parmi ceux-ci figurent la circulation de l'information, la réglementation et les incitatifs financiers. Ces derniers, dont font partie les modalités d'allocation des ressources, constituent des instruments puissants pour assurer le bon fonctionnement du système et l'amener à réaliser ses objectifs [11; 12].

L'interrelation adéquate des mécanismes d'allocation des ressources avec ces différents outils du système permet de minimiser les effets indésirables de chacun des mécanismes et d'en optimiser les bénéfiques. De fait, les modalités d'allocation des ressources ne se résument pas à un mode de rémunération (budget global, financement à l'activité); elles réfèrent aussi au contexte organisationnel dans lequel elles s'inscrivent [13]. Selon la typologie de Contandriopoulos, Champagne et Baris, on retrouve 15 modalités de paiement qui répondent à trois questions :

- quel est l'objet de la rémunération, à savoir la ressource (établissement) ou le service (épisode de soins, intervention chirurgicale)?
- comment et par qui est définie la rémunération (négociation, décision administrative, modalités de règlement des écarts entre le réel et le planifié)?
- comment est organisé le paiement (prospectif ou rétroactif, par l'utilisateur, par un tiers payant ou directement par bailleurs de fonds)?

Un exemple caractérisant une problématique d'actualité de l'allocation des ressources au Québec réside dans l'introduction de mécanismes de financement des hôpitaux sur la base des cas hospitalisés à l'aide d'une version sophistiquée des *Diagnosis Related Groups* (DRG), soit les *All-Patient-Refined DRG* (APR-DRG) [14]. Réalisée dans le but de mieux considérer la nature et la complexité des clientèles, cette approche peut échouer si l'expertise managériale, à tous les niveaux, n'est pas suffisante et si la

tarification retenue induit des comportements allant à l'encontre des objectifs poursuivis.

Pour que les modalités d'allocation des ressources soient efficaces, leurs règles d'application doivent être claires et connues de tous, et les caractéristiques des informations requises doivent être maîtrisées et assurées. De plus, des programmes d'assurance de la qualité de l'information et de la qualité des services offerts sont nécessaires, sans quoi la budgétisation par DRG peut conduire à des problèmes de sélection de clientèles, de surcodification et de surestimation de la complexité des cas, ce qui risque de provoquer une utilisation non optimale des ressources. Enfin, bien que le paiement au cas ou à l'activité soit un incitatif puissant au contrôle des coûts unitaires des épisodes de soins, il peut tout de même conduire à une expansion des coûts totaux. Il peut aussi induire une sous-dispensation de certains services, un transfert des coûts vers d'autres composantes des établissements du système et de la société, ainsi que des problèmes de qualité pour certains patients.

Les mécanismes d'allocation des ressources constituent un élément essentiel mais non suffisant à l'atteinte des objectifs du système.

Le système de santé et de services sociaux est organisé et structuré de façon à tenir compte des niveaux de responsabilité au sein de l'appareil gouvernemental. À partir de cette structure et de certaines modifications apportées aux règles de financement depuis l'entrée en vigueur du régime d'assurance-maladie du Québec, nous verrons, dans les sections suivantes, si la budgétisation des établissements à l'activité peut constituer une avenue prometteuse et, le cas échéant, quelles sont les conditions de mise en œuvre à considérer. Pour ce faire, nous allons explorer les expériences d'introduction de ce mode d'allocation dans les autres provinces canadiennes, dans d'autres pays de l'OCDE et dans certains pays moins développés.

2. EXPÉRIENCES INTERNATIONALES EN MATIÈRE D'ALLOCATION DES RESSOURCES AUX ÉTABLISSEMENTS

2.1 Tendances observées

Dans cette section, nous présentons une synthèse des motivations qui sous-tendent les réformes de financement des établissements des systèmes de soins des pays industrialisés, ainsi que les grandes caractéristiques de celles-ci. Cet exercice permet de constater que le système de soins québécois partage plusieurs caractéristiques avec ceux des autres provinces canadiennes et des pays de l'OCDE. Les axes de changement privilégiés dans le cadre des réformes entreprises ailleurs constituent donc, comme nous le verrons plus loin, des pistes de réflexion intéressantes. Elles sont d'ailleurs considérées comme des voies de solution par plusieurs instances québécoises et canadiennes.

Les études recensées pour effectuer l'état des connaissances portent surtout sur le financement des hôpitaux. Elles répertorient essentiellement quatre grandes catégories de modalités d'allocation des ressources, dont chacune réfère à une unité de paiement qui lui est propre [15] :

- le **budget global**, qui consiste à couvrir l'ensemble des coûts d'opération pour une période donnée et qui est la modalité prépondérante actuellement;
- le **per diem**, par lequel l'hôpital est rémunéré en fonction du nombre de jours d'hospitalisation et d'un taux journalier moyen pour l'ensemble des patients, et qui a été utilisé pendant près d'un siècle dans la plupart des pays et provinces, entre autres au Québec ;
- le **paiement par cas ou à l'activité**, dont le paiement varie en fonction des caractéristiques des patients (pathologie ou de la nature de l'épisode de soins), et qui rémunère les établissements en fonction du *case-mix* (l'éventail de cas traités) de patients ainsi que de la nature et du volume des épisodes de soins;
- la **capitation**, dans le cadre de laquelle le souscripteur paie un montant forfaitaire à l'hôpital pour une période de temps en fonction d'une prise en charge d'une clientèle..

Les hôpitaux peuvent être rémunérés avec l'une ou l'autre de ces modalités ou, comme c'est souvent le cas, à l'aide d'une combinaison de celles-ci. Pour les fins de cette analyse, nous nous attarderons particulièrement aux deux modalités les plus utilisées à l'heure

actuelle, soit le budget global et le paiement par cas ou à l'activité. Nous ne nous attarderons pas à la capitation, car elle est surtout utilisée pour couvrir un éventail élargi de ressources (services hospitaliers internes et externes, services médicaux hospitaliers et extrahospitaliers, soins à domicile, services pharmaceutiques). Quant au *per diem*, il a été privilégié par plusieurs pays de l'OCDE au moment de l'instauration des systèmes nationaux de soins. C'était le cas de l'Allemagne, de l'Australie, de la Belgique, de l'Espagne, de la France, du Japon, du Luxembourg, des Pays-Bas et de la Suisse (cf. tableau 1). Par la suite, les modalités d'allocation des ressources ont évolué considérablement. Ainsi, de la moitié des années 70 au milieu des années 80, la budgétisation globale fut appliquée de façon assez généralisée, avec plus ou moins de rigueur (cf. tableau 1). Tel que mentionné à la section 1, au cours de cette même période, les provinces canadiennes sont passées d'un paiement par grands secteurs de coûts à la budgétisation globale. Par contre, dans plusieurs cas, il s'agit d'un budget « global » partiel, qui ne couvre que les dépenses de fonctionnement, qui exclut les honoraires médicaux et dont les déficits sont tolérés, voire épongés par les gouvernements provinciaux [12; 16; 17].

2.2 Les effets recensés du budget global

Même si nous répertorions ici les effets recensés de l'application de la budgétisation globale, il importe de noter que certains pays qui utilisent ce mode d'allocation des ressources ont aussi recours au financement à l'activité. Il est donc important de bien saisir les implications associées à ces deux modalités.

Le **budget global** comporte plusieurs avantages. Parmi ceux-ci, on retrouve :

- son efficacité reconnue pour le contrôle des coûts globaux, grâce à son caractère prospectif et à son enveloppe fermée (lorsque cette condition est réellement respectée);
- une simplicité d'administration pour les gestionnaires des organisations et ceux des tiers payants;
- une structure qui permet de prévoir les budgets;
- la grande liberté d'action qu'il octroie aux gestionnaires dans l'utilisation de l'enveloppe.

Ce mode d'allocation des ressources pose aussi certains problèmes, dont [6] :

- une détermination qui n'est pas nécessairement liée à la nature et au volume de clientèles, ni à la performance de l'établissement, surtout quand les mécanismes d'ajustement sont fondés sur une base historique plutôt que critériée, ce qui mène à des critiques reliées à l'injustice, à l'iniquité et à la rigidité [18];
- un manque d'incitation à améliorer l'accès (il a plutôt l'effet contraire), à fournir des services de qualité ou à privilégier l'efficacité [18];
- une rigidité qui permet difficilement de répondre à un accroissement soudain de la demande;

- une propension à générer une augmentation des durées de séjour, étant donné les coûts marginaux décroissants tout au long de l'épisode de soins, un inconvénient toutefois contrebalancé par la tendance mondiale à la baisse engendrée par les compressions budgétaires;
- un manque de disponibilité de l'information sur les activités (comparativement à la rémunération par cas), ce qui constitue un frein à l'utilisation d'un système d'information sur les services et sur les coûts par cas, lequel est nécessaire à l'amélioration de la performance et à l'élaboration de mécanismes d'allocation des ressources.

2.3 L'introduction et l'application du financement à l'activité

Pour pallier certains inconvénients du budget global, plusieurs pays ont introduit la rémunération par cas ou à l'activité. Cette modalité a été utilisée pour la première fois aux États-Unis en 1983, afin de rembourser les services hospitaliers offerts à la clientèle du programme *Medicare* [15; 19]. Ainsi, grâce au *Prospective Payment System* (PPS), *Medicare* remplaçait le paiement a posteriori sur la base des coûts, qui assurait à l'établissement hospitalier le remboursement des dépenses engagées, par un nouveau mode de paiement facilitant une prestation efficace de soins de haute qualité et permettant de contenir la croissance des coûts [19]. Dans le cadre du PPS, l'hôpital reçoit donc un montant fixe établi d'avance (puisqu'il s'agit d'un mode de paiement prospectif) par catégorie d'isopathologies et d'isoressources d'épisodes de soins, appelée *Diagnostic Related Group* (DRG).

La budgétisation des hôpitaux par cas et à l'activité a aussi été adoptée en Angleterre [20], en France [21], en Australie [28], en Italie [22], en Suède [23], en Norvège [24], en Irlande [30], au Portugal, en Allemagne, en Autriche, au Danemark, au Japon, en Finlande [32], en Uruguay [25] et, à la marge, dans certaines provinces canadiennes [18; 26] dont le Québec [5]. Ces systèmes ont d'ailleurs, pour la plupart, développé des regroupements d'épisodes de soins s'apparentant aux DRG américains, comme on peut le voir au tableau 1 [18; 28; 29]. Chaque établissement reçoit ainsi un montant ou un tarif associé à un élément d'un regroupement d'activités ou de cas.

Si pour la majorité de ces pays, le financement à l'activité s'applique surtout au volet hospitalisation, certaines juridictions l'étendent à un plus large spectre de services. Par exemple, d'ici juillet 2012, l'Australie prévoit avoir recours au financement à l'activité pour les services d'urgence, la santé mentale et les autres services offerts aux patients non admis [22]. Elle gardera toutefois la budgétisation globale pour les petits hôpitaux [29], surtout afin de générer des économies d'échelle. En Irlande, le financement à l'activité est utilisé, en plus des admissions, pour les soins de jour et les services externes [30]. La France, pour sa part, poursuit des travaux pour l'appliquer à d'autres secteurs que les hospitalisations en médecine, en chirurgie et en obstétrique, comme la psychiatrie et la réadaptation, mais continue d'exclure les urgences, certains services tertiaires et les médicaments [21; 31]. Au Canada, l'Alberta a initié un projet de financement à l'activité pour les soins prolongés, lequel s'échelonnera sur six années [26].

Comme on peut le constater, le recours à cette modalité de paiement constitue une tendance internationale et dans les provinces canadiennes. Elle vient, dans plusieurs cas, compléter systématiquement les budgets globaux [18; 26]. En Norvège, par exemple, le financement à l'activité ne porte que sur 40 % des dépenses des établissements [24]. Ailleurs, elle peut viser presque tous les coûts de fonctionnement, comme en Italie où elle couvre les hospitalisations, les chirurgies et admissions d'un jour et les coûts d'administration, mais exclut les coûts en capital [22].

Dans l'application de cette modalité, la détermination des tarifs pour le remboursement des activités varie d'un pays à l'autre, et parfois d'une région à l'autre. Dans tous les cas, il s'agit d'un exercice complexe. Les tarifs peuvent aussi varier selon le type d'établissement (privé ou public, académique ou non). Certains pays ont tenté de déterminer les tarifs sur la base d'une approche d'évaluation des coûts des activités à partir d'un échantillon ou de l'ensemble des établissements. C'est ce qu'ont fait l'Italie avec 8 hôpitaux [22], la France [21], la Norvège [24], l'Irlande [30], la Finlande [32], la Thaïlande avec 9 hôpitaux [33] et certaines provinces canadiennes avec plus de 40 établissements fournissant des coûts par patient [34]. Au Royaume-Uni, en 1998, le National Reference Costing Exercise (NRCE) et le National Reference Costing Office ont prescrit à tous les hôpitaux (British Trusts) des protocoles de mesure de coûts pour le calcul d'un coût moyen devenant le tarif de remboursement et publié les informations de coûts par *Health Resource Group* (équivalent des DRG américains) pour stimuler la performance et la compétition [35].

TABLEAU 1: Méthode d'allocation des ressources aux hôpitaux

	À la journée	Budget total	Par cas ou à l'activité
Allemagne	X	x (1986)	G DRG (2000)
Australie	X	X	AN DRG (1993)
Autriche			SIMILI DRG (1995)
Belgique	X	x (1994)	APR-DRG (?)
Canada	(centre de coûts ligne par ligne)	X	À la marge, avec le budget global : Ontario(CMG), Alberta (soins prolongés RUG-IV), Québec APR-DRG
Danemark		X	NORD DRG (2000) – transition vers P4P
Espagne	X	x (1986)	HCFA DRG (2000)
États-Unis	(au service a posteriori)		APR-DRG (1982)
Finlande		x (établi en fonction de la population)	NORD-DRG
France	CH privés	Hôpitaux publics (1983)	GHS (2004) Financement pleinement implanté en 2012 (admissions en médecine, chirurgie et obstétrique)
Grèce	X		
Irlande		X	DRG (1991)
Italie		X	HCFA DRG (1995)
Japon	CH gériatriques avec pondération		Étude pilote avec DRG
Luxembourg	X	x (1995)	à plus long terme
Norvège		X	(expérience avec 4 CH d'abord) NORD DRG (1997) revu en 2007
Nouvelle-Zélande		x (établi en fonction de la population)	x (contrats)
Pays-Bas	X	x (1983)	
Portugal		X	x (1993)
Royaume-Uni		X	HRG (1998) financement en 2002 en Angleterre P4P en cours
Suisse	X	en transition	AP-DRG
Suède			NORD DRG (1992)
Turquie		X	x
Slovénie			DRG (2003)
République de Modavie			AR-DRG Financement à l'activité prévu en janvier 2012 ou 2013 [58]
Uruguay			UNU-CBG's (2009) [60]
Hong-Kong			P4P (2008)
Philippines			UNU-CBG's (2009)
Indonésie			UNU-CBG's (2009)
Malaisie			UNU-CBG's (2009)
Thaïlande			Thaï-DRG

2.4 Les effets observés du mode d'allocation des ressources à l'activité

Le financement à l'activité comporte plusieurs avantages, mais aussi quelques effets désavantageux. Il est donc très important que les systèmes de soins qui l'utilisent, même très à la marge, dont le Québec (depuis 1992-1993), l'Alberta (depuis 1990) et l'Ontario (depuis 1989), soient conscients des limites de cette modalité d'allocation des ressources aux établissements. Il importe également qu'ils mettent en place des mécanismes de gestion permettant de minimiser les inconvénients et de maximiser les effets positifs.

Lors des expériences d'implantation du mode d'allocation des ressources à l'activité, plusieurs avantages ont été observés, dont [6] :

- une amélioration de l'équité, la nature et le volume de clientèles prises en charge étant reconnus de façon plus adéquate [36];
- une augmentation des volumes d'activité [18; 20; 22], entre autres en Ontario, où l'implantation du financement à l'activité en conjonction avec le budget global pour accroître certaines activités ciblées de chirurgies liées à des délais d'attente a bien fonctionné, sans provoquer d'impacts non désirables sur les autres activités [37];
- un incitatif à contrôler les coûts par cas [26] et par service en favorisant des pratiques moins coûteuses, comme une diminution des durées de séjour et un recours à l'ambulatorio à l'hôpital ou à domicile [20; 22] sans diminuer la qualité de la prestation de services, ce qui génère des gains de rendement et de productivité dans la mesure où l'établissement conserve la différence entre le coût et le tarif [18];
- une incitation à la concentration des interventions, ce qui permet des économies d'échelles financières et cliniques [24];
- une stimulation de l'innovation par l'acquisition de systèmes d'information qui, lorsque mis en place pour la facturation, constituent aussi des outils précieux pour l'évaluation de la performance et de la qualité et pour l'allocation des ressources (mesure du risque d'utilisation associée à une pathologie) [59];
- une amélioration de la qualité des informations à la base des regroupements de cas (en DRG ou avec d'autres outils) et de la mesure des cas et des activités, des études ayant observé une hausse du nombre de diagnostics secondaires répertoriés [23], ce qui pourrait laisser croire que les épisodes sont documentés de façon plus complète [31; 40] ou qu'il s'agit d'une surcodification [19] permettant d'optimiser la tarification pour une meilleure rentabilité (en Norvège, le recours au financement à l'activité a fait ressortir l'importance d'adopter des standards adéquats de codification) [24];
- un accroissement de la responsabilisation et de l'imputabilité des gestionnaires [24] qui, par contre, manquent de connaissances sur le coût des épisodes de soins dans plusieurs hôpitaux, ce qui peut affecter la performance de gestion;

- une meilleure qualité de l'information sur les épisodes de soins et les coûts par cas, ce qui permet d'évaluer le rendement d'une façon intéressante [40; 41; 51] et d'introduire un financement à la performance [40].

Par contre, la rémunération par cas comporte aussi des inconvénients qu'il convient de souligner [42; 18] :

- un potentiel de réduction des coûts qui peut être annulé par l'incitatif à augmenter le nombre d'épisodes de soins, ce qui peut survenir s'il n'y a pas une planification adéquate des activités et convenue avec le bailleur, surtout si les mécanismes d'évaluation et la pertinence sont inexistantes ou déficients;
- des gains d'efficacité qui peuvent s'effectuer au détriment de la qualité en raison du paiement d'activités induites par une prestation de services de mauvaise qualité découlant des conditions acquises ou mal gérées par les établissements, comme les infections nosocomiales, un congé trop précoce ou une fragmentation des épisodes en plusieurs admissions et réadmissions évitables [43] (les études n'ont pas révélé de hausse de mortalité attribuable à cette modalité de financement [20; 18; 40], mais son adoption doit être accompagnée de mesures de surveillance et d'amélioration de la qualité pour optimiser les résultats [36], comme l'ont fait des pays comme la France et l'Australie [18]);
- une application plus complexe que pour le budget global historique, ainsi que plus risquée financièrement en raison de la plus grande incertitude de la prévisibilité des revenus totaux;
- une structure de paiement très compliquée, dont résultent des difficultés importantes de classification des patients dans les différentes catégories, ce qui peut inciter à choisir la plus coûteuse, voire à sélectionner les patients plus intéressants financièrement au détriment d'autres clientèles (*cream skimming*) [27; 29; 30] s'il n'y a pas recours à des modalités de gestion préventive adéquate;
- une incitation à transférer des cas vers d'autres établissements ou programmes, puisque les services ambulatoires ou posthospitaliers ne font pas toujours partie de cette modalité de budgétisation (surtout lors des premières phases d'implantation), ce qui limite considérablement l'efficacité globale de contrôle des coûts;
- un risque de mal répertorier les épisodes de soins ou les activités, de même que l'allocation des ressources qui en est déduite, en raison d'un manque d'informations cliniques fiables et valides ou d'une mauvaise évaluation de la complexité et de la sévérité des clientèles dans les regroupements [27] (les coûts associés à la prise en charge de patients extrêmement complexes peuvent d'ailleurs constituer un risque financier important pour l'établissement);
- les investissements importants que représente l'ajout nécessaire de nouvelles technologies de l'information.

Cet inventaire des effets observés lors des expériences récentes d'introduction du mode de financement à l'activité prescrit donc un certain nombre de pistes de réflexion et de précautions qu'il est nécessaire de considérer dans une démarche de mise en œuvre dans le système québécois.

3. PERSPECTIVES ET PISTES DE RÉFLEXION SUR L'INTRODUCTION DU MODE D'ALLOCATION DES RESSOURCES À L'ACTIVITÉ

Aucun mode d'allocation des ressources n'est parfait. Il importe de choisir celui qui permettra le mieux d'atteindre les objectifs que nous recherchons. Si, à l'instar de plusieurs experts, nous nous entendons pour conclure que la reconduction historique du budget global comme mode dominant d'allocation des ressources ne permet plus de répondre aux impératifs actuels du système de santé et de services sociaux, il est par contre nécessaire d'identifier quels sont les objectifs que nous poursuivons au Québec dans l'adoption d'un nouveau mode. Faisons l'hypothèse que nous recherchons un mode de financement : 1) qui favorisera une réponse aux besoins de soins et de services de la population du Québec ; 2) plus équitable, en ce sens qu'il reconnaîtra mieux les activités de soins et de services et les activités académiques ; 3) qui comporte des incitations à l'atteinte des cibles de performance et de qualité (efficacité, sécurité, qualité, accessibilité et continuité) ; 4) qui induit plus de transparence ; 5) qui respecte les différences géographiques et les besoins populationnels ainsi que l'occupation du territoire et 6) qui favorise la viabilité financière des établissements et du système. Sur la base de ces six critères, le financement à l'activité peut répondre à nos attentes. Il doit toutefois respecter les conditions de succès que nous présentons dans ce chapitre.

D'emblée, il importe de préciser que l'application d'un mode de budgétisation s'inscrit dans un cadre d'organisation des soins et services et d'une planification rigoureuse des activités. Il est donc crucial que le financement à l'activité comprenne des modalités organisationnelles qui tiennent compte de la responsabilité populationnelle des CSSS ainsi que de celle qui découle de la hiérarchisation des services impliquant tous les établissements. Nous ne pouvons donc assez insister sur le fait que l'adoption d'un mode d'allocation des ressources efficace constitue une condition nécessaire à l'amélioration du système. Ce changement ne pourra cependant pas produire les effets attendus sans une planification adéquate des soins et des services et une organisation optimale de ceux-ci, laquelle doit reposer sur la hiérarchisation et les masses critiques.

Dans le cadre de cette étude, nous distinguons deux grandes catégories de pistes de réflexion sur l'introduction du mode de financement à l'activité. La première vise les éléments liés à l'univers sur lequel le financement à l'activité serait appliqué, tandis que la seconde s'attarde aux modalités d'introduction et de gestion de ce nouveau mode.

3.1 Les éléments liés à l'univers d'application du mode de financement à l'activité

a) **Priorité aux secteurs cliniques**

Les expériences d'utilisation du financement à l'activité indiquent que dans une grande majorité de cas, l'univers d'application est réservé aux activités hospitalières cliniques, principalement au volet des admissions, et dans une étape subséquente, lors du passage à la chirurgie et à la médecine d'un jour. Certaines juridictions envisagent une éventuelle application aux soins primaires, à la santé mentale et aux soins posthospitaliers tels que la réadaptation.

Nous considérons que la mise en œuvre du financement à l'activité devrait être implantée tout d'abord dans les hôpitaux, plus particulièrement au volet des hospitalisations et des chirurgies d'un jour. Dans une deuxième étape, fort de l'expérience acquise dans cette première phase, il serait envisageable d'appliquer le financement à l'activité à d'autres secteurs ambulatoires des centres hospitaliers et des CLSC (santé mentale, réadaptation, hébergement).

Afin de résoudre le problème actuel de morcellement des différentes modalités de paiement des ressources mises à contribution pour la prise en charge d'une même clientèle, ce qui nuit à l'atteinte de soins continus, globaux et accessibles, l'AQESSS considère qu'il faut mettre en place des mécanismes d'allocation des ressources qui favoriseront le fonctionnement en véritable réseau des différents producteurs de services. Ces mécanismes devront prévoir, entre autres, l'harmonisation des modalités adoptées pour les diverses composantes du réseau, particulièrement lors de la phase de transition vers l'élargissement de l'univers d'application au-delà du volet hospitalier.

b) **Les services administratifs et l'infrastructure de soutien**

Comme les experts l'ont rapporté à partir des différentes expériences répertoriées, nous nous interrogeons sur l'opportunité d'exclure du financement à l'activité les services administratifs et l'infrastructure de soutien (immobilier, chauffage, énergie, informatique, alimentation, buanderie, entretien, etc.). Ces secteurs pourraient ainsi continuer d'être financés au moyen d'un budget global qui serait lié avec les activités cliniques et académiques de l'établissement.

c) La prise en compte des masses critiques

L'adoption d'un mode de financement à l'activité doit s'appuyer sur une organisation des soins et services permettant un accès adéquat à toute la population de tout le territoire du Québec. Nous devons aussi nous assurer d'obtenir des masses critiques qui s'appuient aussi sur le principe de hiérarchisation des services. Par contre, compte-tenu de la répartition de la population sur le territoire, certains établissements ont pour mission d'offrir des soins et services dans un contexte de faible densité de population, de faible masse critique et d'éloignement des grands centres. Nous recommandons que ces phénomènes soient étudiés pour que le recours au financement à l'activité en conjonction avec le budget global prenne en compte adéquatement ces problématiques.

d) La reconnaissance des missions d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et modes d'interventions en santé

Des travaux concertés ont été entrepris pour déterminer les coûts des activités de recherche et d'enseignement dans les centres hospitaliers [44; 45], sans que ces recommandations aient toutefois été mises en vigueur. Avec l'accroissement des activités académiques, il devient très important d'identifier les effets indirects de l'enseignement et de la recherche sur les coûts de production des services cliniques [1]. L'AQESSS considère qu'il est essentiel de tenir compte de ces missions de façon adéquate et rigoureuse, afin que les établissements concernés ne soient pas pénalisés financièrement et puissent être efficaces et rentables dans la prestation de leurs services. Un financement suffisant éviterait de générer un fardeau supplémentaire sur les autres services. Par contre, un financement par activité majoré pour des services offerts en milieu académique ne constitue pas une incitation à produire des services à coût efficient en fonction des bonnes pratiques.

Les informations actuellement mises à notre disposition au Québec nous rendent la tâche très difficile quand vient le temps de déterminer l'ampleur des missions académiques, ainsi que leur impact sur les coûts des établissements. Il faudrait donc poursuivre et soutenir la réflexion sur le financement de ce type d'activités. Il faudrait, d'une part, mieux cerner l'importance du phénomène. À cet égard, des travaux sont actuellement en cours à l'AQESSS pour mesurer les activités de recherche et d'enseignement, d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. D'autre part, il importe de déterminer quel mode de rémunération est le plus approprié. Certaines expériences suggèrent le recours à un mécanisme distinct de celui des autres activités de l'établissement. Par exemple, dans certains cas, un financement forfaitaire a été utilisé pour la mission académique, en sus du financement des activités cliniques [21]. À l'instar des hôpitaux universitaires de Montréal [1], nous considérons qu'un financement spécifique pour les activités académiques serait la voie à suivre. Ainsi, les missions d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies des modes d'intervention en santé ne feraient pas partie de l'univers du financement à l'activité.

e) La reconnaissance des services ultraspécialisés

Il faudrait procéder, de façon concertée, à une hiérarchisation des services et, plus spécifiquement, définir ce que l'on entend par services tertiaires et même quaternaires. Une proposition à cet égard a été effectuée dans le cadre des travaux du comité Hendlitz [44]. L'Ontario a aussi développé récemment une méthodologie pour l'identification des patients ou des épisodes de soins tertiaires [46].

Dans un premier temps, il faudrait donc élaborer une nomenclature pour le Québec. Ensuite, il serait opportun, en ayant recours aux informations de coûts de revient des établissements offrant ces services, d'identifier des tarifs spécifiques, hors DRG, pour ces services. Leur dispensation devrait alors être confiée à un nombre limité d'établissements de soins, pour ainsi maximiser l'atteinte de résultats cliniques et d'économies d'échelle. À l'instar de plusieurs juridictions [44], ces services devraient faire l'objet d'un financement distinct basé sur des analyses et des informations valides pour toutes les clientèles (santé physique, santé mentale, réadaptation).

3.2 Les modalités d'introduction et de gestion du financement à l'activité

a) Incitatifs à la performance et à la qualité

Une meilleure prise en compte de la performance des établissements et de la qualité des soins et services dans l'allocation des ressources constituerait une amélioration majeure par rapport à la situation actuelle. Toutefois, l'enjeu est important et les obstacles sont réels.

Les informations utilisées pour mesurer la performance souffrent de graves lacunes et le recours à des indicateurs de qualité est encore relativement peu fréquent au Québec. Afin d'introduire des incitations à la performance et à la qualité dans les modalités d'allocation des ressources, il est nécessaire de déterminer des cibles. Les pays qui ont recours au financement à l'activité s'interrogent sur la prise en compte de standards de qualité reconnus dans la structure de paiement des hôpitaux [47] et pour tout le continuum des soins aux patients. Des travaux ont d'ailleurs été initiés en ce sens aux États-Unis, afin de considérer les taux de réadmissions [43] et, plus récemment, les infections nosocomiales ainsi que l'expérience des patients et de l'accès [48]. Cela pourrait se traduire, par exemple, par le paiement de tarifs réduits pour les hôpitaux enregistrant des taux de réadmissions supérieurs aux cibles déterminées ou, à l'opposé, par la reconnaissance des activités qui augmentent la qualité [49] tout au long du continuum.

Pour ce faire, des efforts considérables doivent être investis pour améliorer la qualité et la disponibilité de l'information. Dans le domaine ambulatoire, par exemple, il est nécessaire d'établir le niveau de complexité de la clientèle, soit les patients des services externes et de médecine de jour (incluant l'hémo-oncologie) qui ne cessent de croître dans les hôpitaux, en utilisant des informations fiables et valides sur les services qui leur sont dispensés par les établissements. Il en est de même pour la clientèle psychiatrique, pour les patients recevant des services de réadaptation et pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

À l'heure actuelle, pour analyser la clientèle des patients hospitalisés en santé physique, ce sont les APR-DRG (version 12) qui sont utilisés. Nous ne disposons cependant d'aucune mesure québécoise de coûts par DRG pour chacun des établissements. Or, cette information serait fort utile aux gestionnaires et aux professionnels au niveau des établissements, puisqu'elle permettrait de mieux mesurer leur performance au chapitre des épisodes de soins et d'identifier des pistes d'amélioration. Les coûts d'une prestation de soins de faible qualité sont non négligeables [50]. Une étude effectuée par le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, qui dispose d'une méthode d'évaluation du coût par patient, a d'ailleurs établi que le coût marginal associé à une infection nosocomiale s'élève à plus de 10 000 \$ [51].

L'élaboration d'une grille de tarifs basée sur la prestation de services de qualité constitue une incitation puissante à la performance. Pour cela, il est toutefois nécessaire de connaître le prix de revient actuel au Québec des épisodes de soins réalisés selon les normes de bonnes pratiques.

b) La nécessité de se doter d'informations adéquates et de qualité

Nous ne pourrions jamais assez insister sur l'importance de se doter d'informations de qualité. Nous relevons ici certains aspects qui méritent une attention particulière en matière de développement et de gestion. Cependant, à l'instar d'autres systèmes de santé, nous suggérons la mise en place de mécanismes d'audit de la qualité de l'information.

i. La structure de l'information

L'unité d'analyse de l'information financière, opérationnelle et clinique doit être le patient, et non plus seulement le secteur d'activité. Or, les systèmes d'information actuels ne fournissent à peu près pas de renseignements sur l'utilisation des ressources affectées à un patient donné. Les indicateurs d'efficacité technique et de productivité développés par l'AQESSS et par le MSSS ne constituent que des approximations du type de ressources impliquées au cours d'un épisode de soins et de l'intensité de leur mise à contribution. Dans ce contexte, il est difficile d'évaluer de façon très précise la performance des organisations dans la dispensation de soins et services à des clientèles spécifiques et, par le fait même, d'identifier les secteurs où des améliorations pourraient être apportées.

ii. Le prix de revient des épisodes de soins ou des cas

Sans une évaluation adéquate des coûts de revient pour l'identification des tarifs de remboursements des services, nous mettons à risque le système [52]. Il faudra donc disposer d'informations sur les coûts par épisode de soins pour élaborer une structure de tarification à l'activité ou par cas. Au Canada, dès 2001, les indices de ressources associés à chacun des CMG (l'équivalent des DRG américains) ont été élaborés à partir des évaluations de coûts d'une vingtaine d'hôpitaux. Depuis, l'ampleur de la banque de données à cet égard s'est accrue considérablement. Aujourd'hui, trois provinces, soit l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique, disposent d'informations sur le prix de revient de chaque patient pour une portion très significative des admissions, et elles fournissent ces renseignements à l'Institut canadien d'information sur la santé. De plus, la Nouvelle-Écosse se joindra bientôt à ce groupe [34]. Au Québec, 14 établissements membres de l'AQESSS disposent d'informations sur le prix de revient par patient pour les épisodes de soins [53]. Dans certains cas, ces renseignements portent tant sur le volet hospitalier que sur les services offerts en CLSC [56].

Or, ces expériences canadiennes et québécoises indiquent qu'il est possible d'obtenir des informations de revient pour établir une grille de tarification fiable et valide. Actuellement, le MSSS n'utilise pas les données du Canada, ni celles du Québec, pour l'estimation des coûts standards par cas à des fins d'évaluation de la performance et d'allocation des ressources. Il utilise plutôt une grille de tarification du Maryland qui pose certains problèmes [58] et qui a été abandonnée dans le reste du Canada depuis 2001 [59]. Nous suggérons donc d'effectuer une analyse des coûts issus des projets réalisés dans les établissements québécois et canadiens, afin de recourir éventuellement à ces informations pour élaborer la grille de tarification des cas et des activités.

iii. La classification des épisodes de soins ou des activités

La littérature a fait ressortir l'importance de se doter d'une catégorisation des épisodes de soins permettant d'obtenir des groupes homogènes au chapitre de la sévérité, de la complexité et, par le fait même, des coûts qui leur sont associés. Le Québec, contrairement aux autres provinces canadiennes, utilise la classification APR-DRG. Celle-ci fait l'objet d'une mise à jour régulière aux États-Unis pour permettre d'associer à ces groupes un niveau d'utilisation de ressources attendu et peu variable d'un cas à l'autre [27]. Au Québec, toutefois, les mises à jour sont moins fréquentes, ce qui ne permet pas de suivre l'évolution des traitements et de la configuration des catégories isoressources et isopathologies.

Parmi les éléments essentiels à la performance d'un tel outil de regroupement figure la qualité de l'information. Il est donc nécessaire que nous accordions plus d'importance à cet aspect et, qu'à l'instar d'autres pays [57; 59], des validations et des audits des informations utilisées pour établir les classifications soient effectués systématiquement. Il serait aussi opportun que des audits de la qualité de l'information soient programmés de façon très régulière.

iv. Information sur le volet ambulatoire

Tel que mentionné précédemment, des travaux importants doivent aussi être effectués pour l'allocation des ressources aux programmes dédiés aux clientèles ambulatoires, tant au chapitre de la mission hospitalière que de celles des CLSC et CHSLD. De fait, même si le volet ambulatoire est en nette croissance dans les hôpitaux, les informations sur cette clientèle et sur les services qui lui sont offerts sont déficientes.

c) La détermination de la structure de tarification

Le mécanisme de financement à l'activité permettra aux établissements d'atteindre les objectifs visés en matière de qualité et de performance si et seulement si le tarif ou le montant du paiement est égal ou supérieur au coût marginal réel. Ainsi, sans une connaissance des coûts réels, il est hasardeux d'établir une tarification adéquate, et risqué pour un établissement de se lancer dans des hausses d'activités sans connaître son prix de revient ou celui d'établissements comparables. Les experts suggèrent d'ailleurs d'avoir recours à des échantillons de coûts réels pour chaque catégorie de cas ou d'activités, comme cela se fait dans d'autres pays et dans d'autres provinces canadiennes [35; 55]. À cet égard, mentionnons que d'après plusieurs expériences nationales et internationales, les tarifications sont basées sur le coût moyen plutôt que le coût marginal [35]. Une réflexion à ce chapitre s'impose donc, surtout si le financement à l'activité est appliqué en conjonction avec la budgétisation globale pour certains éléments (ex. : infrastructure de base, mission académique).

d) Détermination des modalités d'application

Pour assurer l'atteinte des objectifs recherchés, il est essentiel que les modalités d'application soient connues, transparentes et cohérentes entre elles. Il importe aussi que les modalités de règlement soient aussi prévues, communiquées et appliquées pour les situations où des écarts sont observés entre le réel et le souhaité. Le caractère prospectif ou rétrospectif du financement peut s'avérer utile à cet égard puisqu'il est nécessaire, pour une grille tarifaire prospective, de déterminer dans quelle mesure le paiement pourra s'effectuer de façon rétrospective ainsi qu'à quelle fréquence.

e) Développement d'une expertise spécifique de gestion

Plusieurs auteurs ont souligné la complexité de la mise en œuvre et de l'application d'une méthode d'allocation des ressources à l'activité [18]. La France s'est donné cinq ans pour compléter l'implantation de ce nouveau mode de financement [21]. En ce moment au Québec, peu d'acteurs, à tous les niveaux, disposent de l'expertise nécessaire au développement de cette approche et à son utilisation dans les opérations financières et dans la gestion de la performance et de la qualité. Cela explique en grande partie l'absence d'outils de gestion qui sont le fondement d'un système de prix de revient local et provincial, ainsi que l'inexistence d'incitatifs au développement et à l'utilisation de ceux-ci. Il est donc nécessaire que le Québec se dote d'une expertise en la matière, car il s'agit d'une condition essentielle au succès de l'implantation du financement à l'activité. Soulignons d'ailleurs l'importance, dans un contexte où la tarification repose sur un schéma de production essentiellement clinique, d'avoir recours à une gouvernance clinico-administrative.

CONCLUSION

Aucun mode d'allocation des ressources n'est parfait. Toutefois, les experts qui ont analysé les expériences réalisées par d'autres systèmes de santé et de services sociaux ont constaté, tout comme l'AQESSS et ses membres, que la reconduction historique du budget global comme mode dominant d'allocation des ressources ne permet plus de répondre aux impératifs actuels du système qui doit être centré sur le patient et les besoins de la population.

Dans ce contexte, nous recommandons l'adoption d'un mode qui permettra : 1) de mieux répondre aux besoins des patients et de la population du Québec ; 2) d'être plus équitable en reconnaissant mieux les activités de soins et services et les activités académiques; 3) d'offrir des incitations à l'atteinte des cibles de performance et de qualité (efficacité, sécurité, qualité, accessibilité et continuité) ; 4) d'induire plus de transparence; 5) de respecter les différences géographiques et populationnelles ainsi que l'occupation du territoire et 6) de favoriser la viabilité financière des établissements et du système. À l'instar de plusieurs pays à travers le monde, l'AQESSS et ses membres considèrent que le financement à l'activité peut répondre à nos attentes, en autant que les conditions de succès suivantes soient respectées :

- une planification adéquate des soins et des services et une organisation optimale de ceux-ci, laquelle doit reposer sur la hiérarchisation et les masses critiques ;
- une introduction rigoureuse et par étape débutant par les secteurs cliniques qui bénéficient d'une information par patient de meilleure qualité, soit les hospitalisations et la chirurgie d'un jour;
- le recours à une structure de tarification reposant sur une évaluation des coûts réels des activités des établissements du Québec et sur une prestation performante;
- la mise en place de processus rigoureux d'évaluation de la qualité de l'information, notamment la documentation du *case mix* et des coûts par patient;
- la poursuite de la réflexion sur le financement des infrastructures de base pour le fonctionnement des établissements;
- une reconnaissance adéquate des faibles masses critiques auxquelles font face certaines régions et sous-régions ;
- la poursuite de la réflexion sur le financement distinct des activités académiques;

- la détermination et le recours à des incitations à la qualité et la performance;
- le développement d'une expertise de gestion spécifique à l'utilisation du mode de financement à l'activité;
- le recours à une gouvernance médico-administrative permettant une collaboration optimale de nos cliniciens, dont les médecins.

La modification du mode de financement est une entreprise complexe qui nécessite une réflexion sérieuse, à laquelle l'AQESSS et ses membres ont voulu contribuer d'abord en produisant ce document. La mise en œuvre du financement à l'activité prescrit aussi une planification rigoureuse de ce projet impliquant le MSSS, les Agences, les gestionnaires et les cliniciens des établissements. La réalisation devra s'échelonner sur une période suffisamment longue et se faire par étapes, afin de pouvoir effectuer les ajustements nécessaires en cours de route, tant de la part des gestionnaires des établissements que de ceux du MSSS et de ses agences.

De plus, les expériences d'introduction de la modalité de financement à l'activité indiquent clairement la nécessité de recourir à celle-ci en conjonction avec la budgétisation globale. Cette approche permettrait de favoriser l'atteinte des buts recherchés et de minimiser l'occurrence des effets négatifs induits par ces deux modalités lorsqu'elles sont appliquées individuellement. Nous pourrions ainsi inciter les établissements à maîtriser les coûts tout en améliorant l'accès et l'efficacité. Par contre, il est nécessaire d'introduire une structure et des modalités de paiement comportant des incitations à la performance et à la qualité, ainsi que d'autres initiatives visant l'amélioration continue. En somme, le financement à l'activité doit constituer un moyen privilégié d'effectuer une transition vers un financement plus approprié pour mieux se centrer sur les patients et améliorer la performance et la qualité.

RÉFÉRENCES

- [1] HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE MONTRÉAL. *Les hôpitaux universitaires un atout précieux pour Montréal : Deux logiques à harmoniser : Un potentiel à développer. Mémoire présenté à l'Agence de la Santé et Services sociaux de Montréal.* 2010, 11 p.
- [2] ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX - «Sondage effectué auprès des membres au sujet du mode de financement», dans *Colloque Finances Plus de l'AQESSS*, 2011.
- [3] COMMISSION D'ENQUETE SUR LES SERVICES DE SANTE ET LES SERVICES SOCIAUX, *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, Québec, Les Publications du Québec, 1988, 781 p.
- [4] TURGEON, Jean., TREMBLAY, Mireille., et NGUYEN, Hung. « La planification régionale des services sociaux et de santé : enjeux politiques et méthodologiques ». Montréal, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, 1996, 161 p.
- [5] LANTAGNE, N. «Utilisation de regroupements d'épisode de soins dans le cadre du financement du réseau de la santé et des services sociaux du Québec», dans *27th PCSI Conference*, Montréal, 2011.
- [6] LEMAY, Anne. *Réflexion sur les modalités d'allocation des ressources dans le système sociosanitaire québécois*, Collection La reconfiguration du réseau, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, 1997, 65 pages.
- [7] LEMAY, Anne. « L'amélioration de la performance : la nécessité d'un leadership efficace », dans *Questions de performance : Colloque annuel de l'Association des directeurs généraux des établissements de santé du Québec*, (Montréal, 4 novembre 2010).
- [8] EVANS R.G., *Strained Mercy : The Economics of Canadian Health Care*, Toronto, Butterworths, 1984, 390 p.
- [9] McGUIRE, A., HENDERSON, J., et MOONEY G. *The Economics of Health Care. An Introductory Text*, New-York, Routeledge, 1988, 286 p.
- [10] INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *National Health Expenditures. Health care spending to reach \$192 billion this year*, Communiqué, 28 octobre 2010.
- [11] BARNUM, H., KUTZIN, J, et SAXENIAN, H. «Incentives and Provider Payment Methods». *International Journal of Health and Planning and Management*. vol. 10, 1995, p. 23-45.

- [12] CONTANDRIOPOULOS A. P., et autres. *Éléments financiers incitatifs et dissuasifs du système de santé du Canada*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé et Groupe Sécor, 1996, 44 p.
- [13] CONTANDRIOPOULOS, A. P., champagne F., BARIS, E. « La rémunération des professionnels de la santé », *Journal d'économie médicale*, Vol. 11, N° 1, 1993, p. 405-421.
- [14] LEMAY, Anne. «La détermination du budget global des hôpitaux avec les Diagnostic Related Group (DRG). Description et enjeux de l'expérience québécoise », Dans Congrès : La tarification à la pathologie, les leçons de l'expérience étrangère. Paris, 7 et 8 juin, Dossiers solidarité et santé, Hors série 2002, P. 63-72.
- [15] GLASER, W.A. *Paying the hospital : the organization, dynamics, and effects of differing financial arrangements*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1987, 483 p.
- [16] RHEAULT, S. *Évaluation des modalités de financement et de paiement dans le domaine socio sanitaire*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1995, 161 p.
- [17] ROSS, L., et COMEAU, M. *Étude sur les méthodes d'allocation des ressources du système de soins : Synthèse*, Étude effectuée pour Le compte de l'Association des Hôpitaux du Québec. 1996, 21 p.
- [18] SUTHERLAND, J.M. *Mécanismes de financement des hôpitaux : aperçu et options pour le Canada*, Ottawa, Centre for Health Services and Policy Research School of Population and Public Health, Université de la Colombie-Britannique, 2011, 26 p.
- [19] IEZZONI, L.I. «Reinvigorating the Quality Improvement Incentives of Hospital Prospective Payment», *Medical Care*, March 2009, vol. 47, n° 3. P. 269-271.
- [20] FARRAR, S., «Has payment by results affected the way that English hospitals provide care ? Difference-in-differences analysis», *British Medical Journal*, August 27 2009, vol. 339, n° b3047.
- [21] MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. *Mission tarification à l'activité. Point d'étape T2A à l'occasion du passage à 100% de la part tarifée à l'activité dans le secteur public en 2008*, 2008, 8 pages.
- [22] FATORRE, G., TORBICA, A. «Inpatient reimbursement system in Italy: How do tariffs relate to costs?», *Health Care Management Sciences*, August 2006, vol. 9, n° 3, p. 251-258.
- [23] SERDEN, L., LINDQVIST, R., et ROSEN, M. «Have DRG-Based prospective payment systems influenced the number of secondary diagnoses in health care administrative data ?» *Health Policy*, 2003, vol. 65, n° 2, p. 101-107.
- [24] NORVEGIAN DIRECTORATE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS. *Activity-based funding of health services in Norway : An assessment and suggested measures*, 2007, 63 p.
- [25] ALJUNID, S.M., et autres «Analysis of the Fondo Nacional De Recursos Reimbursement in Uruguay Using UNU-CBG Case mix system», dans 27th PCSI Conference, Montréal, 2011
- [26] DUCKETT S., et HARTCHER, J., MURPHY K., RICHARDS H. (2011). Issues in Use of CMG+

- for Activity based Funding In Canada», dans 27th PCSI Conference, Montréal,
- [27] STREET, A., et autres. «Are English treatment centres treating less complex patients ?», *Health Policy*, 2009, vol. 94, n° 2, p. 150-157.
- [28] FODERO, L., et autres. «Planning for ABF as Part of Reforming the Australian Health Care System», dans 27th PCSI Conference, Montréal, 2011.
- [29] SCUTERI, J., FODERO, L., et PEARSE, J. «Determining a Threshold Hospital Size for the Application of Activity-Based Funding», dans 27th PCSI Conference, Montréal, 2011.
- [30] DONOVAN, B., et BANE, F. «Case mix Funding in Ireland: From Retrospective to Prospective ? Progress since 2010», dans 27th PCSI Conference, Montréal, 2011.
- [31] PHAM, M.C. «Financement à l'activité dans les hôpitaux français : enjeux et perspectives : CHU Hôpitaux de Rouen», dans *Présentation effectuée au Québec en octobre*.
- [32] PITKARANTA, T., SJOBLUM, M., et VIRTANEN, M. (2011). National DRG Cost Weight in Finland. Abstract. 27th PCSI Conference. October. Montréal, 2011
- [33] KHIAOCHAROEM, O., et autres. *Patient Level costing for the Thai Diagnosis Related Group in Thailand: a micro-costing approach*, dans 27th PCSI Conference, 2011, abstract.
- [34] INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Méthode d'établissement des coûts relatifs aux patients*, Présentation effectuée aux représentants de l'AQESSS, août 2011.
- [35] LLWEWLLYN, S., et NORTHCOTT, D. «The Average hospital», *Accounting, Organizations and Society*, vol. 30 no 6, p. 555-583.
- [36] DUCKETT, Stephen. *Alberta Health Services Step-wise Approach to Improving Allocative Efficiency in Health Care*, Alberta Health Services, 2009, 8 p.
- [37] INSTITUTE FOR CLINICAL EVALUATIVE SCIENCES. *The Ontario wait time Strategy : No Evidence of an Adverse Impact on others surgeries*, Toronto, ICES, 2007, 36 p.
- [38] ARNABOLDI, M., et LAPSLEY I. «Activity based Costing in HealthCare: a UK study», *Research in HealthCare Financial Management*, vol. 10, n° 1, 2005 p. 61-75.
- [39] LEMAY, Anne. «Mesure de la fonction de production hospitalière et des coûts réels par cas : Outil utile pour l'amélioration de la qualité», dans *Colloque Être à la hauteur. Optimiser le rendement des soins de santé par l'information financière*, Toronto, Institut canadien d'information sur la santé, 26 octobre 2005.
- [40] LAM, G., LEE, S., et YEUNG, D. «Perceptions of the Case Mix System by Clinicians after the First Year of Implementation in Hong Kong : A survey», dans 27th PCSI Conference, Montréal, 2011.
- [41] JACKSON, T., et autres. «Care Quality and Case Mix», dans 27th PCSI Conference, Montréal, 2011.

- [42] BOTZ, C. "Evolutions in Hospital Funding in Canada", *Leadership*. vol. 2, n° 2, 1993, p. 35-40.
- [43] AVERILL, R.F., et autres. «Redesigning the Medicare Inpatient PPS to Reduce Payments to Hospitals with High Readmission Rates», *Health Care Financing Review*. Summer. vol. 30, n° 4, summer 2009, p. 1-15.
- [44] HENDLISZ, Jacques. *Rapport sommaire du comité de travail sur les centres universitaires, enseignement et recherché. Rapport présenté à la Table de concertation et de coordination permanente sur l'allocation des ressources du ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2004, 72 p.
- [45] MALOUIN, Pierre. *Mission universitaire : Rapport final*, Présenté à la table de concertation permanente sur l'allocation des ressources du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 55 pages.
- [46] CHECHULINI, Y., et LIAN, J. «Levels of care methodology to classify patients as tertiary and non-tertiary», Abstract, dans *27th PCSI Conference*, Montréal, 2011.
- [47] EATON L., «Ministers relaunch their payment by results scheme», *British Medical Journal*, vol. 333, n° 7560, 22 July 2006, p. 170.
- [48] SCHNEIDER E., HUSSEY P.S., ET SCHNYER, C. «Payment reform. Analysis of Models and Performance Measurement Implications», *Rand Health Quaterly*. Vol. 1, No 1. 7 pages
- [49] INSTITUTE OF MEDECINE. *To Err is human : Building a safer health system*, National Academy of Sciences, 2000, 287 p.
- [50] LEMAY, Anne., et autres. *La campagne « Des soins de santé plus sécuritaires maintenant ». Problématique et potentiel d'impact au Québec*, CHUM, Direction de la gestion de l'information et de la qualité-performance, 2006.
- [51] LEMAY, Anne., et AOUAD, J. « L'évaluation différentielle des coûts associés à l'infection intestinale à Clostridium difficile dans un CHU », dans *Conférence présentée au Congrès de l'Association latine d'analyse des systèmes de santé*, octobre 2005.
- [52] EVANS, R.G. «If You Can't Measure It, You Can't Manage it- Are patient Classification Systems Essential to the Survival of Public Health Insurance ?» dans *27th PCSI Conference*, Montréal, 2011
- [53] LEMAY, Anne., et autres. « Évaluation des coûts réels par patient et épisode de soins : une approche essentielle à la gestion de la qualité et de la performance », dans *Congrès de l'Association latine d'analyse des systèmes de santé*, 2003.
- [54] LEMAY, A., MIREAULT, J., et HANDFIELD, D. *Évaluation de la valeur productive de l'indice d'intensité des ressources de soins construit à partir de la structure du Maryland : Rapport de recherche*, 1999, 96 pages.
- [55] BOTZ, C., SUTHERLAND, J., et LAWRENSON, J. « Cost Weight Compression : Impact of Cost Data Precision and Completeness», *Health Care Financing Review*, vol. 27, n° 3, Spring 2006, p111-122.

[56] DURAND, Pierre J., et autres, *Développement et implantation d'un système de prix de revient pour un réseau intégré de services avec une coordination par gestion de cas*, Québec, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, 2001.

[57] O'CONNOR M.D., Burke E., Gallajhere, Bawef, Johnson J. (2011). Auditing in the Irish Casemix

[58] BUGA. M., et autres. «Initial Results and Experiences from the World Bank Financed DRG Pilot Project in the Republic of Modalvia», dans *27th PCSI Conference*, Montréal, 2011.

[59] REID B., et autres. «Coded data quality for Case Mix Payment: insights from two external audits», dans *27th PCSI Conference*, Montréal, 2011. Budget Models. dans *27th PCSI Conference*. October. Montréal.

[60] ALJUNID S.M., et autres. «The UNU-CBG'S: Development and deployment of real international open source case mix grouper for resource challenged countries», dans *27Th PCSI Conference*, Montréal, 2011.

ANNEXE 1

Membres des comités consultatifs 2011

Comité sur le financement à l'activité - CSSS

- André Moreau du CSSS de Gatineau
- Gilles Gagnon du CSSS de Chicoutimi
- Guy Gignac du Centre Hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA)
- Michel Gervais de l'Hôpital Charles-Lemoyne
- Michel Michaud du CSSS Les Eskers
- Rémi Brassard du CSSS de Haute-Yamaska
- Claude Paradis de l'AQESSS
- François Lemoyne de l'AQESSS
- Josée Vallières de l'AQESSS

Comité sur le financement à l'activité – Centres universitaires

- Guy Bellemare du CHUQ
- Ralph Dadoun de l'Hôpital St-Mary
- Patricia Gauthier du CHUS
- Christian Paire du CHUM
- Ewa Sidorowicz du CUSM
- Claude Paradis de l'AQESSS
- François Lemoyne de l'AQESSS
- Josée Vallières de l'AQESSS

T 514 842-4861 www.aqesss.qc.ca

505, BOULEVARD DE MAISONNEUVE OUEST

BUREAU 400, MONTRÉAL (QUÉBEC) H3A 3C2