Le financement par activité au Canada : guide à l'intention des bailleurs de fonds du système de santé et des gestionnaires des hôpitaux

Performance du système de santé

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

Remerciements v

Introduction 1

Le financement par activité : objectifs, fonctions et mise en application 1

Objectifs du présent manuel sur le FPA 1

Portée du présent manuel 2

Public cible du présent manuel 2

Contenu du présent manuel 2

Première partie : Objectifs et fonctions du financement par activité 5

Chapitre 1 : Objectifs stratégiques du financement par activité 7

1.1 Modes de financement des services hospitaliers 7

1.2 Dépenses de santé 9

1.3 Raison d'être du FPA 10

Chapitre 2 : Fonctions principales d'un système de FPA 13

2.1 Description des activités hospitalières 13

2.2 Établissement du montant des paiements 15

2.3 Régulation du système de FPA 19

Deuxième partie : Description des activités 21

Chapitre 3 : Les systèmes de groupes clients et le FPA 23

3.1 Les systèmes de groupes clients ne sont pas tous élaborés en fonction du FPA 23

3.2 Options relatives au choix d'un système de groupes clients 23

3.3 Le système de groupes clients pour les patients hospitalisés au Canada 24

Chapitre 4 : Utilisation des systèmes de groupes clients dans le cadre du FPA 35

4.1 Représentativité de la pondération des coûts 35

4.2 Intelligibilité et transparence 36

4.3 Risque de réponse inappropriée du système de santé 37

4.4 Stabilité de la pondération des coûts 38

4.5 Possibilité d'entraîner des incitatifs inappropriés 39

4.6 Réflexion sur la GMA+ 40

4.7 Résumé des critères d'évaluation des systèmes de groupes clients appliqués au FPA 41

Troisième partie : Financement des activités 43

Chapitre 5 : Évaluation des coûts hospitaliers 45

5.1 Dimensions des données financières 46

5.2 Utilité des données financières 47

5.3 Données financières des hôpitaux au Canada 50

5.4 Modélisation des coûts par patient 54

Chapitre 6 : De l'établissement des coûts à la fixation du montant des paiements 59

6.1 Calcul des coefficients de pondération des paiements 59

6.2 Établissement des valeurs de base 61

6.3 Facteurs de rajustement appliqués aux paiements 64

6.4 Sommaire des montants des paiements 66

Chapitre 7 : Conception de l'approche de financement 67

7.1 Définition des limites liées aux paiements 67

7.2 Coûts marginaux et coûts moyens 68

7.3 Coût moyen total ou modèle de paiements fixes et variables? 68

7.4 Plafonnement ou non des dépenses 72

7.5 Mise en œuvre graduelle du FPA et transition 74

Quatrième partie : Régulation du système de financement 77

Chapitre 8 : Surveillance du système 79

8.1 Pratiques indésirables potentielles en réponse au FPA 79

8.2 Stratégies pour réduire la probabilité ou les occasions de manipulation des données 81

Chapitre 9 : Établissement des règles administratives du système de paiement 85

9.1 Soumission des données et délais de soumission 85

9.2 Autonomie et questions à l'échelle du système 86

Chapitre 10 : Approches face à la nature dynamique du système de santé 87

10.1 Mise à jour du système de groupes clients et des coefficients de pondération des coûts 87

10.2 Révision des cibles et des allocations fixes 88

Cinquième partie : Mise en œuvre d'un nouveau système et nouvelles pratiques de gestion du système 91

Chapitre 11 : Instauration d'un nouveau système 93

11.1 Respect des objectifs stratégiques 94

11.2 Services non financés par le FPA 95

11.3 Mécanismes de consultation 100

11.4 Compétences et capacités 101

Chapitre 12 : Surveillance du système 103
12.1 Intégration des questions liées à la qualité dans le modèle de FPA 103
12.2 Atteinte d'autres objectifs à l'aide du FPA 107
Chapitre 13 : Évaluation des répercussions du FPA 109
13.1 Objectifs stratégiques du FPA et évaluation des répercussions sur la performance du système de santé 109
13.2 Volets du mode de fonctionnement du système de santé à évaluer 110
13.3 Sélection des indicateurs 111
13.4 Évaluation de la performance du système de santé 113
13.5 Mesure de la réussite globale du FPA 113
Sixième partie : Gestion d'un hôpital dans le cadre du FPA 115
Chapitre 14 : Le nouveau paradigme 117
14.1 Amélioration de la base de connaissances 118
14.2 Nouvelle structure organisationnelle et nouveaux processus 118
14.3 Codification et vérification de la codification 119
14.4 Information juste 120
Chapitre 15 : Gestion du continuum des soins 123
15.1 Prévention et soins primaires 124
15.2 Services avant l'admission 124
15.3 Séjour à l'hôpital 124
15.4 Services après la sortie 126
Sommaire 127
Liste de contrôle en 10 points avant la mise en œuvre du FPA 129
Renseignements supplémentaires 130
Annexe A : Indicateurs proposés pour l'évaluation de la performance du système de santé 131
Annexe B : Glossaire 137
Références 141

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la rédaction du document *Le financement par activité au Canada : guide à l'intention des bailleurs de fonds du système de santé et des gestionnaires des hôpitaux :*

- Stephen Duckett (auteur)
- Terri Jackson (auteur)
- Jeff Hatcher, conseiller principal, Méthodologies et Soins spécialisés, ICIS (auteur)
- Heather Richards, conseillère, Groupes clients, ICIS (auteur)
- Kevin Murphy, méthodologiste, Groupes clients, ICIS (auteur)

Nous aimerions remercier les lecteurs critiques qui ont émis de précieux commentaires afin d'améliorer le contenu du rapport :

Eileen Robertson, Direction du développement, Payment by Results, National Health Service, Angleterre

Reinhard Busse, Département de gestion des soins de santé, Université technique de Berlin, Allemagne

Alexander Geissler, Département de gestion des soins de santé, Université technique de Berlin, Allemagne

Wilm Quentin, Département de gestion des soins de santé, Université technique de Berlin, Allemagne

Michael Stewart, Aide à la décision et transfert des connaissances, Direction de la qualité des services de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Andrew Street, Centre for Health Economics, Université de York, Angleterre

Les Vertesi, Département de médecine d'urgence, Hôpital Royal Columbian; British Columbia Health Services Purchasing Organization

Nous aimerions aussi remercier tout spécialement les membres suivants du personnel de l'ICIS : Jean-Marie Berthelot, Karen Horne, Pierre Léveillé, Britta Nielsen, David Paton, Brenda Tipper, John Wright, Douglas Yeo et Greg Zinck.

Introduction

Depuis quelques années, les responsables de l'administration et de la prestation des services de santé au Canada portent un intérêt au financement par activité (FPA). Ils souhaitent approfondir leur compréhension de ce mode de financement en explorant l'utilité potentielle du modèle, ses principes de base et ses composants, ainsi que les éléments à prendre en considération en vue de son adoption.

Le financement par activité : objectifs, fonctions et mise en application

Les provinces et les territoires accordent désormais plus d'importance à l'efficacité, à la rentabilité et à l'imputabilité dans le système de santé, 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'allocation des fonds permettrait de régler, du moins en partie, ces questions. Le FPA est envisagé comme l'une des solutions possibles.

Le FPA est un mode de financement des soins et des services offerts dans les hôpitaux de soins de courte durée, les établissements de soins de longue durée et les établissements de réadaptation pour les dispensateurs de soins de santé.

Les bailleurs de fonds du système de santé responsables de la mise en place du FPA prennent appui sur les données cliniques et financières recueillies de façon régulière. Ils utilisent les données cliniques pour classer les épisodes de soins en groupes homogènes selon leurs caractéristiques cliniques et les coûts engagés. Un montant prédéterminé est ensuite attribué à chaque groupe d'épisodes. Les bailleurs de fonds peuvent ainsi rembourser les dispensateurs de soins de santé pour les services qu'ils assurent, en fonction du volume et des types de patients pris en charge.

Objectifs du présent manuel sur le FPA

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a produit le présent manuel à l'intention des intervenants qui souhaitent en apprendre davantage sur le FPA. Le manuel décrit les principes de base et les composants du FPA et traite des éléments à prendre en considération en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un système de FPA. Il n'offre aucun conseil ni recommandation stratégique, mais présente plutôt les objectifs et les défis stratégiques dont les bailleurs de fonds du système de santé et les gestionnaires des hôpitaux devraient tenir compte dans l'élaboration de leur système de FPA.

Le FPA ne convient pas à tous les contextes. Les intervenants doivent examiner et comprendre le modèle sous tous les angles avant de le mettre en œuvre. Les chapitres du présent manuel visent à éclairer les lecteurs sur les concepts pertinents à leur propre projet de mise en œuvre du FPA.

Portée du présent manuel

Puisque le manuel met l'accent sur le FPA en soins aux patients hospitalisés, il y est beaucoup question des systèmes de groupes clients et d'autres sujets propres à la mise en œuvre du FPA pour les activités hospitalières. Au Canada, cependant, il existe des systèmes de déclaration et des méthodologies de groupes clients bien établis dans l'ensemble des milieux de soins. Les provinces et territoires du Canada peuvent ainsi mettre en œuvre le FPA dans divers secteurs de la santé, contrairement aux autres pays, où la mise en œuvre a souvent été limitée au seul secteur hospitalier parce que les données nécessaires n'étaient pas disponibles.

Public cible du présent manuel

Ce manuel se veut un guide pratique à l'intention des intervenants du système de santé, notamment les gestionnaires des hôpitaux et le personnel des ministères provinciaux. Il est destiné aux responsables du financement du système de santé de partout au Canada qui envisagent l'adoption du FPA et qui prendraient part à l'élaboration et à la mise en œuvre du modèle. Le public cible comprend également le personnel responsable de gérer le budget d'un organisme ou d'un établissement de santé.

Les lecteurs exploreront le rôle du FPA ainsi que les différences et la compatibilité de ce modèle par rapport aux autres mécanismes de financement. Ils en apprendront également davantage sur les aspects techniques du système de FPA : élaboration des systèmes de groupes clients et établissement des prix, suivi de la performance du système de santé et mesure des résultats du FPA, et codification et saisie des données cliniques et financières. Enfin, les lecteurs qui prennent part à la prestation des services de santé pourront se renseigner sur les répercussions et les avantages potentiels du FPA pour leur établissement et son mode de gestion.

Contenu du présent manuel

La présente introduction est suivie de 15 chapitres.

Les chapitres 1 et 2 mettent le FPA en contexte et présentent quelques-uns des concepts de base du modèle. Les objectifs stratégiques et les principales fonctions du FPA y sont également abordés.

Les chapitres 3 à 10 traitent plus en profondeur les grandes étapes du processus d'élaboration d'un système de FPA : classement des produits des soins hospitaliers en « groupes », création d'un modèle de paiement pour les activités hospitalières et conception des règles et des processus administratifs en appui au modèle de FPA.

Les chapitres 11 à 13 explorent les thèmes liés à la mise en œuvre d'un nouveau système de financement et aux aspects de la gestion du système de santé qui devront être modifiés.

Les chapitres 14 et 15 sont destinés aux gestionnaires et aux dirigeants des hôpitaux, la discussion portant sur la gestion d'un hôpital financé selon le modèle du FPA. Le FPA soulève certaines questions qui doivent être résolues avant la mise en œuvre du modèle, tant à l'échelle du système que dans les hôpitaux.

Le manuel se termine par un sommaire qui comprend une liste de contrôle en 10 points destinée aux bailleurs de fonds du système de santé qui souhaitent mettre en œuvre le FPA.

Première partie : Objectifs et fonctions du financement par activité

Cette partie du manuel met le FPA en contexte et présente quelques-uns des concepts de base du modèle.

Chapitre 1 : Objectifs stratégiques du financement par activité

Depuis quelques décennies, les bailleurs de fonds des systèmes de santé du monde entier remettent en question les modes de paiement des services de santé. La plupart cherchent à ralentir l'augmentation des dépenses de santé. Certains tentent de réduire les taxes, les impôts et les primes qui financent la prestation des services de santé, tandis que d'autres visent à augmenter la rentabilité des services. Les hôpitaux et les dispensateurs tentent quant à eux d'augmenter les fonds alloués, pour pouvoir traiter davantage de patients et introduire de nouveaux médicaments et de nouvelles technologies afin d'améliorer les résultats pour la santé.

Les modèles de financement du système de santé définissent implicitement ou explicitement les rôles du bailleur de fonds et du dispensateur, en déterminant qui est responsable de gérer les ressources à différents paliers du système, et qui est responsable lorsque le budget est dépassé. Le présent chapitre explore pourquoi certains bailleurs de fonds se sont tournés vers le FPA plutôt que d'autres modèles de financement. Il décrit également comment le FPA appuie l'atteinte de divers objectifs stratégiques en matière de santé.

1.1 Modes de financement des services hospitaliers

Les modèles de financement des hôpitaux sont définis par divers attributs, notamment l'adoption d'une approche descendante comparativement à une fondée sur le marché, la possibilité d'ajuster ou non l'allocation des fonds en cours d'année, ainsi que le degré de responsabilisation au sein du modèle.

Traditionnellement, les systèmes publics présentent une approche descendante, où l'allocation des fonds aux hôpitaux se fait habituellement sur la base de budgets globaux. Au contraire, dans les systèmes fondés sur le marché, le budget est établi à l'interne en fonction du revenu issu du traitement des patients.

Les budgets globaux demeurent un mode de paiement courant pour les services hospitaliers, les décisions budgétaires étant influencées par des consultations, les budgets antérieurs (assortis d'une augmentation ou d'une diminution annuelle déterminée), des intrants précis et, dans certains cas, les activités hospitalières. À la suite des consultations, le budget est défini pour au moins un an, parfois plus.

Par le passé, les fonds étaient également alloués en fonction des intrants (p. ex. les salaires et le coût des fournitures), dans un budget détaillé établi poste par poste. Cette approche est relativement peu efficace pour l'atteinte d'objectifs stratégiques communs comme l'accès aux soins, la qualité des services, l'efficience et la viabilité. Une autre approche consiste à procéder par soumissions pour la prestation de services. Dans ce type de modèle, le coût de la prestation de services est soumis au marché et les contrats résultants peuvent inclure des ententes de responsabilisation relative à l'accès ou au volume de services, ainsi que des mesures de la qualité.

De nombreux bailleurs de fonds adoptent désormais des systèmes de financement fondés sur des formules. Les régies régionales de la santé reçoivent ainsi des fonds selon leurs activités ou la population qu'elles servent (capitation).

La réforme du système de santé entreprise dans les années 1990 dans la plupart des provinces a entre autres mené à la création des régies régionales de la santé. Ces organismes sont responsables des services de santé offerts aux résidents d'une région donnée, ainsi que de l'administration régionale de nombreux aspects des soins de santé publics, mais pas tous : les services des médecins et les régimes d'assurance-médicaments, par exemple, ne relèvent pas des régies régionales. Les régies régionales de la santé devaient avoir la capacité et la motivation nécessaires pour veiller à ce que les sommes adéquates soient investies en prévention des maladies et en soins primaires, afin de réduire la demande de soins hospitaliers onéreux. Elles devaient également être incitées à investir en soins de longue durée et en services à domicile, de façon à créer des milieux moins coûteux pour soigner les patients qui, autrement, devraient être hospitalisés. Le budget des régies régionales de la santé a été établi en fonction de la population servie (pondérée selon certains indicateurs des besoins en services de santé, comme l'âge et le sexe des patients), avec quelques ajustements pour tenir compte des patients acheminés vers la région et hors de la région.

Depuis quelques années, on constate un intérêt accru envers un autre modèle de financement, qui consiste à calculer les fonds alloués aux grands établissements de santé (comme les hôpitaux et les centres de soins infirmiers), aux régies régionales de la santé et à certains services de santé (comme les services à domicile) en fonction de l'activité réelle. En vertu de ce modèle, le financement augmente ou diminue lorsque le volume d'activité varie. Cette approche porte plusieurs noms. La désignation « financement par activité » (FPA) est employée ici, mais on retrouve aussi les termes « financement en fonction des groupes clients » (puisque le financement est fondé sur les groupes de cas traités) et « financement basé sur les services » (puisque le financement repose sur les services offerts, et non sur les intrants du système ou la population servie). Le FPA est parfois décrit comme un modèle où « l'argent suit le patient » : il peut donc servir à encourager les établissements à être plus réceptifs aux besoins des patients. La mise en œuvre du FPA et les objectifs stratégiques visés par le modèle dépendent largement de la façon dont il est conçu.

En réalité, la distinction entre financement axé sur la population et financement par activité n'est pas aussi nette : par exemple, les régies régionales de la santé doivent déterminer les fonds alloués à chaque hôpital, donc fixer le système et le barème de paiement, comme décrit ci-dessus; de plus, dans tout système de santé, on peut attribuer aux hôpitaux des volumes d'activité cibles qui tiennent compte de la population servie. On peut donc faire coexister les deux modèles de financement, soit en allouant les fonds à la région en fonction de la population, puis en ayant recours au FPA pour financer les hôpitaux au sein de la région, soit en appliquant le financement axé sur la population à certains secteurs de la santé (comme la santé publique) et en réservant le FPA aux hôpitaux et autres services directs.

Les modèles de financement se caractérisent également par la possibilité d'ajuster l'allocation des fonds en cours d'année. Le budget peut ainsi être établi pour toute l'année, ou au contraire changer en cours d'année, lorsque le niveau d'activité varie. Dans les systèmes uniquement fondés sur le marché, le revenu des hôpitaux dépend complètement de la variation du volume de patients. Dans les systèmes publics, les pratiques varient. À un bout du spectre, les budgets sont établis en début d'année en fonction de la charge de cas prévue, sans possibilité de variation en cours d'année. Au milieu du spectre, l'allocation des fonds peut fluctuer selon une échelle établie. Enfin, à l'autre bout du spectre, la fluctuation est illimitée, comme dans un système fondé sur le marché.

Le troisième attribut important des modèles de financement est le degré d'autonomie accordé aux hôpitaux. On a ainsi vu des systèmes où l'autonomie des hôpitaux était limitée, les gestionnaires devant rendre compte des dépenses pour chaque type d'intrant lorsque le budget était établi de cette façon. À l'opposé se trouve le modèle du budget global, qui laisse les hôpitaux complètement libres d'établir les services et les dépenses prioritaires. Entre ces deux extrêmes, on trouve les politiques de financement qui laissent une certaine autonomie aux hôpitaux à l'intérieur de programmes déterminés. Selon ce dernier modèle, les fonds sont alloués pour les programmes de soins aux patients hospitalisés, de soins en consultation externe ou de services de proximité, par exemple, sans que les hôpitaux puissent transférer les fonds d'un programme à l'autre. Plus les catégories qui circonscrivent les dépenses des hôpitaux sont nombreuses, plus l'autonomie des établissements est limitée.

Les trois attributs ne peuvent pas être combinés de n'importe quelle manière : les systèmes uniquement fondés sur le marché, par exemple, ne peuvent coexister qu'avec un haut degré d'autonomie. L'élaboration du modèle de FPA exige toutefois des choix concernant les deux derniers attributs, c'est-à-dire la possibilité d'ajuster l'allocation des fonds en cours d'année et le degré d'autonomie accordé aux hôpitaux.

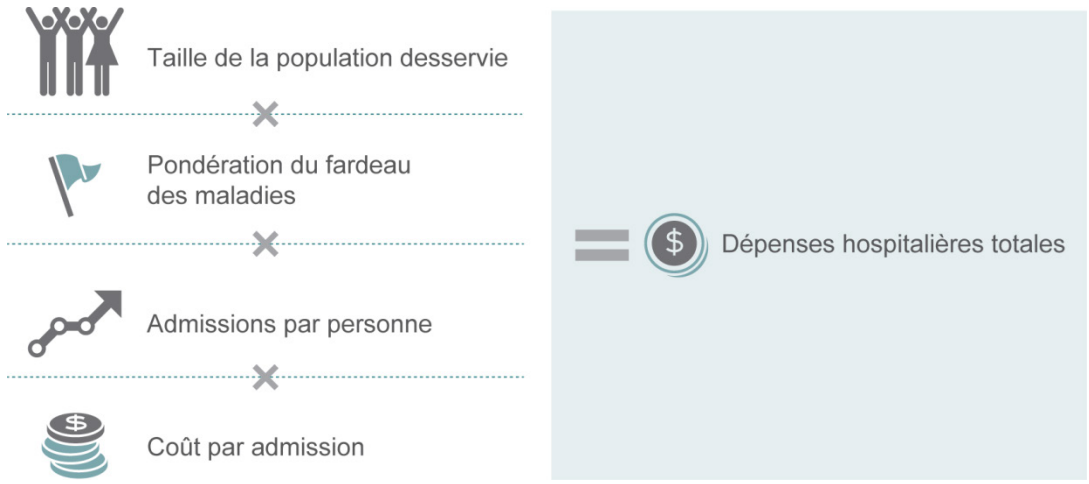
1.2 Dépenses de santé

Pour comprendre le contexte d'utilisation du FPA dans le cadre des soins hospitaliers, il est utile d'examiner les facteurs qui déterminent les dépenses des hôpitaux dans le système de santé en général. Les dépenses totales de santé sont déterminées par l'interaction de quatre grands facteurs :

- la population desservie;
- la répartition du fardeau des maladies dans la population;
- le taux d'utilisation des services de santé (financés par les secteurs public et privé);
- le coût de chaque service (y compris le coût des infrastructures et des heures de disponibilité).

L'entité responsable de gérer les variations de ces quatre grands facteurs constitue l'un des principaux points de distinction entre le financement axé sur la population et le FPA. La figure 1 et les paragraphes qui suivent illustrent cette distinction.

Figure 1 : Facteurs déterminant les dépenses de santé, appliqués au contexte des dépenses hospitalières



Selon l'approche de financement axé sur la population, le bailleur de fonds (p. ex. le ministère provincial de la Santé) assigne une population à chaque régie régionale de la santé, puis alloue les fonds selon la mesure du fardeau des maladies au sein de cette population. Le bailleur de fonds endosse donc la responsabilité des deux premiers facteurs, tandis que les régies régionales de la santé gèrent le risque de variation des taux d'utilisation et du coût par service.

Dans un modèle de FPA, le bailleur de fonds est responsable des trois premiers facteurs, tandis que les hôpitaux sont responsables des coûts des services qu'ils dispensent. Le financement axé sur la population exige le recours à une formule pour tenir compte de la variation légitime des coûts selon l'état de santé des personnes servies (d'où le besoin de tenir compte du fardeau des maladies au sein de la population); de la même manière, le modèle de FPA exige le recours à une méthode pour décrire les activités des hôpitaux. Cette question est abordée au chapitre 2.

1.3 Raison d'être du FPA

On espérait du financement axé sur la population qu'il inciterait les régies régionales de la santé à prendre en main les taux d'utilisation (par la prévention, les soins primaires et d'autres stratégies), favorisant ainsi l'allocation efficiente des ressources (ou l'efficacité sociale) au sein du système de santé. L'expérience a plutôt prouvé qu'il était difficile d'influer sur les taux d'utilisation, malgré les grandes variations observées.

Voici ce qu'indique à ce sujet le rapport sur l'avenir du système de santé du Canada publié en 2002 par le Sénat :

> Dans l'ensemble, la majorité des témoins ont convenu que, après des années de budgets globaux dans plusieurs provinces, personne ne sait plus le coût de quoi que ce soit et que, par conséquent, il est difficile de savoir, même approximativement, ce que le public reçoit pour son argent dans les hôpitaux. Le Comité est d'avis que la pénurie de données sur les coûts des services hospitaliers va à l'encontre de notre vision de ce que devrait être un secteur de services du XXIe siècle, c'est-à-dire un secteur [...] dont on peut exiger des comptes, les gouvernements (et la population) sachant exactement quels services dans quels hôpitaux sont dispensés de façon efficiente et lesquels ne le sont pas.

Les observations suivantes sont également avancées :

> La documentation actuelle sur les méthodes de financement fondées sur la clientèle porte à croire que ces méthodes sont plus équitables que d'autres méthodes. Une caractéristique particulièrement attrayante des méthodes fondées sur la clientèle, c'est qu'elles encouragent l'efficience et le rendement.

La conclusion suivante est ensuite proposée dans le rapport :

> Le Comité est d'accord avec les témoins pour dire que, dans la mesure du possible, les hôpitaux doivent être financés en fonction des services particuliers qu'ils offrent. Le financement fondé sur les services dispensés est la meilleure méthode de financement des dépenses de fonctionnement des hôpitaux.

Ces extraits illustrent les motifs les plus courants du recours au FPA :

- la transparence : clarifier les critères d'allocation des fonds aux hôpitaux;
- l'équité entre les hôpitaux : offrir un même financement aux hôpitaux qui dispensent des services semblables;
- l'efficience : assurer l'optimisation des dépenses de santé.

La troisième raison d'être du FPA, l'efficience, est plus complexe que les deux autres.

Essentiellement, le FPA consiste à allouer les fonds aux hôpitaux en fonction de leurs activités. Selon l'approche du budget global, qui ne tient pas compte de l'efficience relative, certains hôpitaux reçoivent davantage de fonds que d'autres, pour une gamme et un niveau de services identiques. Dans un modèle de FPA (fondé sur un ajustement en fonction des groupes clients auxquels appartiennent les patients traités), les hôpitaux plus efficients par rapport à d'autres sont automatiquement repérés, ce qui entraîne une redistribution plus équitable des fonds. L'éventuelle augmentation globale de l'efficience dans l'ensemble du système dépend en partie du montant des paiements aux hôpitaux. De ce point de vue, le FPA n'entraîne pas forcément des gains d'efficience.

En vertu du FPA, les responsables de l'élaboration des politiques peuvent fixer le montant du paiement pour chaque activité : plus ce montant est élevé, moins les gains d'efficience seront importants. Si le montant est supérieur au coût moyen de l'activité, on observera une réduction globale de l'efficience. Même si le montant du paiement est fixé au coût moyen de la pratique actuelle afin d'encourager les hôpitaux peu efficients (ceux dont le coût de fonctionnement est supérieur à la moyenne) à s'améliorer, l'efficience globale n'augmentera que si les hôpitaux efficients le demeurent et si leurs coûts n'augmentent pas. Les gains d'efficience dans les hôpitaux peu efficients peuvent ainsi être contrebalancés par des pertes d'efficience dans les hôpitaux efficients. Par conséquent, l'augmentation de l'efficience globale n'est possible que si des mesures calculées sont prises en ce sens.

L'une des forces du FPA consiste à permettre l'évolution de l'allocation des fonds de manière à refléter l'évolution de la répartition des besoins; l'harmonisation des paiements avec les coûts légitimes favorise également l'efficience du système. D'autres systèmes de financement (comme les budgets globaux ou les formules de financement historique) peuvent initialement reposer sur l'adéquation du financement aux besoins, mais au fil du temps, des divergences apparaissent au niveau des besoins et du financement. Les établissements qui profitent de ces écarts (ceux dont le financement excède leurs besoins) peuvent par la suite s'opposer à une redistribution radicale des fonds. Dans un modèle fondé sur des règles comme le FPA, les bailleurs de fonds sont mieux en mesure d'harmoniser l'allocation des fonds avec la répartition des besoins. Pour élaborer un système de FPA, il faut déterminer la place qu'il convient d'accorder à l'augmentation de l'efficience, en plus de tenir compte des interactions entre la politique de financement et les autres aspects du système. Les fonds alloués doivent être suffisants pour offrir des services de qualité et le modèle de FPA doit cadrer avec l'ensemble des politiques de santé (p. ex. lorsque la croissance des activités est adoptée comme objectif stratégique).

Chapitre 2 : Fonctions principales d'un système de FPA

Le FPA repose sur trois hypothèses clés :

- il est possible de décrire les activités des hôpitaux de façon équitable;
- il est possible d'établir le montant des paiements pour chaque activité;
- on dispose d'un ensemble de règles administratives et de processus de financement transparents.

Ces énoncés sont présentés comme des hypothèses, mais ils constituent en fait les trois composants de base de la mise en œuvre du FPA. Ils seront décrits brièvement dans le présent chapitre, puis abordés plus en détail dans la deuxième partie (Description des activités), la troisième partie (Financement des activités) et la quatrième partie (Régulation du système de financement).

Figure 2 : Composants de base du FPA

2.1 Description des activités hospitalières

La première hypothèse du FPA concerne la possibilité de décrire les activités des hôpitaux de façon équitable et judicieuse. Les premières techniques pour y parvenir ont été élaborées dans les années 1970 : à partir d'un simple dénombrement des jours de soins ou des patients vus en consultation, les méthodes ont évolué pour tenir compte de la complexité des cas. Les grandes avancées dans ce domaine ont été menées par Bob Fetter, professeur à l'Université Yale (voir l'encadré 1). Son équipe et lui ont élaboré un système de classification qui permet la déclaration de données comparables sur les soins aux patients hospitalisés. On appelle ce système « diagnostics repères pour la gestion » (DRG), puisque les groupes constituants correspondent à des diagnostics. Ce fut le tout premier système de classification de groupes clients. La classification de Fetter comptait moins de 500 groupes. Tous les cas de patients hospitalisés pouvaient être classés dans un (et un seul) de ces groupes.

Plusieurs classifications de groupes clients ont été mises au point depuis les premiers travaux de Fetter. Certains pays ont élaboré des classifications pour les patients hospitalisés reposant sur leur système de codification national des diagnostics et des interventions. Alors que Fetter et son équipe mettaient au point leurs DRG, des travaux parallèles étaient en cours au Canada, menés par l'organisme prédécesseur de l'ICIS. La première version de la classification des groupes clients de l'ICIS pour le secteur des soins de courte durée aux patients hospitalisés, les groupes de maladies analogues (GMA), a été adaptée à partir du système de Yale peu avant la première publication des DRG. La méthodologie actuellement en usage au Canada dans le secteur des soins de courte durée aux patients hospitalisés porte le nom de GMA+. Elle est décrite plus en détail au chapitre suivant.

Fetter a adopté quatre principes fondamentaux pour créer son système de classification, soit

- la définition de groupes fondés sur les renseignements habituellement inscrits dans les abrégés informatisés des hôpitaux;
- la création d'un nombre raisonnable de groupes;
- le regroupement de cas présentant un profil semblable d'utilisation des ressources (c.-à-d. en groupes homogènes sur le plan des ressources);
- le regroupement de cas semblables sur le plan clinique (c.-à-d. en groupes homogènes ou significatifs sur le plan clinique)[3, 4].

Encadré 1 : Bob Fetter et la création des groupes clients

Robert B. Fetter était ingénieur industriel et professeur à l'École d'organisation et de gestion de l'Université Yale. Sa femme, Audrey, était gestionnaire d'un hôpital. Les cliniciens de l'Hôpital Yale-New Haven ont fait appel à lui dans les années 1960 afin de repérer les cas « anormaux » qui devraient faire l'objet d'un examen de l'utilisation des ressources.

Il a décrit le processus ainsi : « En repérant les cas d'utilisation inappropriée, le personnel hospitalier devrait pouvoir en apprendre davantage sur ses propres pratiques et rendre l'utilisation des ressources de l'établissement plus efficace[2]. » Fetter s'est rapidement rendu compte que pour repérer les cas anormaux, il fallait d'abord décrire les cas normaux : il devait donc déterminer l'utilisation des ressources prévue dans un cas donné. John Thompson, infirmier de formation et professeur à l'Université Yale, s'est également joint au projet.

L'équipe dirigée par Fetter et Thompson a élaboré les DRG, le premier système à décrire de façon exhaustive les soins aux patients hospitalisés. Depuis lors, les principes établis par Fetter et Thompson orientent les approches de mesure des activités hospitalières.

Ces principes sont toujours pertinents, même si des modifications ont été apportées (p. ex. au nombre de groupes considéré comme raisonnable)[5].

L'un des critères d'évaluation actuels de l'efficacité des systèmes de classification est l'homogénéité des groupes sur le plan des ressources : à quel point les cas regroupés selon le système de classification sont-ils semblables du point de vue de l'utilisation des ressources? Cette question, qui renvoie au troisième principe de Fetter, est fondamentale à l'équité du financement en fonction des groupes clients.

Les cas ne s'insèrent pas tous facilement dans le système de classification : il existe évidemment des situations où l'état du patient est tel que les ressources utilisées pour son traitement ne peuvent que dépasser largement la norme. Ces cas sont appelés « cas particuliers ». La proportion des cas qui sont catégorisés comme particuliers constitue un autre critère d'évaluation de l'efficacité d'un système de classification. Ainsi, si une grande proportion des patients sont classés comme cas particuliers, on peut conclure que le système de groupes clients ne permet pas de regrouper efficacement les patients en groupes homogènes sur le plan des coûts engagés.

Une fois les activités hospitalières décrites selon un nombre de groupes raisonnable, on s'attend à ce que les cas d'un même groupe affichent une consommation similaire de ressources. De la description des groupes clients au financement des hôpitaux en fonction des cas et de la consommation prévue des ressources, il n'y a donc qu'un pas. Avant de le franchir, toutefois, il faut faire preuve de prudence : on ne peut adopter le financement en fonction des groupes clients que lorsque la description des activités est adéquate et que le coût des ressources hospitalières est bien défini et bien compris. Le financement des services hospitaliers qui ne répondent pas à ces critères (comme l'enseignement, la formation et la recherche) est généralement exclu du système de FPA (voir la section 11.2).

2.2 Établissement du montant des paiements

Le terme « financement par activité » décrit bien l'essence du modèle, qui consiste à allouer les fonds aux hôpitaux en fonction de leurs activités. On peut toutefois interpréter le modèle de multiples manières. Le présent manuel décrit certains des choix possibles aux différentes étapes de création d'un système de FPA. Dans une province ou un pays donné, ces choix sont influencés par les objectifs stratégiques visés (transparence, équité du financement, efficience) et par le contexte où le FPA est mis en œuvre.

Pour passer de la description des activités hospitalières au financement en fonction de ces activités, il faut attribuer un montant des paiements à chacun des groupes clients de la classification, ce qui exige d'estimer le coût moyen des cas compris dans chaque groupe. Le coût moyen au sein d'un groupe peut ensuite être assigné comme montant du paiement à chacun des cas compris dans le groupe.

Dans l'approche la plus courante, en revanche, on ajoute une étape intermédiaire, où l'on convertit le coût moyen en une mesure relative appelée coefficient de pondération des coûts. Pour calculer le coefficient d'un groupe, on divise le coût moyen des cas au sein du groupe par le coût moyen de tous les cas (c.-à-d. la moyenne des cas de tous les GMA). Le coefficient obtenu peut ensuite être attribué au groupe comme coefficient de pondération des paiements. Pour établir le montant des paiements, le coefficient de pondération des paiements est multiplié par une valeur unique en dollars assignée à chaque activité pondérée (c.-à-d. une valeur de base) afin d'obtenir le montant des paiements en dollars pour ce groupe.

Le tableau 1 illustre ces deux approches. Ces dernières et les montants de base sont examinés de plus près au chapitre 6. Les chapitres 3 et 4 traitent plus en détail de la pondération des coûts et présentent une description de la méthodologie GMA+ de l'ICIS. Les coefficients de pondération des coûts de la GMA+ sont définis plus précisément pour chaque GMA, ce qui permet de mieux expliquer la variabilité des coûts.

Tableau 1 : Présentation des montants de base et des coefficients de pondération des paiements pour les épisodes classés dans le GMA *Arythmie sans angiographie coronaire* de la GMA+ 2013

Âge du patient à l'admission	Approche du barème de paiement	Valeurs de pondération de la consommation des ressources*
29-364 jours	2 221,95 $	0,54194
1-7 ans	1 812,53 $	0,44208
8-17 ans	2 085,67 $	0,50870
18-59 ans	1 806,01 $	0,44049
60-79 ans	2 280,17 $	0,55614
80 ans ou plus	2 516,95 $	0,61389

Remarque

* La pondération de la consommation des ressources est la mesure relative du coût dans la méthodologie GMA+.

La conception des systèmes de FPA est variable, mais quatre grands principes (selon les travaux d'Averill et Kalison[6]) s'en dégagent :

1. les fonds reçus par l'hôpital varient en fonction de ses activités;
2. le montant des paiements pour chaque activité est fixé à l'avance pour la période où il est applicable (généralement un exercice financier);
3. lorsqu'ils sont en vigueur (après la période d'introduction graduelle, s'il y a lieu), les montants des paiements ne sont pas fondés sur les coûts réels antérieurs ou actuels de l'hôpital;
4. l'hôpital est responsable de la gestion des fonds qu'il reçoit (il conserve les surplus et doit rendre compte des pertes).

Les systèmes de financement qui respectent ces principes sont susceptibles d'atteindre les objectifs décrits au chapitre 1. En ce qui a trait à l'objectif d'efficience, par exemple, l'application du troisième principe signifie habituellement que les montants des paiements reposent sur les coûts engagés dans l'ensemble des hôpitaux d'un système (provincial ou national). Ces montants peuvent représenter une moyenne ou un point de référence calculés à partir des coûts dans le groupe d'hôpitaux. Le financement de chaque hôpital n'est donc pas déterminé par ses dépenses propres. L'application du quatrième principe signifie que lorsqu'un hôpital présente des coûts plus élevés que le montant des paiements, il doit soit combler les pertes des secteurs non rentables en y transférant des fonds des secteurs rentables, soit réduire ses dépenses pour les harmoniser aux paiements.

La façon dont se déroule le FPA dépend de l'environnement dans lequel on l'introduit. La première grande vague de mise en œuvre du FPA a eu lieu aux États-Unis en 1983[7]. L'Australie[8] et de nombreux pays européens[9] ont par la suite emboîté le pas. L'encadré 2 offre des précisions sur la mise en œuvre du FPA aux États-Unis, tandis que l'encadré 3 présente un exemple de mise en œuvre du FPA au Canada.

Encadré 2 : Système de paiement prospectif pour le régime Medicare aux États-Unis

Aux États-Unis, le FPA est souvent nommé « paiement prospectif » parce que le montant des paiements est déterminé prospectivement, au début de l'exercice financier (voir le deuxième principe ci-dessus), plutôt que rétrospectivement, sur la base de factures soumises en fonction des coûts. Le FPA y a surtout été mis en œuvre dans le cadre du système de paiement prospectif du régime Medicare, le mécanisme de financement des services dispensés aux personnes âgées et à certains autres groupes de la population.

Le paiement prospectif a remplacé un ancien système où les hôpitaux étaient financés en fonction de leurs dépenses. Dans les années précédant la mise en œuvre du nouveau modèle, les dépenses du régime Medicare augmentaient de près de 20 % par an. Le paiement prospectif a été mis en œuvre afin de ralentir l'augmentation des coûts et de récompenser l'efficience.

La classification des DRG de Fetter a été adoptée pour décrire les soins aux patients hospitalisés sous le régime Medicare, le montant des paiements étant ajusté selon certains facteurs, notamment la proportion de personnes à faible revenu dans la clientèle de l'hôpital et l'importance des activités d'enseignement au sein de l'établissement.

Le système a considérablement évolué depuis la mise en œuvre initiale et les principes du paiement prospectif ont depuis été appliqués à d'autres secteurs, outre les soins aux patients hospitalisés et les hôpitaux de soins de courte durée. Malgré cela, le modèle actuel garde les traces des premières moutures.

Le processus annuel de mise à jour des montants prédéterminés se déroule publiquement et tient compte des nouvelles technologies et de la variation du prix des ressources. La Medicare Payment Advisory Commission offre un exemple de ce processus[10].

Encadré 3 : Financement axé sur les patients en Colombie-Britannique[11]

La Health Services Purchasing Organization (HSPO) de la Colombie-Britannique a mis en œuvre le financement axé sur les patients dans 23 des plus grands hôpitaux de la province en avril 2010. Ce mode de financement offre des incitatifs financiers aux hôpitaux qui dispensent des soins de grande qualité et qui améliorent l'accès aux services hospitaliers pour les patients. Pour y parvenir, la HSPO a administré les programmes suivants en 2010-2011 :

- le financement par activité;
- un programme visant les opérations fréquentes (Procedural Care Program);
- le financement en fonction des résultats dans les services d'urgence;
- le National Surgical Quality Improvement Program de l'American College of Surgeons.

Pour mettre en œuvre le FPA, la HSPO a adopté la méthodologie de groupes clients GMA+ et les pondérations de la consommation des ressources (PCR) de l'ICIS. Les paiements ont été établis à 1 520 $ par unité de PCR en soins aux patients hospitalisés et à 3 040 $ par unité de PCR en soins ambulatoires. Ces paiements par unité de PCR ne visaient pas à couvrir les coûts associés à l'augmentation de la capacité des hôpitaux, mais plutôt à aider les gestionnaires, les membres du personnel et les médecins à améliorer les services sans modifier la capacité existante.

Le FPA modifie fondamentalement la relation entre bailleurs de fonds et hôpitaux. Selon le modèle du budget global, la province ou la régie régionale de la santé alloue un budget à l'hôpital. Selon le FPA, en revanche, le financement est lié aux activités, de sorte que les fonds alloués par la province ou la régie régionale de la santé constituent un revenu touché par l'hôpital pour le traitement des patients. Il est toutefois possible que les revenus ainsi touchés ne soient pas illimités. On peut plafonner le revenu en fonction du volume d'activité : de cette manière, l'atteinte du volume maximal influe sur les revenus touchés par l'hôpital.

Dans un modèle de FPA, l'établissement du budget devient ainsi un processus essentiellement interne aux hôpitaux. En évaluant leur volume d'activité à venir, en fonction des ententes de responsabilisation qui déterminent les volumes prévus ou maximaux, les hôpitaux peuvent donc prévoir le revenu correspondant et élaborer leur budget en fonction de ces paramètres.

Le FPA repose essentiellement sur la structure de coûts d'un hôpital moyen, le coût moyen étant utilisé pour fixer le montant des paiements. Bien que le mécanisme permette de tenir compte des caractéristiques des hôpitaux (p. ex. en prévoyant des montants distincts pour les hôpitaux de petite, moyenne ou grande taille), il peut ne pas être équitable pour tous les hôpitaux. Par exemple, les très petits hôpitaux communautaires risquent d'être désavantagés par le FPA pour deux raisons : le coût par cas peut être plus élevé parce que les économies d'échelle sont impossibles, et le volume de cas peut être insuffisant pour amortir les fluctuations liées aux différents types de patients (c.-à-d. lorsque les gains réalisés avec les cas simples sont annulés par les cas coûteux). Des dispositions particulières peuvent donc s'avérer nécessaires pour ces petits hôpitaux qui offrent souvent un accès essentiel aux services dans les régions rurales et éloignées.

Les fluctuations liées aux types de cas constituent un enjeu important pour tous les hôpitaux, peu importe leur taille. Comme l'expliquent Averill et Kalison :

> On croit souvent à tort que dans un système de financement [en fonction des groupes clients], aucun cas ne doit engager des coûts supérieurs au montant des paiements ou dépasser la durée moyenne du séjour pour le DRG correspondant. La définition des cas dans chaque DRG n'est pas précise au point que tous les patients soient identiques. Les cas varient au sein d'un même DRG, en raison de la gravité de la maladie et d'autres facteurs qui font varier les besoins en ressources des patients. Il est normal que pour certains patients, les coûts soient supérieurs ou inférieurs au montant des paiements. Tant que la variation des besoins en ressources est aléatoire et n'est pas associée à un type d'hôpital en particulier, le système ne présentera aucune iniquité[6].

2.3 Régulation du système de FPA

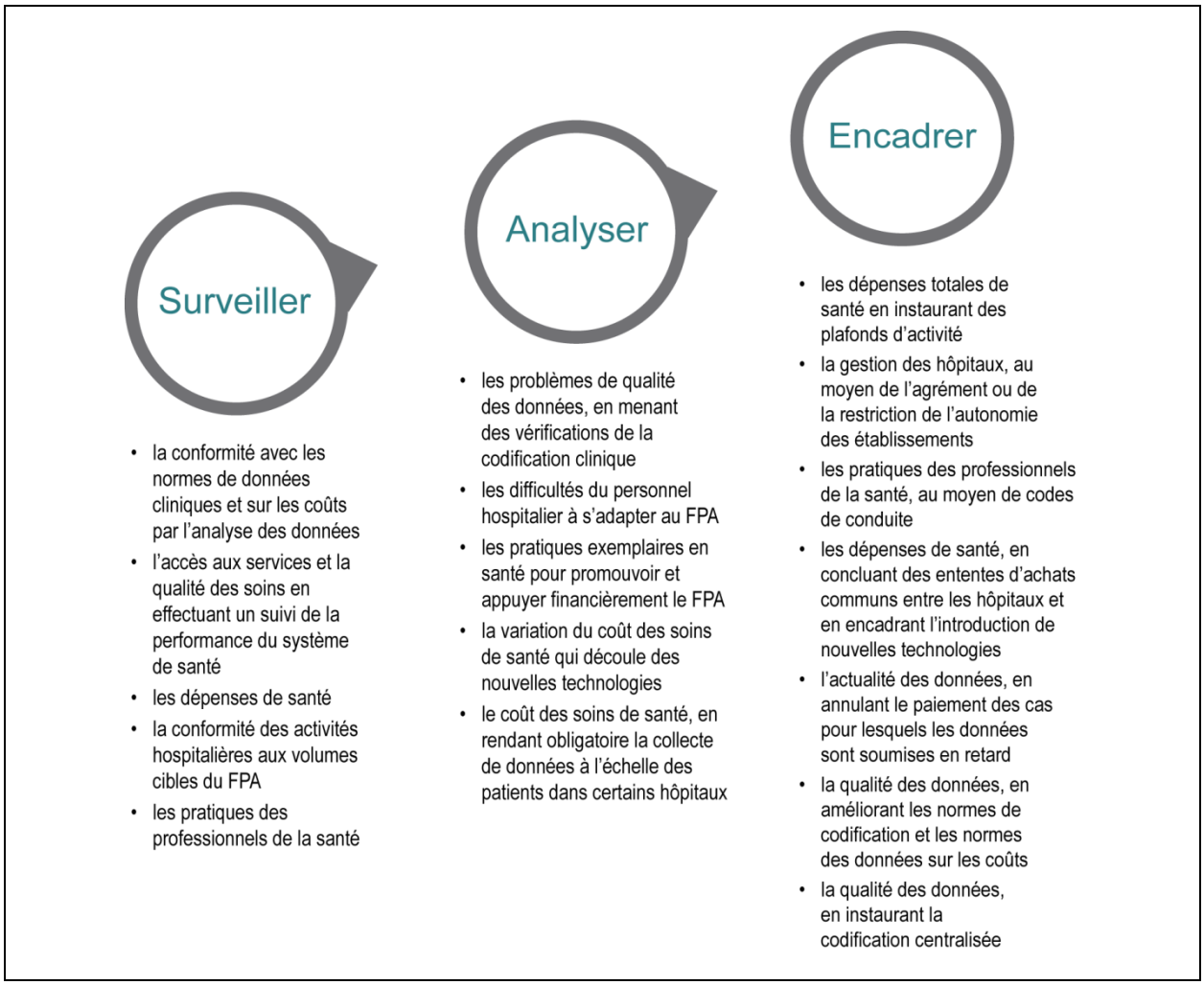
La régulation du système de FPA a pour but d'orienter les modes de fonctionnement du système de santé de sorte qu'ils concordent avec le niveau d'activité visé. Dans ce contexte, les efforts de régulation sont déployés par les bailleurs de fonds qui surveillent, analysent et encadrent les activités et les coûts des hôpitaux afin de les harmoniser aux objectifs stratégiques du FPA.

Puisque les bailleurs de fonds appliquent le FPA en s'appuyant sur les données disponibles, la qualité de ces dernières ne doit faire aucun doute. Les systèmes de régulation doivent donc mettre l'accent sur la conformité avec les normes de données (pour les données sur les coûts et les données cliniques). Certains hôpitaux pourraient ainsi être tenus de recueillir des données sur les coûts à l'échelle des patients.

Les bailleurs de fonds devraient penser à vérifier si des changements non planifiés surviennent dans le système de santé à la suite de la mise en œuvre du FPA. Si de tels changements sont observés, ils peuvent alors resserrer et réguler le mode de fonctionnement des hôpitaux. Par exemple, les bailleurs de fonds pourraient vouloir maintenir certains services dans tous les hôpitaux afin d'empêcher une spécialisation des établissements, ou, au contraire, viser la spécialisation de certains hôpitaux. Les bailleurs de fonds doivent également définir les pratiques attendues du personnel hospitalier et des professionnels de la santé.

La figure 3 présente certains modes de régulation possibles du système de FPA. Les mesures énumérées dans cette figure sont explorées en détail plus loin dans le présent manuel.

Figure 3 : Régulation du système de FPA — quelques exemples



Deuxième partie : Description des activités

Cette partie du manuel présente les méthodes de description des activités hospitalières de services aux patients.

Chapitre 3 : Les systèmes de groupes clients et le FPA

Le premier système de groupes clients a été mis au point par Fetter il y a 50 ans. Depuis lors, d'autres systèmes ont été mis au point et ont par la suite connu une évolution propre. Aujourd'hui, différentes méthodologies de regroupement des maladies analogues sont en usage dans divers pays. Au Canada, l'ICIS a mis au point plusieurs méthodologies de groupes clients qui s'appliquent aux divers secteurs de la santé. Le premier système de groupes clients au Canada, le système GMA, a été créé il y a 30 ans à partir du système DRG américain, fondé sur l'ICD-9-CM, de façon à s'adapter aux systèmes de classification canadiens fondés sur la CIM-9/CCA[12].

3.1 Les systèmes de groupes clients ne sont pas tous élaborés en fonction du FPA

Chaque système de groupes clients a été élaboré d'une façon distincte et pour des raisons particulières. Le système des DRG de Fetter visait à faciliter les comparaisons entre les hôpitaux, sans tenir compte des questions de financement. De nombreux pays, au contraire, ont adopté des méthodologies de groupes clients précisément dans le cadre du FPA ou d'autres modèles de financement. Dans d'autres pays, dont le Canada, les systèmes de groupes clients continuent d'être largement utilisés à des fins de gestion des établissements et du système de santé. L'ICIS a élaboré ses systèmes de groupes clients (et déterminé leur grande capacité d'explication des coûts) en tenant compte de diverses applications, notamment les analyses comparatives, la gestion de l'utilisation des ressources et le financement. Jusqu'à récemment, le financement en fonction des groupes clients au Canada ne correspondait pas au modèle du FPA, mais plutôt à un modèle d'allocation d'enveloppes budgétaires fixes fondées sur les mesures d'activités (c.-à-d. l'allocation budgétaire par activité). Au Canada, les bailleurs de fonds ont manifesté davantage d'intérêt envers le FPA et certaines provinces l'ont mis en œuvre.

3.2 Options relatives au choix d'un système de groupes clients

Les systèmes de groupes clients présentent tous des forces et des faiblesses au regard du FPA. Aucun système ne convient à tous les contextes de mise en œuvre du FPA. Les bailleurs de fonds du système de santé doivent envisager les options qui s'offrent à eux et déterminer quel système de groupes clients correspond le mieux à leurs objectifs stratégiques. Leur décision reposera sur diverses caractéristiques du système de regroupement, comme les données sous-jacentes, l'adhésion des cliniciens à la logique de regroupement, l'harmonisation de cette logique et de la pondération des coûts avec la pratique clinique et les coûts réels dans la province ou le territoire visé, ainsi que les incitatifs que présente le système de groupes clients.

L'une des options qui s'offrent aux bailleurs de fonds du système de santé consiste à élaborer leur modèle de paiement à partir d'un système de groupes clients existant et de données de base semblables. Le tableau 2 présente quelques-uns des avantages et des inconvénients de l'adoption d'un système de groupes clients existant dans le cadre du FPA[13].

Tableau 2 : Adoption d'un système de groupes clients existant dans le cadre du FPA — avantages et inconvénients

Avantages possibles	Inconvénients possibles
¢ Possibilité d'éviter la confusion liée à l'utilisation de deux méthodologies de groupes clients distinctes dans une même province (l'une pour la gestion du système et l'autre pour le financement) ¢ Mise en œuvre relativement peu coûteuse et disponibilité immédiate ¢ Possibilité d'effectuer des comparaisons avec les provinces et territoires qui utilisent le même système de groupes clients ¢ Occasion pour la province ou le territoire d'orienter l'évolution du système, en particulier si les changements exigés sont avantageux pour de nombreux utilisateurs du système de groupes clients ¢ Aucune expertise en développement n'est nécessaire ¢ Système bien connu et largement accepté par les intervenants	¢ Système pouvant ne pas correspondre en tous points à la politique de paiement de la province ou du territoire ¢ Aucune garantie que les modifications au système demandées par le bailleur de fonds seront mises en œuvre rapidement

Si les bailleurs de fonds décident que l'adoption intégrale d'un système de groupes clients existant ne convient pas dans leur cas, d'autres options s'offrent à eux, comme modifier les GMA ou les coefficients de pondération des coûts d'un système existant. Ils peuvent aussi envisager d'adopter un système de groupes clients fondé sur des données de base différentes (p. ex., une province canadienne peut adopter un système conçu aux États-Unis), ou encore élaborer un tout nouveau système de groupes clients. Beaucoup de pays qui ont mis en œuvre le FPA ont mis au point leur propre système de groupes clients. Bien que ces autres approches permettent une meilleure adéquation avec les politiques de paiement de la province, du territoire ou du pays, elles représentent des coûts supplémentaires de développement et de mise à jour.

Peu importe l'approche adoptée, il est important d'examiner la pertinence du système de groupes clients dans le cadre du FPA (voir le chapitre 4).

3.3 Le système de groupes clients pour les patients hospitalisés au Canada

Cette section présente les concepts liés à l'élaboration d'un système de groupes clients en décrivant la méthodologie GMA+ de l'ICIS, conçue pour les patients hospitalisés en soins de courte durée au Canada[14]. Le chapitre 4 présente d'autres pistes de réflexion pour les bailleurs de fonds qui décident d'adopter ou d'adapter la méthodologie GMA+ dans le cadre du FPA.

3.3.1 Données de base de la méthodologie GMA+

La méthodologie GMA+ a été conçue et est régulièrement mise à jour à partir de plusieurs années de données sur les patients hospitalisés, ainsi que l'information sur les coûts par cas disponible pour une grande partie de ces données.

Les données cliniques et démographiques associées à chaque hospitalisation sont versées dans la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS. Chaque enregistrement contenu dans cette base de données représente un épisode de soins pour un patient admis à l'hôpital, y compris les patients qui ont obtenu leur congé après avoir reçu des soins, les patients décédés durant leur séjour à l'hôpital, les patients sortis contre l'avis du médecin et les patients transférés vers un autre hôpital.

Les données canadiennes sur les coûts à l'échelle des patients sont versées dans la Base de données canadienne sur les coûts par patient de l'ICIS. Une partie des hôpitaux soumettent de l'information détaillée sur les coûts relatifs à chaque épisode de soins. Les données sur les coûts peuvent être couplées aux données sur l'activité clinique au niveau des patients.

La méthodologie GMA+ est mise à jour et publiée chaque année en fonction des dernières années de données cliniques et sur les coûts qui sont disponibles (voir l'encadré 4).

L'ICIS a établi des normes de codification qui s'appliquent à la saisie de toute l'information clinique et démographique contenue dans la Base de données sur les congés des patients. Ces normes garantissent la grande qualité des données de base de la méthodologie GMA+. L'ICIS a élaboré et tient à jour la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada (CIM-10-CA) et la Classification canadienne des interventions en santé (CCI). Ces systèmes de classification sont utilisés à l'échelle nationale pour saisir les données sur les diagnostics et les interventions, respectivement[15]. Les *Normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada* (mieux connues sous le nom de Normes SIG)[16] et la méthodologie d'établissement des coûts par patient[17] fournissent les cadres comptable et méthodologique nécessaires à la déclaration des coûts à l'échelle des patients.

Encadré 4 : Coefficients de pondération des coûts de la méthodologie GMA+ 2013

L'ICIS a établi les coefficients de pondération des coûts de la GMA+ 2013 en fonction de fichiers de données sur les activités et sur les coûts, dont voici une description :

- le fichier de données sur les activités contient les données cliniques et démographiques de l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec, soit plus de 7 millions d'enregistrements (2 331 167 pour 2008-2009, 2 343 854 pour 2009-2010 et 2 354 553 pour 2010-2011);
- le fichier de données sur les coûts contient les données sur les coûts à l'échelle des patients provenant d'établissements sélectionnés de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de l'Ontario pour les deux années de données les plus récentes, soit plus d'un million d'enregistrements (533 196 pour 2008-2009 et 742 500 pour 2009-2010).

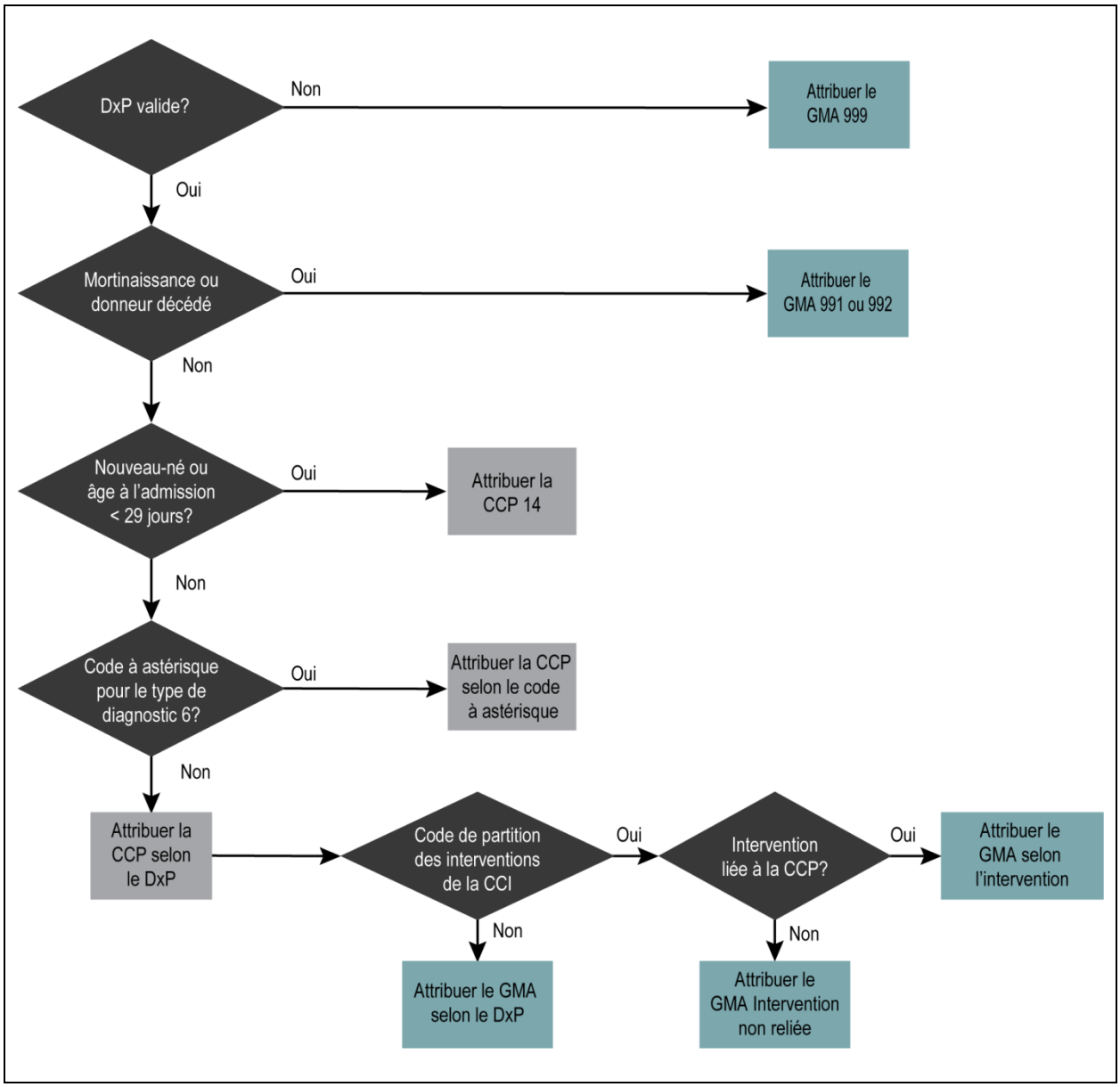
3.3.2 Attribution des GMA

Comme la plupart des classifications de groupes clients, la GMA+ se fonde sur les données tirées des abrégés des hôpitaux pour classer chaque épisode de soins dans un GMA unique, cliniquement pertinent et homogène sur le plan des coûts. Voici une description de l'approche hiérarchique utilisée pour attribuer un GMA à un abrégé :

- Il existe 21 catégories cliniques principales (CCP). Une CCP est un vaste regroupement de diagnostics qui se rapportent, d'une façon générale, à un système de l'organisme, à une affection précise ou à un traumatisme. En général, la CCP est attribuée à l'épisode de soins en fonction du diagnostic principal (DxP) du patient, c'est-à-dire le diagnostic responsable de la plus grande proportion du séjour du patient à l'hôpital (ce diagnostic n'est pas nécessairement le même que le diagnostic d'admission). La CCP pour les nouveau-nés et les patients néonatals fait exception : elle s'applique lorsque l'âge à l'admission est de 28 jours ou moins.
- Les CCP sont ensuite subdivisées en deux partitions, celle des diagnostics et celle des interventions. Seuls les cas ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale sont classés dans la seconde.
- Dans la partition des interventions, la méthodologie de regroupement exige d'examiner toutes les interventions codifiées dans l'abrégé afin de repérer celle qui est reliée à la même CCP que le DxP. Si plus d'une intervention appartient à cette CCP, le cas est attribué au GMA d'intervention le plus élevé dans la hiérarchie. Celle-ci classe les GMA d'intervention selon leur utilisation des ressources et en fonction d'un jugement clinique. D'autres renseignements peuvent également servir à attribuer le GMA, comme les diagnostics, les interventions qui ne figurent pas dans la liste de codes de partition des interventions, l'âge gestationnel et l'admission non planifiée.
- Dans la partition des diagnostics, les cas sont classés dans un GMA surtout en fonction du DxP. D'autres renseignements peuvent également servir à attribuer le GMA, comme les autres diagnostics, les interventions qui ne figurent pas dans la liste de codes de partition des interventions, l'admission planifiée ou non planifiée, ainsi que l'âge gestationnel et le poids à l'admission pour les patients néonatals.

Les règles administratives générales qui régissent l'attribution des GMA dans la GMA+ sont résumées à la figure 4.

Figure 4 : Règles administratives générales pour l'attribution des GMA dans la GMA+



Dans la version 2013 de la GMA+, on compte 562 GMA. L'encadré 5 présente un sommaire général d'autres systèmes de groupes clients.

Encadré 5 : Autres systèmes de groupes clients

États-Unis (MS-DRG version 29) : La méthodologie Medicare Severity—Diagnosis Related Groups (MS-DRG) divise les cas en 25 catégories principales de diagnostics (CPD), une partition chirurgicale, une partition médicale et 751 groupes. Une « pré-CPD » distincte est également définie pour 15 groupes représentant un coût élevé (p. ex. les transplantations pulmonaires).

Australie (AR-DRG version 7.0) : La méthodologie Australian Refined—Diagnosis Related Groups (AR-DRG) divise les cas en 23 CPD et 771 groupes en 406 groupes adjacents. En plus des partitions chirurgicale et médicale communes à de nombreux systèmes, une troisième partition existe pour les interventions pratiquées ailleurs que dans une salle d'opération. Une pré-CPD distincte est également définie pour 18 groupes représentant un coût élevé.

Allemagne (G-DRG version 2013) : Le système allemand a été créé à partir de la méthodologie AR-DRG. Il divise les cas en 23 CPD (en plus d'une pré-CPD) et 1 187 groupes.

Pays nordiques (NordDRG version 2012 NC) : Le système des pays d'Europe du Nord définit 796 groupes divisés en 28 CPD, en plus d'une pré-CPD.

France (GHM version 11) : La classification des groupes homogènes de malades (GHM) divise les cas des hôpitaux en 26 catégories majeures de diagnostic (CMD), en plus d'une pré-CMD, et 2 297 groupes. Elle compte 606 GHM de base, dont la plupart sont divisés en quatre degrés de gravité.

Portugal (AP-DRG version 21.0) : Cette version non modifiée de la méthodologie All Patient-DRG (AP-DRG) compte 669 groupes classés dans 25 CPD (plus une pré-CPD).

Angleterre (HRG version 4, 2009-2010) : Le système Healthcare Resource Group (HRG) couvre la majorité des cas de soins hospitaliers de courte durée. Il a été conçu spécialement en appui à la politique de santé gouvernementale. La méthodologie HRG4 comporte des groupes distincts pour signaler les interventions, les médicaments et les appareils qui représentent des coûts élevés aux fins du FPA. Elle comprend 22 chapitres et 1 468 groupes.

3.3.3 Facteurs de la GMA+

Contrairement à la plupart des systèmes de groupes clients, dans la méthodologie GMA+, une série de facteurs se superpose aux GMA, créant une classification multidimensionnelle. Ces facteurs ont été ajoutés au système GMA+ afin de permettre de mieux différencier les cas sur le plan clinique et d'expliquer plus facilement la variation de l'utilisation des ressources. Ils servent non pas à attribuer les GMA aux épisodes de soins, mais plutôt, de concert avec le GMA, à attribuer des indicateurs d'utilisation des ressources, en particulier la pondération de la consommation des ressources (PCR, valeur relative de la pondération des coûts) et la durée prévue du séjour (DPS). Dans les classifications utilisées à l'étranger, l'information qui correspond à ces facteurs est le plus souvent incorporée à la définition du DRG.

Les facteurs sont déterminés selon l'âge du patient à l'admission, la présence de comorbidités, ainsi que trois facteurs d'intervention (intervention signalée, épisode d'intervention et intervention hors hôpital). Les paragraphes suivants et le tableau 3 présentent une brève description de chacun des facteurs.

Le facteur de l'âge du patient à l'admission est composé de neuf groupes d'âge.

L'effet des comorbidités est intégré à la méthodologie GMA+ au moyen du facteur de comorbidité. On utilise une liste de comorbidités particulières pour attribuer à chaque épisode l'un des cinq niveaux de comorbidité. Le niveau est établi selon l'incidence cumulative de toutes les comorbidités indiquées dans l'abrégé. Les épisodes où les comorbidités n'ont pas d'incidence significative sur l'utilisation des ressources se voient attribuer le niveau de comorbidité 0. Lorsque la présence de comorbidités entraîne une augmentation estimée de 25 % à 50 % de la consommation des ressources, on attribue le niveau 1; lorsque l'augmentation estimée se situe entre 50 % et 100 %, on attribue le niveau 2; lorsqu'elle se situe entre 100 % et 200 %, on attribue le niveau 3, et lorsqu'elle dépasse les 200 %, on attribue le niveau 4.

Il existe 16 catégories d'interventions signalées qui ont été associées à une augmentation significative de l'utilisation des ressources et qui surviennent trop rarement dans beaucoup de GMA pour justifier un fractionnement. Ces interventions sont considérées comme des facteurs distincts et donnent ainsi à la GMA+ une importante capacité d'explication du coût des ressources. La ventilation invasive est un exemple d'intervention signalée.

Un patient classé dans la partition des interventions de sa CCP est considéré comme ayant subi un épisode d'intervention au cours duquel une des interventions chirurgicales de la liste a été pratiquée (comprenant habituellement une visite à une salle d'opération, une salle d'endoscopie ou un laboratoire de cathétérisme cardiaque). Le facteur d'épisode d'intervention du GMA+ ajuste la valeur de la PCR et de la DPS si on compte plus d'un épisode d'intervention pendant le même séjour (des ajustements sont effectués pour deux épisodes d'intervention et pour trois épisodes ou plus).

Le facteur d'intervention hors hôpital est le troisième facteur distinct lié aux interventions. Il s'applique à un petit nombre de GMA et permet de reconnaître les épisodes de soins comprenant le transport du patient dans un autre établissement, l'exécution d'une intervention sur une base ambulatoire et le retour du patient à l'établissement de départ. Comme les coûts de l'intervention ne sont pas engagés par l'établissement où le patient est hospitalisé, ce facteur réduit la PCR de l'épisode de soins.

Tableau 3 : Facteurs de la GMA+

Nom du facteur : Description	Valeurs possibles
Catégorie d'âge : Âge du patient à l'admission	**Nouveau-nés et patients néonatals :** nouveau-né, 0 à 7 jours, 8 à 28 jours **Pédiatrique :** 29 à 364 jours, 1 à 7 ans, 8 à 17 ans; **Adulte :** 18 à 59 ans, 60 à 79 ans et 80 ans ou plus
Niveau de comorbidité : Mesure de l'incidence de comorbidités particulières sur la consommation des ressources	**0 :** aucune comorbidité significative **1 :** consommation des ressources de 1,25 à 1,5 fois supérieure **2 :** consommation des ressources de 1,5 à 2 fois supérieure **3 :** consommation des ressources de 2 à 3 fois supérieure **4 :** consommation des ressources d'au moins 3 fois supérieure **8 :** non applicable (p. ex. nouveau-né normal)
Interventions signalées : Présence d'interventions particulières qui signale les patients dont l'utilisation des ressources est supérieure	Seize catégories d'interventions (**présence** ou **absence**) Cardioversion, récupération peropératoire de sang (Cell Saver), chimiothérapie, dialyse, sonde d'alimentation, réanimation cardiaque, ventilation invasive (long) ≥ 96 heures, ventilation invasive (court) < 96 heures, paracentèse, nutrition parentérale, pleurocentèse, radiothérapie, trachéostomie, dispositif d'accès vasculaire, biopsie non invasive, endoscopie par voie naturelle
Épisode d'intervention : Nombre de séjours en salle d'opération, peu importe le nombre d'interventions pratiquées, à condition qu'au moins une intervention soit considérée comme importante	**1 :** un épisode d'intervention **2 :** deux épisodes d'intervention **3 :** trois épisodes d'intervention ou plus **8 :** partition des diagnostics, aucun épisode d'intervention
Intervention hors hôpital : Interventions pratiquées sur une base ambulatoire dans un hôpital différent de l'établissement d'admission, suivies du retour du patient à l'établissement de départ; ce facteur n'est appliqué qu'à quelques GMA relatifs aux soins cardiaques	**À l'hôpital de départ** ou **hors hôpital** Implant d'un stimulateur cardiaque, angiographie coronaire et intervention coronarienne percutanée

Encadré 6 : L'approche unique de superposition de facteurs de la GMA+

Le système MS-DRG américain comporte 751 groupes, le système AR-DRG australien en compte 698, et le système GMA+ canadien en comporte 562. Le nombre de groupes dans chacun de ces systèmes semble donc comparable, à première vue.

Dans les systèmes américain et australien, on utilise des facteurs semblables à l'âge ou à la comorbidité pour définir les DRG. Dans le système canadien, au contraire, une approche de superposition de facteurs est utilisée pour expliquer les variations au sein des GMA de base. Après l'intégration des cinq facteurs, le nombre de groupes potentiels devient considérablement plus élevé que dans les systèmes des autres pays. Lorsque l'on tient compte uniquement des 562 GMA, des catégories d'âge et des niveaux de comorbidité, le nombre de combinaisons possibles dépasse les 16 000. Bien que la grande précision du système de classification GMA+ permette de décrire les variations de coûts de manière plus exacte, elle peut poser d'autres défis lorsqu'on l'applique au FPA. Le chapitre 4 traite des forces et des faiblesses de la GMA+ dans le cadre du FPA.

3.3.4 Cas atypiques et à séjour prolongé

Dans la GMA+, les épisodes de soins sont considérés comme atypiques lorsqu'ils comprennent le transfert du patient à destination ou en provenance d'un établissement de soins de courte durée, le décès du patient à l'hôpital ou la sortie du patient contre l'avis du médecin. En outre, les épisodes pour lesquels la durée du séjour est exceptionnellement longue sont classés comme séjours prolongés.

Les épisodes à séjour prolongé sont déterminés en fonction de seuils de durée du séjour (points de démarcation) établis pour chaque épisode de soins selon le GMA et les valeurs des facteurs qui ont été attribués. En d'autres termes, la méthodologie permet de repérer les épisodes pour lesquels la durée du séjour dépasse le point de démarcation après la prise en compte des caractéristiques du groupe de maladies analogues (c.-à-d. les caractéristiques cliniques et l'âge).

D'autres systèmes de classification des groupes clients adoptent des approches différentes pour définir les cas atypiques et à séjour prolongé. Par exemple, dans le système australien, le seuil pour les séjours prolongés est fixé à trois fois la durée de séjour moyenne du groupe.

Encadré 7 : Points de démarcation des cas à séjour prolongé dans la GMA+

On entend par cas à séjour prolongé les cas dont la durée du séjour est supérieure au point de démarcation, lequel est défini séparément pour chaque GMA à l'aide de la formule suivante :

Point de démarcation = Q3 + multiplicateur × (Q3 − Q1), où

- Q3 désigne la durée du séjour du troisième quartile du GMA (75 % des patients ont un séjour plus court);
- Q1 désigne la durée du séjour du premier quartile du GMA;
- le multiplicateur est un nombre fixé chaque année afin qu'une proportion donnée des cas (4,5 %) soient définis comme séjours prolongés.

Les catégories des cas atypiques et à séjour prolongé servent à diviser la population de patients. Dans les données sur les activités utilisées pour la GMA+ 2013, 12 % des épisodes de soins étaient atypiques, 3 % étaient des séjours prolongés, 1 % étaient des séjours prolongés atypiques et les 83 % restants étaient des cas typiques.

3.3.5 Pondération de la consommation des ressources et durée prévue du séjour

Souvent, la consommation des ressources et la durée du séjour varient significativement entre les patients au sein d'un GMA. Afin de tenir compte de cette variation, dans la méthodologie GMA+, des renseignements supplémentaires (facteurs de la GMA+, cas atypiques et à séjour prolongé) sont utilisés pour ajuster les indicateurs de ressources (PCR et DPS) calculés pour chaque épisode de soins.

La méthodologie GMA+ est produite à partir d'une série statistiquement rigoureuse de modèles de régression fondés sur les données sur les coûts et les activités. Il faut également estimer l'influence de chaque facteur sur chaque GMA, ainsi que calculer les effets d'interaction lorsque des facteurs multiples sont présents pour un même épisode. Le tableau 4 décrit l'approche d'attribution de la PCR pour chacun des types d'épisodes déterminés par la méthodologie GMA+.

Tableau 4 : Méthode d'attribution de la PCR par type d'épisode

Type d'épisode	Méthode d'attribution de la PCR
Typique	La PCR est attribuée en fonction du GMA et de l'attribution des facteurs de la GMA+.
Atypique	La PCR est attribuée en fonction d'une valeur per diem et de la durée du séjour du patient. La valeur per diem atypique est une moyenne basée sur un ensemble d'épisodes présentant un GMA et des ajustements de facteurs semblables, la durée du séjour et l'état atypique de l'épisode (transfert entrée, transfert sortie, décès et/ou sortie contre l'avis du médecin).
Séjour prolongé	La PCR est calculée en majorant la PCR typique d'une valeur per diem donnée pour tous les jours excédant la DPS. La valeur per diem est basée sur les épisodes présentant un GMA et des facteurs semblables.
Séjour prolongé atypique	La PCR est calculée en ajoutant des valeurs per diem à la PCR typique pour tous les jours excédant la DPS. La valeur per diem est basée sur un ensemble d'épisodes présentant un GMA et des facteurs semblables, la durée du séjour et l'état atypique de l'épisode (transfert entrée, transfert sortie, décès et/ou sortie contre l'avis du médecin).

Encadré 8 : Pondération de la consommation des ressources dans la GMA+

La méthodologie GMA+ produit une pondération des coûts appelée « pondération de la consommation des ressources » (PCR).

Les coefficients de pondération des coûts sont définis de manière à ce que le coût de tous les épisodes dans tous les GMA soit mesuré par rapport à un point de référence. Le point de référence représente le coût moyen de tous les épisodes typiques classés dans tous les GMA. Le point de référence est habituellement représenté par un coefficient de pondération de 1.

Le coefficient de chaque GMA, et de chaque épisode de soins inclus dans ce GMA, est ensuite établi en fonction de ce point de référence. 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 typique moyen, tandis qu'un coefficient de 2 est attribué à un épisode qui en consomme deux fois plus.

Dans la GMA+, on utilise comme point de référence le cas typique moyen de patient hospitalisé. En d'autres termes, les cas atypiques et à séjour prolongé sont exclus du calcul du point de référence des PCR. La somme des cas typiques est égale à la somme des PCR attribuées aux cas typiques.

3.3.6 Sommaire de la GMA+

Le tableau 5 présente la répartition des cas en fonction de la présence ou de l'absence de facteurs de la GMA+ et par type d'épisode. Dans le fichier de données sur les activités utilisé dans la GMA+ 2013, 74 % des épisodes de soins n'avaient pas de facteurs (autres que la catégorie d'âge) et 83 % des épisodes étaient typiques. Pour les 26 % des cas auxquels des facteurs sont attribués, la GMA+ permet de mieux différencier les coûts qu'un système de groupes clients qui ne repose pas sur une approche par facteurs.

Tableau 5 : Répartition des cas en pourcentage selon les facteurs et le type d'épisode

	Type d'épisode (N = 7 029 574)				
Type de facteur	Typique	Atypique	Séjour prolongé	Séjour prolongé atypique	**Total**
Aucun facteur (autre que la catégorie d'âge)	65,2 %	6,0 %	2,1 %	0,7 %	**74,0 %**
Niveau de comorbidité seulement	10,3 %	2,9 %	0,8 %	0,4 %	**14,4 %**
Épisode d'intervention seulement	0,3 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	**0,4 %**
Intervention signalée seulement	3,7 %	0,9 %	0,2 %	0,1 %	**4,8 %**
Intervention hors hôpital seulement	0,5 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	**0,6 %**
Niveau de comorbidité et intervention signalée seulement	2,8 %	1,8 %	0,1 %	0,1 %	**4,8 %**
Facteurs multiples	0,7 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	**1,0 %**
Total	**83,4 %**	**12,1 %**	**3,3 %**	**1,2 %**	**100 %**

Remarque
Les épisodes ont été regroupés à l'aide de la méthodologie GMA+ 2013. Il s'agit des données sur les activités utilisées dans les calculs de la GMA+ 2013.
Source
Base de données sur les congés des patients, de 2008-2009 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Chapitre 4 : Utilisation des systèmes de groupes clients dans le cadre du FPA

Aucun système de groupes clients ne convient à tous les contextes de mise en œuvre du FPA. Les bailleurs de fonds doivent examiner les différents systèmes qui s'offrent à eux afin de déterminer l'option qui correspond le mieux à leurs objectifs. Le présent chapitre explique comment évaluer les forces et les faiblesses d'un système de groupes clients au regard du FPA.

En plus des quatre principes fondamentaux de Fetter (voir le chapitre 2), les critères suivants peuvent servir à évaluer la pertinence d'un système de groupes clients dans le cadre du FPA :

- la représentativité de la pondération des coûts;
- l'intelligibilité et la transparence du système de groupes clients;
- la vulnérabilité aux réponses inappropriées;
- la stabilité de la pondération des coûts;
- la possibilité d'obtenir des incitatifs inappropriés.

Ces critères sont examinés ci-dessous. Au besoin, les caractéristiques des systèmes de groupes clients qui s'appliquent à la conception et à la mise en œuvre d'un modèle de FPA sont illustrées à l'aide d'exemples tirés de la méthodologie GMA+.

4.1 Représentativité de la pondération des coûts

La capacité du système à prédire l'utilisation des ressources est l'un des principaux critères d'évaluation des systèmes de groupes clients. À l'échelle nationale, la GMA+ répond très bien à ce critère. Le coefficient de détermination (R^2) dépasse les 70 % dans la GMA+, ce qui indique que la GMA+ possède une grande capacité d'explication des variations de coûts entre les patients, capacité qui découle de l'usage des facteurs et des catégories atypiques. Lorsque les coefficients de pondération des coûts de la GMA+ sont utilisés dans le cadre du FPA, la pondération des paiements reflète bien les coûts réels.

Dans la plupart des systèmes de groupes clients, les coefficients de pondération des coûts sont calculés à partir des données sur les coûts à l'échelle des patients déclarées par un échantillon d'hôpitaux seulement. La GMA+ ne fait pas exception : les données sur les coûts des soins de courte durée dont s'est servi l'ICIS dans la GMA+ 2013 proviennent de 54 hôpitaux de trois provinces (la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario). Avant de mettre en œuvre le FPA, il est donc important de déterminer si les coûts déclarés par ces quelques hôpitaux sont représentatifs des coûts des hôpitaux à financer (on peut par exemple se demander s'ils sont trop axés sur le profil des grands hôpitaux).

Les coefficients de pondération nationaux publiés par l'ICIS présentent deux avantages majeurs : ils sont facilement accessibles et reposent sur les modèles de services de trois provinces. Les bailleurs de fonds des provinces qui recueillent les données sur les coûts par cas (soit la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario) pourraient toutefois avoir intérêt à

calculer les coefficients à partir de leurs données provinciales. Dans les provinces qui ne recueillent pas de données sur les coûts par cas et qui envisagent d'instaurer le FPA, les bailleurs de fonds doivent déterminer s'il est pertinent d'adopter les coefficients de pondération des coûts fondés sur les données d'hôpitaux d'autres provinces.

Pour déterminer si les coefficients de pondération des coûts sont représentatifs, il faut également comparer les coefficients calculés pour un même type de soins dans différents secteurs de la santé (les activités de différents secteurs sont habituellement décrites à l'aide de systèmes de groupes clients différents). La chirurgie de la cataracte, par exemple, peut être pratiquée dans le cadre d'une hospitalisation ou en chirurgie d'un jour. Dans un tel cas, il est utile de comparer les coefficients de pondération des coûts issus d'un système de groupes clients pour les patients hospitalisés en soins de courte durée avec les coefficients produits par un système de groupes clients adapté à la chirurgie d'un jour.

4.2 Intelligibilité et transparence

Le FPA doit être conçu de manière à ce que les incitatifs du modèle de financement touchent des secteurs sur lesquels les hôpitaux peuvent agir. Il ne faut pas oublier que les gestionnaires des hôpitaux ne peuvent pas limiter tous les coûts. En outre, l'administration de certains services hospitaliers (comme les services de la paie, de l'alimentation, de l'entretien et de l'information sur la santé) est centralisée à l'échelle régionale ou provinciale. Dans un contexte de FPA, la méthode de calcul des coefficients de pondération des coûts dans le système de groupes clients revêt une importance accrue.

Les gestionnaires ne peuvent réagir aux effets incitatifs du FPA que si ces effets sont intelligibles et transparents à leurs yeux. On peut leur faciliter la tâche, entre autres en adoptant un système de groupes clients qu'ils connaissent déjà, de façon à favoriser une adaptation plus rapide au contexte du FPA.

La GMA+ est déjà employée à des fins de gestion des ressources dans de nombreux hôpitaux au Canada. Or, la méthode multidimensionnelle utilisée dans la GMA+ pour calculer les indicateurs de la PCR et de la DPS conduit à une multitude de valeurs de PCR et de DPS distinctes, ce qui pourrait nuire à l'intelligibilité de la méthodologie au regard du FPA. En revanche, l'utilisation de deux méthodologies de groupes clients dans une même province, l'une pour la gestion du système et l'autre pour le financement, pourrait entraîner une confusion chez les utilisateurs.

Encadré 9 : Établissement du montant des paiements du FPA selon les DRG plutôt que selon le coefficient de pondération des coûts

Les systèmes de groupes clients d'autres pays comportent généralement entre 600 et 900 groupes (en plus de subdivisions, au besoin, pour tenir compte de l'âge et des comorbidités). Ces systèmes sont conçus de manière à ce que tous les épisodes classés dans un DRG se voient attribuer le même coefficient de pondération des coûts. Lorsqu'on applique ces systèmes au FPA, les paiements diffèrent donc en fonction du DRG. Pour les gestionnaires des hôpitaux, le FPA correspond à un montant en dollars versé pour chaque DRG.

Les systèmes de groupes clients plus sophistiqués sont conçus de manière à ce que les coefficients de pondération des coûts au sein d'un DRG soient différenciés en fonction de certains facteurs. La GMA+, par exemple, présente plus de 16 000 combinaisons distinctes de PCR et de DPS en fonction du GMA, de l'âge et du niveau de comorbidité (le nombre de combinaisons augmente lorsqu'on tient compte des facteurs des interventions signalées et des épisodes d'intervention). Lorsqu'un tel système de groupes clients est employé dans le cadre du FPA, le montant des paiements correspond davantage aux coefficients de pondération des coûts qu'aux GMA.

4.3 Risque de réponse inappropriée du système de santé

Le FPA et les autres systèmes d'incitatifs financiers comportent tous le risque inhérent de susciter des réponses inappropriées dans les hôpitaux. On observe à ce titre des phénomènes d'antisélection et de risque moral[18]. L'antisélection a lieu, par exemple, lorsqu'un hôpital privilégie la prestation de soins dans les cas plus susceptibles d'être rentables, au détriment des patients dont le traitement risque d'être non rentable. Quant au risque moral, il survient notamment lorsqu'on consacre moins d'efforts à la prévention des événements coûteux et potentiellement évitables (comme les blessures survenues à l'hôpital), sachant que des fonds seront alloués pour ces incidents. Lors de l'élaboration du modèle de financement, il faut réfléchir aux réponses possibles des hôpitaux au FPA et tenir compte des aspects du FPA qui ouvrent la porte à une réponse inappropriée.

En outre, dans un contexte de FPA, les hôpitaux pourraient réagir aux incitatifs financiers en modifiant leurs habitudes de codification au lieu d'agir directement sur l'efficience de leurs services. On appelle cette pratique la manipulation de données. Les bailleurs de fonds doivent donc s'assurer que le système de groupes clients qu'ils emploient est robuste sur le plan de la qualité des données.

Les systèmes de groupes clients plus détaillés peuvent atténuer le risque de manipulation de données dans un contexte de FPA. La GMA+ a d'ailleurs été conçue spécialement pour contrer les problèmes de manipulation décelés dans la méthodologie de regroupement précédente, la GMA/Plx, en mettant l'accent sur les interventions plutôt que sur les comorbidités, au moyen des facteurs d'interventions signalées. Pour calculer l'augmentation de revenus qui découlerait d'une modification des pratiques de codification avec la GMA+, il faut comprendre en profondeur les effets résultant de l'interaction entre les facteurs; c'est pourquoi le risque de manipulation est moindre lorsque cette méthodologie est utilisée dans le cadre du FPA. Cependant, l'inclusion de certains facteurs pourrait décourager les hôpitaux d'augmenter

l'efficacité et l'efficience des soins dispensés. En outre, le manque de transparence du système pourrait empêcher les hôpitaux de comprendre les incitatifs offerts et de réagir adéquatement. Les établissements pourraient ainsi être tentés de se tourner vers la manipulation de données au lieu de chercher à dispenser des soins de manière optimale et efficiente.

Le risque de manipulation des données augmente parallèlement au risque financier des hôpitaux. Dans un contexte de FPA, le risque financier est en partie déterminé par la capacité du système de groupes clients à établir une distinction entre les cas qui présentent un profil de coûts différent.

Par exemple, les définitions des cas atypiques et à séjour prolongé sont importantes en ce qui concerne la manipulation de données, puisque ces cas présentent des coûts très différents des cas typiques (et généralement plus élevés). La méthodologie d'attribution des coefficients de pondération des coûts est souvent différente pour les cas atypiques et à séjour prolongé, ce qui peut également conduire à des paiements différents dans le cadre du FPA. Les risques financiers des hôpitaux diminuent lorsque le nombre de cas classés comme atypiques ou à séjour prolongé augmente (si le bailleur de fonds considère que ces cas présentent des profils de coût distincts). Inversement, les risques financiers augmentent pour les hôpitaux lorsque le système de classification limite le nombre de cas classés comme atypiques ou à séjour prolongé.

Le transfert des coûts constitue un autre risque potentiel des systèmes de groupes clients. Dans la GMA+, par exemple, les séjours de courte durée ne sont pas classés comme cas particuliers, ce qui signifie que le coefficient de pondération des coûts d'un patient qui séjourne très brièvement à l'hôpital est le même que celui d'un patient dont la durée du séjour est typique. Dans un contexte de FPA, le montant des paiements n'est donc pas réduit pour les séjours de courte durée. Les hôpitaux peuvent donc être tentés de transférer les patients hors de l'établissement dès que possible au lieu de chercher à les remettre sur pied rapidement. Une part importante des coûts est donc transférée soit au patient, soit à un autre secteur de la santé (comme les centres de soins infirmiers). Ce transfert de coûts n'avantage que les hôpitaux, qui réduisent leurs dépenses sans influer sur les revenus issus du FPA.

Les enjeux qui touchent le risque de réponse inappropriée sont explorés plus en détail à la section 8.2.

4.4 Stabilité de la pondération des coûts

La pondération des coûts doit être mise à jour régulièrement (les coefficients de pondération de la GMA+ sont mis à jour chaque année) et une certaine fluctuation est attendue. En revanche, lorsque les variations d'une version à l'autre s'avèrent considérables, la légitimité des coefficients est remise en cause et il devient difficile pour les gestionnaires des hôpitaux de comprendre et de gérer les montants des paiements et les incitatifs du système de FPA. La variation de la pondération des coûts d'un GMA peut être attribuable à

- une variation réelle des coûts (p. ex. en cas d'avancées technologiques ou d'évolution des pratiques);
- un changement du mode de calcul des coefficients (p. ex. la modification de la méthodologie d'établissement des coûts ou de la classification des groupes clients);

- une modification de l'échantillon de coûts (p. ex. lorsque davantage d'hôpitaux recueillent des données sur les coûts à l'échelle des patients);
- des changements relevant du « bruit » (p. ex. lorsque les estimations reposent sur des échantillons de petite taille).

Avant de mettre en œuvre le FPA, la pondération des coûts peut faire l'objet d'un examen pluriannuel afin de repérer les GMA dont le coefficient est instable, cerner la cause de l'instabilité et déterminer son effet sur l'allocation des fonds au sein du système de santé. Pour déterminer si l'instabilité de la pondération des coûts est acceptable ou non, il faut poser un jugement subjectif, en évaluant l'incidence de l'instabilité observée (p. ex. sur l'intelligibilité du système ou sur le financement global) et en analysant les facteurs à l'origine des fluctuations.

4.5 Possibilité d'entraîner des incitatifs inappropriés

Lors de l'élaboration d'un modèle de FPA, il faut également déterminer si le système de groupes clients donne lieu à des incitatifs inappropriés ou indésirables. Cette remarque revêt une importance particulière pour la GMA+, conçue sans orientation stratégique précise, de façon à refléter les coûts réels. Pour la GMA+, par exemple, il faut donc déterminer si l'ajustement des paiements en fonction du facteur des épisodes d'intervention est approprié pour tous les GMA ou pour certains GMA uniquement, ou encore s'il convient d'ajouter des pénalités ou des incitatifs après le calcul et l'application du coefficient de pondération des coûts. En outre, les coefficients produits par la plupart des systèmes de groupes clients (dont la GMA+) n'établissent aucune distinction entre les comorbidités et les complications : ainsi, les diagnostics présents à l'admission (comorbidités) ont la même incidence dans la GMA+ que les diagnostics qui surviennent en cours de traitement (complications). Les bailleurs de fonds doivent donc déterminer si les coefficients de pondération des coûts calculés de cette manière conviennent au modèle de FPA.

Les coûts et le montant des paiements sont deux dimensions distinctes. La pondération des paiements établie par les bailleurs de fonds ne doit pas nécessairement être liée directement aux coûts engagés par les établissements : elle peut être ajustée en fonction des objectifs du système, des pressions qui s'y exercent et de la vision relative au FPA.

Le chapitre 6 traite plus en détail des liens entre coûts et montant des paiements.

4.6 Réflexion sur la GMA+

Ce chapitre a soulevé des enjeux relatifs aux systèmes de groupes clients qui présentent un intérêt pour les bailleurs de fonds du système de santé responsables de la mise en œuvre du FPA. Ces derniers doivent déterminer dans quelle mesure les systèmes de groupes clients cadrent avec les objectifs stratégiques du FPA. La GMA+ a été examinée dans le contexte d'une application potentielle au FPA. Afin d'évaluer sa pertinence dans le cadre du FPA dans une province ou un pays donné, il faut tenir compte à la fois des objectifs stratégiques du FPA et de la manière dont la GMA+ est employée dans le modèle. En Colombie-Britannique, par exemple, on a évalué la pertinence de la GMA+ au regard des objectifs stratégiques du FPA dans la province et conclu que la méthodologie était applicable sans modification. Dans le modèle de FPA mis en œuvre en Colombie-Britannique, on a surmonté la complexité de la GMA+ et des facteurs superposés en associant le montant des paiements à la PCR plutôt qu'aux GMA.

La GMA+ a été conçue pour exceller dans deux domaines : la description des activités hospitalières et la prévision des coûts de prestation des soins de santé. Elle n'a pas été créée spécialement pour le FPA. Ainsi, la PCR explique bien la variation des coûts entre les patients en raison de facteurs cliniques, mais elle peut ne pas cadrer entièrement avec tous les objectifs stratégiques du FPA. Prenons par exemple les ajustements à la PCR qui résultent de certaines affections nosocomiales (c.-à-d. l'ajustement du facteur de comorbidité). Les décideurs pourraient juger que dans de tels cas, il n'est pas approprié d'ajuster le montant des paiements du FPA, puisque les hôpitaux affichant des taux élevés d'affections nosocomiales devraient être en mesure de les réduire. En éliminant l'ajustement pour les affections nosocomiales et en établissant le montant des paiements en fonction des coûts moyens estimés dans l'ensemble des hôpitaux, on fait en sorte que les paiements reflètent le taux moyen d'affections nosocomiales. Les bailleurs de fonds peuvent aussi utiliser les valeurs de PCR sans modification, puisqu'elles prédisent les coûts réels, puis recourir à un processus distinct d'application de pénalités financières, réduisant les paiements en fonction des coûts engagés qui ne cadrent pas avec les objectifs stratégiques du FPA.

Dans la GMA+, des facteurs permettent de détailler davantage les GMA de base. De plus, les décès, les transferts et les sorties contre l'avis du médecin sont considérés comme des cas atypiques dont le coefficient de pondération des coûts repose sur un calcul des facteurs per diem. Ces cas ne sont donc pas intégrés aux épisodes typiques. La méthodologie GMA+ offre donc une précision clinique accrue et permet d'expliquer en détail les variations de coûts. Dans le cadre du FPA, néanmoins, ces caractéristiques peuvent constituer des désavantages, puisqu'elles entraînent l'augmentation du nombre de groupes distincts sujets à un examen de la direction et à un changement de service.

4.7 Résumé des critères d'évaluation des systèmes de groupes clients appliqués au FPA

Ce chapitre visait à présenter les critères qui permettent d'évaluer la capacité des systèmes de groupes clients à assurer le maintien des incitatifs souhaitables et à minimiser les incitatifs indésirables dans le cadre du FPA. Les deux premiers critères soulignent l'importance de s'assurer que la direction de l'hôpital connaît et comprend les incitatifs du système de FPA et qu'elle y répond. Les trois derniers critères visent à évaluer les risques d'introduction d'incitatifs indésirables, ainsi que la possibilité d'une réponse inappropriée aux incitatifs financiers.

Le tableau 6 résume les principaux enjeux en cause.

Tableau 6 : Évaluation d'un système de groupes clients dans le cadre du FPA — principales considérations

Critères d'évaluation	Attributs pertinents
Représentativité de la pondération des coûts	¢ Les coefficients de pondération des coûts rendent-ils bien compte des variations dans l'utilisation des ressources à l'échelle provinciale ou encore plus précise? ¢ Les données sur les coûts à l'échelle des patients qui servent au calcul des coefficients de pondération sont-elles représentatives de tous les hôpitaux? ¢ Y a-t-il un délai important entre la collecte des données sur les coûts à l'échelle des patients et leur utilisation dans le calcul des coefficients de pondération des coûts? ¢ Les coefficients de pondération des coûts calculés pour un même type de soins dispensés dans différents secteurs de la santé sont-ils comparables d'un système de groupes clients à l'autre?
Intelligibilité et transparence	¢ Le système de groupes clients est-il déjà connu des gestionnaires d'hôpitaux? ¢ La méthodologie d'attribution des GMA et des coefficients de pondération des coûts est-elle facile à comprendre?
Risque de réponse inappropriée du système de santé	¢ Le système de groupes clients est-il robuste sur le plan de la qualité des données? ¢ Dans quelle mesure le système de groupes clients permet-il de différencier les cas qui présentent des profils de coûts différents (p. ex. cas atypiques, cas à séjour prolongé, cas à séjour de courte durée)? ¢ Certaines données (comme celles sur les interventions) employées dans le système de groupes clients ouvrent-elles la porte à des réponses indésirables du système de santé?
Stabilité de la pondération des coûts	¢ Observe-t-on une fluctuation importante des coefficients de pondération attribués aux GMA d'une version du système de groupes clients à l'autre? ¢ Dans le cas des GMA à pondération instable, quelles sont les causes de l'instabilité et son incidence sur l'allocation des fonds dans le système de santé?
Possibilité d'entraîner des incitatifs inappropriés	¢ Le système de groupes clients établit-il une distinction entre les comorbidités et les complications? ¢ Les pénalités et les incitatifs sont-ils ajoutés après le calcul du coefficient de pondération des coûts, ou au contraire, intégrés au calcul des coefficients?

Troisième partie : Financement des activités

La partie précédente du manuel visait à explorer comment les systèmes de groupes clients sont employés pour décrire les activités hospitalières de services aux patients. La présente partie traite des enjeux et des critères d'élaboration d'un modèle de financement.

Chapitre 5 : Évaluation des coûts hospitaliers

Afin d'établir un modèle de FPA, les bailleurs de fonds doivent avoir accès à de l'information sur les coûts actuels des services de santé, pour pouvoir estimer le coût relatif des différents types de soins et établir correctement le montant des paiements. Il est également essentiel que les gestionnaires des hôpitaux comprennent la relation entre ces coûts et le montant des paiements du FPA afin d'assurer la santé financière de leur établissement.

Les données sur les coûts sont les plus utiles lorsqu'elles sont recueillies à une échelle très détaillée (p. ex. des données sur chacun des services d'un hôpital et sur les activités précises de ces services). Dans un contexte de FPA, les bailleurs de fonds doivent être en mesure de mettre les coûts en correspondance avec les épisodes de soins individuels afin de pouvoir utiliser ces données pour établir le montant des paiements. Ce couplage des données sur les coûts des activités à l'échelle des patients peut toutefois se compliquer très rapidement. Alors que les coûts à l'échelle des patients sont relativement faciles à établir pour les médicaments, les prothèses, les radiographies et les analyses de laboratoire, l'évaluation des coûts par patient relatifs aux heures de travail du personnel (comme les infirmières) et aux salles d'opération demande un effort accru.

La plupart des hôpitaux canadiens recueillent déjà des données financières et statistiques exhaustives sur les activités de chacun de leurs services. Certains hôpitaux sont ensuite en mesure de répartir les coûts des services à l'échelle des patients (un procédé connu sous le nom d'établissement des coûts par cas ou par patient). Le présent chapitre traite de l'utilisation de ces divers types de données et présente une option de modélisation des coûts pour les provinces qui mettent en œuvre le FPA sans que les données sur les coûts à l'échelle des patients soient recueillies sur leur territoire.

Il importe de souligner que la plupart des coûts des intrants du système de santé sont estimés. La répartition des coûts vise à déterminer la meilleure façon de répartir les coûts liés à un cas donné. Or, peu d'intrants sont dédiés uniquement à un patient. La répartition des coûts consiste donc à répartir les coûts engagés pour un groupe de patients parmi les cas individuels. L'estimation des coûts par patient est compliquée par le fait que les patients ne consomment pas tous la même proportion des ressources allouées au groupe. Il est donc important d'utiliser toute l'information statistique et clinique disponible sur le séjour des patients. On peut ainsi effectuer une répartition plus précise des coûts hospitaliers parmi les patients.

À mesure que les hôpitaux adoptent une approche intégrée de collecte des données et de gestion de leurs processus internes (comme les commandes d'analyse de laboratoire, les ordonnances de médicaments et les systèmes de mesure de la charge de travail en soins infirmiers), les gestionnaires peuvent créer des enregistrements à l'échelle des patients pour chacun des produits et services utilisés au cours d'un séjour donné. Ces enregistrements peuvent ensuite être reliés pour établir un bilan complet des ressources utilisées pour traiter le patient. Des logiciels commerciaux ont été conçus pour calculer les coûts par patient à partir des données du grand livre général de l'hôpital et des données sur l'utilisation des produits et services à l'échelle des patients. Une moyenne peut ensuite être établie afin d'estimer les coûts en fonction des GMA.

5.1 Dimensions des données financières

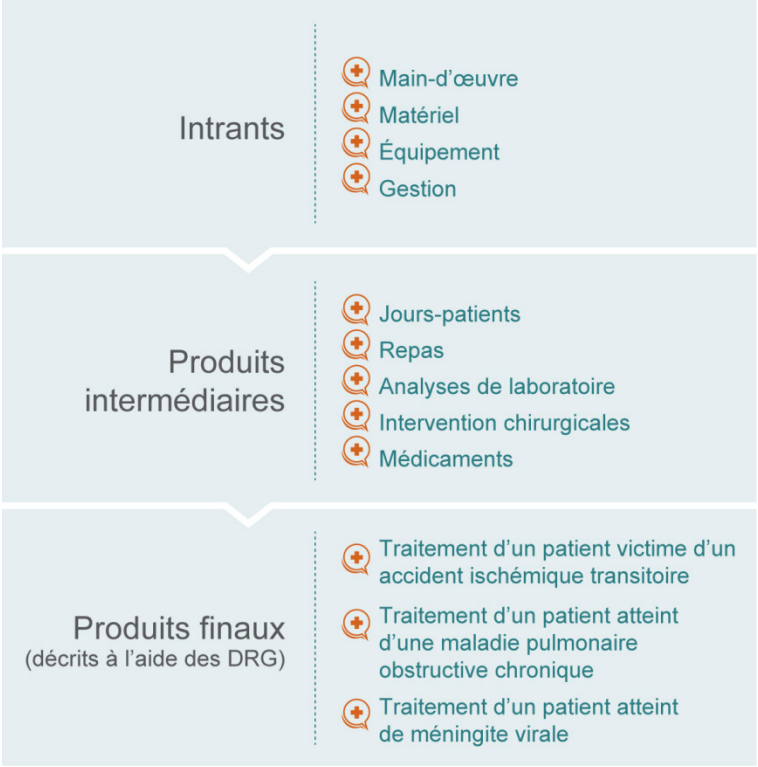
La déclaration normalisée des données financières est un mécanisme de responsabilisation important pour toutes les entreprises de nature économique, tant dans le secteur public que privé. Depuis longtemps, la publication annuelle des états financiers permet d'assurer au public la transparence et la légalité des décisions économiques de l'entreprise. Ces données ne sont toutefois pas destinées à guider la gestion quotidienne d'un établissement. Une approche comptable distincte, la comptabilité de gestion, a été élaborée de façon à appuyer les processus internes de prise de décisions.

Dans les établissements de santé de la plupart des provinces et des territoires, les données sur les activités et les coûts sont recueillies au niveau des centres d'activité (c.-à-d. les centres de coûts), conformément aux Normes SIG de l'ICIS. Les centres d'activité sont les subdivisions d'un organisme de santé utilisées dans les systèmes de comptabilité de gestion pour consigner les dépenses directes prévisionnelles et réelles, les statistiques et les revenus (le cas échéant) relatifs au service ou à l'activité en question. Par exemple, pour le centre d'activité Endocrinologie, clinique spécialisée (code de compte principal 71 3 50 43), les coûts sont déclarés en fonction des diverses activités, comme les heures rémunérées du personnel producteur d'unités (p. ex., une infirmière autorisée qui dispense des soins).

La collecte des données sur les coûts à l'échelle des patients permet d'analyser plus en détail les coûts des centres d'activité. Dans les hôpitaux, les activités et les coûts sont consignés par centre d'activité et par épisode de soins, ce qui permet de calculer le coût total de chaque épisode. Cependant, seulement une partie des hôpitaux canadiens établissent les coûts à ce niveau de détail (voir la section 4.1).

L'intérêt de l'analyse des coûts à l'échelle des patients repose sur la conception de Fetter des soins aux patients hospitalisés. Fetter a observé que les patients exigeaient des quantités différentes de ce qu'il appelait les « produits intermédiaires », par exemple les radiographies ou les jours d'hospitalisation[3], qui étaient auparavant considérés comme les extrants d'un hôpital. Dans le modèle de Fetter, le produit ou extrant final de l'hôpital est le traitement des patients, les produits intermédiaires étant considérés comme les intrants du produit final. Le traitement des patients est décrit en fonction des DRG (voir la figure 5). Le total des coûts des produits intermédiaires utilisés pour un patient donné correspond à l'ensemble des ressources consommées pour son traitement (c.-à-d. le coût total).

Figure 5 : Conception de la production des soins aux patients hospitalisés selon Fetter



Source
Adapté de Fetter RB. The DRG patient classification system: background. In Fetter RB, Brand DA, Gamache D, dir. *DRGs: Their Design and Development.* Ann Arbor, É.-U.; Health Administration Press: 1991:3-27.

5.2 Utilité des données financières

Les bailleurs de fonds du système de santé et les gestionnaires des hôpitaux se servent des données sur les coûts à l'échelle des centres d'activité et des patients pour analyser les différences d'un hôpital et d'un cas à l'autre, afin de définir équitablement le montant des paiements du FPA. Ils utilisent les données sur les coûts pour en apprendre davantage sur les activités hospitalières sous-jacentes.

5.2.1 Utilité des données financières relatives aux centres d'activité

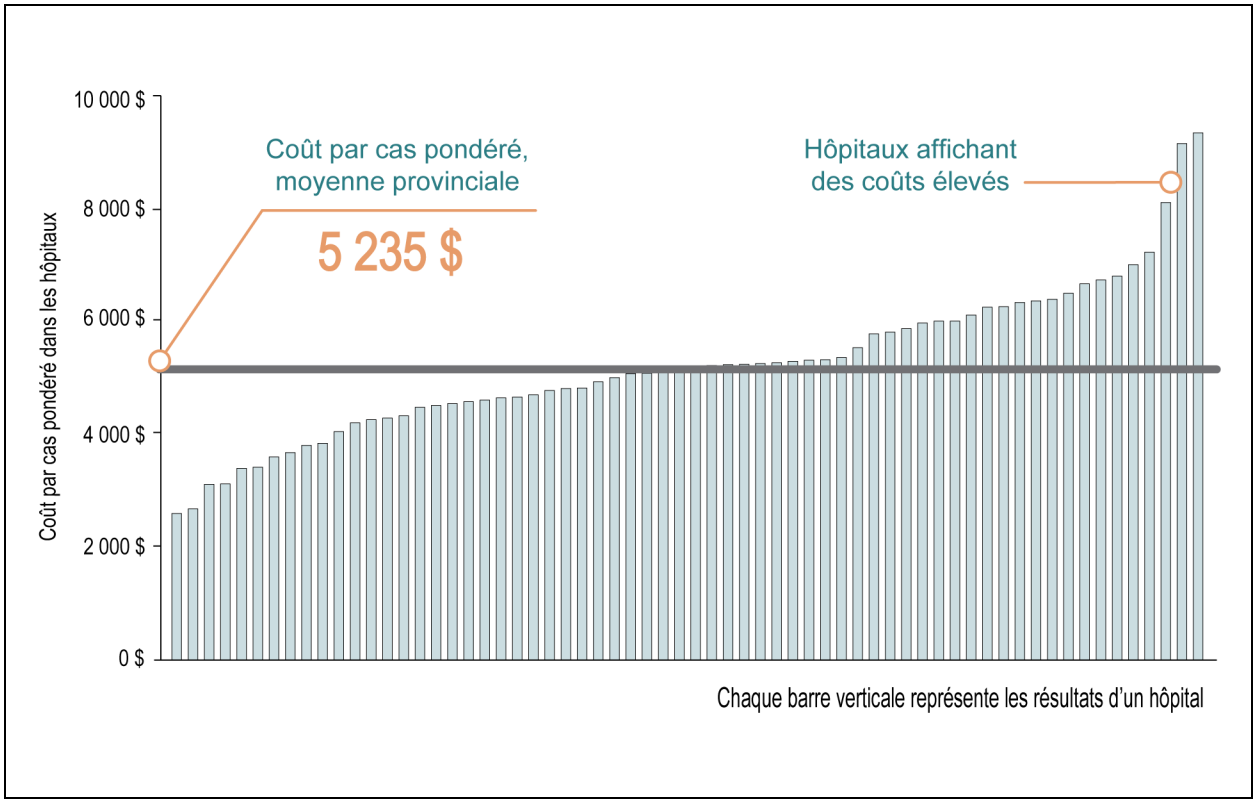
La déclaration des données relatives aux centres d'activité permet aux bailleurs de fonds d'estimer les coûts unitaires des services hospitaliers, comme le coût moyen d'un test diagnostique ou d'une unité de charge de travail en soins infirmiers. Elle leur permet également de cerner précisément et de quantifier les coûts qu'ils souhaitent exclure du FPA et financer à l'aide d'un mécanisme distinct. Enfin, elle rend aussi possible l'établissement de valeurs de base (à partir des moyennes provinciales, par exemple) et l'évaluation des écarts de rentabilité entre les hôpitaux.

La figure 6 donne un exemple de profil des coûts par hôpital qui peut s'avérer utile tant aux bailleurs de fonds du système de santé qu'aux gestionnaires des hôpitaux. Elle présente pour chaque hôpital le coût moyen total par unité de PCR (données regroupées selon la méthodologie GMA+ de l'ICIS). Autrement dit, chaque barre verticale représente les coûts moyens engagés dans un hôpital donné pour traiter un patient hospitalisé présentant un cas typique moyen dont la PCR est égale à 1. La valeur de chaque barre verticale est calculée, pour un hôpital, en divisant le total des dépenses associées aux soins aux patients hospitalisés dispensés au cours d'un exercice par le total de ses activités annuelles liées aux patients hospitalisés, pondérée par PCR pour tenir compte des différences sur le plan des groupes clients. Le ratio ainsi obtenu est appelé « coût par cas pondéré ». La figure montre que 10 hôpitaux dépensent moins de 4 000 $ par unité de PCR. La plupart dépensent plus de 4 000 $ par unité de PCR, et deux d'entre eux dépensent 9 000 $ en ressources pour chaque unité de PCR.

Cette information peut être utile aux bailleurs de fonds du système de santé qui doivent déterminer comment procéder au remplacement des anciens modèles de financement par le FPA, particulièrement dans le cas des hôpitaux à coûts élevés. Les bailleurs de fonds peuvent également juger pertinent de vérifier si d'autres caractéristiques des hôpitaux (ou des problèmes de qualité des données) expliquent en partie l'écart observé. Par ailleurs, il est utile pour les gestionnaires des hôpitaux de savoir où leur établissement se situe sur une telle échelle, puisqu'elle est reliée au montant des paiements que fixera le bailleur de fonds.

La figure ci-dessous illustre les coûts totaux, mais il est également possible d'illustrer le coût total moyen par centre d'activité à l'échelle des hôpitaux. La déclaration des données relatives aux centres d'activité est importante pour les gestionnaires d'hôpitaux, qui doivent surveiller comment les fonds sont dépensés dans les différents services. Grâce à la collecte des données financières et statistiques par centre d'activité, les gestionnaires peuvent calculer le coût du personnel, des fournitures et de l'équipement. La mesure de la charge de travail et les autres données statistiques leur permettent d'analyser la productivité des services et de comparer leurs coûts unitaires à ceux déclarés dans des services et des hôpitaux comparables.

Figure 6 : Utilisation des données des centres d'activité pour analyser la rentabilité des hôpitaux



5.2.2 Utilité des données sur les coûts à l'échelle des patients

Les données au niveau des centres d'activité présentent toutefois une utilité limitée dans le cadre du FPA : elles ne sont pas suffisamment détaillées pour permettre de fixer les coefficients des paiements par GMA, le deuxième composant de base du FPA (voir la figure 2).

Les données sur les coûts à l'échelle des patients mettent en évidence la variation des coûts entre les patients et permettent également de faire le bilan des coûts par épisode de soins pour tous les services hospitaliers et tous les GMA. Les attributs du centre d'activité qui déterminent les coûts demeurent les mêmes, mais le coût de chaque épisode de soins peut être calculé plus exactement si l'on a accès aux données sur l'épisode lui-même. Par exemple, la répartition des coûts parmi les patients est effectuée en fonction de l'information sur leur séjour à l'hôpital, comme la durée du séjour, les tests diagnostiques effectués, les médicaments administrés, les heures en salle d'opération et les heures de soins infirmiers.

L'ICIS utilise ces données pour analyser la répartition des coûts totaux à l'échelle des patients par GMA, puis pour calculer les valeurs de PCR. Les bailleurs de fonds peuvent employer les mêmes données pour déterminer les coefficients de pondération des paiements du FPA, en fonction des coûts antérieurs dans l'ensemble des hôpitaux, ainsi que pour cerner les coûts à exclure du FPA. Les données au niveau des patients (tout comme les données relatives aux centres d'activité) sont utiles pour déterminer comment ajuster le financement des hôpitaux de façon à tenir compte des facteurs non cliniques (p. ex., les coûts des soins hospitaliers peuvent être plus élevés dans les régions nordiques éloignées, où les salaires des professionnels de la santé sont majorés de manière à favoriser le recrutement).

Les systèmes d'établissement des coûts par cas ne sont pas nécessaires à la mise en œuvre du FPA, mais la pondération des coûts est plus crédible si elle repose sur des données détaillées sur les coûts. La crédibilité est également accrue si les coefficients utilisés sont jugés pertinents à l'échelle locale, étant calculés à partir des données provinciales, ou du moins nationales. C'est pourquoi dans la plupart des modèles de FPA mis en œuvre, au moins une partie des hôpitaux recueillent des données sur les coûts à l'échelle des patients.

Les gestionnaires peuvent également se servir des données sur les coûts à l'échelle des patients pour mieux comprendre les besoins en matière de ressources et l'incidence des changements apportés à leurs services. Ces données génèrent de l'information importante sur l'utilisation des ressources dans leurs services en ce qui a trait entre autres aux patients, aux médecins, aux GMA et aux programmes particuliers. Pour répondre aux incitatifs d'efficience du FPA, les gestionnaires doivent bien comprendre les facteurs d'accroissement des coûts des soins dispensés dans leur établissement, ainsi que repérer les différences entre leur établissement et les autres au chapitre des coûts des intrants et de l'utilisation des produits intermédiaires par patient traité.

5.3 Données financières des hôpitaux au Canada

Les Canadiens disposent de données financières de grande qualité sur leur système de santé. L'ICIS conserve les données financières des hôpitaux dans deux bases de données : la Base de données canadienne SIG et la Base de données canadienne sur les coûts par patient. Les deux reçoivent des données qui ont été déclarées conformément aux Normes SIG de l'ICIS.

5.3.1 Normes SIG

Les Normes SIG de l'ICIS constituent un ensemble de normes nationales pour la collecte, le traitement et la présentation de l'information concernant tous les aspects des activités d'un organisme de services de santé. Ces normes facilitent la collecte et l'utilisation de données détaillées de grande qualité sur les coûts à l'échelle des patients et sur les centres d'activité. Les Normes SIG comprennent les cadres conceptuels suivants :

- Le cadre conceptuel des centres d'activité permet de catégoriser les données financières selon les différents services hospitaliers et de recueillir les données sur les extrants de ces services (comme la charge de travail en soins infirmiers) de manière normalisée.
- Il existe trois cadres conceptuels de déclaration des données sur les centres d'activité : un pour les coûts directs, un pour les coûts complets et le dernier pour les coûts liés aux bénéficiaires de services (patients, clients ou résidents). Ces cadres conceptuels offrent une approche intégrée de collecte, de traitement, de présentation et d'utilisation de l'information de gestion à des fins décisionnelles à l'échelle des centres d'activité et des bénéficiaires de services.

Dans le cadre du FPA, on peut classer l'information sur les coûts recueillie selon l'un de ces cadres conceptuels en trois catégories : les coûts directs, les coûts indirects et les coûts hors exploitation.

Pour l'établissement des coûts par patient, les coûts directs sont les coûts des centres d'activité qui sont directement liés à la prestation des soins aux bénéficiaires de services. Les coûts directs peuvent être mis en correspondance avec les services dispensés à un patient (p. ex. la charge de

travail en soins infirmiers) ou les produits utilisés dans le cadre du traitement du patient (p. ex. une prothèse). Les centres d'activités à coûts directs comprennent les services de soins infirmiers aux patients hospitalisés (centre d'activité 71 2 **), les services de soins ambulatoires (71 3 **), les services diagnostiques et thérapeutiques (71 4 **) et les services de santé communautaires (71 5 **).

Dans le cadre de l'établissement des coûts par patient, les coûts indirects sont les coûts des centres d'activité classés dans la catégorie des frais généraux. Ces coûts ne sont pas directement liés à la prestation de soins aux bénéficiaires de services et, souvent, ne peuvent pas être facilement associés à un patient donné. Ils concernent les services administratifs et de soutien offerts à d'autres secteurs de l'hôpital. Les centres d'activité à coûts indirects comprennent

- les services administratifs (comme l'administration, les finances, les ressources humaines et les communications);
- les services de soutien des systèmes (comme le traitement de l'information);
- les services de soutien aux services hospitaliers (comme la gestion du matériel, les services de bénévoles, l'exploitation de l'immeuble, la sécurité de l'immeuble, l'entretien des locaux, le génie biomédical et la physique médicale);
- les services de soutien aux patients (comme l'entretien ménager, la buanderie et la lingerie, l'inscription, la coordination de la gestion des cas, le transport des patients, les dossiers médicaux et les services d'alimentation aux bénéficiaires de services);
- la préparation aux situations d'urgence;
- certains types de formation (comme l'audiovisuel et la formation à l'interne).

Les coûts hors exploitation (c.-à-d. les coûts résiduels) sont les coûts hospitaliers qui ne sont pas liés à la capacité de l'hôpital à dispenser des soins aux patients. Ces coûts sont exclus de l'établissement des coûts par patient. Ils sont consignés dans les centres d'activité de recherche et de formation (à l'exception de la formation à l'interne) et dans les centres d'activité non répartis (c.-à-d. les revenus ou les dépenses pour lesquels la répartition selon des services, des bénéficiaires de services ou des programmes particuliers est inappropriée ou impossible, comme l'amortissement des bâtiments).

5.3.2 Base de données canadienne SIG

La Base de données canadienne SIG contient les données financières et statistiques sur les activités quotidiennes des organismes canadiens de services de santé. Les données financières, statistiques et sur la charge de travail sont déclarées par centre d'activité.

La Base de données canadienne SIG détient des renseignements sur chaque organisme déclarant, dont l'identificateur unique, le nom, l'adresse, la taille et le propriétaire de l'organisme ainsi que des données sur sa situation financière (bilan) et opérationnelle (résultats). Les données financières et statistiques sont enregistrées par centre d'activité. Les revenus sont consignés par source et les dépenses, par type. Les regroupements globaux de dépenses comprennent les frais de personnel, les fournitures et les frais divers, l'équipement, les services impartis, ainsi que les dépenses liées aux bâtiments et aux terrains. De plus, la base de données recueille des données statistiques — telles que le nombre d'heures travaillées par le personnel et le nombre de jours de

présence des patients hospitalisés enregistrés dans les unités de soins — et sur la charge de travail, qui servent à mesurer le volume des services dispensés par les employés d'un centre d'activité donné sous forme d'une unité de temps normalisée.

Les Normes SIG guident l'enregistrement des activités et la répartition des dépenses dans les centres d'activité des hôpitaux, ce qui confère une validité accrue aux comparaisons entre les établissements. Les règles de répartition des coûts complets, telles qu'énoncées dans le cadre conceptuel de déclaration des coûts complets des centres d'activité, sont particulièrement utiles aux bailleurs de fonds du système de santé qui participent au FPA.

Pour déclarer les coûts complets, il faut répartir les coûts des centres d'activité administratifs et de soutien dans les centres d'activité de prestation de services à titre de coûts indirects. On effectue cette opération au moyen de la méthode de répartition par équations simultanées (MRES). Cette méthode permet une répartition valide des coûts indirects et complets et tient compte de la réciprocité des secteurs de soutien (p. ex., le centre d'activité d'entretien ménager fournit des services au centre d'activité des ressources humaines, et vice-versa). La MRES est la méthode de répartition des coûts privilégiée par les Normes SIG. Les coûts hors exploitation ne sont pas répartis dans les centres d'activité de prestation de services.

Encadré 10 : Utilisation des indicateurs de la Base de données canadienne SIG pour mesurer et comprendre les coûts

L'ICIS offre au public un rapport sur de nombreux indicateurs financiers dans son Projet de production de rapport sur les hôpitaux canadiens, accessible sur son site Web. Les indicateurs de la performance des hôpitaux tirés de la Base de données canadienne SIG peuvent s'avérer utiles aux hôpitaux soumis au FPA. L'indicateur « Dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales » constitue l'un des indicateurs proposés[19]. Ces derniers permettent de mettre en évidence l'écart des activités ou des dépenses d'un hôpital par rapport à la norme et de repérer les activités ou les services où des gains d'efficience sont possibles. Le chapitre 14 présente une discussion plus approfondie sur le sujet.

L'ICIS offre également l'estimateur des coûts par patient, un outil interactif qui estime le coût moyen de divers services dispensés dans les hôpitaux. Il présente l'information à l'échelle du pays, par province et territoire et par groupe d'âge des patients. L'outil permet de calculer le coût moyen estimé des services fournis à un patient moyen. Cette estimation tient compte des frais encourus par l'hôpital lors de la prestation des services, mais exclut tous les honoraires des médecins, puisque ces derniers sont habituellement rémunérés directement par la province ou le territoire et non par l'hôpital.

5.3.3 Base de données canadienne sur les coûts par patient

Certains hôpitaux canadiens recueillent des données sur les coûts par bénéficiaire de services (c.-à-d. les coûts à l'échelle des patients), qui brossent un portrait complet de l'utilisation des services de soins infirmiers, diagnostiques, thérapeutiques, administratifs et de soutien dans le traitement des patients. Les coûts à l'échelle des patients sont enregistrés par centre d'activité. Pour chaque patient, la Base de données canadienne sur les coûts par patient donne de l'information sur les centres d'activité où les coûts sont engagés et sur la répartition des coûts directs et indirects. Cette façon de recueillir les données sur les coûts est parfois désignée par le terme « établissement des coûts en fonction des activités ».

Pour établir les coûts par patient, il faut recueillir et stocker les données suivantes sur l'utilisation des ressources pour chaque épisode de soins : le nombre et le type de produits intermédiaires fournis, ainsi que le service où les coûts ont été engagés. Il faut également recueillir de l'information sur la charge de travail et les coûts prévus qui sont associés à chaque produit intermédiaire (p. ex. le coût d'une dose d'ampicilline, le coût des fournitures nécessaires à l'injection du médicament et les minutes de travail du personnel infirmier qui pratique l'injection). Ces coûts et ces charges de travail prévus sont communément exprimés en unités de valeur relative (UVR) et fondés sur les coûts réels tirés des données SIG, sur un montant standard ou sur les moyennes nationales ou provinciales. Les données sur l'utilisation et les UVR servent à répartir les divers coûts parmi les épisodes de soins.

Le coût de certaines fournitures imputables (habituellement les fournitures coûteuses dont l'utilisation varie en fonction du patient) est réparti en fonction des coûts réels pour le patient. Le coût d'autres fournitures qui ne suit pas une tendance linéaire selon la charge de travail est réparti en fonction des UVR correspondantes. Les autres coûts directs, ainsi que les coûts indirects, sont répartis en fonction des UVR de charge de travail. La façon dont les hôpitaux emploient ces trois approches de répartition des coûts dépend de l'information sur les coûts et l'utilisation des ressources disponible à partir de leurs systèmes de données. À titre d'exemple, certains pourraient employer des montants standards établis à l'interne, tandis que d'autres pourraient calculer les montants liés aux UVR à partir des charges de travail moyennes à l'échelle nationale.

On peut mieux estimer les coûts dans les hôpitaux en améliorant les sous-systèmes de données qui relèvent l'utilisation des ressources par patient (p. ex. en identifiant plus précisément les patients qui reçoivent un type de prothèse donné) et en recueillant de l'information plus détaillée sur la quantité de ressources consommée par chaque patient (comme la dépendance aux soins infirmiers ou les temps et mouvements des activités de soins aux patients réalisées par le personnel clinique). Une application constante des normes de répartition des coûts dans tous les hôpitaux garantit que les comparaisons ne sont pas faussées par l'utilisation de règles de répartition différentes et que les coûts estimés sont fiables pour l'établissement des paiements et des points de référence du FPA.

Les estimations des coûts à l'échelle des patients présentent un net avantage par rapport à celles effectuées à partir d'une modélisation des coûts (voir la section 5.4 pour une description de cette méthode) : elles permettent de mesurer la variation entre les hôpitaux. Avec les estimations à partir de modélisations, le coût des intrants est la seule source de variation. En outre, aucun intervalle de confiance ne peut être calculé pour de telles estimations à l'échelle de l'hôpital ou des patients. La compréhension de la variation au sein d'un GMA est particulièrement utile pour la prise de décisions de gestion de l'hôpital, mais elle permet également de juger de la fiabilité du coût établi au niveau du GMA comme fondement des mesures relatives des paiements.

5.4 Modélisation des coûts par patient

Lors de l'élaboration et de la mise en œuvre du modèle de FPA, il est préférable que les données sur les coûts à l'échelle des patients soient recueillies dans au moins une partie des hôpitaux de la province ou du territoire. Cependant, en l'absence de telles données, la modélisation des coûts peut, dans une certaine mesure, constituer une solution de rechange raisonnable. La modélisation peut également aider à estimer les coûts de certains types de soins peu courants (comme les transplantations cardiaques et pulmonaires) dont le volume est insuffisant dans une province ou un territoire.

La modélisation la plus simple consiste à utiliser les coefficients de pondération associés à la classification des groupes clients (comme les PCR de la GMA+). Les coefficients de pondération des coûts des patients hospitalisés traités au cours d'une période donnée (comme l'exercice financier) sont alors additionnés. La portion des coûts hospitaliers relative aux patients hospitalisés (moins les coûts hors exploitation) est ensuite divisée par le volume total de cas pondérés (ce volume correspond à la somme des coefficients de pondération des coûts de l'ensemble des patients). On obtient ainsi le coût par cas pondéré, concept déjà présenté à la figure 6. Dans un modèle de coûts, le coût du traitement d'un patient peut être estimé en multipliant le coefficient de pondération des coûts du patient (comme la PCR) par le coût par cas pondéré de l'hôpital.

Pour pouvoir procéder à la modélisation, il faut que les épisodes de soins visés aient été regroupés à l'aide d'un système de groupes clients adapté au secteur (soit la GMA+ pour les patients hospitalisés en soins de courte durée au Canada) et qu'un coefficient de pondération des coûts du système de groupes clients ait été attribué à chaque épisode. L'hôpital doit aussi disposer d'une estimation raisonnable du coût total des épisodes visés (p. ex. le coût total associé aux patients hospitalisés).

L'un des défis de la modélisation des coûts consiste à déterminer comment répartir les coûts indirects liés à l'hospitalisation par rapport à ceux liés aux soins ambulatoires. Les hôpitaux qui recueillent les statistiques nécessaires prévues par les Normes SIG sont en mesure de répartir les coûts indirects relatifs à l'hospitalisation. Toutefois, la plupart des hôpitaux ne recueillent pas les données nécessaires et se fient à l'ICIS pour répartir les coûts indirects parmi les épisodes de soins, puis pour calculer le coût par cas pondéré.

Les provinces qui ont recours à la modélisation des coûts partent de l'hypothèse que dans leurs hôpitaux, les coefficients de pondération des coûts (le coût d'un GMA par rapport à un autre) sont semblables à la moyenne des hôpitaux dont les données sur les coûts par patient ont servi au calcul des coefficients (voir la section 4.1 pour des précisions sur les données sur les coûts utilisées dans la GMA+). Les bailleurs de fonds d'une province peuvent ainsi décider que les pratiques cliniques et les coûts sont assez semblables partout au Canada et que les PCR de la GMA+ offrent une estimation raisonnable (ou du moins la meilleure estimation possible compte tenu de l'absence de données sur les coûts par patient dans la province).

Dans une modélisation plus élaborée, on utilise plutôt des coefficients de pondération des coûts propres aux secteurs d'activité de l'hôpital, communément appelés « coefficients de pondération des services ». Il est important d'interpréter ces coefficients adéquatement : ils n'établissent pas de distinction entre, d'une part, les écarts dus à la variation du coût des produits intermédiaires (comme le coût par analyse de laboratoire) entre les secteurs d'activité, et d'autre part, les écarts

dus aux taux d'utilisation différents (comme le nombre d'analyses commandées par patient). Ces coefficients de pondération des services, généralement calculés à l'échelle provinciale ou nationale, sont une mesure du coût relatif des produits intermédiaires générés par un secteur d'activité (comme les services de laboratoire), par GMA.

Encadré 11 : Exactitude des estimations des coûts par patient — perspectives internationales

L'utilisation des méthodes de modélisation et d'établissement des coûts par patient varie selon les hôpitaux, en fonction des données disponibles[20]. Les options disponibles de répartition des coûts estimés à l'échelle des patients sont déterminées par l'exactitude des estimations et la précision avec laquelle les cas sont assignés à chaque centre d'activité.

Les options suivantes illustrent comment les coûts à l'échelle des patients peuvent être estimés pour l'unité de soins coronariens (USC) d'un hôpital :

- Si les données recueillies par l'hôpital ne permettent pas de repérer les patients admis à l'USC, il est possible de déterminer ceux qui y ont probablement été admis en relevant les cas classés dans les GMA de soins cardiaques pertinents. On peut ensuite utiliser les PCR ou la durée du séjour des patients pour leur attribuer une part plus ou moins grande des coûts de l'USC.
- Si l'hôpital dispose d'un système qui signale tous les patients admis à l'USC, les coûts de l'unité peuvent leur être attribués. Les coûts de l'USC peuvent ensuite être répartis parmi les épisodes individuels en fonction de la durée totale du séjour à l'USC. L'hôpital peut estimer le nombre d'unités de charge de travail en soins infirmiers pour les patients victimes d'un infarctus aigu du myocarde, qui nécessitent beaucoup de soins, comparativement aux unités nécessaires pour les patients souffrant d'angine instable, puis utiliser ces unités pour répartir les coûts proportionnellement parmi les épisodes individuels.
- Si l'hôpital dispose d'information sur le ratio personnel infirmier-patients pour chaque quart de travail, les dépenses liées aux soins infirmiers peuvent être réparties plus précisément. Cette méthode est plus élaborée que celle des unités de charge de travail, décrite ci-dessus. Elle repose sur des mesures prospectives de l'intensité des soins qu'exige chaque patient pour chaque quart de travail. Cette information permet de répartir plus précisément les coûts des soins infirmiers en tenant compte de cas précis, comme les patients ayant reçu des soins infirmiers individuels.
- Si l'hôpital possède un système de mesure de la charge de travail en soins infirmiers, le nombre d'unités de charge de travail nécessaires pour chaque patient traité à l'USC peut être déterminé. Ainsi, les coûts peuvent être répartis parmi les patients en fonction de la quantité et de l'intensité réelles des soins qu'ils ont reçus.

Il est possible qu'il y ait très peu d'écart entre les estimations des coûts de l'USC issues de ces diverses approches. Cependant, les hôpitaux dotés de systèmes complexes de répartition des coûts sont mieux en mesure de comprendre les facteurs à l'origine de la variation des coûts. Les approches moins élaborées entraînent souvent l'atténuation des variations de coûts dans le processus d'estimation, ce qui conduit presque inévitablement à la surimputation des coûts pour certains cas et à la sous-imputation pour d'autres. Cela peut entraîner une compression des PCR, c'est-à-dire une atténuation des variations de la PCR d'un GMA à l'autre. Par ailleurs, la compréhension des fondements de la répartition des coûts à l'échelle des patients permet aux gestionnaires des hôpitaux de comprendre pourquoi leurs coûts diffèrent de ceux d'autres hôpitaux. En comparant les sous-systèmes d'établissement des coûts, les bailleurs de fonds sont également mieux en mesure de sélectionner les groupes d'hôpitaux qui participeront à la détermination des coefficients de pondération des coûts, selon l'exactitude des données sur les coûts qui y sont recueillies.

L'utilisation de tels coefficients permet aux gestionnaires des hôpitaux d'estimer plus précisément leurs coûts en calculant le coût par cas pondéré dans un secteur d'activité de leur établissement. Pour ce faire, on divise le coût total pour un secteur d'activité par le total des cas pondérés pour ce même secteur. Ensuite, pour estimer les coûts pour chacun des patients d'un secteur d'activité précis de leur établissement, les gestionnaires peuvent multiplier le coefficient de pondération des coûts du patient par le coût par cas pondéré du secteur d'activité.

Les coefficients de pondération des services de l'ICIS sont nommés PCR par secteur d'activité et regroupés dans les catégories suivantes : soins infirmiers aux patients hospitalisés, soins infirmiers aux patients de consultation externe, soins infirmiers en salles d'opération et de réveil, laboratoire clinique, imagerie médicale, autres services professionnels et coûts indirects. Pour chaque GMA, la PCR totale est égale à la somme des PCR du secteur d'activité correspondant.

Figure 7 : Information disponible à partir des données sur les centres d'activité et sur les coûts à l'échelle des patients

Centre d'activité

- La PCR peut être utilisée pour l'efficience globale de l'organisme
- La PCR des secteurs d'activité peut servir à la gestion des secteurs d'activité et à l'analyse des coûts totaux d'un secteur (centres d'activité multiples)

Coûts à l'échelle des patients

- Toutes les options ci-dessus, en plus des possibilités ci-dessous
- La PCR des secteurs d'activité peut servir à gérer les centres d'activité, à établir des comparaisons avec les coûts réels pour chaque GMA et avec les coûts pour chaque patient (les patients peuvent être regroupés de toutes sortes de façons, entre autres par unité de soins infirmiers, par dispensateur de soins et par date)
- La contribution de chaque centre d'activité au secteur d'activité peut être comparée de la même manière

La PCR par secteur d'activité permet aux gestionnaires d'hôpitaux de déterminer si les dépenses de certains centres d'activité sont conformes à celles d'autres hôpitaux, après ajustement en fonction des groupes clients. Le tableau 7 illustre l'une des façons d'y parvenir. Les écarts dans les coûts estimés (p. ex., l'Hôpital Y présente un coût estimé plus élevé par produit ou service pondéré) pourraient être attribuables à une variation des pratiques (p. ex., si les cliniciens commandent plus d'analyses de laboratoire que prévu selon les groupes clients attribués aux patients traités) ou de la rentabilité (p. ex., si le laboratoire effectue les analyses de façon inefficiente). La PCR par secteur d'activité permet aux gestionnaires des hôpitaux de repérer les secteurs d'activité non rentables et d'examiner si des mesures correctives doivent être prises. L'utilisation de cette information supplémentaire sur les coûts est abordée plus en détail au chapitre 12.

Tableau 7 : Modélisation des coûts à l'aide de la PCR par secteur d'activité — exemple d'une analyse de laboratoire dans un GMA

Étape	Méthode	Province A	Hôpital X	Hôpital Y	Hôpital Z
Coûts totaux pour un secteur d'activité	Calculer les coûts totaux pour le secteur d'activité à partir des données de la Base de données canadienne SIG	600 000 $	400 000 $	50 000 $	150 000 $
Utilisation globale des produits et services prévue pour ce secteur d'activité	Multiplier la PCR par secteur d'activité correspondant à chaque GMA par le nombre de patients classés dans le GMA, puis additionner les résultats pour tous les GMA	1 207,05	825,77	69,55	311,72
Coût estimé par produit ou service pondéré	Diviser les coûts totaux pour le secteur d'activité par l'utilisation globale prévue	497,08 $	484,40 $	718,89 $	481,19 $

Dans un contexte de FPA, les gestionnaires des hôpitaux sont nettement désavantagés s'ils ne peuvent calculer les coûts associés au traitement de leurs patients, puisqu'ils ne peuvent alors quantifier l'écart entre leurs coûts et le montant des paiements pour chaque épisode. Comme mentionné précédemment, les méthodes d'établissement des coûts par patient peuvent fournir des estimations très précises des coûts à l'échelle des patients individuels, avec une grande capacité de différenciation des coûts entre les patients présentant une morbidité et un traitement différents. En l'absence de ces méthodes, toutefois, les gestionnaires des hôpitaux disposent d'autres outils pour estimer les coûts et analyser les écarts.

Les techniques décrites ci-dessus sont très utiles aux gestionnaires de centres d'activité : ils peuvent ainsi répartir les coûts propres à leur centre d'activité et calculer le coût par produit pondéré pour leur secteur seulement, plutôt que pour l'ensemble de l'hôpital. Prenons comme exemple un gestionnaire de salle d'opération qui souhaite évaluer le coût des cas classés dans certains GMA. En utilisant la PCR de la salle d'opération au lieu de la PCR totale, il peut estimer les coûts de la salle d'opération à l'échelle des patients de manière beaucoup plus précise.

Dans un modèle de FPA, il est important de savoir où se situent les écarts entre les coûts hospitaliers réels et les revenus issus du FPA. Les hôpitaux dont les coûts excèdent les paiements du FPA doivent adopter des stratégies pour repérer les secteurs inefficients. Les méthodes décrites ci-dessus constituent l'une des options qui s'offrent aux hôpitaux qui ne recueillent pas de données sur les coûts à l'échelle des patients.

Chapitre 6 : De l’établissement des coûts à la fixation du montant des paiements

Le coût et le montant des paiements sont deux concepts distincts. Le coût dépend des dépenses réelles pour des groupes clients et un volume donnés. Le montant des paiements, en revanche, relève d’une décision stratégique qui peut être fondée sur les coûts, mais aussi sur d’autres considérations et facteurs d’influence.

L’établissement des paiements au titre du FPA donne une nouvelle fonction aux données sur les coûts : d’un outil de description des activités, elles deviennent la base d’un mécanisme de paiement en fonction des activités. Il faut donc regrouper les données sur les coûts d’un certain nombre d’hôpitaux afin d’obtenir un échantillon représentatif qui permet de guider l’établissement des paiements.

Dans un modèle de FPA, ce sont les bailleurs de fonds qui doivent établir le montant des paiements. Pour ce faire, ils peuvent attribuer un coefficient de pondération des paiements à chaque GMA, puis le multiplier par une valeur de base, ou encore attribuer une valeur en dollars ou un tarif à chacun des groupes de la classification, tel que précisé à la section 2.2.

6.1 Calcul des coefficients de pondération des paiements

Au Canada, les coefficients de pondération des paiements peuvent être basés sur les coefficients nationaux produits par l’ICIS et publiés comme PCR dans le cadre du système GMA+. Il est également possible, pour les grandes provinces, d’établir leurs propres coefficients ou montants des paiements à partir de leurs propres données sur les coûts. Cette méthode n’est cependant pas valable dans les petites provinces, puisque le nombre de cas dans certains GMA y est trop peu nombreux pour permettre d’estimer les coûts de manière fiable et stable.

Le chapitre 4 a présenté une évaluation de la GMA+ au regard du FPA et abordé certains cas où les bailleurs de fonds peuvent juger que les coefficients de pondération des coûts ne correspondent pas à leurs objectifs stratégiques du FPA. En effet, la PCR explique bien la variation des coûts entre les patients en raison de facteurs cliniques, mais elle peut ne pas cadrer entièrement avec tous les objectifs stratégiques du FPA (l’amélioration de l’accès aux soins, par exemple).

6.1.1 Intégration des incitatifs du FPA aux coefficients de pondération des paiements

Pour atteindre certains objectifs, les bailleurs de fonds souhaitent parfois augmenter ou diminuer les coefficients de pondération des paiements de certains GMA, de manière à ce qu'ils ne reflètent plus leur coût relatif. Voici quatre objectifs qui pourraient donner lieu à ce type de procédé :

- améliorer l'accès aux soins (p. ex., en augmentant le coefficient de pondération des paiements pour favoriser la réduction des temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche);
- rendre l'allocation des ressources plus efficiente (p. ex., en finançant les chirurgies de la cataracte pratiquées chez des patients hospitalisés au tarif de la chirurgie d'un jour pour favoriser le recours à un milieu de soins approprié);
- réduire les incitatifs indésirables (p. ex., en ne payant pas pour les retours en salle d'opération, sauf dans le cadre d'interventions chirurgicales par étapes);
- favoriser la qualité des soins (p. ex., en appliquant des coefficients fondés sur les pratiques exemplaires pour encourager l'adoption des cheminements cliniques optimaux).

Encadré 12 : Paiements fondés sur les pratiques exemplaires

Les paiements fondés sur les pratiques exemplaires (parfois appelés « paiements basés sur la valeur » ou « prix normatifs ») sont calculés uniquement à partir des coûts d'un épisode de soins conforme aux processus ou aux cheminements cliniques de pratique exemplaire. Les paiements ainsi établis peuvent être supérieurs ou inférieurs à la moyenne ou à une autre mesure de la tendance centrale. Dans le modèle de financement en fonction des résultats adopté en Angleterre, on a récemment instauré les paiements fondés sur les pratiques exemplaires dans quatre cas : les cholécystectomies, les fractures de la hanche, les cataractes et les accidents vasculaires cérébraux[21]. Ce modèle peut également consister à établir les coefficients de pondération et le montant des paiements de façon à encourager le recours aux soins ambulatoires plutôt qu'à l'hospitalisation, dans les cas qui s'y prêtent cliniquement.

Ce modèle de paiement, qui repose sur les consensus cliniques à propos des pratiques exemplaires de soins aux patients, n'est généralement pas introduit lors de la mise en œuvre initiale du FPA. En Angleterre, les paiements fondés sur les pratiques exemplaires ont été adoptés huit ans après la mise en œuvre du financement en fonction des résultats. Le modèle présente entre autres l'avantage d'établir un lien évident entre l'établissement du montant des paiements et la qualité des soins. À l'instar de l'Angleterre, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a instauré le nouveau programme de financement des actes médicaux fondés sur la qualité en 2012-2013, qui s'applique d'abord aux arthroplasties totales de la hanche et du genou, au traitement de la maladie rénale chronique et à la chirurgie de la cataracte. Dans ces cas, au lieu de payer pour des services précis, le ministère paie pour l'ensemble du cheminement du patient auprès de tous les dispensateurs de soins qui sont intervenus au cours de l'épisode, y compris les activités pré- et postopératoires, lorsque le contexte le permet. Ce nouveau programme de financement repose sur des paiements établis selon les données probantes et détermine le montant versé à chaque dispensateur de soins pour son intervention dans le cheminement clinique du patient[22].

Puisqu'ils exigent un consensus sur les processus ou les cheminements à favoriser, les paiements fondés sur les pratiques exemplaires demandent une importante participation clinique, ce qui peut faciliter l'adhésion au modèle de FPA.

6.2 Établissement des valeurs de base

Une valeur de base est le montant en dollars associé à un cas dont le coefficient de pondération des paiements est 1. Deux approches globales sont possibles pour établir les valeurs de base au titre du FPA :

- établir la valeur selon le coût moyen;
- établir la valeur selon un coût inférieur ou supérieur au coût moyen.

Le modèle de FPA favorisera les gains d'efficience seulement s'il est conçu à cette fin et si le montant des paiements est établi en conséquence, en tenant compte des politiques de financement et des niveaux d'efficience antérieurs. Les gains d'efficience ne sont pas inhérents au FPA, qui constitue simplement un instrument permettant de fixer un niveau de financement. En revanche, le FPA assure à tous les hôpitaux un financement équitable (il s'agit d'ailleurs de l'un des objectifs du modèle). Il assure également qu'on ne récompense pas les hôpitaux inefficients en leur versant un financement accru pour le traitement de cas qu'un autre hôpital pourrait prendre en charge à moindre coût.

Un autre des éléments essentiels du modèle de FPA consiste à déterminer si les incitatifs financiers (et donc le montant des paiements) seront fondés sur les coûts totaux ou marginaux. Cette question est abordée brièvement ci-dessous. Une analyse détaillée est présentée à la section 7.2.

6.2.1 Établissement du montant des paiements en fonction du coût moyen

Dans de nombreux contextes de mise en œuvre du FPA, les valeurs de base sont établies de manière à correspondre aux coûts moyens, ce qui peut sembler de prime abord l'option la plus juste et la moins risquée sur le plan politique. Cette approche axée sur le coût moyen présente cependant des limites importantes :

> Premièrement, le financement des hôpitaux à hauteur du coût moyen de chaque activité les incite à accroître leurs activités tant que le coût marginal est inférieur ou égal au coût moyen ou au montant des paiements. Cette tendance peut conduire à la prestation de soins financièrement intenables ou médicalement inappropriés. Deuxièmement, l'association entre le montant des paiements et le coût moyen favorise la convergence vers la moyenne, plutôt que d'encourager l'amélioration de la performance[23].

L'adéquation des valeurs de base aux coûts moyens est stratégiquement neutre, puisque toutes les activités sont ainsi évaluées en fonction de leur coût relatif. Cette approche n'est sans doute pas souhaitable si les responsables de l'élaboration des politiques souhaitent mettre l'accent sur certains types d'activités (p. ex., privilégier la chirurgie d'un jour plutôt que l'hospitalisation).

Par définition, l'établissement des paiements en fonction du coût moyen reflète le niveau d'efficience moyen du système en place, de sorte que toute amélioration de l'efficience dépend de l'effet dynamique de la politique adoptée. Dans un modèle de FPA basé sur le coût moyen, certains hôpitaux seront considérés comme inefficients et seront ainsi incités soit à devenir plus efficients, soit à mettre l'accent sur les secteurs de soins plus rentables. Si leurs efforts sont fructueux et que les hôpitaux considérés comme efficients le demeurent, le coût moyen des soins devrait diminuer, entraînant de ce fait une réduction du montant des paiements. Cette dynamique entraîne ainsi automatiquement une amélioration de l'efficience avec le temps.

6.2.2 Autres stratégies d'établissement du montant des paiements

On peut favoriser l'atteinte d'objectifs stratégiques précis grâce au FPA en fixant un montant des paiements supérieur ou inférieur aux coûts moyens.

La décision de fixer un montant des paiements du FPA inférieur aux coûts moyens est habituellement motivée par une volonté d'améliorer l'efficience, mais elle peut également être associée à d'autres objectifs stratégiques.

En fixant un montant des paiements inférieur au coût moyen, on fixe un point de référence plus exigeant qu'avec l'établissement des paiements en fonction du coût moyen. Cette approche peut servir à négocier l'ajout de volume ou de services entre les bailleurs de fonds et les dispensateurs, en tenant compte d'économies d'échelle ou de gamme particulières. La stratégie d'établissement d'un montant des paiements inférieur au coût moyen prend deux formes principales : l'établissement des paiements selon un budget équilibré et l'établissement des paiements selon un point de référence.

Lorsque les dépenses totales sont plafonnées, on peut établir un montant des paiements en divisant la somme totale disponible par le volume d'activité pondéré. La section 10.2 présente une discussion détaillée de l'estimation des volumes d'activité. L'établissement des paiements selon un budget équilibré est souvent employé lorsque des économies considérables sont nécessaires pour des motifs budgétaires. Dans de telles circonstances, le montant des paiements constitue la variable dépendante dans une équation comportant deux variables indépendantes : le budget disponible et les volumes prévus. Les paiements sont établis non pas en fonction des coûts observés, mais selon le budget disponible compte tenu des volumes prévus. Ce mode de fixation des paiements accroît le risque financier des hôpitaux et peut entraîner diverses réponses indésirables au sein du système de santé si les montants sont jugés irréalistes pour l'hôpital moyen, ou si le volume d'activité global des hôpitaux est plus élevé que prévu.

La stratégie d'établissement des paiements selon un point de référence consiste à fixer les valeurs de base en fonction d'une caractéristique autre que le coût moyen. Diverses mesures non paramétriques peuvent servir à établir les coûts selon cette approche. En général, le montant des paiements est établi en observant les coûts moyens dans les différents hôpitaux, puis en établissant une valeur de base en fonction de l'une des deux options suivantes :

- un point de démarcation (p. ex., l'hôpital qui correspond au seuil inférieur);
- un rang dans un classement (p. ex., l'hôpital situé au premier rang, au troisième rang ou dans le premier quartile de l'échelle des coûts, des plus faibles aux plus élevés).

Moins le point de référence est représentatif, plus on risque d'établir des montants inéquitables et irréalistes pour l'hôpital moyen. La capacité d'amélioration de l'efficience diffère d'un hôpital à l'autre pour diverses raisons, notamment l'âge du stock de capital ou la disponibilité des services de substitution dans la collectivité (qui facilitent les congés précoces). Si le montant de référence semble déterminé en fonction d'un seul hôpital atypique, le modèle de FPA peut être perçu comme étant inéquitable.

Encadré 13 : Établissement d'un montant des paiements inférieur au coût moyen — un exemple australien

Le modèle de FPA mis en œuvre en 1993 dans l'État de Victoria, en Australie, est un bon exemple d'établissement d'un montant des paiements inférieur au coût moyen. Les paiements y ont été établis en fonction de l'hôpital classé troisième en matière de performance (ou de faibles coûts). Cette mesure s'inscrivait dans le cadre d'importantes compressions budgétaires, mais visait également à démontrer que ces cibles ambitieuses étaient réalistes dans le contexte local.

L'établissement d'un montant des paiements inférieur au coût moyen peut être envisagé en période de crise économique ou dans les contextes de mise en œuvre où des gains d'efficience majeurs sont visés. Lorsque le FPA est instauré en vue d'importantes restrictions budgétaires, néanmoins, une certaine confusion peut s'installer chez les intervenants et au sein de la population concernant les mérites de ce modèle de financement, qui peut être perçu comme étant la cause des compressions budgétaires plutôt que le mécanisme adopté pour les mettre en place. L'encadré 13 présente un exemple de mise en œuvre d'une telle approche en Australie.

6.2.3 Mise à jour des valeurs de base en fonction de l'inflation

Les données sur les coûts qui servent au calcul des coefficients de pondération des paiements peuvent dater de deux à trois ans. Ce délai inévitable ajoute un autre degré de complexité au processus de mise à jour des valeurs de base. En effet, les valeurs risquent d'être désuètes si elles sont calculées à partir de la moyenne à l'échelle du système.

Il se peut que la moyenne (ou point de référence) issue des données sur les coûts ne soit plus actuelle en raison d'avancées technologiques, de l'évolution de la rémunération ou des salaires, ou d'autres facteurs touchant l'économie en général. On peut mettre à jour la valeur de base pour refléter ces changements en estimant leurs effets individuels ou en utilisant des indicateurs économiques généraux.

L'approche la plus couramment employée pour mettre à jour la valeur de base repose sur une simple projection : on ajuste la moyenne calculée à l'échelle du système en présumant le maintien des tendances observées dans les données sur les coûts des trois à cinq dernières années. Il est toutefois possible que ces tendances (surtout celles sur une longue période) ne soient pas de bons indicateurs prévisionnels, puisque des changements économiques peuvent se répercuter sur les coûts du système de santé. Par exemple, les importantes hausses de salaires observées durant des années de croissance économique peuvent cesser dans la période de ralentissement subséquente. Certaines projections tiennent compte des tendances antérieures en matière de coûts dans le système de santé, en plus des tout derniers indicateurs économiques, comme les indices des prix à la consommation et du prix de la main-d'œuvre, ainsi que des projections gouvernementales en la matière.

6.3 Facteurs de rajustement appliqués aux paiements

Lorsqu'on fixe le montant des paiements, il faut également décider si le montant versé pour les services hospitaliers doit être le même dans tous les hôpitaux ou s'il convient d'appliquer des facteurs de rajustement. Ces derniers sont appliqués à la valeur de base pour tenir compte des écarts de coûts qui ne peuvent être détectés par le système de classification sous-jacent. Le rajustement vise à tenir compte entre autres des caractéristiques comme les indicateurs socioéconomiques (comme l'indice de défavorisation) de la circonscription hospitalière, la vocation d'enseignement de l'hôpital et l'isolement de l'établissement.

6.3.1 Rajustement relatif aux caractéristiques des patients

Les systèmes de groupes clients tiennent compte des attributs cliniques du patient (comme les diagnostics et les interventions pratiquées) pour l'attribution du GMA.

D'autres facteurs liés aux patients peuvent toutefois modifier systématiquement le coût du traitement. Par exemple, il se peut que le temps de traitement soit généralement plus long pour les patients des régions éloignées que pour les autres patients. Ces patients peuvent nécessiter des soins supplémentaires à l'hôpital, soit parce qu'il est difficile de les transférer vers un établissement de leur région, soit parce qu'ils risquent d'être incapables de revenir à l'hôpital pour une évaluation de suivi après leur congé, ou encore parce qu'il n'y a pas de services de soutien à domicile dans leur région d'origine.

Dans de tels cas, il peut être justifié d'introduire un facteur de rajustement des paiements afin de tenir compte de ces écarts de coûts légitimes.

6.3.2 Rajustement relatif aux caractéristiques de l'hôpital

Bien que le FPA vise le paiement par activité en fonction des caractéristiques des épisodes de soins, dans certains cas il peut être nécessaire d'ajuster les paiements en fonction des caractéristiques du dispensateur. On peut introduire un rajustement relatif aux caractéristiques du dispensateur lorsque des paramètres légitimes et inévitables ont une incidence sur le coût de la prestation des soins. Par exemple, on peut appliquer un facteur de rajustement pour refléter la majoration des coûts des fournitures et de la main-d'oeuvre attribuable à l'isolement d'un hôpital. Le rajustement relatif aux caractéristiques de l'hôpital pose un défi, puisqu'il faut distinguer les paramètres sur lesquels l'hôpital n'a aucune prise de ceux qui témoignent simplement d'anciennes pratiques inefficientes qui doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Encadré 14 : Facteur lié aux forces du marché, dans le modèle de financement en fonction des résultats de l'Angleterre

Dans le modèle de financement en fonction des résultats adopté en Angleterre, le facteur lié aux forces du marché (Market Forces Factor) est un indice de l'écart relatif des coûts inévitables dans les organismes du National Health Service. Le facteur lié aux forces du marché rend compte des écarts inévitables dans le coût de la main-d'œuvre, des terrains et des bâtiments selon l'emplacement géographique (comme les coûts plus élevés à Londres). Ce facteur doit préférablement être calculé à l'aide de données économiques générales plutôt que de données propres au secteur de la santé afin d'éviter que les pratiques inefficientes antérieures n'influent sur la formule[24].

6.3.3 Risques du rajustement

Les facteurs de rajustement sont conçus pour rendre le FPA plus équitable en tenant compte des paramètres sur lesquels les hôpitaux n'ont aucune prise. Les politiques de rajustement peuvent toutefois compromettre l'application du FPA à plusieurs égards :

- Premièrement, plus les facteurs de rajustement sont nombreux, plus le système devient complexe et plus les effets incitatifs sont atténués. Les gestionnaires des hôpitaux peuvent ainsi laisser de côté les efforts d'amélioration de l'efficience pour se concentrer sur l'obtention d'un rajustement. La complexité des politiques de financement peut également nuire aux gestionnaires dans leur repérage des secteurs où des gains d'efficience sont nécessaires.
- Deuxièmement, une complexité accrue du modèle de financement pourrait en réduire la transparence, surtout lorsque les facteurs de rajustement ne reposent pas sur des données probantes publiées.
- Troisièmement, l'usage généralisé des facteurs de rajustement pourrait compromettre le FPA en créant de fait un barème individualisé pour chaque hôpital.

6.4 Sommaire des montants des paiements

Les coefficients de pondération des paiements, les valeurs de base et les facteurs de rajustement déterminent les montants des paiements utilisés dans le cadre du FPA. Les coefficients de pondération des paiements peuvent différer des coefficients de pondération des coûts afin d'harmoniser les paiements aux incitatifs stratégiques du FPA. Quant aux valeurs de base, elles peuvent être fixées de manière à correspondre ou non au coût moyen, toujours en fonction des objectifs stratégiques visés. Enfin, les facteurs de rajustement sont appliqués afin d'assurer des paiements équitables qui tiennent compte d'autres paramètres qui expliquent les écarts de coûts sur lesquels les hôpitaux n'ont aucune prise. Dans le cas où les coefficients de pondération des coûts comme les PCR sont utilisés, des pénalités ou des incitatifs peuvent être ajoutés aux coefficients pour obtenir les coefficients de pondération des paiements.

Les stratégies d'établissement des paiements et les facteurs de rajustement visent à rendre les paiements du FPA plus équitables et à les harmoniser aux objectifs stratégiques du FPA. En revanche, le recours excessif aux facteurs de rajustement et aux stratégies de fixation du montant des paiements peut créer la confusion chez les gestionnaires des hôpitaux en leur envoyant des messages contradictoires. Il est important que chacun des éléments de la formule de fixation des paiements au titre du FPA soit limpide du point de vue des hôpitaux.

Figure 8 : Exemple de paiements au titre du FPA établis en fonction du coefficient de pondération des paiements, de la valeur de base et des facteurs de rajustement

Remarque
Les valeurs numériques ci-dessus reposent sur l'exemple présenté au tableau 1 d'un cas classé dans le GMA *Arythmie sans angiographie coronaire*, dans le groupe d'âge de 80 ans ou plus, avec un facteur de rajustement de 7 % pour un patient habitant en région éloignée.

Chapitre 7 : Conception de l'approche de financement

Le contexte dans lequel le FPA est mis en place détermine la conception de l'approche de financement. Les bailleurs de fonds du système de santé peuvent établir un budget global fixe pour financer les dépenses hospitalières ou décider que ces dépenses ne seront pas limitées. Selon les objectifs stratégiques du FPA, il est possible d'offrir des incitatifs d'efficience pendant certaines périodes ou encore des incitatifs visant l'élargissement des activités et des services. Les bailleurs de fonds peuvent également intégrer graduellement des incitatifs (ou le FPA en général) au système.

Dans le cadre du FPA, les bailleurs de fonds du système de santé doivent prendre ces décisions en plus des autres concernant les caractéristiques du modèle mis en œuvre. Le présent chapitre aborde la façon dont ces derniers peuvent utiliser l'information à leur disposition sur les soins cliniques et les coûts pour prendre des décisions sur les fonctions et la mise en application du FPA.

7.1 Définition des limites liées aux paiements

Pour mettre en place tout système de financement, il faut d'abord déterminer et définir les activités hospitalières qui seront financées. Dans le cas des activités liées aux patients hospitalisés au Canada, la façon de procéder semble évidente à première vue : utiliser le système GMA+ de l'ICIS, comme indiqué au chapitre 3. Toutefois, ce système porte uniquement sur les activités liées aux hospitalisations en soins de courte durée, et de nombreux hôpitaux traitent aussi d'autres types de patients (notamment en consultation externe et en soins ambulatoires dans les services d'urgence ainsi que dans les niveaux de soins alternatifs). Pour ces autres types de patients, il faut créer des politiques de financement parallèlement aux paiements ciblant les patients hospitalisés en soins de courte durée.

Il est donc particulièrement important que les limites liées aux paiements visant les différents groupes de patients soient clairement définies et puissent être vérifiées. (Par exemple, quels aspects des soins aux patients admis par le service d'urgence seront financés dans le cadre du système de soins de courte durée et du système du service d'urgence?)

Au fil du temps, et à mesure que les systèmes de classification prennent forme, il devient possible d'élargir la portée des paiements du FPA pour qu'elle comprenne les multiples consultations qui composent un épisode de soins offerts dans plus d'un milieu ou sur une certaine période de temps (p. ex., en regroupant les paiements couvrant les soins avant l'admission, pendant l'hospitalisation et post-actifs). Le regroupement des classifications en est toujours à l'étape de la recherche, principalement aux États-Unis.

7.2 Coûts marginaux et coûts moyens

L'un des principes sous-tendant le FPA est que l'établissement du montant des paiements permet de repérer les hôpitaux rentables et ceux qui ne le sont pas. Le FPA peut inciter les hôpitaux à améliorer leur rentabilité en passant en revue et en modifiant leurs processus. Si le montant du paiement est déterminé selon le coût moyen, les hôpitaux pourraient être encouragés à élargir leurs services pour améliorer leur efficience moyenne (concept de l'« étalement des frais généraux »), accroître le volume de patients traités et majorer leurs revenus. Beaucoup d'hôpitaux disposeront peut-être aussi d'un excédent de capacités qu'ils pourront exploiter à un coût inférieur à la moyenne; il ne sera peut-être pas nécessaire d'élargir certaines unités de soutien centrales.

Ainsi, le bailleur de fonds peut décider de fixer les paiements en fonction du coût marginal de prestation des services (en se fondant sur l'expérience actuelle ou sur les pratiques exemplaires).

À long terme, les coûts marginaux se rapprochent des coûts moyens. Cependant, à court terme, les coûts marginaux peuvent être nettement inférieurs aux coûts moyens. Par conséquent, l'établissement du montant des paiements selon les coûts moyens peut constituer une mesure incitative trop forte pour faire accroître les activités.

7.3 Coût moyen total ou modèle de paiements fixes et variables?

Le paiement des soins hospitaliers selon le coût moyen total incite souvent fortement les hôpitaux à élargir leurs services, car, en général, le coût supplémentaire du traitement d'un patient additionnel (le coût marginal) est bien inférieur au coût moyen. Selon le type de patients traités, il peut ou non en découler un avantage social net. Par exemple, le traitement de patients hospitalisés additionnels entraîne une réduction des temps d'attente, mais ces patients additionnels pourraient aussi autrement avoir été traités en milieu communautaire.

Sur les marchés concurrentiels courants, il est avantageux d'augmenter la production jusqu'au seuil où les coûts marginaux et les revenus marginaux sont égaux. De plus, dans un marché concurrentiel théorique, le revenu marginal et le prix sur le marché sont également les mêmes. Bien entendu, les soins de santé ne représentent pas un marché concurrentiel. Selon une théorie économique, sur un marché réglementé, les meilleurs résultats sont atteints lorsque le prix est fonction des coûts marginaux[18].

Le coût marginal peut être estimé à l'aide des coûts variables, c'est-à-dire les coûts qui varient directement selon l'activité, peuvent servir à définir le modèle de financement. Ces coûts comprennent ceux des fournitures (p. ex. les repas et la lingerie des patients) et des produits pharmaceutiques ainsi que certains coûts de main-d'œuvre. Le reste des coûts (c.-à-d. ceux qui ne varient pas selon l'activité) sont appelés « coûts fixes » (et comprennent les coûts d'assurance et ceux de la haute direction). Certains coûts peuvent être considérés semi-variables, puisqu'ils ne sont ni fixes ni variables dans certaines catégories d'activités (p. ex. dans le cas de l'ouverture d'une unité supplémentaire).

Par conséquent, au moment de concevoir un modèle de FPA, il est important de décider si celui-ci prévoira un paiement unique (calculé selon les coûts moyens) ou un paiement à deux composantes, l'une fondée sur les coûts fixes et l'autre, sur les coûts variables. Des décisions différentes ont été prises dans divers pays. Aux États-Unis, le système Medicare verse des paiements entièrement fondés sur les coûts moyens (comprenant un apport de capital). En Australie, le modèle de FPA initial dans l'État de Victoria prévoyait des composantes reposant sur les coûts fixes et variables[8].

Encadré 15 : Modèle fondé sur les coûts fixes et variables utilisé dans l'État de Victoria, en Australie

Dans le modèle initial de l'État de Victoria, des subventions fondées sur les coûts fixes étaient versées pour trois raisons différentes :

- Faciliter la transition entre l'ancien système de financement et le nouveau (subventions de transition) — ces subventions ont été éliminées graduellement sur deux ans;
- Fournir les services nécessaires pour lesquels il n'existait alors pas de systèmes de classification (p. ex. les soins subaigus comme la réadaptation) ou qui n'étaient pas liés aux patients (p. ex. l'enseignement, la formation et la recherche);
- Former un modèle reposant sur les coûts fixes et variables pour financer les activités liées aux patients hospitalisés en soins de courte durée. Les activités de base ont été évaluées (essentiellement à partir de l'expérience des années antérieures), et une subvention liée aux coûts fixes (ne variant pas selon le volume de patients traités durant l'année de financement) a été accordée pour couvrir une partie des coûts. La composante de la formule de financement axée sur les coûts variables a mené au versement d'une allocation supplémentaire pour chaque patient traité; le montant du paiement lié aux coûts variables correspondait à environ 50 % des coûts moyens.

Dans une certaine mesure, tous les systèmes de FPA tiennent compte des coûts fixes, car les activités hospitalières ne peuvent pas toutes être mises en correspondance avec des épisodes de soins particuliers. L'exemple le plus courant est celui des coûts rattachés à l'enseignement, à la formation et à la recherche. Ces services doivent être financés et peuvent exiger une certaine forme de subventions liées aux coûts fixes.

Établir entièrement les paiements liés aux activités des hôpitaux en fonction des coûts moyens présente les avantages de la simplicité et de la transparence. Le paiement vise clairement chaque cas.

7.3.1 Établissement de paiements fixes et de paiements variables

Les modèles fondés sur des paiements fixes et variables sont un peu plus complexes, mais ils ont l'avantage évident d'inciter raisonnablement les hôpitaux à accroître leurs activités. Il faut d'abord distinguer les coûts fixes des coûts variables, ce qui permet de définir l'allocation fixe versée à l'hôpital et de déterminer les montants liés aux coûts variables à l'échelle du système.

Les systèmes d'établissement des coûts hospitaliers évoluent rapidement, mais peu d'entre eux font la distinction entre les coûts fixes et variables. Généralement, la composante des systèmes qui se rapproche le plus de cette notion est celle des coûts « directs » et « indirects » à l'échelle des patients, un concept qui y est étroitement lié, mais non identique. Le tableau 8 présente une façon de traiter les coûts hospitaliers selon les différents types de coûts.

Tableau 8 : Exemples de l'interaction entre les coûts variables et fixes ainsi que les coûts directs et indirects à l'échelle des patients

	Coûts directs (coûts qui correspondent directement à la prestation de soins aux patients)	**Coûts indirects (coûts qui ne correspondent pas directement à un épisode de soins)**
Coûts variables (coûts qui varient selon le niveau d'extrants)	¢ Produits bruts (p. ex. bandages et prothèses) ¢ Médicaments d'ordonnance ¢ Temps supplémentaire des employés salariés	¢ Dossiers médicaux ¢ Services d'admission ¢ Services d'alimentation
Coûts fixes (coûts qui ne varient pas selon le niveau d'extrants à court terme, p. ex. sur plus d'un an)	¢ Salaire du personnel infirmier dans certains services hospitaliers	¢ Chauffage et éclairage ¢ Amortissement du prix d'achat initial de l'équipement médical ¢ Entretien de l'équipement médical ¢ Assurance ¢ Salaire des membres de la haute direction

Conformément aux normes sur l'établissement des coûts (et aux modèles connexes en place), chaque service est habituellement désigné comme générant des coûts directs ou indirects. Dans certains cas, des sous-comptes doivent aussi être constitués dans le grand livre général en fonction du type de dépenses (p. ex. main-d'œuvre ou fournitures) et selon qu'il s'agit de coûts variables ou fixes. S'il n'est pas possible d'évaluer les coûts variables et que les coûts directs sont connus, ces derniers peuvent substituer les coûts variables en tant qu'intrant aux fins de l'établissement des paiements variables. Une autre approche consiste à présumer qu'un certain pourcentage des coûts totaux est variable, même si ce pourcentage doit être calculé pour que chaque GMA prenne en compte, par exemple, l'incidence différente des coûts des prothèses.

Le paiement total accordé à un hôpital pour ses activités de soins aux patients doit couvrir le total des coûts à un niveau efficient. Dans un modèle prévoyant des paiements fixes et variables, la politique de financement doit donc traiter des paiements correspondant à la composante fixe de la structure de coûts de l'hôpital. En deuxième lieu, il faut mener une démarche complémentaire à celle de l'évaluation des coûts variables, et établir et revoir les coûts fixes et les paiements fixes. Pour ce faire, diverses méthodes sont aussi possibles, par

exemple établir les coûts fixes au moyen d'une formule, d'un certain examen externe ou des pratiques antérieures. Les méthodes fondées sur une formule sont plus transparentes que les autres, mais les méthodes subjectives permettent de prendre en compte plus facilement les situations de départ différentes des hôpitaux. Les hôpitaux ayant du stock de capital plus ancien que d'autres, par exemple, ont inévitablement une structure de coûts différente de celle des établissements modernes, où la marge entre les coûts peut être affectée à un poste ou à l'autre.

Il faut aussi revoir le montant de l'allocation fixe. Plus la révision de l'allocation fixe versée à un hôpital est effectuée régulièrement (ou plus l'examen est automatique et s'appuie sur une formule), plus ces fonds prennent la forme d'un paiement variable, bien que remis après un certain délai. L'allocation fixe peut aussi s'inscrire dans la planification du système. En effet, selon ce modèle, la révision de l'allocation fixe est liée à la mise en service des nouvelles installations permanentes convenues.

7.3.2 Portée des paiements variables

Une autre décision stratégique à prendre suivant l'adoption d'un modèle de financement fixe et variable concerne la portée du paiement variable. Cette question touche aussi la transition vers ce modèle ou son adoption progressive.

La portée des paiements variables peut couvrir un continuum. Un modèle peut prévoir que l'hôpital obtienne un paiement variable pour toutes ses activités. Cette approche est celle qui procure le plus d'autonomie aux hôpitaux au moment de décider quels secteurs d'activités élargir. Elle tient aussi compte du fait que, très souvent, les hôpitaux « se voient confier des activités » et ont peu d'influence sur les types de patients qui doivent être admis.

Il est aussi possible d'accorder des paiements variables pour certains types de patients seulement. Les choix sont infinis et doivent être faits en fonction des objectifs stratégiques et du contexte. Par exemple, les paiements variables peuvent viser uniquement ce qui suit :

- spécialités et procédures pour lesquelles les temps d'attente sont longs;
- chirurgies d'un jour, pour favoriser un changement dans le mode de prestation des services;
- admissions du service d'urgence répondant à certaines normes sur les délais;
- hôpitaux en particulier, où l'augmentation du volume d'activités doit être encouragée (par un paiement variable élevé) ou découragée (par un paiement variable nul ou faible).

7.4 Plafonnement ou non des dépenses

Une autre décision fondamentale dans la conception du modèle de FPA consiste à déterminer si les dépenses hospitalières totales seront plafonnées ou non. Aux États-Unis, le modèle de FPA du système Medicare ne prévoit pas de plafond; aucune limite directe n'est appliquée aux dépenses au moyen de mesures de contrôle du volume ou des dépenses. Les modèles d'autres pays comportent souvent un certain plafonnement des dépenses, imposé généralement par des plafonds de volumes fixes ou flexibles, selon que le contrôle est exercé durant l'année budgétaire (plafonds fixes) ou encore qu'il est réalisé plus tard ou peut même ne pas avoir lieu (plafonds flexibles). Les modèles de FPA prévoyant un plafonnement sont parfois désignés comme étant des systèmes de budgétisation par activité ou de versement d'allocations par activité. Ces termes démontrent qu'il s'agit d'allouer un budget établi ou une allocation financière équitable, et non de financer un certain niveau d'activité.

Les bailleurs de fonds peuvent encourager ou décourager certaines activités. Ils peuvent même choisir de financer une activité jusqu'à concurrence d'un certain montant seulement. Néanmoins, au moment d'établir des volumes d'activité cibles, il importe de prendre en compte le fait que les activités dont la population a besoin sont aussi définies par les médecins et les dispensateurs de soins. En fixant les volumes d'activité, il faut s'assurer que les bailleurs de fonds et les dispensateurs de soins s'entendent sur les activités à privilégier par rapport aux autres. Il est préférable d'utiliser un mécanisme clair et objectif pour définir les besoins de la population.

7.4.1 Plafonds fixes

Les plafonds de FPA fixes s'appliquent aux dépenses et prennent une forme soit directe comme mesures de contrôle des dépenses ou indirecte comme mesures de contrôle des volumes. Ce deuxième type de mesures est le plus courant et le plus conforme aux principes du FPA.

Les mesures de contrôle des volumes les plus simples peuvent être instaurées par l'établissement de volumes d'activité cibles maximums pour chaque hôpital; la part du volume dépassant la cible n'est pas remboursée. Ces mesures incitent les hôpitaux à gérer leurs volumes et procure une certitude budgétaire au bailleur de fonds. Les volumes cibles peuvent être rajustés au fil du temps selon les différences régionales touchant les taux d'utilisation, la croissance de la population ou d'autres facteurs. Les rajustements sont apportés à la discrétion des bailleurs de fonds.

Pour ces derniers, il est important que les stratégies d'établissement des paiements et de contrôle des volumes soient cohérentes et se renforcent mutuellement. Si le montant des paiements correspond au coût moyen, certains hôpitaux peuvent avoir intérêt à accroître leurs volumes. En revanche, s'il se rapproche des coûts marginaux à court terme, les hôpitaux seront moins incités à augmenter leurs volumes.

Les plafonds fixes peuvent aussi être établis à l'aide d'une approche fondée sur deux cibles ou dégressive. Selon cette approche, les volumes en deçà d'un premier plafond (ou d'une première cible) donnent lieu au versement d'un certain montant et les volumes supérieurs à ce plafond et inférieurs au deuxième plafond (ou à la deuxième cible) entraînent un paiement moindre. La formule dégressive permet une certaine croissance des volumes, mais elle prévoit une réduction des montants, ce qui dissuade les établissements de viser des volumes élevés.

Une formule plus complexe consiste à faire varier les paiements dépassant le premier plafond en fonction des volumes totaux à l'échelle du système. Le modèle de FPA mis en œuvre en 1993 dans l'État de Victoria, en Australie, prévoyait une réserve pour un volume de traitement supplémentaire d'un montant précis (donc un plafonnement des dépenses du bailleur de fonds), mais comportait une mesure incitative visant la hausse des volumes dans tous les hôpitaux. Chaque trimestre, un montant fixe de dépenses était ajouté à la réserve afin d'être alloué proportionnellement suivant la mesure dans laquelle les cibles propres aux hôpitaux avaient été dépassées. Cette approche établit une certitude budgétaire pour le bailleur de fonds. Cependant, elle crée de l'incertitude pour les hôpitaux, qui ignorent si les volumes supplémentaires atteints donneront lieu à des paiements qui correspondent ou sont supérieurs à leurs coûts marginaux.

Lorsque le FPA a été mis en œuvre initialement en Colombie-Britannique, les régies régionales de la santé ont reçu un budget global associé à une charge de travail de référence, définie selon le volume de cas et la PCR. Lorsqu'elles atteignaient cette charge de travail, elles pouvaient recevoir du financement supplémentaire destiné aux hôpitaux sous forme de FPA. Les plafonds fixes étaient exprimés en pourcentages de hausse de la PCR au-delà de la valeur de référence. Des plafonds fixes distincts étaient établis pour les cas de chirurgie d'un jour et d'hospitalisation. Les activités qui dépassaient le plafond fixe n'étaient pas financées. De plus, les régies régionales de la santé qui n'atteignaient pas la charge de travail de référence étaient pénalisées sur le plan financier.

7.4.2 Plafonds flexibles

Contrairement aux plafonds fixes, les plafonds flexibles ne prévoient aucune mesure de contrôle (ou un contrôle limité) des dépenses ou des volumes dans l'année en cours. Ils reposent plutôt sur les effets différés du contrôle des dépenses au fil du temps. Lorsqu'un plafond flexible est appliqué, les prévisions des cibles de croissance des dépenses sont effectuées sur un certain nombre d'années. Si le volume change comme prévu, les paiements augmentent conformément à la croissance des dépenses prévue. En revanche, si le volume réel dépasse le volume prévu, la hausse des paiements est rajustée pour que le total des dépenses (montant du paiement multiplié par le volume) cadre avec le budget.

L'effet différé des plafonds flexibles complique parfois le recoupement des dépenses excessives de l'année antérieure. Un plafond flexible, présenté sous la forme de normes de rendement selon le volume, a été adopté dans le système Medicare aux États-Unis afin de maîtriser la croissance des dépenses des médecins. Il a produit des résultats mitigés, en partie à cause du problème de recoupement des dépenses de l'année antérieure et aussi des pressions politiques exercées par les médecins, qui s'opposaient à la révision à la baisse des honoraires[25].

Les mesures de contrôle différé des volumes peuvent s'appuyer sur plusieurs formules, y compris la compensation des écarts de paiements, qui permet d'offrir différents incitatifs pour différents types de services.

Les choix concernant le plafonnement portent essentiellement sur l'exposition au risque lié au financement : le plafond flexible expose le bailleur de fonds au risque de l'année en cours, tandis que le plafond fixe fait peser le risque de l'année en cours sur le dispensateur. Les taux marginaux au-dessus du plafond répartissent le risque de l'année en cours.

7.5 Mise en œuvre graduelle du FPA et transition

Le FPA crée de nouvelles dynamiques dans le système hospitalier. Selon le modèle adopté, le FPA peut favoriser la hausse des activités en général ou dans certains secteurs, et entraîner une réaffectation du financement, des hôpitaux non efficients aux hôpitaux efficients. Il est donc important de mettre en place graduellement le FPA pour permettre aux hôpitaux de s'adapter à ce nouveau cadre. Le rythme de la transition dépend des facteurs politiques et économiques locaux.

La mise en œuvre graduelle du FPA peut se dérouler selon deux grandes approches : celle fondée sur l'étendue des activités couvertes par le FPA et l'autre, sur la transition vers la réaffectation efficiente des ressources. Ces approches ne sont pas mutuellement exclusives et il est possible de fixer des objectifs graduels touchant l'étendue des activités et les répercussions financières.

Au moment d'envisager de nouvelles politiques et de déterminer les périodes de mise en œuvre graduelle, les bailleurs de fonds ont intérêt à effectuer, à l'aide de tableurs, de simples simulations des effets des changements de financement prévus sur différents types d'hôpitaux et sur chacun des hôpitaux. Ainsi, ils éviteront les conséquences non planifiées et prévoiront les changements majeurs dans le financement des hôpitaux.

7.5.1 Décisions sur la portée du FPA

Deux décisions doivent être prises concernant la portée du FPA.

En premier lieu, il faut déterminer si le FPA s'appliquera à tous les services principaux d'un hôpital (soins aux patients hospitalisés, service d'urgence, soins ambulatoires, réadaptation et santé mentale) et dépassera le cadre du milieu hospitalier. Le FPA peut être limité à certains secteurs comme celui des activités liées aux patients hospitalisés, car le système de groupes clients requis pour décrire ces activités est beaucoup plus évolué, davantage reconnu et mis en œuvre à plus grande échelle que les méthodes de description d'autres secteurs des soins de santé. Il se peut également qu'un système de groupes clients soit en place, mais que des données exhaustives ne soient pas encore recueillies dans le secteur en question à l'échelle de la province ou du territoire.

La mise en œuvre d'un modèle de FPA de grande portée présente un avantage : il atténue le risque que les hôpitaux pratiquent un interfinancement à partir de services hors de la portée du FPA pour éviter de régler les problèmes d'efficience. Un tel modèle instaure également des incitatifs cohérents dans tous les aspects des soins hospitaliers. Par exemple, si le FPA couvre

uniquement les activités liées aux patients hospitalisés et que seule l'augmentation de ces activités est récompensée, il se crée un incitatif indésirable qui décourage le transfert de certains soins aux patients hospitalisés vers les milieux appropriés.

La deuxième décision consiste à déterminer dans quelle mesure le FPA sera mis en œuvre dans un secteur de la santé donné. Le FPA peut être adopté graduellement (tel que suggéré précédemment dans le chapitre) en commençant par certaines spécialités ou GMA. L'une des faiblesses de cette approche est l'impact qu'elle peut avoir sur d'autres services. Pour s'adapter à certaines mesures incitatives, les hôpitaux peuvent réaffecter des ressources internes afin d'accroître les services concernés tout en réduisant l'accès dans d'autres secteurs. Cette démarche peut générer des revenus supplémentaires pour l'hôpital sans entraîner de véritable hausse du volume d'activités.

Bien que les décisions sur la portée du FPA aient été assimilées à la « mise en œuvre graduelle » du modèle, selon le contexte, le FPA peut cibler un sous-ensemble d'activités (p. ex. les soins aux patients hospitalisés plutôt que les soins ambulatoires ou encore les procédures non urgentes plutôt qu'urgentes) à moyen ou à long terme dans des contextes stratégiques particuliers.

7.5.2 Échelonnement des répercussions financières

La mise en œuvre graduelle du FPA et la transition vers ce modèle peuvent également être examinées sur le plan des niveaux de paiement. À nouveau, deux grandes approches peuvent être adoptées concernant cette question.

L'une des approches courantes dans la mise en œuvre graduelle du FPA consiste à fournir un modèle de paiement mixte sur un nombre défini d'années. Ce modèle combine le coût par patient historique des hôpitaux et le montant des nouveaux paiements du FPA à l'échelle du système. Par exemple, si le coût par patient d'un hôpital était de X $ durant l'année antérieure (rajusté selon l'inflation) et que le montant des paiements du FPA à l'échelle du système est de Y $ pour l'année en cours, la moyenne pondérée des deux montants correspondrait au paiement versé à cet hôpital. Plus le coefficient de pondération des coûts propres aux hôpitaux est élevé, plus la transition est facile pour les hôpitaux non efficients (et, dans un système de financement plafonné, moins la récompense est grande pour les hôpitaux efficients). La pondération des coûts propres aux hôpitaux par rapport aux paiements versés à l'échelle du système pourrait être rajustée annuellement dans le cadre de la mise en œuvre graduelle du FPA.

Une autre approche possible, plus transparente celle-là, consiste à évaluer l'écart entre le financement actuel et le paiement du FPA anticipé et à s'en servir pour établir le montant des paiements de transition aux hôpitaux non efficients. La proportion de l'écart qui doit être compensé par un paiement de transition peut être fixée selon des politiques sur le rythme de la transition. Par exemple, s'il est prévu que la transition se déroule sur quatre ans, le paiement de la première année représenterait les trois quarts de l'écart, celui de la deuxième année correspondrait à la moitié de l'écart, celui de la troisième année équivaudrait au quart et, pendant la quatrième année, le modèle serait mis en œuvre entièrement (il n'y aurait aucun paiement de transition).

Quatrième partie : Régulation du système de financement

Le FPA ne se résume pas aux mécanismes d'établissement du montant des paiements et de détermination des revenus et des budgets des hôpitaux. Il transforme fondamentalement la nature de la relation entre les hôpitaux et leurs bailleurs de fonds, et il exige une autre forme de cadre réglementaire. La présente partie du manuel traite des questions réglementaires afférentes au FPA.

Chapitre 8 : Surveillance du système

Parmi les avantages du FPA se trouvent la transparence, l'équité du financement et le potentiel d'amélioration de l'efficience. Toutefois, ce modèle peut susciter des réponses indésirables de la part de la direction des établissements. En effet, plutôt que d'éliminer l'inefficience, il peut donner lieu à la manipulation des données et à d'autres pratiques inappropriées dans le système[26-28]. Les bailleurs de fonds doivent bien comprendre comment le système fonctionne pour anticiper de telles conséquences. L'un des moyens de tirer parti des connaissances sur le système est de former des groupes de gestionnaires d'hôpitaux qui exercent une surveillance (entre eux notamment) pour vérifier si de telles réponses se manifestent.

8.1 Pratiques indésirables potentielles en réponse au FPA

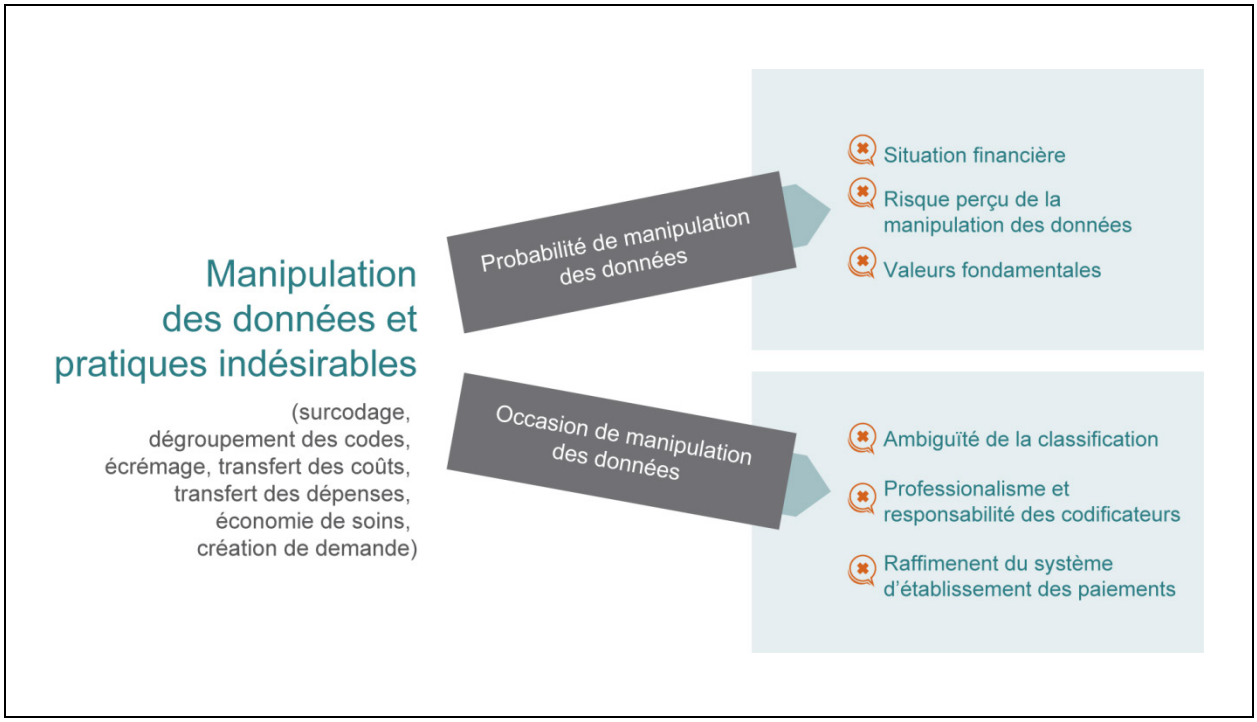
Le système peut répondre au FPA en se livrant à sept pratiques indésirables :

- **Surcodage :** L'une des premières conséquences indésirables a d'abord été relevée aux États-Unis. Le surcodage se produit lorsque des choix subjectifs sont faits dans la codification et que les codes qui décrivent le mieux le cheminement clinique sont délaissés au profit de codes susceptibles d'avoir une incidence positive sur les paiements accordés à l'hôpital pour les cas qu'il traite. Certains hôpitaux utilisent un logiciel pour connaître les codes les plus avantageux. Parfois, le surcodage en réponse au FPA est frauduleux (codage de soins cliniques qui n'ont pas été dispensés).
- **Dégroupement des codes :** Cette pratique consiste à diviser en éléments distincts des soins aux patients qui formaient auparavant un seul processus clinique. Par exemple, les soins fournis pendant le séjour d'un patient peuvent être dégroupés en un élément touchant l'intervention effectuée et un élément portant sur la réadaptation. Le montant du paiement accordé pour une arthroplastie de la hanche peut être fondé sur la réadaptation immédiate au service d'hospitalisation. Dans ce cas, le dégroupement entraîne la déclaration d'un élément du séjour en tant qu'épisode de réadaptation distinct et le versement d'un paiement supplémentaire connexe. L'objectif du dégroupement est donc d'obtenir des paiements distincts pour chaque élément, ce qui remplace le paiement unique couvrant le service auparavant intégré.
- **Écrémage :** Cette pratique consiste à sélectionner les patients à l'admission (ou au moment de dispenser d'autres soins) qui présentent les risques les plus faibles et qui peuvent entraîner les profits ou les surplus les plus élevés par rapport au patient moyen pour les hôpitaux qui les soignent.
- **Transfert des coûts :** Le transfert des coûts se produit lorsque les hôpitaux tirent avantage financièrement de changements dans la pratique clinique, de sorte que certains coûts de prestation des soins sont transférés à un secteur de la santé différent ou au patient. Selon la portée du modèle de FPA mis en œuvre, cette pratique peut amener les bailleurs de fonds à surpayer systématiquement l'hôpital (et à sous-payer d'autres secteurs de la santé).

- **Transfert des dépenses :** Cette pratique désigne tout changement aux méthodes de comptabilité analytique qui affaiblit la précision des estimations des coûts, dans le but d'accroître les coûts moyens déclarés pour les activités visées par le FPA. Par exemple, si les paiements du FPA sont fondés uniquement sur les coûts directs, un changement apporté à la déclaration des dépenses liées aux activités de gestion en tant qu'activités de soins directs constituerait un transfert des dépenses.
- **Économie de soins :** Cette pratique consiste à diminuer la qualité des soins à un niveau inférieur à celui acceptable. Elle donne lieu à la prestation de soins insuffisants (p. ex. autoriser la sortie des patients trop tôt), ce qui réduit la qualité des soins et les résultats pour la santé. Le chapitre 11 porte sur l'économie de soins.
- **Création de demande :** Des écarts importants ont été observés dans les taux d'admission dans la majorité des pays[29]. Cette situation s'explique entre autres par les préférences ou les attitudes des dispensateurs (c.-à-d. les conditions propices aux soins). Les systèmes de FPA (surtout ceux qui prévoient des paiements non plafonnés et entièrement fondés sur les coûts moyens) entraînent d'importantes mesures incitant à l'augmentation des volumes d'activité. Même si une hausse des activités est souhaitable, l'augmentation des admissions non nécessaires peut représenter une réponse indésirable.

Il n'est jamais facile de modifier la façon dont les cliniciens et les établissements offrent les soins de santé. La manipulation des données et les pratiques indésirables en réponse au FPA surviennent lorsque les cliniciens et les gestionnaires ont l'occasion d'y avoir recours et décident de prendre la voie la plus facile, s'écartant ainsi des objectifs du FPA. Voir la figure 9, fondée en partie sur les travaux de Steinbusch[27].

Figure 9 : Pratiques indésirables potentielles en réponse au FPA



Source
Adapté de Steinbusch PJ, Oostenbrink JB, Zuurbier JJ, Schaepkens FJ. The risk of upcoding in casemix systems: a comparative study. *Health Policy.* 2007;81(2-3):289-299.

La probabilité de manipulation des données ou la vulnérabilité en ce sens dépend de facteurs à la fois systémiques et individuels. Au niveau du système, les hôpitaux sont plus susceptibles de manipuler les données si leur situation financière est précaire et que les risques perçus de cette pratique (p. ex. probabilité de détection, atteinte possible à leur réputation et pénalités financières) sont faibles. La probabilité de manipulation des données est aussi influencée par les valeurs fondamentales de la direction de l'hôpital.

Néanmoins, la manipulation des données et les pratiques indésirables en réponse au FPA se produisent seulement si elles sont favorisées par des ambigüités dans les systèmes de codification ou de classification, par un manque de professionnalisme chez les codificateurs ou les comptables des hôpitaux (ou parce que les responsabilités de ces derniers les exposent au risque, comme en traite la section 8.2.2 ci-dessous) ou par la pratique d'écrémage.

Même si l'écrémage est largement considéré comme posant un risque important dans les systèmes de FPA, cette pratique suppose l'utilisation de systèmes d'information évolués pour dresser le profil de coûts des patients avant l'admission et l'utilisation de cette information par le personnel de première ligne et les médecins pour pouvoir modifier le cheminement des patients. Au début des soins prodigués à un patient, la majorité des hôpitaux canadiens ne sont pas en mesure de réaliser des estimations fiables de leurs coûts, ce qui s'explique en partie par la complexité du système GMA+. La plupart des professionnels de première ligne ne sont pas non plus conscients de ces questions (ou, en raison de leur professionnalisme, ne sont pas susceptibles de rechercher uniquement l'intérêt financier de l'hôpital). Au Canada, la réalité géographique réduit aussi le risque d'écrémage dans les hôpitaux en région éloignée, car il n'existe aucun autre endroit raisonnable où le patient peut recevoir un traitement. Pour ces raisons, le risque d'écrémage peut être faible dans le contexte canadien.

8.2 Stratégies pour réduire la probabilité ou les occasions de manipulation des données

Les bailleurs de fonds doivent indiquer clairement aux hôpitaux les changements qui sont acceptables et ceux qui ne le sont pas dans le mode de fonctionnement. Quelles règles les hôpitaux doivent-ils suivre et où disposent-ils d'une marge de manœuvre pour apporter des changements? Les bailleurs de fonds doivent aussi adopter des stratégies pour vérifier si les règles sont respectées ou s'il y a manipulation des données.

La présente section traite essentiellement des problèmes de manipulation des données concernant spécifiquement la codification et offre certaines stratégies pour les contrer.

8.2.1 Analyse des données

L'analyse des données peut s'avérer efficace pour relever les problèmes potentiels touchant les données ou les pratiques, comme le surcodage ou le dégroupement, qui peuvent découler de la mise en œuvre d'un système de FPA. Les analyses initiales permettent de connaître les modèles de données actuels et peuvent révéler des problèmes et des cas particuliers touchant les données, ce qui fournit une référence à partir de laquelle faire le suivi des données de façon continue. Les efforts déployés pour analyser les données peuvent aussi avoir un effet dissuasif. En effet, si les établissements savent que leurs données sont analysées, ils peuvent être moins tentés de les manipuler.

L'analyse des données peut porter sur ce qui suit :

- Mesures globales de l'utilisation des ressources : volumes et répartition des cas, classements par GMA et type précis de services, durée du séjour et autres — Bien que certains changements dans ces mesures soient attendus ou souhaités à la suite de l'instauration d'un système de FPA, de tels changements peuvent aussi indiquer l'existence de problèmes potentiels liés à la qualité, en particulier le dégroupement et l'écrémage.
- Éléments de données précis utilisés dans les algorithmes des groupes clients ou de financement — Beaucoup d'éléments de données sont utilisés dans les méthodologies de groupes clients. La priorité doit donc être accordée à ceux qui sont plus susceptibles d'être manipulés et peuvent se prêter au surcodage. Par exemple, le système GMA+ comprend un facteur lié à la présence de comorbidités. Des niveaux de comorbidité élevés peuvent mener à une hausse du paiement dans un système de FPA si les PCR de la GMA+ servent de référence pour le paiement. Le surcodage peut être détecté si le nombre moyen de comorbidités de l'hôpital par patient est très différent de celui des autres hôpitaux ou si le nombre change au fil du temps.
- Différences dans les résultats entre les établissements, qui tiennent compte, lorsque nécessaire, de toutes les différences pertinentes dans les populations de patients et les changements au fil du temps
- Représentation visuelle des données et techniques de repérage des cas statistiques particuliers — Il est parfois plus facile de repérer des cas particuliers dans un graphique plutôt qu'un tableau.

L'analyse des données peut être effectuée fréquemment et en temps opportun sans grands efforts. Cette démarche vise à cerner les problèmes avant qu'ils ne se généralisent. Il est possible de fournir des commentaires aux organismes, de mettre en place des mesures correctives, de corriger des données et, au besoin, de rajuster le système de FPA lui-même.

8.2.2 Codification et professionnalisme

La culture représente le premier mécanisme de prévention de la manipulation des données et de pratiques indésirables en réponse au FPA lorsque la codification est effectuée par le personnel hospitalier. Il faut en effet compter sur le professionnalisme des gestionnaires et des codificateurs et sur leur refus de cautionner une telle manipulation. Il est possible de promouvoir une culture axée sur des pratiques appropriées en renforçant le professionnalisme du personnel chargé de la codification, en instaurant des codes de conduite et en misant sur l'attitude des chefs de file de l'industrie, comme l'a démontré l'Angleterre[30].

Au Canada, les codificateurs dans les hôpitaux doivent idéalement être des professionnels de la gestion de l'information sur la santé bien formés qui suivent un code d'éthique appliqué à l'échelle nationale. Ce code est établi par l'Association canadienne des professionnels en gestion de l'information sur la santé[31].

Dans de nombreux systèmes de santé, la codification est confiée à des employés qui relèvent de la direction locale ou d'une autorité sanitaire locale. Cette réalité peut engendrer chez les codificateurs un sentiment de loyauté à l'égard de l'organisme et amener la direction locale à faire pression pour qu'un surcodage soit appliqué.

Les directeurs de la gestion de l'information sur la santé préféreraient peut-être que la codification soit réalisée par leur personnel, mais l'indépendance des codificateurs par rapport à l'hôpital présente des avantages qui peuvent l'emporter sur leurs préférences. Dans le cadre du FPA, les bailleurs de fonds peuvent considérer les données (c.-à-d. le codage) comme un produit intégré aux services centralisés. Ainsi, les codificateurs relèvent du bailleur de fonds, ce qui élimine toute pression visant un surcodage. La centralisation de la codification favorise aussi la consignation exhaustive et en temps opportun par l'hôpital.

Les bailleurs de fonds disposent ainsi de plus d'options pour gérer la collecte de données. Auparavant, il était difficile d'assurer le transport des dossiers en toute sécurité aux fins de la codification à l'externe. Il est maintenant possible de transférer les dossiers par voie électronique protégée, et la codification peut être gérée comme service distinct réalisé à l'extérieur de l'établissement ou confié à un tiers par contrat. Cette façon de faire réduit le risque de surcodage, mais elle a comme inconvénient d'éliminer les liens étroits entre les codificateurs et le personnel clinique qui facilitent la vérification du contenu des dossiers médicaux.

8.2.3 Vérification de la codification

Le FPA entraîne une nouvelle utilisation des données courantes codifiées : les données ne servent plus seulement à la recherche, à l'assurance de la qualité et à d'autres fonctions semblables, mais sont aussi utilisées pour l'établissement des paiements. Comme dans d'autres cas, les paiements du FPA doivent être contrôlés dans le cadre d'un processus de vérification.

Aux fins des vérifications de la codification ou des études de seconde saisie, les codificateurs examinent un échantillon de dossiers et en effectuent la recodification de façon indépendante. L'échantillon peut être établi au hasard ou selon une certaine méthode afin de créer un suréchantillon des hôpitaux considérés à risque ou des affections (ou GMA) pour lesquelles la codification peut présenter des ambiguïtés. Tous les grands hôpitaux doivent faire l'objet d'une vérification régulière afin d'accroître la probabilité de détecter la codification inappropriée (ou le dégroupement) et ainsi de réduire l'avantage perçu de cette forme de manipulation des données. Un exercice semblable peut être mené pour examiner les données financières déclarées par un hôpital, dans le but de relever toute pratique de comptabilisation inappropriée.

Les résultats des vérifications de la codification et des données financières doivent mener à l'élaboration de stratégies de formation destinées à l'ensemble du système (pour éliminer les ambiguïtés potentielles) et à l'étayage des stratégies visant à pénaliser les hôpitaux qui affichent un taux d'erreurs supérieur aux attentes. Dans les cas de taux d'erreurs élevés, les bailleurs de fonds peuvent prendre les mesures suivantes :

- imposer des pénalités financières au-delà des dossiers de l'échantillon, en présumant par exemple que tous les dossiers comportent les mêmes caractéristiques que celles des dossiers examinés;
- publier des taux d'erreurs aux fins de comparaison.

La vérification en aval contribue à assurer la qualité de la codification. Toutefois, l'approche optimale consiste à envisager des moyens de changer l'environnement de codification pour favoriser la qualité élevée de la codification dès le départ.

Chapitre 9 : Établissement des règles administratives du système de paiement

Le FPA transforme la nature de la responsabilité des hôpitaux devant les bailleurs de fonds et le rôle de la gestion. Tel qu'indiqué au chapitre 2, le bailleur de fonds n'affecte plus les budgets (globaux ou autres) aux hôpitaux, mais il fixe plutôt des volumes d'activité cibles (dans un modèle prévoyant un plafonnement) ou crée un certain système en prévoyant des incitatifs financiers et d'autres interventions. Les hôpitaux doivent tout de même gérer un budget, mais les gestionnaires de l'hôpital définissent le budget en fonction du revenu anticipé.

L'une des caractéristiques du FPA, qui est aussi souvent l'un des objectifs de sa mise en œuvre, est qu'il offre une transparence supérieure à celle des pratiques antérieures. Les budgets peuvent avoir été fixés préalablement au cours de négociations, et dépendre des influences politiques et d'autres pratiques locales n'ayant jamais été rendues publiques. En revanche, les cibles, les mesures relatives et les montants des paiements du système de FPA doivent être bien définis et communiqués publiquement pour que les mesures incitatives produisent les résultats voulus. La transparence représente donc presque une obligation dans la mise en œuvre du FPA.

Cependant, le FPA ne se résume pas à un ensemble d'activités financières; il offre (et exige) aussi des règles et des conditions qui doivent être précisées dans le cadre de sa mise en œuvre.

9.1 Soumission des données et délais de soumission

Le FPA repose sur la transmission de renseignements. Il importe donc d'établir des règles concernant la soumission des données. Dans certains cas, ces règles peuvent être les mêmes que celles des anciens systèmes de financement. Toutefois, comme les données constituent le fondement des systèmes de FPA, les anciennes règles doivent être enrichies :

- Il peut être nécessaire d'adopter de nouvelles dispositions sur les délais de soumission des données, notamment pour pouvoir comparer chaque trimestre le financement versé aux hôpitaux au financement prévu selon les volumes d'activité cibles. Pour que cette comparaison ait lieu en temps opportun à l'échelle du système, il faut peut-être préciser, par exemple, que seules les données soumises pendant une période définie sont prises en compte dans les comparaisons trimestrielles.
- Si une vérification des données est prévue, des règles doivent être établies concernant l'accès aux dossiers à vérifier et il faut préciser quelles seront les conséquences advenant des taux d'erreurs de codification supérieurs aux attentes.
- Si la province propose de définir ses propres mesures relatives de paiement, elle doit avoir accès aux données financières produites par les hôpitaux.

9.2 Autonomie et questions à l'échelle du système

L'une des questions importantes que doivent examiner les gestionnaires des systèmes de santé est celle de l'équilibre entre l'autonomie des hôpitaux et l'administration centrale. Les hôpitaux ne sont pas entièrement autonomes, et ne le seront jamais : dans le système canadien, la grande part de leurs revenus provient du gouvernement provincial ou territorial, à qui ils doivent rendre des comptes par l'entremise de leur conseil d'administration ou de leur régie régionale. Le FPA ne change pas nécessairement cette réalité. Néanmoins, les règles établies pour la mise en œuvre du FPA doivent peut-être préciser le degré d'autonomie touchant

- les conventions collectives négociées dans la province ou le territoire et les autres politiques salariales (comme celles s'appliquant aux gestionnaires et au personnel non visé par le modèle de FPA);
- l'obligation de participer aux ententes de services centrales (p. ex. celles sur le système de paye commun ou les achats communs ou encore le formulaire provincial pour les médicaments).

Des précisions peuvent également devoir être apportées concernant la participation à d'autres initiatives à l'échelle du système (p. ex. les processus d'évaluation) et l'observation de codes de conduite liés au FPA.

Chapitre 10 : Approches face à la nature dynamique du système de santé

Comme le système de santé n'est pas statique, les modèles de FPA ne peuvent l'être. Selon le modèle de FPA mis en œuvre, il faut parfois rajuster les paramètres du FPA à la suite de changements dans la pratique clinique ou au sein de la population.

10.1 Mise à jour du système de groupes clients et des coefficients de pondération des coûts

La pratique clinique évolue, ce qui requiert la mise à jour régulière de tous les systèmes de groupes clients. Au Canada, l'ICIS est responsable de celle du système GMA+.

Les coefficients de pondération des coûts (et donc des paiements) doivent être rajustés régulièrement en fonction des nouvelles technologies et des autres changements dans la pratique clinique. Il existe ici une corrélation : plus les rajustements sont fréquents, plus le système devient instable. Toutefois, dans la majorité des systèmes de FPA, les mesures relatives des paiements sont mises à jour chaque année.

Il existe un délai inévitable entre le moment où les changements se produisent dans la pratique clinique et celui où ils sont pris en compte dans les mesures relatives des paiements (voir la figure 10). Selon l'échéancier de la collecte et de l'analyse des données, le délai total peut être de deux à trois ans.

Figure 10 : Mise à jour des mesures relatives des paiements

Un certain nombre d'approches peuvent réduire ce délai.

La première convient lorsqu'une nouvelle technologie est adoptée rapidement. Selon cette approche, le bailleur de fonds peut

- utiliser des processus officiels (groupes consultatifs cliniques) ou non officiels pour relever les changements importants survenus dans la pratique;
- entreprendre une courte étude spéciale sur l'établissement des coûts (à l'aide de l'analyse secondaire des données sur les coûts provenant de certains hôpitaux), afin d'évaluer l'incidence des changements sur les coûts, et une courte étude sur la diffusion de l'innovation;
- se servir de ces renseignements pour rajuster les mesures relatives empiriques des paiements.

Une deuxième approche, plus pertinente lorsque les changements cliniques sont concentrés, consiste à créer un programme de financement spécial pour compenser les coûts supplémentaires rattachés à l'innovation. Cette approche convient dans le cas d'une innovation adoptée dans une sous-spécialité. Le programme de financement spécial peut prévoir le versement de fonds sur une période limitée (p. ex. deux ou trois ans) pour compenser le délai entre les changements dans la pratique et leurs répercussions sur le paiement. Il est alors présumé que les données sur les coûts qui servent à établir les mesures relatives tiendront ultérieurement compte de la nouvelle pratique.

10.2 Révision des cibles et des allocations fixes

Dans les systèmes qui prévoient un paiement à deux composantes (coûts fixes et variables) ou un plafonnement du volume, il faut décider si l'allocation fixe ou les volumes d'activité cibles, ou les deux, seront rajustés ou non et, le cas échéant, sur quelle base ils le seront. Les décisions sur le rajustement de l'allocation fixe et du plafond du volume doivent être prises séparément.

L'allocation fixe doit absolument être rajustée lorsque de nouvelles installations sont mises en service ou que l'effet cumulatif des hausses de volumes d'activité approuvées au fil du temps (hausses du plafond) empêche d'entreprendre toute autre activité au coût marginal, car l'ouverture de nouvelles unités ou des coûts supplémentaires fixes par palier sont nécessaires. Les allocations fixes peuvent être réduites si certaines activités des hôpitaux tombent sous la responsabilité d'un organisme distinct, par exemple si des services hospitaliers (comme le système de paye) deviennent centralisés et gérés par une régie régionale de la santé. Il n'est donc pas nécessaire de revoir l'allocation fixe chaque année.

En revanche, la révision des plafonds de volumes a généralement lieu annuellement dans le cadre des processus budgétaires. Deux grands choix s'offrent au moment de mettre à jour les plafonds de volumes : s'inspirer du marché ou se fonder sur la planification. Selon les approches inspirées du marché, les hôpitaux peuvent présenter des soumissions pour accroître leurs plafonds. L'allocation peut reposer sur le montant soumissionné, mais le volume supplémentaire peut être alloué conformément à d'autres objectifs stratégiques (p. ex. la réduction dans une certaine mesure des temps d'attente).

Le volume supplémentaire peut aussi être alloué dans le cadre de l'exercice de planification de l'effectif à l'échelle du système.

Selon une telle planification, les changements démographiques dans la région servie par l'hôpital sont analysés, et la hausse des volumes d'activité est allouée en fonction des changements anticipés dans les taux d'admission à l'hôpital. Il est possible d'approfondir cette démarche en estimant les changements dans les volumes d'activités à l'échelle des spécialités ou même des GMA ou encore d'utiliser simplement les projections brutes rajustées selon l'âge et le sexe[32, 33]. À l'heure actuelle, les bailleurs de fonds du système de santé au Canada prévoient les taux d'admissions dans les hôpitaux à l'aide d'outils tels les groupeurs commerciaux d'ajustement en fonction des risques touchant la population et le modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS) de l'Ontario. Plus les volumes d'activités cibles liées aux patients hospitalisés cadrent avec les besoins anticipés selon les données épidémiologiques probantes, plus les incitatifs du FPA répondent aux attentes envers un système de financement axé sur la population.

L'approche reposant sur l'établissement de cibles est complexe, car la croissance de la population est continue alors que l'augmentation conséquente de l'effectif dans le système ne l'est pas. Lorsque les paiements sont faits selon un modèle de financement fixe et variable, l'allocation fixe doit être rajustée selon les nouvelles immobilisations, et les cibles associées à la composante variable des paiements doivent être modifiées en conséquence.

Cinquième partie : Mise en œuvre d’un nouveau système et nouvelles pratiques de gestion du système

La présente partie du manuel traite des questions à résoudre dans la mise en œuvre du FPA.

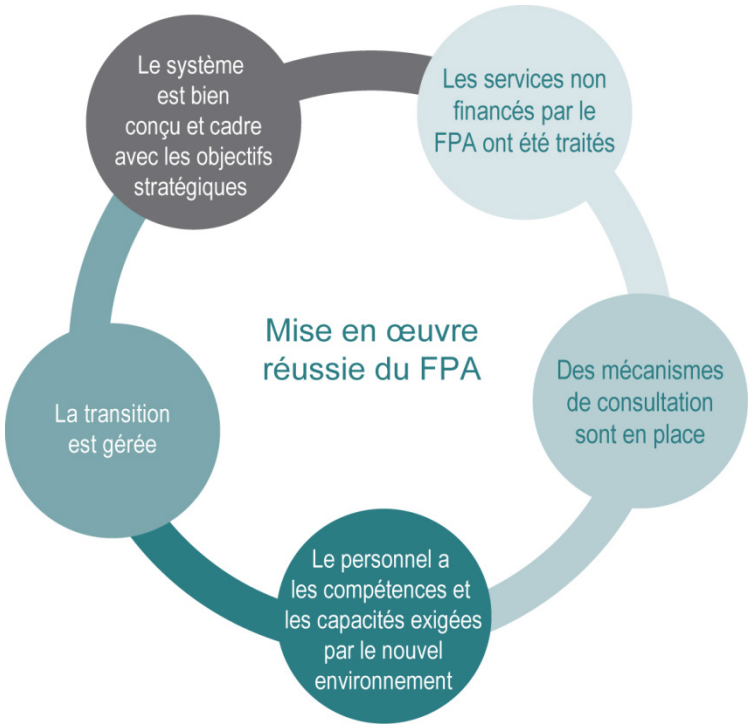
Chapitre 11 : Instauration d'un nouveau système

Des décisions complexes et interdépendantes doivent être prises au moment de concevoir et de mettre en œuvre un modèle de FPA, comme l'ont souligné les chapitres précédents. La réussite de la mise en œuvre dépend des facteurs suivants :

- le nouveau système cadre avec les objectifs stratégiques;
- les services non financés par le FPA sont résolues;
- des mécanismes de consultation sont en place;
- le personnel (du bailleur de fonds et des hôpitaux) a les compétences et les capacités exigées par le nouvel environnement;
- la transition est activement planifiée, gérée et surveillée.

Le présent chapitre traite des quatre premiers facteurs, et les chapitres suivants abordent le cinquième.

Figure 11 : Facteurs influençant la réussite de la mise en œuvre du FPA



11.1 Respect des objectifs stratégiques

Pour être considéré fructueux, le FPA doit produire des résultats avantageux dans les aspects qui ont mené à l'instauration d'un tel modèle. Habituellement, de nombreux objectifs stratégiques doivent être poursuivis simultanément :

- Équité du financement et transparence;
- Amélioration de l'efficience;
- Amélioration de l'accès aux soins;
- Amélioration de la qualité des soins.

La mise en œuvre peut être associée ou non à une réduction du budget. Si les fonds alloués demeurent identiques, les hôpitaux peuvent améliorer leur efficacité en augmentant leurs volumes d'activités à partir de la même enveloppe de financement. Dans ces circonstances, les politiques de financement doivent inciter les hôpitaux à centrer la croissance du service sur les priorités du bailleur de fonds, comme la réduction des temps d'attente en chirurgie.

Toutefois, si la réduction des temps d'attente, par exemple, représente l'objectif stratégique principal, il est possible de mettre en œuvre le FPA différemment pour respecter cet objectif. Plusieurs options se présentent en ce sens : tel que mentionné précédemment, durant la mise en œuvre du FPA, il est possible de cibler uniquement les interventions non urgentes ou d'appliquer des politiques précisant que les hôpitaux recevront du financement pour les activités supplémentaires seulement si les temps d'attente diminuent (cette dernière formule faisait partie du modèle de FPA initial dans l'État de Victoria, en Australie)[8, 34].

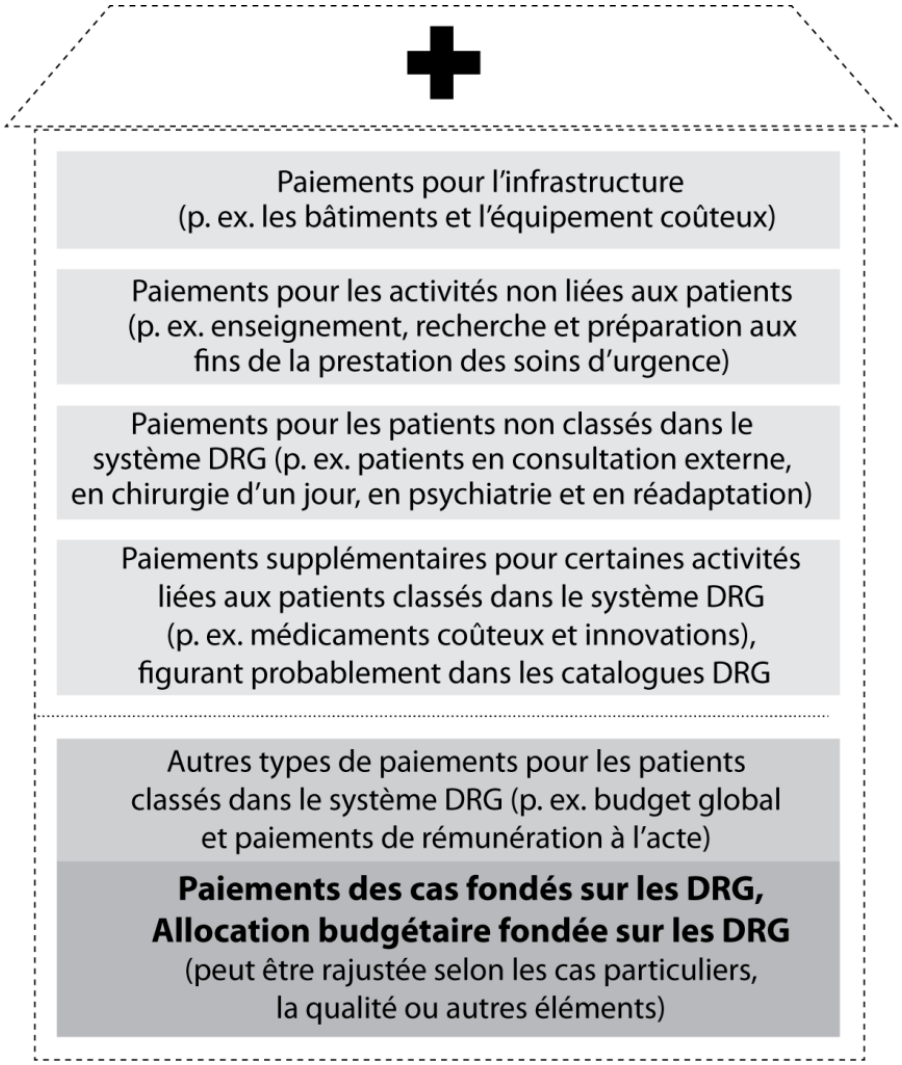
Les hôpitaux sont des organismes complexes qui fournissent un éventail de services : médecine, chirurgie, soins ambulatoires, réadaptation et santé mentale, entre autres. L'instauration du FPA peut viser initialement les activités liées aux patients hospitalisés. Les autres activités sont alors financées selon les pratiques antérieures (habituellement par une subvention globale). Cependant, cette façon de faire entraîne un risque de transfert des coûts (voir le chapitre 9). Les bailleurs de fonds peuvent aussi instaurer le FPA dans d'autres secteurs de la santé, où il existe des écarts importants dans les coûts d'un dispensateur à l'autre. Par exemple, les Services de santé de l'Alberta ont d'abord mis en place le FPA dans les établissements de soins de longue durée et prévu l'instauration du modèle dans d'autres secteurs de la santé ultérieurement dans le cadre de la stratégie de FPA élargie.

Lorsque de multiples systèmes de groupes clients sont employés, il faut porter attention au chevauchement dans les classifications. Lorsqu'un patient peut être comptabilisé dans deux systèmes différents, les mesures relatives des paiements doivent être harmonisées. À titre d'exemple, les services de réadaptation peuvent être fournis dans un établissement de réadaptation spécialisé ou un hôpital. Les soins en réadaptation aux patients hospitalisés peuvent être classés dans le système GMA+ ou dans un système de classification portant sur la réadaptation. Des mesures relatives des paiements semblables doivent être allouées à des patients semblables, peu importe le système de classification utilisé.

11.2 Services non financés par le FPA

Certaines activités des hôpitaux ne peuvent être classées à l'aide des systèmes de groupes clients. Les hôpitaux visés par le FPA peuvent donc recevoir des fonds calculés selon différents facteurs. La figure 12 illustre les différents éléments influant sur les paiements totaux accordés aux hôpitaux.

Figure 12 : Fonds liés aux groupes clients qui composent les revenus totaux des hôpitaux



Source

Figure 10.2 tirée de Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, dir. *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals.* New York, É.-U.: Open University Press; 2011. © Reproduit avec l'aimable autorisation de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et d'Open University Press. Tous droits réservés.

Dans la figure 12, les paiements les plus élevés sont alloués en fonction des activités décrites à l'aide des classifications de groupes clients. Toutefois, certaines activités liées aux patients peuvent ne pas pouvoir être décrites au moyen de ces classifications, notamment parce que les classifications sont en cours d'élaboration ou n'ont pas été adoptées à grande échelle (p. ex. en santé mentale) ou que les caractéristiques des services empêchent de définir la structure de coûts à l'aide des variables de groupes clients habituelles (comme la médecine légale). De plus, les hôpitaux offrent d'autres services qui ne figurent pas dans les classifications de groupes clients, notamment l'enseignement et la recherche.

11.2.1 Enseignement, formation et recherche

La majorité des hôpitaux participent maintenant dans une certaine mesure à l'enseignement (p. ex. enseignement clinique aux étudiants en sciences de la santé), à la formation (p. ex. formation postdoctorale des diplômés en médecine dans une spécialité) et à la recherche. Les grands centres universitaires de sciences de la santé jouent un rôle important dans ce domaine, mais les petits hôpitaux offrent aussi des stages cliniques aux étudiants en sciences infirmières et dans d'autres disciplines.

Quatre types de coûts sont associés à l'enseignement, à la formation et à la recherche (voir le tableau 9). Ces coûts ont été séparés pour indiquer lesquels sont pris en charge par les universités et par les hôpitaux. Toutefois, dans un grand nombre de cas, il s'agit de coûts communs qui sont partagés par les hôpitaux et les universités.

Tableau 9 : Exemples de coûts associés à l'enseignement, à la formation et à la recherche

	Coûts pris en charge par les universités	Coûts pris en charge par les hôpitaux
Coûts directs de l'enseignement, de la formation et de la recherche	₵ Les établissements d'enseignement fournissent du personnel qui supervise les étudiants en stage	₵ Le personnel des hôpitaux présente des exposés et donne des séminaires aux étudiants ₵ Les hôpitaux fournissent des locaux au personnel des universités ₵ Les hôpitaux offrent des services diagnostiques dans le cadre des protocoles de recherche ₵ Les hôpitaux mettent au point des technologies novatrices ou en font l'essai
Coûts indirects de l'enseignement, de la formation et de la recherche	₵ Le personnel des universités fournit des services cliniques aux hôpitaux ₵ Le personnel des universités fournit des services consultatifs au système de santé dans son ensemble	₵ Le personnel hospitalier chevronné donne des conseils et assure la formation durant les visites des patients et supervise les résidents en salle d'opération (la formation clinique est souvent donnée dans le cadre des soins de routine) ₵ Les étudiants demandent plus de tests diagnostiques que le personnel chevronné

Le financement des coûts liés à l'enseignement, à la formation et à la recherche qui sont pris en charge par les hôpitaux est complexe, et il faut en tenir compte dans la conception du modèle de FPA.

L'hôpital peut facturer à l'université les coûts directs associés à l'enseignement. Par exemple, l'hôpital peut exiger des frais de location si le personnel de l'université utilise ses locaux. Les hôpitaux peuvent également financer les coûts directs de recherche au moyen d'une subvention fixe. Ils peuvent demander une subvention pour faire l'essai de nouvelles technologies (p. ex. des implants cochléaires de nouvelle génération).

Le financement des coûts indirects de l'enseignement, de la formation et de la recherche est plus difficile et exige souvent un changement dans l'établissement des paiements versés aux hôpitaux par les bailleurs de fonds du système de santé. Plusieurs formules ont été adoptées dans divers modèles de FPA mis en œuvre :

- Ne pas rajuster les paiements du FPA pour tenir compte de l'enseignement, de la formation ou de la recherche — Dans le cas des hôpitaux d'enseignement, cette décision doit être prise lorsque les données sur les coûts confirment qu'il n'existe aucune différence dans la structure des coûts entre les hôpitaux d'enseignement et les autres. La décision de ne pas rajuster les paiements du FPA s'appuie sur la logique suivante : les médecins résidents en début de programme ralentissent souvent le travail du personnel chevronné (qui sert de mentor aux étudiants et les conseille), mais ceux en fin de programme dispensent eux-mêmes des soins aux patients, il peut donc y avoir neutralité des coûts pour l'hôpital.
- Appliquer un facteur de rajustement à la valeur de base des coûts indirects prévus de l'enseignement, de la formation et de la recherche — L'application de facteurs de rajustement selon le statut d'enseignement des hôpitaux peut s'appuyer sur les données liées aux coûts qui démontrent que ces hôpitaux affichent un taux plus élevé de coûts exceptionnels[35]. Les facteurs de rajustement peuvent alors correspondre à la différence dans la répartition des coûts entre les hôpitaux d'enseignement et les autres. Certains modèles de FPA utilisent la taille de l'hôpital comme mesure de substitution aux activités d'enseignement et appliquent différents facteurs de rajustement à divers groupes d'hôpitaux.
- Estimer les coûts indirects de l'enseignement, de la formation et de la recherche et les financer hors du cadre du FPA au moyen d'une subvention fixe. Le montant alloué à chacun des hôpitaux peut être déterminé de nombreuses façons, par exemple, au moyen de négociations avec les associations médicales afin de concevoir des mesures des activités d'enseignement, de formation et de recherche. Pour ce faire, le bailleur de fonds peut se fonder sur le nombre de semaines de stage clinique offert par un hôpital pour établir le montant du paiement ou utiliser d'autres paramètres (comme le nombre de subventions de recherche, de résidents ou d'employés de l'université en poste à l'hôpital). Les bailleurs de fonds peuvent choisir de financer les activités d'enseignement, de formation et de recherche par une subvention fixe (plutôt que dans le cadre du FPA) pour éliminer le risque que les coûts de ces activités soient combinés aux coûts découlant de problèmes d'inefficacité.

Les grands hôpitaux mènent parfois de vastes activités d'enseignement, de formation et de recherche. Il importe donc de comprendre ce qui différencie (ou non) la répartition de leurs coûts par rapport aux autres hôpitaux. Dans les provinces et territoires de petite taille, qui comptent parfois seulement un ou deux hôpitaux de ce type (ce qui rend les comparaisons impossibles à leur échelle), une comparaison avec les hôpitaux d'autres provinces et territoires permet de relever de façon appropriée les coûts supplémentaires.

Les bailleurs de fonds se doivent d'établir précisément les coûts d'enseignement, de formation et de recherche. Ils doivent ensuite déterminer comment financer ces coûts distincts (dans le cadre du FPA ou autrement).

11.2.2 Hôpitaux de petite taille et en région rurale ou éloignée

Les coûts de fonctionnement de certains petits hôpitaux ne pourront pas être couverts par le FPA, et les bailleurs de fonds doivent envisager des mesures spéciales dans ces cas.

Les petits hôpitaux qui fournissent des services de santé courants peuvent être reconnus comme points d'accès aux services essentiels (comme aux États-Unis) et recevoir une subvention globale couvrant leurs activités liées aux soins de courte durée (c.-à-d. hors du cadre du FPA) ou une prime sur le paiement courant en fonction des groupes clients. Cette approche démontre que beaucoup de petits hôpitaux offrent essentiellement des services précieux ou disposent d'une réserve de ressources et qu'il faut les financer.

Plusieurs formules permettent de déterminer quels petits hôpitaux recevront une subvention globale plutôt que d'être financés dans le cadre du FPA comme les autres hôpitaux. Par exemple, des critères sur l'effectif peuvent être utilisés : les hôpitaux ayant seulement deux employés la nuit (nombre minimum requis selon les normes de santé et sécurité au travail) pourraient être considérés de petite taille. Le critère fondé sur un tel nombre est cependant trop restrictif dans certains cas. Le FPA peut aussi s'appliquer difficilement à des hôpitaux un peu plus grands, parce que ceux-ci font face à une forte variation du nombre d'admissions (selon la saison) ou qu'ils ont des coûts indirects proportionnellement plus élevés que les grands hôpitaux. Les hôpitaux peuvent aussi être désignés comme étant de petite taille selon le nombre de lits, la variation saisonnière du nombre d'admissions, le nombre total d'admissions par année ou les PCR totales par année.

Il est possible d'utiliser le nombre d'admissions prévues à moyen terme (p. ex. sur cinq ans) comme critère pour classer, parmi les petits hôpitaux, les établissements qui servent une population en baisse, ce qui évite que des hôpitaux soient parfois couverts par le FPA et parfois non.

L'établissement des subventions globales appropriées destinées aux petits hôpitaux représente une démarche complexe. En effet, beaucoup de petits hôpitaux offrent un éventail d'autres services qui répondent aux critères fondés sur les coûts indirects et probablement aussi sur le nombre minimum d'employés. Le montant des subventions versées à ces petits hôpitaux doit être fixé au cas par cas, potentiellement au moyen d'une comparaison avec les établissements de taille semblable.

Qu'ils reçoivent une subvention globale ou des paiements du FPA, les petits hôpitaux doivent savoir quels sont leurs propres coûts et lesquelles de leurs activités liées aux patients sont rentables ou non.

11.2.3 Services d'urgence

La majorité des pays n'appliquent pas au même degré les mesures des groupes clients pour décrire les activités des services d'urgence par rapport aux activités liées aux patients hospitalisés ou à celles d'autres secteurs. Le Canada fait exception, en raison du Système global de classification ambulatoire de l'ICIS.

Lorsque des systèmes de groupes clients permettent de décrire les activités des services d'urgence, le FPA peut comprendre une combinaison de subventions fixes et de paiements variables. Les activités des services d'urgence, surtout dans les petits hôpitaux, ne sont pas toujours entièrement englobées dans les coûts de la prestation des soins (car un service d'urgence doit se tenir prêt à offrir des soins, que des patients s'y présentent ou non). Les activités permettant cette « disponibilité » peuvent devoir être financées hors du cadre du FPA.

11.2.4 Autres activités habituellement non couvertes par le FPA

Outre l'enseignement, la formation et la recherche, les hôpitaux fournissent d'autres activités qui ne sont généralement pas décrites au moyen de mesures des groupes clients. Ces activités varient d'une province et d'un territoire à l'autre et d'un hôpital à l'autre et comprennent

- les services consultatifs téléphoniques;
- les services de promotion de la santé;
- les services de transport des nouveau-nés de très faible poids vers une unité de soins intensifs néonatals;
- les services de greffe — la greffe d'organe comme telle peut être classée à l'aide de la GMA+, mais les mesures de groupes clients actuelles ne permettent pas de bien décrire le prélèvement de l'organe et la prise en charge du patient à long terme;
- les autopsies.

D'autres services particuliers ne figurent pas dans cette liste. Lorsque le bailleur de fonds juge que ces services ou d'autres sont nécessaires, il doit normalement en financer les coûts (comparés) au moyen d'une subvention fixe et les décrire à l'aide d'un terme tel « services propres à l'établissement ». Les hôpitaux ont intérêt à maximiser le montant qu'ils reçoivent au moyen de telles subventions non fondées sur les activités. Il est donc nécessaire d'effectuer des examens périodiques pour veiller à ce que ces subventions demeurent pertinentes quelques années après la mise en œuvre du FPA.

11.3 Mécanismes de consultation

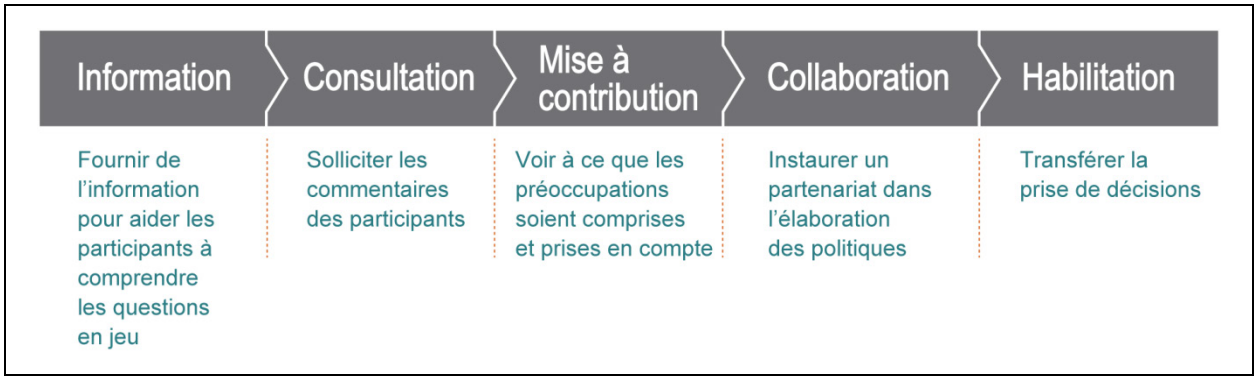
La mise en œuvre du FPA exige la mobilisation efficiente d'un éventail d'intervenants clés :

- professionnels de la santé (y compris les médecins);
- gestionnaires touchés par le nouveau système;
- universités et collèges;
- syndicats et autres organismes industriels.

Les mécanismes appropriés de mobilisation des intervenants et l'étape à laquelle celle-ci devient nécessaire varient d'un modèle à l'autre. Diverses formules peuvent être employées en ce sens : comités consultatifs, forums à l'intention des intervenants, réunions en personne et « tournées » pour tenir des forums dans les établissements.

L'Association internationale pour la participation publique[36] a analysé le spectre de la participation publique, ce qui peut aider à préciser le type de mobilisation recherchée (voir la figure 13).

Figure 13 : Spectre de la participation publique



Source
Adapté d'International Association for Public Participation. IAP2 spectrum of public participation [brochure]. http://www.iap2.org/associations/4748/files/IAP2%20Spectrum_vertical.pdf. Publié en 2007. Consulté le 30 août 2013.

La mobilisation est plus efficiente si l'objectif et les règles fondamentales sont clarifiés dès le départ, et le spectre présenté à la figure 13 peut aider en ce sens.

La mise en œuvre du FPA a des répercussions différentes selon les intervenants. Les objectifs de la mobilisation et les méthodes employées doivent donc être adaptés aux différents intervenants. Dans certains cas, il suffit de fournir de l'information (et de corriger les renseignements erronés et les malentendus). Dans d'autres, il convient de faire participer les intervenants au processus de mise en œuvre du FPA afin que leurs préoccupations soient prises en compte. Enfin, il est parfois approprié de poursuivre des objectifs au-delà du spectre.

11.4 Compétences et capacités

Le FPA modifie la façon de travailler, tant pour le bailleur de fonds que pour les hôpitaux et entraîne des exigences au chapitre de la formation et du perfectionnement.

Ce type de système crée dans une certaine mesure une relation d'indépendance entre le bailleur de fonds et les hôpitaux. En effet, les hôpitaux pouvaient auparavant exercer des pressions sur le bailleur de fonds afin d'obtenir des allocations spéciales répondant à leurs besoins. Dans le cadre du FPA, les relations entre ces parties reposent sur des aspects techniques et bureaucratiques.

Le personnel du bailleur de fonds (qu'il s'agisse d'un ministère provincial ou d'une régie régionale de la santé) devra peut-être modifier sa façon de travailler auprès des hôpitaux et devra assurément connaître en détail les nouvelles exigences liées aux données et formules de financement. Le personnel responsable du financement devra souvent répondre à des questions sur l'interprétation des dispositions et donner des conseils cohérents et clairs. Il est important que le personnel ait accès aux diverses normes (p. ex. pour la CIM-10-CA, la CCI et les Normes SIG) et les comprenne bien afin d'en mesurer l'incidence sur le financement. Dans certains cas, il faut clarifier ou modifier les normes, car elles seront davantage appliquées dans l'environnement de FPA.

Les gestionnaires des hôpitaux doivent également comprendre les nouvelles mesures incitatives et peut-être changer leurs façons de faire. Des stratégies qui permettaient avant aux hôpitaux de respecter leur budget pourraient ne plus fonctionner. Par exemple, avec les budgets globaux, une stratégie pour respecter le budget serait la réduction du volume d'activités, notamment au moyen de la fermeture de lits, ce qui ne fonctionnerait pas en vertu du FPA. Compte tenu des nouvelles mesures incitatives destinées aux hôpitaux et de la modification potentielle du mode de fonctionnement du bailleur de fonds, le perfectionnement proactif du personnel peut faciliter la mise en œuvre du FPA et susciter une réponse appropriée du système face aux nouveaux incitatifs.

La figure 14 propose certains professionnels qui offrent les compétences et les capacités requises chez les bailleurs de fonds. Un grand nombre de ces professionnels doivent aussi être en poste dans les hôpitaux, où ils effectueront toutefois des tâches différentes.

Figure 14 : Professionnels pouvant contribuer à la mise en œuvre du FPA, parmi le personnel des bailleurs de fonds

Spécialistes de la classification

(p. ex. pour mettre à jour le système de groupes clients selon les changements dans la pratique clinique ou les normes de codification)

Analystes de données et professionnels des TI

(p. ex. pour produire les rapports de répartition des coûts par GMA et par hôpital, exécuter les programmes de traitement des données recueillies régulièrement et modifier les spécifications des données en fonction du FPA)

Statisticiens et économistes

(p. ex. pour prévoir les besoins en soins de santé, fixer les volumes d'activité cibles par hôpital et déterminer les coefficients de rajustement à appliquer aux valeurs de base)

Spécialistes des communications et formateurs

(p. ex. pour produire la documentation sur le FPA, répondre aux questions des hôpitaux, solliciter les commentaires des hôpitaux, fournir de l'information aux hôpitaux pour lesquels le FPA pose problème)

Professionnels de la santé

(p. ex. pour fournir de l'orientation sur les exclusions dans le cadre du FPA comme les montants à verser pour les médicaments coûteux et prodiguer des conseils sur les cheminements cliniques correspondant aux pratiques exemplaires)

Comptables

(p. ex. pour gérer les données sur les coûts à l'échelle des patients et les autres données financières et définir les mécanismes concernant le flux monétaire)

Gestionnaires de projet

(p. ex. pour gérer les activités indiquées ci-dessus, superviser le cycle de mise à jour, communiquer avec les conseils consultatifs, surveiller les changements dans les pratiques du système de santé et coordonner les vérifications de la codification)

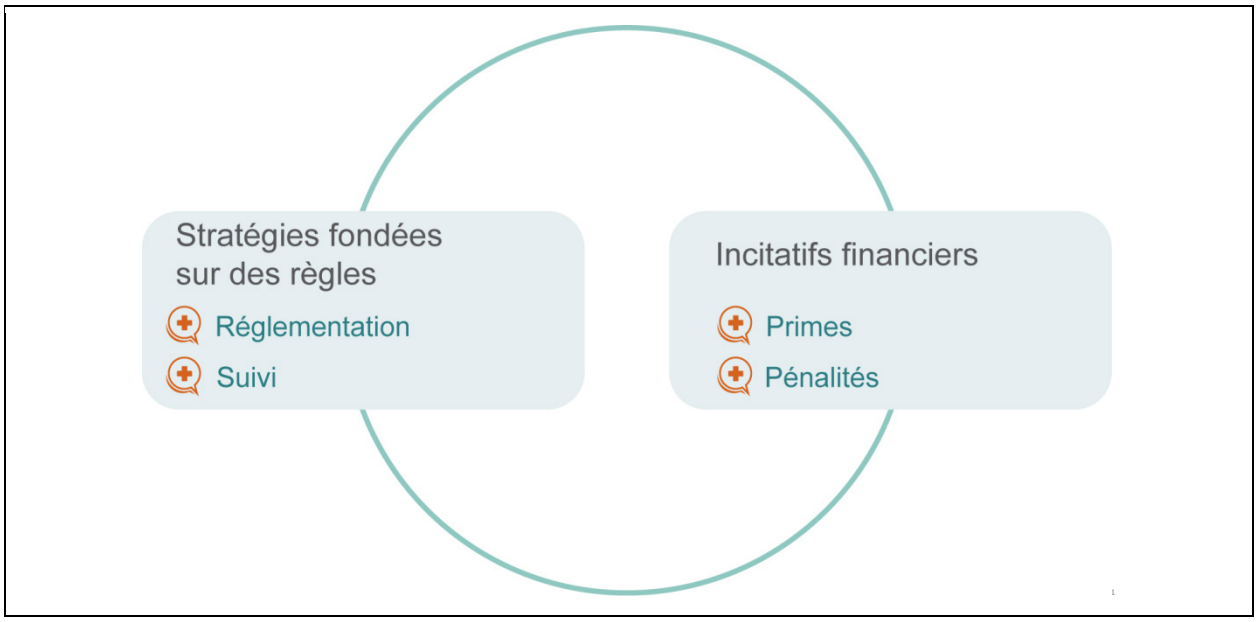
Chapitre 12 : Surveillance du système

La mise en œuvre du FPA présuppose que s'applique le principe économique *ceteris paribus*, c'est-à-dire que tous les autres aspects du système resteront identiques. Or, les gestionnaires des hôpitaux auront immédiatement intérêt à exploiter toutes les données offertes pour obtenir de l'information (p. ex. afin de mieux comprendre la structure de coûts). Ils chercheront plus que jamais à examiner les aspects des soins qui n'améliorent pas les résultats pour les patients et qui ne sont pas efficients et apporteront des améliorations. Il existe ainsi un risque élevé que les hôpitaux tentent d'atteindre les objectifs d'efficience déterminés par le FPA en effectuant des changements inappropriés à la codification ou même à la qualité des soins offerts. Le présent chapitre porte sur les stratégies potentielles pour atténuer ce risque et les façons d'utiliser le FPA pour traiter les questions globales touchant la performance du système.

12.1 Intégration des questions liées à la qualité dans le modèle de FPA

L'intégration des questions liées à la qualité dans le modèle de FPA peut entraîner la création d'un éventail d'incitatifs financiers et de stratégies fondées sur des règles (voir la figure 15).

Figure 15 : Questions liées à la qualité dans le modèle de FPA



12.1.1 Stratégies fondées sur des règles

Il existe deux grands types de stratégies fondées sur des règles : celles axées sur la réglementation et celles misant sur le suivi. Les deux peuvent être employées pour améliorer la qualité.

Selon une approche axée sur la réglementation, un bailleur de fonds peut par exemple obliger tous ses établissements de santé à participer à un programme d'agrément. Une telle approche démontre au public l'importance accordée à la qualité et permet de définir de façon indépendante des normes de qualité qui sont surveillées par un organisme externe.

Certains indicateurs peuvent faire l'objet d'un suivi dans le cadre de la mise en œuvre du FPA :

- certains indicateurs d'événements précis qui ne devraient jamais se produire (p. ex. événements d'incompatibilité sanguine et interventions effectuées au mauvais site anatomique);
- événements indésirables ou cas plus nombreux où d'autres diagnostics ont été posés au cours de l'admission (p. ex. dans les cas d'infection);
- ratios normalisés de mortalité hospitalière;
- réadmissions.

Le suivi statistique des indicateurs de la qualité peut prévoir des techniques de contrôle des processus statistiques qui permettent de repérer les hôpitaux affichant des changements dans les taux d'incidence des événements ciblés[37]. Il est possible d'atténuer les risques d'apparition de tels résultats indésirables du FPA en prévoyant une pénalité financière (pour une performance faible) ou une prime (pour une bonne performance).

12.1.2 Incitatifs financiers

Les incitatifs financiers sont positifs ou négatifs : ils récompensent la bonne performance ou pénalisent les établissements qui ont une performance relativement faible. Les incitatifs positifs sont parfois désignés comme une « rémunération à la performance » ou un « financement fondé sur la qualité » et ils reposent sur des processus ou des mesures des résultats.

L'utilisation d'indicateurs de la qualité fondés sur des processus comme critères pour les incitatifs présente un avantage : les hôpitaux ou leurs médecins maîtrisent clairement ces indicateurs. Les indicateurs liés aux processus comprennent par exemple le respect de protocoles particuliers et le délai écoulé avant le début de certains traitements (p. ex. le délai « entre l'arrivée et l'injection »). Un large éventail d'indicateurs de résultats sert également au suivi (p. ex. les taux d'infection) et peut faire partie d'un régime de rémunération à la performance.

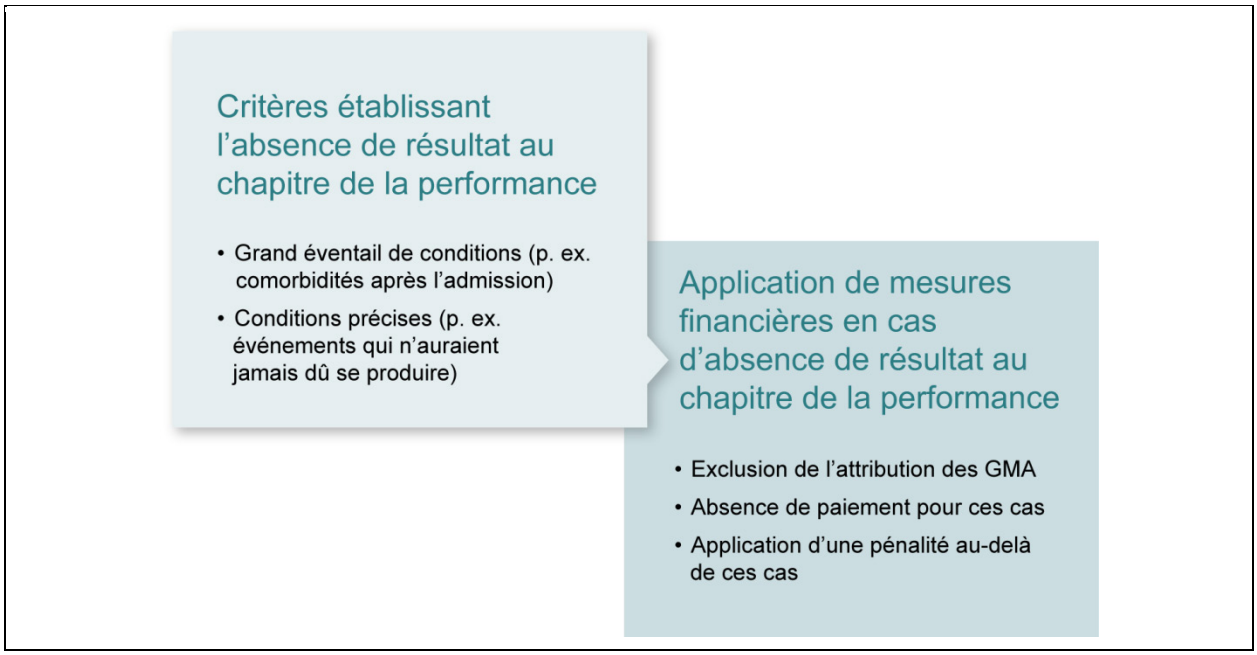
Les indicateurs qui donneront lieu au versement d'une prime doivent être sélectionnés conjointement avec les cliniciens.

Une approche relativement récente à l'échelle internationale consiste à pénaliser les établissements ayant une faible performance au moyen d'un système d'absence de paiement en cas d'absence de résultat au chapitre de la performance[38].

Par exemple, les fichiers de données hospitalières périodiques utilisés dans le cadre du FPA permettent d'établir une distinction entre les comorbidités préexistantes à l'admission et les complications nosocomiales. Ces complications peuvent accroître le montant du paiement du FPA au même titre que la comorbidité préexistante. L'absence de paiement en cas d'absence de résultat au chapitre de la performance repose sur le principe voulant qu'accorder un paiement pour des complications nosocomiales récompense d'une certaine manière les conséquences indésirables et la faible performance.

L'absence de paiement en cas d'absence de résultat peut prendre plusieurs formes, qui peuvent être définies en fonction de la portée des complications potentielles assujetties aux incitatifs financiers et des répercussions financières (voir la figure 16).

Figure 16 : Critères établissant l'absence de résultat au chapitre de la performance et répercussions financières possibles



L'absence de résultat au chapitre de la performance peut être définie dans sa forme la plus simple uniquement en fonction des complications qui sont clairement évitables et ne devraient jamais se produire. À l'opposé, il est possible d'établir que toutes les conditions nosocomiales et les réadmissions mènent à l'absence de résultat au chapitre de la performance[39]. Le tableau 10 présente les types d'événements considérés comme étant graves et déclarables (événements qui ne devraient jamais se produire) par le National Quality Forum[40].

Tableau 10 : Liste du National Quality Forum des événements graves déclarables pouvant donner lieu à l'absence de paiement dans le cadre du FPA

Type d'événement grave déclarable	Nombre de sous-catégories	Exemples de sous-catégories
Interventions chirurgicales ou invasives	5	Chirurgie ou autre intervention invasive effectuée au mauvais endroit
Événements liés aux produits ou aux appareils	3	Décès du patient ou blessures graves découlant de l'utilisation de médicaments, d'appareils ou de produits biologiques contaminés fournis en milieu de soins
Événements de protection des patients	3	Suicide du patient, tentative de suicide ou lésions auto-infligées causant des blessures graves pendant que le patient se trouve en milieu de soins
Événements de gestion de soins	9	Décès du patient ou blessures graves découlant d'une erreur dans la médication (p. ex. mauvais médicament, mauvaise dose, mauvais patient, heure incorrecte d'administration, mauvaise posologie, mauvaise formule ou mauvaise voie d'administration)
Événements liés à l'environnement	4	Décès du patient ou blessures graves découlant de l'utilisation de moyens de contention ou attribuables aux côtés du lit pendant que le patient se trouve en milieu de soins
Événements liés à la radiologie	1	Décès du patient ou d'un membre du personnel ou blessures graves découlant de l'introduction d'un objet de métal dans l'aire d'IRM
Événements criminels potentiels	4	Décès du patient ou d'un membre du personnel ou blessures graves découlant d'une agression physique (c.-à-d. voies de fait) survenue dans le milieu de soins

Source
Adapté de National Quality Forum. *Serious Reportable Events in Healthcare—2011 Update: A Consensus Report*. http://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=69573. Publié en décembre 2011. Consulté le 30 août 2013.

Pour réduire au minimum les répercussions sur le paiement, il suffit de ne pas tenir compte des complications nosocomiales dans la classification des groupes clients et de faire en sorte que le coefficient de pondération des coûts corresponde au coût moyen de tous les patients dans un GMA, tant ceux qui ont subi ces complications que les autres.

Le fait de ne pas accorder de paiement advenant tout cas de complications nosocomiales entraîne des répercussions plus désavantageuses. Cette approche se limite généralement à dresser la liste des événements qui ne devraient jamais se produire (p. ex. une chirurgie effectuée au mauvais site anatomique se traduit par un coefficient de paiement nul selon cette stratégie). Les réadmissions peuvent aussi entraîner l'absence de paiement. Ces pénalités sévères risquent d'entraîner des réponses indésirables du système de santé, notamment la baisse de la déclaration des événements indésirables et des incidents.

Enfin, l'application de pénalités selon la faiblesse de la performance produit les répercussions les plus importantes sur le paiement. Depuis le début de 2013, le programme Medicare des États-Unis impose des pénalités (qui augmenteront progressivement jusqu'à 3 % des paiements en 2015) aux hôpitaux qui affichent des taux excédentaires de réadmissions des cas (initiaux) d'infarctus aigu du myocarde, d'insuffisance cardiaque et de pneumonie[41].

12.2 Atteinte d'autres objectifs à l'aide du FPA

Instaurer le FPA permet d'utiliser des modèles de financement fondés sur des formules et des incitatifs financiers pour atteindre des objectifs stratégiques qui dépassent l'efficience et la transparence visées essentiellement par le FPA[42]. Au cadre de travail fourni par le FPA peuvent donc s'ajouter des incitatifs et des pénalités touchant un large éventail d'objectifs stratégiques. La section sur les incitatifs financiers liés à la qualité, ci-dessus, en constitue un exemple.

L'encadré ci-dessous présente un exemple de modèle de FPA qui permet d'atteindre d'autres objectifs en Colombie-Britannique. Le tableau 11, qui suit, montre d'autres formules possibles d'incitatifs financiers touchant la qualité, l'accès, la prévention et les délais administratifs.

Encadré 16 : Prise en compte des patients qui sortent directement d'un service d'urgence dans le modèle de FPA

Le programme de rémunération à la performance du service d'urgence de la C.-B. (EDP4P) a été conçu dans le but de réduire la congestion dans le service d'urgence. Les hôpitaux reçoivent une somme de 100 $ additionnelle pour chaque patient au service d'urgence qui est traité et qui obtient son congé dans un délai de deux ou quatre heures après son arrivée, selon son niveau de triage. Pour les patients au service d'urgence qui sont hospitalisés, l'hôpital reçoit une somme de 600 $ additionnelle si le patient est admis dans les 10 heures suivant son arrivée. L'Autorité sanitaire Vancouver Coastal et l'Autorité sanitaire Fraser ont mis ce programme en application en 2007-2008 et en 2008-2009, respectivement, avec l'aide du Lower Mainland Innovation and Integration Fund. Cette activité a été soutenue par la Health Services Purchasing Organization (HSPO). En 2010-2011, la HSPO a élargi le EDP4P aux autorités sanitaires Interior et Vancouver Island.

Parfois, un patient au service d'urgence est admis comme patient hospitalisé, mais il n'est pas possible de lui trouver un lit d'hospitalisation. Le patient demeure au service d'urgence pendant toute son hospitalisation et obtient son congé de ce service. La Colombie-Britannique fait référence à ces patients comme étant sortis directement du service d'urgence.

La règle de 10 heures dans le EDP4P a ouvert une porte à la manipulation des données, puisque le traitement d'une admission d'un patient sur papier offrait une façon d'augmenter les revenus, même si le patient n'avait aucune chance d'obtenir un lit d'hospitalisation. La HSPO a élaboré une stratégie de paiement afin de résoudre ce problème : il identifie ces types de patients dans la Base de données sur les congés des patients. La portion du séjour du patient au service d'urgence est alors exclue du paiement du EDP4P à l'hôpital, et la portion de l'hospitalisation du patient est exclue du paiement du FPA à l'hôpital.

La recension des patients qui sortent directement du service d'urgence incite les hôpitaux à réduire le nombre de patients admis qui demeurent dans ce service. Comme il n'est pas possible de savoir quels sont les patients qui n'obtiendront jamais de lit, le seul moyen de diminuer ce nombre est d'améliorer les délais de transfert de ces patients du service d'urgence vers une unité. Les revenus supplémentaires ainsi obtenus contribuent à compenser les coûts liés à la création des capacités supplémentaires requises.

Le tableau 11 présente un large éventail de mesures incitatives qui peuvent être intégrées à un système de FPA. Toutefois, il faut veiller à ne pas créer une surabondance de mesures incitatives (et à ne pas appliquer des mesures incitatives potentiellement contradictoires). Le FPA instaure de nouvelles mesures incitatives pour les hôpitaux, ce qui renouvelle l'importance accordée à l'efficience et exige souvent des changements aux priorités, à l'utilisation des données et à la mise

à contribution des cliniciens. Ces changements en eux-mêmes peuvent exercer une pression sur les systèmes de gestion actuels et poser des défis aux gestionnaires. Il importe également de bien expliquer les objectifs du nouveau système de paiement aux gestionnaires des hôpitaux et aux cliniciens, surtout dans les premières étapes de la mise en œuvre du FPA.

Tableau 11 : Domaines de performance et indicateurs potentiels

Domaine	Indicateur	Mesure incitative possible
Qualité	Événements qui ne devraient jamais se produire (p. ex. chirurgie au mauvais endroit)	Absence de paiement dans de tels cas
	Indicateurs cliniques, comme le pourcentage de l'observance d'un traitement propre à une maladie	Paiement supplémentaire selon le taux d'un indicateur particulier
	Respect d'un cheminement thérapeutique approuvé	Paiement supplémentaire lorsqu'un cheminement thérapeutique est respecté
	Soumission de données pour permettre l'analyse comparative clinique	Paiement pour la soumission de données
	Obtention de l'agrément par un hôpital	Prime unique à l'obtention de l'agrément
	Complications en cours de traitement (p. ex. événements indésirables), distinctes des comorbidités présentes à l'admission	Paiement des groupes clients non fondé sur les complications
		Pénalités pour certaines complications
	Note du questionnaire sur la satisfaction des consommateurs	Paiement supplémentaire lorsque le taux de satisfaction est élevé
	Pertinence des soins mesurée selon les lignes directrices cliniques convenues	Réduction du paiement pour les cas qui ne respectent pas les lignes directrices
	Grande variabilité des taux d'admissions pour certaines interventions non urgentes (p. ex. opérations du canal carpien) entre les hôpitaux	Réduction du paiement des hôpitaux affichant les taux d'admissions les plus élevés
Accès	Temps d'attente pour les chirurgies non urgentes	Réduction du paiement ou pénalité lorsque le pourcentage de patients en attente depuis un certain délai dépasse le seuil
		Prime versée pour les patients traités dans un délai acceptable
		Paiement supplémentaire (ou accès à d'autres types de financement supplémentaire) lorsque les objectifs cibles négociés de réduction des longs temps d'attente sont réduits
	Délai avant le traitement au service d'urgence de l'hôpital (par catégorie de triage)	Pénalité en cas de non atteinte des objectifs de délai avant le traitement
	Séjours prolongés au service d'urgence de l'hôpital	Pénalités selon le nombre de patients qui n'ont pas pu être transférés vers une unité dans un délai raisonnable
Prévention	Admissions à l'hôpital évitables	Réduction du paiement pour les patients admis ayant des conditions propices aux soins ambulatoires
Qualité et actualité des données codifiées	Actualité des données	Absence de paiement pour les cas soumis hors des périodes de soumission des données
	Incidence des « erreurs » dans les GMA	Absence de paiement lorsque les codes des GMA contiennent des erreurs
	Erreurs dans la codification détectées dans le cadre des vérifications	Pénalité pour le surcodage systématique (p. ex. déduction en double en cas de surcodage)

Chapitre 13 : Évaluation des répercussions du FPA

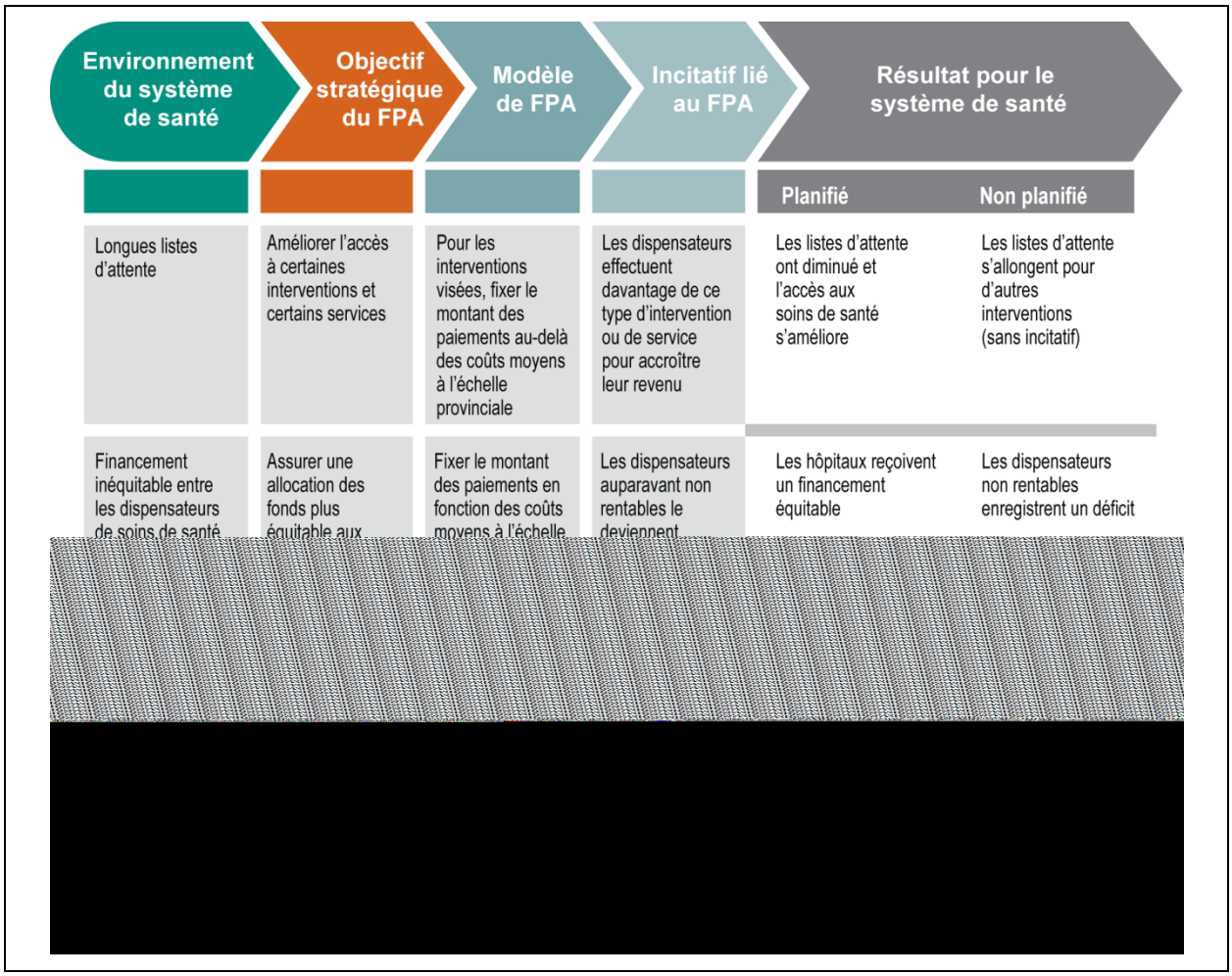
Le modèle de FPA mis en œuvre (même s'il vise seulement les services aux patients hospitalisés) doit comprendre un programme d'évaluation qui permet de faire le suivi des répercussions du FPA sur le système de santé dans son ensemble. Le modèle de FPA peut avoir des répercussions positives ou négatives voulues ou accidentelles sur de nombreux aspects de la performance du système de santé. Par exemple, la rentabilité d'un hôpital peut s'améliorer par suite du FPA, mais entraîner la hausse des dépenses de santé totales. Un programme d'évaluation permet d'informer les intervenants des incidences indésirables du FPA et de favoriser des changements positifs au sein des hôpitaux et du système de santé.

13.1 Objectifs stratégiques du FPA et évaluation des répercussions sur la performance du système de santé

Tel qu'indiqué auparavant, le FPA ne convient pas à tous les contextes. Les provinces et territoires qui envisagent ce mode de financement peuvent avoir des objectifs stratégiques différents. Par conséquent, l'élaboration du modèle de FPA et sa mise en œuvre varieront d'une province et d'un territoire à l'autre. Au moment de concevoir un programme d'évaluation de la performance du système de santé dans le cadre du FPA, il est essentiel de bien comprendre les objectifs stratégiques visés au moyen de ce mode de financement.

Les liens entre les objectifs stratégiques en santé, le modèle de FPA et les résultats au sein du système de santé peuvent être illustrés dans un modèle logique (voir la figure 17). Un tel instrument permet d'exposer les correspondances entre le modèle de FPA choisi et les objectifs stratégiques ainsi que les réponses du système de santé à ce modèle.

Figure 17 : Modèle logique guidant le choix des indicateurs de performance du système de santé en fonction de deux objectifs stratégiques du FPA



13.2 Volets du mode de fonctionnement du système de santé à évaluer

La performance du système de santé comporte un certain nombre de dimensions. Une évaluation d'ordre très général peut porter sur les répercussions du modèle de FPA sur trois volets du mode de fonctionnement du système de santé :

- Qualité des services de santé : Le FPA a-t-il influé positivement ou négativement sur la pratique clinique pour en faire une pratique fondée sur des données probantes, axée sur le patient, sécuritaire et opportune?
- Utilisation efficiente des ressources : Le FPA a-t-il permis d'utiliser les ressources de manière plus efficiente (p. ex. de rationaliser les processus et les dépenses, et de planifier l'avenir)?
- Allocation des fonds équitable : Les fonds ont-ils été alloués plus équitablement aux dispensateurs des soins de santé tout en répondant aux besoins de la population?

Les unités de service utilisées ou prescrites peuvent être exprimées en nombre de jours du séjour, de tests de laboratoire ou de médicaments. Le coût de chacun des services tombe sous la responsabilité d'un gestionnaire. Par exemple, le gestionnaire du laboratoire est responsable du coût des tests de laboratoire. Les coûts totaux du séjour sont partagés : le directeur des services d'entretien est responsable des coûts liés aux services d'entretien, le directeur des soins infirmiers est responsable des coûts liés aux soins infirmiers et ainsi de suite. Comme l'indiquait le chapitre 5, plusieurs formules permettent aux gestionnaires d'estimer les coûts des différentes unités de service.

Dans un modèle de FPA, la gestion des coûts de ces intrants n'est pas l'unique tâche. Même si les coûts des unités de service sont les plus faibles qui soient, l'hôpital peut tout de même être inefficient si plus de services que prévu y sont utilisés pour chaque cas. Habituellement, il revient aux *médecins* de déterminer la durée du séjour des patients (le moment de la sortie), les tests diagnostiques à réaliser et les médicaments à prescrire. Le FPA exige donc une relation plus étroite entre les médecins et les gestionnaires, en plus de la création de la structure organisationnelle nécessaire pour faciliter les discussions sur l'utilisation des ressources au besoin.

Le rôle des médecins peut être enrichi ou élargi pour faire en sorte qu'ils partagent la responsabilité de la gestion de l'utilisation des ressources. Par ailleurs, il est possible d'instaurer des pratiques exemplaires convenues et de créer des cheminements thérapeutiques ou des lignes directrices propres à l'hôpital pour normaliser dans la mesure du possible le parcours des patients et les paramètres des soins. Les rôles des chefs des services cliniques peuvent être revus afin de clarifier leurs responsabilités dans les cas particuliers où ils doivent intervenir auprès de médecins en raison d'une utilisation inappropriée des ressources (justification insuffisante).

Il peut être nécessaire de modifier les processus et les rôles des cadres également. Par exemple, s'il devient évident que les coûts des chirurgies cardiaques réalisées à l'hôpital sont généralement supérieurs au montant couvert par le paiement du FPA, à quel cadre sera confiée l'enquête pour trouver les raisons de cette situation? Qui devra rassembler les différents groupes concernés par le problème? Qui devrait décider si le service doit être maintenu malgré une perte financière pour l'hôpital?

14.3 Codification et vérification de la codification

Le financement des hôpitaux en fonction du type de patients qu'ils traitent constitue l'essence du FPA. En fait, il est plus juste d'affirmer que les hôpitaux reçoivent des fonds selon le type de patients qu'ils traitent, conformément aux fichiers de données constitués périodiquement. Il a toujours été souhaitable que les fichiers de données périodiques reflètent de façon exacte le travail effectué par les hôpitaux et qu'ils reposent sur la consignation adéquate des soins fournis aux patients et l'attribution précise des codes. Il faut des données précises pour examiner l'utilisation et la qualité des soins ainsi que pour réaliser des recherches et des analyses. Toutefois, l'exactitude des données est encore plus importante dans le cadre du FPA. En effet, la codification exhaustive et exacte des diagnostics posés dans un hôpital et des traitements qui y sont effectués permet à l'établissement et à ses cliniciens (ainsi qu'aux bailleurs de fonds) d'examiner l'utilisation des ressources et les changements sur ce plan au fil du temps. Une bonne codification exige la consignation exacte et en temps opportun de l'information ainsi qu'un processus qui permet aux codificateurs de s'adresser aux médecins pour obtenir des précisions ou compléter la documentation.

Avant d'instaurer le FPA, il est essentiel que les cliniciens (surtout les médecins) sachent qu'il est important de consigner de façon précise et exhaustive les diagnostics des patients et les soins qui leur sont fournis. Pour que l'hôpital reçoive un paiement équitable en fonction de ses activités, il faut d'abord veiller à ce que les données soumises reflètent de façon juste les services et les traitements offerts. Il ne faut pas voir ici une référence au surcodage (abordé au chapitre précédent); la codification précise et exhaustive consiste simplement à faire en sorte que les données codifiées correspondent aux soins dispensés.

La véritable question à laquelle l'équipe de gestion doit répondre est celle-ci :

Dans quelle mesure les codes inscrits au dossier du patient représentent-ils véritablement le cas?

La codification, bien entendu, repose sur une bonne documentation. Les codificateurs peuvent uniquement saisir ce qui a été consigné et dépendent de la précision de la communication des médecins. Ce qui soulève une question connexe :

L'information consignée au dossier est-elle adéquate? (P. ex., est-ce que les résultats des tests en laboratoire indiquent une infection même si aucun diagnostic d'infection ne figure au dossier?)

Dans une certaine mesure, les stratégies de formation décrites ci-dessus permettent de répondre par l'affirmative à ces questions. Cependant, la mise en œuvre du FPA fait souvent ressortir les lacunes dans la consignation de l'information au dossier des patients.

Certains pays (comme l'Allemagne) ont créé un nouveau poste (contrôleur médical) pour vérifier les données contenues dans les dossiers de santé des patients. Les contrôleurs médicaux sont des membres du personnel médical ou infirmier ayant suivi une formation supplémentaire sur la codification. Le service de contrôle est souvent rattaché au service des finances et est donc directement lié à l'équipe de gestion de l'hôpital.

Il est recommandé que la direction (ou le conseil d'administration) exerce une surveillance étroite des données sources du FPA et effectue au besoin des vérifications internes périodiques de la codification. Ces vérifications internes peuvent aussi permettre de cerner les risques de pénalité en raison de la codification inexacte.

14.4 Information juste

Dans le cadre du nouvel environnement, les gestionnaires des hôpitaux se servent plus qu'avant de l'information pour effectuer leur travail avec efficacité. Selon la structure organisationnelle adoptée, les responsables des médecins peuvent devoir consulter les rapports pour examiner les tendances liées à l'utilisation des ressources dans leurs services. L'information à la disposition des gestionnaires varie :

- Tous les hôpitaux doivent pouvoir créer et fournir des rapports en utilisant les données sur les sorties recueillies périodiquement. Même si la durée du séjour, par exemple, n'est pas parfaitement corrélée aux coûts (les coûts des salles d'opération représentent une distorsion évidente), en l'absence d'autres données, il est utile de se servir des comparaisons des durées de séjour.
- Beaucoup d'hôpitaux peuvent aussi produire des rapports sur l'utilisation des services diagnostiques.

- Pour certains, les données des coûts à l'échelle des patients regroupent les données sur l'utilisation des ressources et celles sur le coût par unité de service. Au moment de présenter ces données, il faut bien mettre en évidence l'information concernant les variables sur lesquelles le gestionnaire ou le clinicien exercent un certain contrôle.

La haute direction de l'hôpital doit décider de la fréquence à laquelle les données sont déclarées. Si elle trop fréquente, la production de rapports peut permettre uniquement de relever des écarts aléatoires dans les données. Si elle est trop peu fréquente, les mesures correctives pourraient être mises en place trop tard. La portée des rapports comparatifs (mettant par exemple en lumière les écarts entre les médecins, que les données soient dépersonnalisées ou non) constitue aussi une question controversée.

Dans le cadre du FPA, il est plus facile de gérer un hôpital si la structure de coûts des groupes de patients est connue et qu'un suivi en est fait régulièrement, car l'établissement a alors intérêt à adopter des approches d'établissement des coûts par patient. De tels systèmes de comptabilité procurent aux gestionnaires des hôpitaux un puissant outil de contrôle des coûts. En soumettant au bailleur de fonds les données sur les coûts, l'hôpital s'assure que ses coûts sont pris en compte, au moins dans une certaine mesure, dans les coefficients de pondération des coûts et les facteurs de rajustement du système de financement. L'hôpital peut aussi s'appuyer sur ces données s'il juge qu'il existe des inégalités dans le financement (p. ex. un coût par patient rare mais très élevé) et souhaite en discuter avec le bailleur de fonds.

La mise en place du FPA soulève aussi des questions fondamentales touchant les façons habituelles de fournir du soutien ou d'autres services. Celles-ci peuvent amener l'hôpital à se demander s'il doit continuer à offrir lui-même certains services de soutien ou les confier à un autre fournisseur. Pour faire ce type de choix, il faut détenir de l'information précise sur les coûts des solutions de rechange et les répercussions au-delà du service faisant l'objet de l'examen.

Chapitre 15 : Gestion du continuum des soins

Le FPA met en lumière l'importance de gérer les ressources à l'échelle du continuum des soins.

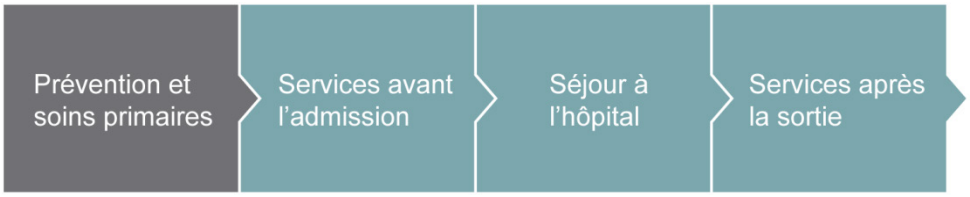
Cette fonction englobe la gestion des coûts des unités de service et le dénombrement des unités utilisées. Autrement dit, elle donne lieu à l'examen des intrants, des produits intermédiaires et des produits finaux, ce dont traite la section du manuel sur l'établissement des coûts (chapitre 5).

Pour atteindre l'objectif de l'efficience, les gestionnaires des hôpitaux examinent habituellement la transformation des intrants en produits intermédiaires, ce qui permet d'établir par exemple le coût de chacun des repas et le coût par jour-patient. Le FPA ajoute une autre dimension à cet examen en tenant compte par exemple du nombre de jours ayant été nécessaires pour traiter une personne victime d'un accident ischémique transitoire ou ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique.

Dans le contexte du FPA, les gestionnaires axent leur examen sur de nouveaux éléments et se penchent sur de nouvelles questions lorsque des pratiques inefficientes sont détectées. Le présent chapitre expose certaines de ces questions, qui vont des problèmes apparus avant même l'admission des patients à ceux qui surviennent après leur sortie.

Le FPA oblige les hôpitaux à tenir compte de la situation hors de leurs propres murs; l'efficience d'un hôpital dépend parfois grandement du réseau de services en place dans la collectivité. Lorsque les services communautaires sont adéquats, la sortie des patients peut être autorisée en temps opportun, ce qui n'est pas nécessairement le cas si les services communautaires sont inadéquats ou gérés de façon inefficace. La figure 21 montre le continuum des soins divisé en quatre sections. L'examen visant à relever les secteurs d'inefficience potentiels prend en compte chacune de ces sections.

Figure 21 : Gestion du continuum des soins



15.1 Prévention et soins primaires

Selon les objectifs poursuivis dans le cadre du FPA, les hôpitaux doivent porter attention aux questions touchant la prévention et les soins primaires. Si le modèle incite les hôpitaux à réduire les temps d'attente, l'un des moyens d'y parvenir (à moyen ou long terme) est de veiller à ce que toutes les admissions soient justifiées. Les hôpitaux peuvent être poussés à s'intéresser à cette question aussi parce que de nombreux membres du personnel ont à cœur de prévenir les hospitalisations non nécessaires.

Les dirigeants des hôpitaux peuvent soulever des questions importantes au cours des processus d'examen interne, dont les suivantes :

- L'admission du patient aurait-elle pu être évitée? (c.-à-d. le patient admis présentait-il une condition propice aux soins ambulatoires?)
- Les services à domicile représentent-ils une solution de rechange appropriée?
- Le patient peut-il être traité en chirurgie d'un jour?

15.2 Services avant l'admission

Les services avant l'admission peuvent également contribuer à améliorer l'efficience. Voici quelques questions fréquentes à ce sujet :

- Les examens diagnostiques courants sont-ils tous nécessaires?
- Les images et tests diagnostiques qui auraient pu être réalisés avant l'admission ont-ils été faits à ce moment?
- Quelle était la proportion d'admissions non urgentes en chirurgie le jour de la chirurgie?

Dans le cadre de la planification avant l'admission, il faut aussi planifier la sortie :

- La planification de la sortie a-t-elle commencé suffisamment tôt pendant l'hospitalisation pour empêcher l'engorgement à la sortie?

15.3 Séjour à l'hôpital

L'hospitalisation est de loin le plus important volet de l'examen de l'utilisation des ressources. L'examen de ce volet permet de cerner trois principaux types de problèmes :

- problèmes liés au caractère adéquat des processus de soins;
- problèmes liés à la suffisance des ressources (p. ex. pénuries d'équipement qui peuvent se traduire par l'attente de patients);
- problèmes professionnels.

15.3.1 Processus de soins

L'évaluation de l'efficience globale de tous les processus hospitaliers représente un point de départ important au moment d'examiner les processus de soins :

- Le cheminement entier des patients de l'admission à la sortie est-il efficient?
- Les processus d'attribution des salles d'opération et d'admission sont-ils synchronisés?
- L'utilisation des salles d'opération est-elle optimale?
- Certains patients peuvent-ils être traités en chirurgie d'un jour?
- Quelle proportion des cas est entièrement traitée dans l'unité de soins infirmiers spécialisée appropriée? (Des données probantes démontrent que les soins aux patients hors de l'unité appropriée sont inefficients et peuvent contribuer à accroître les risques d'événements indésirables.)
- Les tests diagnostiques demandés sont-ils tous nécessaires?
- Y a-t-il des retards dans l'accès aux tests diagnostiques requis ou l'obtention des résultats?
- Y a-t-il des retards causés par l'attente de soins paramédicaux ou de services de réadaptation?
- Existe-il d'autres problèmes de coordination des ressources?
- Quels sont les événements indésirables courants dans l'unité spécialisée ou le GMA faisant l'objet de l'examen? Est-il possible de réduire l'incidence des événements indésirables?
- Existe-t-il des pratiques inefficientes systématiques dans les soins aux patients désignés comme des cas particuliers de séjour prolongé?
- Des efforts sont-ils déployés pour établir des cheminements thérapeutiques communs dans le cas des affections courantes?

15.3.2 Problèmes liés aux ressources

Même si les problèmes dans les processus de soins se recoupent certainement, il peut être judicieux d'examiner l'investissement de l'hôpital dans l'achat d'équipement ou l'embauche de personnel, si ces mesures permettront de réduire l'engorgement. Ces investissements peuvent prévoir la hausse du temps disponible en salles d'opération, l'automatisation de la demande de tests ou la dotation en personnel des services paramédicaux ou de réadaptation. Pour assurer la situation financière saine d'un hôpital, il faut utiliser les données au moment de déterminer les secteurs où il faut accroître les ressources et ceux où les ressources sont suffisantes mais ne sont pas exploitées de manière efficiente. Le chapitre 5 traite des options qui s'offrent aux hôpitaux pour l'évaluation de leurs dépenses habituelles.

15.3.3 Problèmes professionnels

Les problèmes professionnels sont les plus litigieux parmi les éléments pouvant faire l'objet de l'examen de l'utilisation des ressources. La question cruciale consiste à déterminer s'il existe des différences dans la pratique au sein de l'hôpital. Par rapport à leurs collègues, certains médecins demandent-ils davantage de tests, prescrivent-ils des médicaments différents, commandent-ils des fournitures différentes (p. ex. prothèses de hanche en titane), utilisent-ils d'autres techniques chirurgicales, autorisent-ils habituellement la sortie de leurs patients plus tard et ainsi de suite?

Le traitement de ces questions exige l'exercice d'une gouvernance solide, de bonnes structures médicales et de l'information de qualité. Il convient d'appliquer une stratégie de partage de l'information ouvert. Beaucoup de médecins ignorent comment leurs collègues gèrent des cas semblables et, lorsqu'ils en sont informés, ils modifient souvent d'emblée leurs méthodes de travail.

15.4 Services après la sortie

L'étape suivante de l'examen du continuum des soins porte sur la transition entre l'hospitalisation et les soins post-actifs. Les problèmes durant cette transition et les obstacles dans le système de services communautaires peuvent retarder la sortie des patients.

Voici certaines des principales questions à examiner :

- La planification de la sortie a-t-elle commencé suffisamment tôt?
- Quelle proportion des patients attend un congé, un transfert vers un autre hôpital ou un placement en établissement de soins en hébergement?
- Les patients qui n'ont plus besoin de soins de courte durée sont-ils tous désignés comme patients de niveau de soins alternatif (cette question vise à bien saisir l'ampleur du problème)?
- Y a-t-il suffisamment de services à domicile pour réduire la durée du séjour ou les coûts hospitaliers?
- Les soins en hébergement pour les aînés (centres de soins infirmiers ou résidences avec service) dans la circonscription de l'hôpital sont-ils adéquats?

Sommaire

La mise en œuvre du FPA n'est pas une mince tâche. Il faut récolter l'appui du personnel des hôpitaux, mettre en place les ressources adéquates en matière de technologies de l'information et d'administration au sein des établissements de santé et chez le bailleur de fonds, 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. Le présent manuel aborde un grand nombre de ces questions et démontre la complexité de la mise en œuvre d'un système de FPA efficace.

Il compte six parties, qui font toutes ressortir un élément commun : pour mettre en œuvre le FPA, il faut faire des choix afin de définir les objectifs et les caractéristiques du modèle. La mise en œuvre du FPA variera sans doute d'une province et d'un territoire à l'autre, selon les questions en jeu dans le système de santé, les différences au chapitre des responsabilités organisationnelles et la disponibilité des services dans les divers secteurs de la santé (p. ex. les services à domicile).

Figure 22 : Questions fondamentales dans la conception et la mise en œuvre d'un modèle de FPA

Le manuel aborde six questions fondamentales dans la conception et la mise en œuvre d'un modèle de FPA, en commençant par celle qui est probablement la plus importante : quel est le but poursuivi? Il ne s'agit pas d'une question d'ordre technique, mais plutôt stratégique. Pour y répondre, il faut examiner les principaux problèmes auxquels le système hospitalier est confronté dans la province ou le territoire (ou encore dans la régie régionale de la santé).

Les gestionnaires du système doivent très souvent traiter de multiples problèmes simultanément. Par conséquent, il importe de savoir lesquels constituent les véritables enjeux. S'agit-il de ceux liés à l'accès (longs temps d'attente) ou à l'efficience (variation des coûts entre les hôpitaux) ou encore aux deux? Différentes caractéristiques du FPA permettent d'améliorer ces deux aspects, mais l'importance relative accordée à chacun entraînera des choix différents dans la conception du modèle, et l'expertise technique devient alors pertinente.

Une fois l'orientation générale du FPA choisie, il faut prendre de multiples décisions connexes et modifier le rôle du personnel au sein des ministères de la Santé et de l'équipe de gestion des hôpitaux. Le manuel vise à fournir des conseils sur tous les aspects de la mise en œuvre du FPA.

Le FPA ne convient pas à tous les contextes. Les bailleurs de fonds du système de santé peuvent s'appuyer sur les concepts présentés dans le manuel pour concevoir leur propre système de FPA, qu'ils peuvent adapter en fonction des structures et des responsabilités propres à leur système de santé, ainsi que des particularités de leurs politiques en santé.

Liste de contrôle en 10 points avant la mise en œuvre du FPA

- ☑ **Définissez et communiquez ce que vous visez en mettant en œuvre le FPA.** Qui dirige la stratégie de FPA dans votre province ou territoire? Quelle est la stratégie à long terme? Quels sont les objectifs stratégiques à court terme liés au FPA? Qui sera visé par le financement du FPA selon les plans actuels et futurs (tous les hôpitaux, tous les patients)? Ces renseignements sont-ils communiqués à tous les intervenants concernés?
- ☑ **Déterminez quelles fonctions hospitalières ne cadrent pas avec votre modèle de FPA.** Les fonds du FPA sont accordés pour chaque activité. Comment financerez-vous les services hospitaliers auxquels le financement par activité ne s'applique pas? Comment les hôpitaux seront-ils financés pour les cas particuliers à séjour prolongé qui entraînent des coûts élevés? Des différences doivent-elles être prévues dans le modèle de FPA pour les hôpitaux de petite taille ou ceux en milieu rural?
- ☑ **Définissez précisément les activités couvertes par le FPA.** Le montant des paiements est-il fondé sur la qualité des soins offerts? Les paiements du FPA seront-ils établis en fonction du coût moyen ou du taux d'efficience? Quels services seront inclus dans les paiements du FPA et quels services seront financés hors du cadre du FPA? Quels organismes ne seront pas visés par le FPA et pourquoi?
- ☑ **Comblez les lacunes dans les données et réglez les problèmes de qualité des données.** Est-ce que votre province ou territoire recueille des données sur les coûts à l'échelle des patients qui peuvent servir à déterminer le montant des paiements du FPA? La qualité des données sur les coûts et des données cliniques est-elle suffisamment élevée pour servir dans le cadre du FPA?
- ☑ **Définissez le processus de versement des paiements du FPA.** Comment les paiements du FPA seront-ils accordés (du bailleur de fonds directement au dispensateur ou du bailleur de fonds à une autorité sanitaire)? Quelle part des fonds du FPA sera accordée? À quelle fréquence le paiement correspondant au volume sera-t-il calculé? Les paiements du FPA seront-ils plafonnés ou non?
- ☑ **Préparez-vous à offrir du soutien aux intéressés touchés par le FPA.** Comment les hôpitaux, le personnel et le public réagiront-ils à un changement au FPA? Connaissez-vous l'état d'esprit qui règne dans les hôpitaux? Quelles sont les réserves au sujet du FPA? Est-il possible de répondre aux préoccupations? Quel modèle utilisiez-vous avant la transition? Combien de temps accorderez-vous aux hôpitaux visés par le FPA pour qu'ils puissent se préparer à la mise en œuvre de ce modèle? Le personnel sera-t-il suffisamment formé et les systèmes d'information nécessaires seront-ils en place lorsque le FPA sera mis en œuvre?
- ☑ **Maintenez un esprit critique envers les outils que vous utilisez dans le cadre du FPA… et envers le FPA.** Examinez votre système de groupes clients et cherchez à en comprendre les détails. Comporte-t-il des éléments que vous pourriez modifier pour profiter davantage du FPA? L'utilisation des outils du FPA disponibles aura-t-elle des effets indésirables sur d'autres objectifs stratégiques en santé non visés par le FPA? Le FPA représente-t-il la bonne solution ou y a-t-il une autre façon d'apporter des changements dans le système de santé?

- ☑ **Tentez de voir quels éléments pourraient mal fonctionner et comment vous pourriez régler la situation.** Préparez-vous à repérer les changements dans le système de santé qui découleront de la mise en œuvre du FPA en exerçant une surveillance ou en menant des vérifications de la codification. Serez-vous en mesure de déterminer si les hôpitaux sont gérés différemment en raison du FPA et, le cas échéant, si leur gestion s'est améliorée? Pendant les premières années de mise en œuvre du FPA, offrirez-vous une aide spéciale aux hôpitaux qui auront de la difficulté à s'adapter au modèle?
- ☑ **Établissez un plan pour la mise en place du système de FPA et sa gestion future.** La majorité des pays qui ont adopté le FPA ont prévu une étape de transition de quelques années. En ferez-vous autant? De plus, une fois le système de FPA bien en place, quelles seront les ressources nécessaires à sa gestion continue? Par exemple, comment l'actualisation des paiements du FPA se fera-t-elle et à quelle fréquence aura-t-elle lieu?
- ☑ **Formez votre équipe responsable du FPA.** Votre équipe compte-t-elle un membre qui a une excellente connaissance des normes relatives aux données, des systèmes de données et des systèmes de groupes clients? Qui peut vous renseigner sur les effets indésirables potentiels dans le système de santé? Quelqu'un s'occupe-t-il de maintenir les voies de communication? Qui surveille les changements dans le système de santé? La mise en œuvre du FPA touche de nombreux secteurs, et l'équipe responsable du FPA doit idéalement comprendre des experts dans tous les domaines.

Renseignements supplémentaires

Pour obtenir un complément d'information sur la conception, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation des systèmes de FPA ou sur l'application des produits de l'ICIS dans un système de FPA, veuillez communiquer avec l'ICIS à groupesclients@icis.ca.

Annexe A : Indicateurs proposés pour l'évaluation de la performance du système de santé

Tableau A1 : Indicateurs proposés pour l'évaluation de la performance du système de santé

Caractéristique	Points à prendre en compte	Exemple
Pertinence des soins	Ces indicateurs permettent de mesurer la conformité du dispensateur de soins de santé aux lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires. Les indicateurs axés sur ces lignes directrices s'appliquent souvent dans des contextes cliniques très précis.	*Conformité aux lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires* ¢ Pour la chirurgie du côlon, pourcentage des cas où l'administration d'antibiotiques se fait en temps opportun
Efficacité des soins	L'efficacité des soins désigne la mesure dans laquelle une intervention, une chirurgie, un régime ou un service produit les résultats escomptés. Cet indicateur permet aussi de déterminer si l'intervention médicale a été bénéfique pour le patient. Une autre façon d'évaluer l'efficacité des soins consiste à faire le suivi des taux de réadmission ou de mortalité, car la hausse de ces taux au fil du temps peut être un signe d'inefficacité des soins. Si un bailleur de fonds a choisi d'appliquer le modèle du FPA à des épisodes de soins particuliers, des indicateurs propres à ce type d'épisodes pourraient être alors élaborés.	*Soins potentiellement inefficaces* ¢ Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde ¢ Taux de réadmission imprévue à l'hôpital (en raison d'une chirurgie cardiaque, d'un AVC, etc.) *Résultats positifs déclarés par le patient après :* ¢ une arthroplastie de la hanche ¢ une arthroplastie du genou
Expérience des patients	Ces indicateurs portent sur l'expérience des patients et leurs perceptions en matière de soins reçus durant leur traitement dans un établissement de soins de santé. Ils peuvent être obtenus à partir de sondages auprès des patients. Pour certains types de soins, il peut être pertinent de déterminer dans quelle mesure l'état de santé autoévalué du patient s'est amélioré à la suite d'une intervention.	*Perception des patients quant aux soins reçus* ¢ Cote attribuée en fonction de l'impression globale quant à la communication, à la réceptivité et au respect de la dignité – Soins de courte durée – Réadaptation
Sécurité des patients	Ces indicateurs peuvent viser à déterminer dans quelle mesure des soins non sécuritaires compromettent la santé des patients. Ils peuvent être axés sur certains types d'épisodes de soins visés par le FPA. Par exemple, si le FPA est conçu de façon à faire augmenter les activités de chirurgies de la cataracte, il peut être pertinent de faire un suivi du taux d'infections postopératoires associé à ces interventions. Les indicateurs peuvent porter sur les taux d'infection, les erreurs médicales, les événements indésirables liés aux soins infirmiers et les blessures.	*Événements indésirables, infections et blessures* ¢ Taux d'événements indésirables liés aux soins infirmiers ¢ Taux d'erreurs médicales (c.-à-d. erreurs liées aux médicaments d'ordonnance, erreurs chirurgicales) ¢ Taux d'infection du site opératoire *Blessures ou complications potentiellement évitables* ¢ Chutes à l'hôpital ¢ Réouverture non planifiée d'une plaie chirurgicale

(suite à la page suivante)

Tableau A1 : Indicateurs proposés pour l'évaluation de la performance du système de santé (suite)

Caractéristique	Points à prendre en compte	Exemple
Accès aux services de santé	Ces indicateurs confirment si la réponse du système à une mesure incitative du FPA a mené à une hausse des volumes d'activité et à une baisse des temps d'attente. Certaines des conséquences non planifiées du FPA se feront sentir dans des secteurs indirectement touchés. Il faut consacrer des efforts autant au suivi des populations de patients et des secteurs de la santé ciblés par le FPA qu'à celui des populations de patients et des secteurs de la santé non visés par le FPA.	*Accès aux soins primaires* ¢ Pourcentage de patients ayant un besoin immédiat qui obtiennent un rendez-vous le jour même ou le lendemain avec un dispensateur de soins primaires ¢ Utilisation des services d'urgence pour des affections qui auraient pu être traitées par un dispensateur de soins principal *Temps d'attente* ¢ Pour des interventions qui sont ciblées par le FPA ¢ Proportion de patients traités dans les délais de référence pour une arthroplastie de la hanche ou du genou
Cheminement des patients	Ces indicateurs évaluent l'efficience de la prestation des soins, en particulier en ce qui a trait à la coordination entre les divers secteurs de la santé. Ils peuvent servir à encourager l'établissement de partenariats stratégiques entre les secteurs de la santé (p. ex. entre les hôpitaux, les organismes de soins communautaires et les organismes de soins de longue durée). D'autres indicateurs de cette caractéristique ciblent plutôt des groupes de patients ou des activités hospitalières particulièrement utiles pour corriger les problèmes d'efficacité.	*Intégration avec d'autres secteurs de la santé* ¢ Pourcentage des jours dans un niveau de soins alternatif *Cheminement entre le service d'urgence et les soins aux patients hospitalisés* ¢ Pourcentage des épisodes pour lesquels le délai entre la demande de lit d'hospitalisation et la sortie du service d'urgence est inférieur à une heure *Discontinuité des soins* ¢ Nombre de patients transférés (à destination ou en provenance de l'établissement) par 1 000 épisodes
Rentabilité des soins	Pour les dispensateurs de soins de santé qui recueillent des données sur les coûts par cas, ces indicateurs permettent l'analyse du coût réel des soins pour certaines populations de patients ou pour des services précis et sont très utiles pour l'évaluation de la rentabilité des soins. D'autres indicateurs, comme le coût par cas pondéré, peuvent aussi mesurer la rentabilité des soins à l'échelle de l'hôpital. Les indicateurs qui tiennent compte de la durée du séjour représentent une autre option. En effet, la durée du séjour peut servir d'indice du coût (p. ex. des séjours plus longs correspondent à des coûts plus élevés). Les dispensateurs de soins de santé dont la durée moyenne des séjours est inférieure à la moyenne nationale ou provinciale pourraient être perçus comme étant efficients.	*Production efficiente* ¢ Coût par cas pondéré ¢ Coût par cas pondéré selon le taux de rémunération ajusté ¢ Coût réel moyen pour des interventions chirurgicales précises (seulement les hôpitaux qui établissent des coûts par cas) ¢ Heures travaillées par cas pondéré *Durée des séjours* ¢ Ratio entre la durée moyenne du séjour et la durée prévue du séjour ¢ Proportion de cas de séjour prolongé *Prestation des services* ¢ Ratio entre les cas de chirurgie d'un jour et les cas d'hospitalisation non urgente pour une chirurgie de la cataracte *Économie de coûts* ¢ Estimation des coûts évités (en dollars) pour la réduction du taux de réadmission

(suite à la page suivante)