

Le financement des hôpitaux à l'activité : l'attente a assez duré

par Yanick Labrie



Avec les difficultés dans le réseau hospitalier au Québec qui continuent de faire les manchettes, notamment au chapitre du temps d'attente¹, les appels à une réforme du mode de financement des hôpitaux sont de plus en plus nombreux depuis quelques mois. En début d'année, le directeur général du Centre universitaire de santé McGill et l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux ont tour à tour proposé que les hôpitaux soient dorénavant financés en fonction des services rendus, comme c'est le cas dans bon nombre de pays². Le gouvernement du Québec a répondu à l'appel en mettant sur pied un groupe d'experts dont le mandat consistera à évaluer la faisabilité d'un projet pilote sur le financement à l'activité dans le réseau hospitalier³. Il s'agit sans l'ombre d'un doute d'un pas dans la bonne direction.

Un mode de financement à revoir

Actuellement, presque tous les hôpitaux au Québec – comme dans le reste du Canada – reçoivent leur financement sous forme de budgets globaux fondés essentiellement sur les montants de dépenses effectuées dans le passé. On augmente ces dépenses chaque année pour tenir compte de la hausse des coûts de main-d'œuvre, des prix des médicaments, de ceux des technologies et des fournitures médicales.

Ce mode de financement a toujours été perçu par les décideurs comme une méthode simple à administrer et utile pour freiner la croissance des coûts⁴. Cependant, cette maîtrise des coûts – qui n'a par ailleurs pas empêché les dépenses de grimper – s'est faite historiquement au prix d'un rationnement des services : devant une demande en constante expansion, les hôpitaux n'ont eu d'autre choix que de restreindre les admissions afin de respecter leur budget⁵. Le problème chronique des listes d'attente au Québec et dans le reste du Canada prend donc racine en partie dans le mode de financement des établissements hospitaliers.

Qui plus est, le financement par enveloppe globale n'offre aucune incitation aux gestionnaires d'hôpitaux à innover afin de ré-

duire les dépenses et d'améliorer l'accès et le temps d'attente. En vertu du modèle actuel, un gestionnaire qui consacrerait temps et ressources à mettre en place des mesures novatrices afin d'accroître la qualité des soins et de réduire l'attente dans son établissement ne verrait pas son initiative récompensée⁶. Au contraire, une innovation permettant de réduire les dépenses se traduirait par une baisse équivalente de son prochain budget.

De façon analogue, une innovation permettant de réduire le temps d'attente et de traiter plus de patients entraînerait des pressions accrues sur le budget fixe de l'établissement. Dans un cas comme dans l'autre, le patient étant une source de dépenses supplémentaires pour l'hôpital, il n'y aurait aucun avantage à tirer d'une efficacité accrue.

Le financement à l'activité : un mode plus incitatif

Les États-Unis ont été les premiers, à partir de 1983, à financer les établissements hospitaliers sur la base des services rendus pour traiter les patients admissibles au programme public Medicare. Depuis, de nombreux pays développés ont opté à leur tour, dans des proportions variées, pour un financement à l'activité des hôpitaux⁷.



Cette Note économique a été préparée par **Yanick Labrie**, économiste à l'IEDM et titulaire d'une maîtrise en sciences économiques de l'Université de Montréal.

Bien que les modalités des différents systèmes de financement à l'activité varient d'un pays à l'autre, le principe de fonctionnement central est essentiellement le même. Les hôpitaux reçoivent un paiement fixe pour chaque intervention médicale (par exemple, un remplacement de la hanche), équivalant le plus souvent au coût moyen d'effectuer ce traitement au sein du système hospitalier. Ce paiement est ajusté, dans la plupart des pays, pour tenir compte d'une série de facteurs propres aux établissements et aux patients qu'ils reçoivent : emplacement géographique, gravité des cas et complexité des pathologies, caractéristiques de chaque patient, etc.

Le financement par enveloppe globale n'offre aucune incitation aux gestionnaires d'hôpitaux à innover afin de réduire les dépenses et d'améliorer l'accès et le temps d'attente.

Grâce à ce mode de financement, les hôpitaux sont incités à accroître leurs activités afin d'obtenir davantage de revenus. Cette formule encourage en outre les hôpitaux à réduire les coûts inutiles et la durée de séjour, libérant ainsi des ressources pour traiter davantage de patients. La croissance de l'activité qui découle d'une telle approche signifie aussi que les patients sont traités plus rapidement, ce qui améliore d'autant l'accès aux soins de santé pour ceux sur les listes d'attente.

Bien que plusieurs autres facteurs puissent influencer le temps d'attente en santé, on constate que dans les pays où le mode de financement à l'activité est utilisé dans une large mesure, l'accès aux soins est généralement plus rapide au sein du réseau hospitalier (voir Tableau 1).

Le financement à l'activité mène-t-il les établissements de santé à rogner sur la qualité des services afin de réduire les coûts? Bien au contraire. Dans la mesure où les revenus des établissements dépendent du nombre de patients qu'ils attirent, il est impératif pour eux d'offrir des services de qualité et de préserver une bonne réputation. En Australie par exemple, une étude récente a montré que le mode de financement à l'activité a poussé les hôpitaux à améliorer la qualité des soins dans le but d'éviter les complications et les coûts élevés qu'engendrent les séjours prolongés⁸.

Les expériences étrangères

De tous les pays qui ont mis en place un mode de financement à l'activité des hôpitaux, c'est sans doute en Scandinavie et en Angleterre qu'on retrouve les systèmes de santé ressemblant le plus au système canadien. Aux prises avec des problèmes

Tableau 1
Financement à l'activité et attente pour une chirurgie dans divers pays de l'OCDE

Pays	Part du financement à l'activité dans le budget des hôpitaux	Proportion d'adultes qui attendent quatre mois ou plus pour une chirurgie non urgente
Canada	9 %	25 %
Norvège	40 %	21 %
Suède	55 %	22 %
Royaume-Uni	70 %	21 %
France	80 %	7 %
Allemagne	80 %	0 %
Pays-Bas	84 %	5 %

Sources : Francesc Cots et coll., « DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences », dans Reinhard Busse et coll. (dir.), *Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Open University Press, 2011, p. 81; Valerie Paris, Marion Devaux et Lihan Wei, *Health systems institutional characteristics: A survey of 29 OECD countries*, OCDE, avril 2010, p. 36; Cathy Schoen et coll., « How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries », *Health Affairs*, vol. 29 (2010), no 12, p. 2327.

chroniques de listes d'attente et d'engorgement dans les urgences, ces pays ont tous introduit au cours des deux dernières décennies des éléments incitatifs à leur mode de financement des hôpitaux dans le but d'accroître leur productivité.

La Scandinavie

En Norvège, la réforme du financement des hôpitaux a été mise en œuvre en 1997. La décision d'avoir recours ou non au nouveau mode était laissée aux comtés. Dès le début, quinze des dix-neuf comtés ont choisi d'adopter le financement à l'activité et les quatre autres ont emboîté le pas au cours des trois années suivantes.

Les activités et l'efficacité des hôpitaux se sont accrues de façon notable dès les premières années de mise en œuvre, alors que la part du financement à l'activité dans le budget des hôpitaux augmentait graduellement de 30 % en 1997 à 60 % en 2003⁹. La réforme a entraîné une hausse du taux de croissance annuel de l'activité hospitalière alors que les dépenses publiques de santé sont restées relativement stables ou ont même diminué (en tenant compte de l'inflation)¹⁰.

Le nouveau mode de financement a non seulement amélioré l'efficacité des hôpitaux norvégiens, mais sa mise en place a aussi coïncidé avec une réduction importante du temps

d'attente¹¹. De 2002 à 2006, les admissions au sein des hôpitaux ont bondi de 24 % et le temps d'attente moyen pour une chirurgie ou un autre traitement non urgent a chuté de 30 %¹².

La Suède a mis en œuvre une réforme du financement des hôpitaux à partir de 1992. Dans le seul comté de Stockholm, le nombre d'hospitalisations a crû de 8 %, les consultations externes ont augmenté de 15 % et les chirurgies d'un jour ont bondi de 50 % au cours de la première année¹³. Depuis les années 2000, la Suède a en outre connu une réduction importante de la durée du séjour hospitalier, en partie en raison du financement à l'activité. Les comtés qui utilisent ce mode de financement ont tendance à avoir des séjours plus courts que les autres¹⁴.

L'Angleterre

En Angleterre, les hôpitaux étaient avant 2003 financés principalement par budgets globaux et, à l'image de la situation en vigueur au Canada, la population semblait résignée au long temps d'attente avant de recevoir un traitement. Depuis, la quasi-totalité des soins hospitaliers sont remboursés en vertu d'un système de financement fondé sur les activités, y compris les soins ambulatoires et les services d'urgence¹⁵.

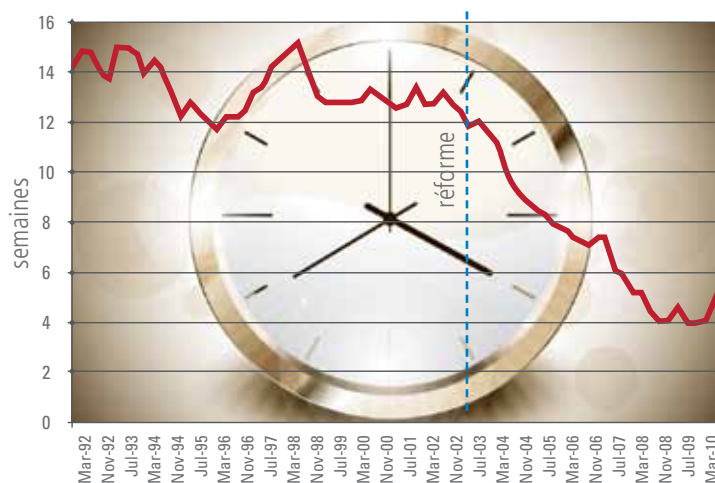
Les résultats n'ont pas tardé à se manifester. La durée de séjour a diminué rapidement après que la réforme ait été mise en œuvre. La meilleure utilisation des ressources par les hôpitaux a permis de traiter davantage de patients, et ce, sans nuire à la qualité des soins¹⁶.

Dans les pays où le mode de financement à l'activité est utilisé dans une large mesure, l'accès aux soins est généralement plus rapide au sein du réseau hospitalier que dans les pays qui fonctionnent sur la base d'un budget global.

La réforme du mode de financement des hôpitaux a aussi pavé la voie à d'autres changements au sein du système de santé anglais qui ont apporté des résultats bénéfiques. Les patients ont maintenant la possibilité de choisir l'établissement où ils souhaitent recevoir leur traitement et les hôpitaux se font concurrence pour les attirer. Cette concurrence accrue, qui découle directement de la réforme du financement, a joué un rôle clé dans l'amélioration de la gestion des hôpitaux et de la qualité des soins prodigués aux patients¹⁷.

Comme l'illustre la Figure 1, le temps d'attente médian pour une chirurgie non urgente en Angleterre a fondu au cours

Figure 1
Évolution du temps d'attente médian pour une chirurgie non urgente en Angleterre (1992-2010)



Source : U.K. Department of Health, *Inpatient and Outpatient Waiting Times statistics*.

de la dernière décennie, tant et si bien qu'il ne représentait plus en 2010 que le tiers de celui atteint en 2000. De plus, selon une enquête récente qui s'est penchée sur l'évolution du temps d'attente pour les remplacements de la hanche, du genou, de même que pour les extractions de la cataracte, la diminution a été encore plus prononcée pour les patients provenant de milieux défavorisés¹⁸. Ainsi, contrairement aux craintes largement répandues à l'époque, les réformes n'ont pas nui à l'équité dans l'accès aux soins¹⁹.

Grâce au financement à l'activité et aux autres mesures d'incitation données aux hôpitaux, la rapidité avec laquelle les patients sont pris en charge à l'urgence a aussi connu une nette amélioration, sans que d'autres aspects des soins en souffrent²⁰. Les plus récentes données compilées indiquent que 97 % des patients se présentant dans une urgence reçoivent un diagnostic du médecin à l'intérieur du délai cible de quatre heures²¹.

De plus, les préoccupations voulant que la tarification à l'activité ait pu inciter les hôpitaux, en particulier ceux du secteur privé, à sélectionner les cas les moins complexes se sont avérées largement infondées²². À l'instar de la plupart des pays ayant adopté ce type de financement, on a développé en Angleterre des mécanismes afin d'identifier les cas atypiques et de tenir compte dans les paiements aux hôpitaux des coûts supplémentaires qu'engendre le traitement de ces patients²³.

Conclusion : vers un changement de culture

Certaines expériences canadiennes fondées sur un mode de paiement incitatif pour les hôpitaux, notamment en Ontario et en

Colombie-Britannique, se sont aussi révélées efficaces pour réduire le temps d'attente²⁴ et pourraient servir d'inspiration au gouvernement du Québec pour son projet pilote. Cependant, la mise en place d'une réforme du financement des hôpitaux au Québec risque de poser certains défis.

Cette concurrence accrue, qui découle directement de la réforme du financement, a joué un rôle clé dans l'amélioration de la gestion des hôpitaux et de la qualité des soins prodigués aux patients.

Le financement à l'activité nécessitera notamment un changement des règles de gestion au sein des établissements. À l'heure actuelle, les médecins bénéficient d'une grande liberté de pratique et sont rémunérés directement par la Régie de l'assurance maladie. La responsabilité d'optimiser les ressources et de réduire le coût des services, qui doit faire partie du rôle des gestionnaires d'hôpitaux, pourrait être difficile à assumer si ces derniers ne peuvent prendre les décisions requises en ce qui a trait à l'affectation des ressources, tant humaines que matérielles, au sein des hôpitaux.

Cet obstacle n'est toutefois pas insurmontable. Les expériences étrangères montrent qu'une réforme du financement des hôpitaux peut être accompagnée de modalités qui seront acceptées autant par les professionnels de la santé que par les gestionnaires²⁵.

Références

1. Aaron Darfel, « Wait times for major surgery growing again », *The Gazette*, 19 avril 2012; Sara Champagne, « Institut de cardiologie : la moitié des salles d'opération sont fermées », *La Presse*, 23 février 2012.
2. Louise-Maude Rioux-Soucy, « Santé : le patron du CUSM propose un financement des hôpitaux à l'acte », *Le Devoir*, 2 février 2011; Daphné Cameron, « Appel à une révision majeure du financement de la santé », *La Presse*, 22 février 2012.
3. Sara Champagne, « Budget en santé : le gouvernement ouvre la porte au financement à l'acte », *La Presse*, 20 mars 2012.
4. Jason M. Sutherland, *Mécanismes de financement des hôpitaux : aperçu et options pour le Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, mars 2011, p. 4.
5. Roger Feldman et Felix Lobo, « Global budgets and excess demand for hospital care », *Health Economics*, vol. 6 (1997), p. 187-196; voir aussi : Gérard Bélanger, *L'économie de la santé et l'État providence*, Éditions Varia, 2005, p. 185-187.
6. Pierre Ouellette, *Efficience et budgétisation des hôpitaux et autres institutions de santé au Québec*, document remis au Groupe de travail sur le financement du système de santé, novembre 2007, p. 13.
7. David Scheller-Kreinsen, Alexander Geissler et Reinhard Busse, « The ABC of DRGs », *Euro Observer*, vol. 11 (2009), no 4, p. 1.
8. Anurag Sharma, « Inter-DRG resource dynamics in a prospective payment system: a stochastic kernel approach », *Health Care Management Science*, vol. 12 (2009), p. 38-55.
9. Terje P. Hagen, Marijke Veenstra, Knut Stavem, *Efficiency and patient satisfaction in Norwegian hospitals*, Institute of Health Management and Health Economics, décembre 2005, p. 1.
10. Jeremy Hurst et Luigi Siciliani, *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries*, OCDE, juillet 2003, p. 27.
11. Une politique donnant le libre choix aux patients en ce qui concerne l'hôpital a aussi joué un rôle dans cette diminution du temps d'attente. Voir : Anen Ringard et Terje P. Hagen, « Are waiting times for hospital admissions affected by patients' choices and mobility? » *BMC Health Services Research*, vol. 11 (2011), p. 17.
12. Pal E. Martinussen et Jon Magnussen, « Health care reform: the Nordic experience », dans Jon Magnussen, Karsten Vrangbaek et Richard B. Saltman (dir.), *Nordic health care systems: Recent reforms and current policy challenges*, Open University Press, 2009, p. 21-52.
13. Stefan Hakansson, « Productivity changes after introduction of prospective hospital payments in Sweden », *Casemix Quarterly*, vol. 2 (2000), no 2, p. 47-57.
14. Lisbeth Serdén et Mona Heurgren, « Sweden: The history, development and current use of DRGs », dans Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin et Miriam Wiley (dir.), *Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Open University Press, 2011, p. 340-357.
15. Anne Mason, Padraic Ward et Andrew Street, « England: The Healthcare Resource Group system », dans Reinhard Busse et coll., *op. cit.*, note 14, p. 197-220.
16. Shelley Ferrar, Deokhee Yi, Matt Sutton, Martin Chalkley, Jon Sussex et Anthony Scott, « Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis », *BMJ*, vol. 339 (2009), p. b3047.
17. Zach Cooper, Stephen Gibbons, Simon Jones et Alistair McGuire, « Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms », *The Economic Journal*, vol. 121 (2011), p. F228-F260; Nicholas Bloom, Carol Propper, Stephan Seiler et John Van Reenen, *The impact of competition on management quality: evidence from public hospitals*, National Bureau of Economic Research, mai 2010.
18. Zachary N. Cooper, Alistair McGuire, S. Jones, J. Le Grand et Richard Titmuss, « Equity, waiting times, and NHS reforms: retrospective study », *BMJ*, vol. 339 (2009), p. b3264.
19. Richard Cookson, Mauro Laudicella, Paolo Li Donni et Mark Dusheiko, « Effects of the Blair/Brown NHS reforms on socioeconomic equity in health care », *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 17 (2012), supplément 1, p. 55-63.
20. Steven Kelman et John N. Friedman, « Performance Improvement and Performance Dysfunction: An Empirical Examination of Distortionary Impacts of the Emergency Room Wait-Time Target in the English National Health Service », *Journal of Public Administration Research*, vol. 19 (2009), p. 917-946; Carol Propper, Matt Sutton, Carolyn Whitnall et Frank Windmeijer, « Incentives and targets in hospital care: Evidence from a natural experiment », *Journal of Public Economics*, vol. 94 (2010), p. 318-335.
21. U.K. Department of Health, *Total Time Spent in A&E*, novembre 2011, http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Statistics/Perfomancedataandstatistics/AccidentandEmergency/DH_079085.
22. Luigi Siciliani, Peter Sivey et Andrew Street, « Differences in length of stay for hip replacement between public hospitals, specialised treatment centres and private providers: selection or efficiency? », *Health Economics*, 2012 (à paraître).
23. Francisc Cots, Pietro Chiarello, Xavier Salvador, Xavier Castells et Wilm Quentin, « DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences », dans Reinhard Busse et coll., *op. cit.*, note 14, p. 87.
24. Rod Mickleburgh, « Patient-based funding breathes new life into hospitals », *The Globe and Mail*, 10 décembre 2011; J. Michael Paterson, Janet E. Hux, Jack V. Tu et Andreas Laupacis, *The Ontario Wait Time Strategy: No Evidence of an Adverse Impact on Other Surgeries*, Institute for Clinical Evaluative Sciences, mai 2007.
25. Lisbeth Serdén et Mona Heurgren, *op. cit.*, note 14, p. 354.

1010, rue Sherbrooke O., bureau 930
Montréal (Québec) H3A 2R7 Canada
Téléphone : 514 273-0969
Télécopieur : 514 273-2581
Site Web : www.iedm.org

L'Institut économique de Montréal (IEDM) est un organisme de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Par ses études et ses conférences, l'IEDM alimente les débats sur les politiques publiques au Québec et au Canada en proposant des réformes créatrices de richesse et fondées sur des mécanismes de marché.

Fruit de l'initiative commune d'entrepreneurs, d'universitaires et d'économistes, l'IEDM n'accepte aucun financement gouvernemental. Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration.

La présente publication n'implique aucunement que l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit.

Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source.

Institut économique de Montréal © 2012

Illustration : Ygreck Design graphique : Mireille Dufour