

AVRIL 2024

## FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ DES HÔPITAUX EN ALBERTA : LES EXEMPLES DU QUÉBEC ET DE L'AUSTRALIE

Par Krystle Wittevrongel

Le système de santé de l'Alberta est plus coûteux que plusieurs autres systèmes au Canada et dans le monde, mais est moins performant à bien des égards, notamment en matière de temps d'attente, probablement l'indicateur le plus remarquable<sup>1</sup>. Par exemple, bien que l'Alberta dépense systématiquement beaucoup plus par habitant pour les soins de santé que les autres grandes provinces canadiennes, le temps d'attente médian entre la référence d'un médecin généraliste et le traitement par un spécialiste y était de 33,3 semaines en 2022, contre 29,4 semaines au Québec, 25,8 semaines en Colombie-Britannique et 20,3 semaines en Ontario. Les Albertains ont attendu un nombre médian de 232 jours pour une arthroplastie de la hanche cette année-là, soit plus longtemps que les patients du Québec, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario<sup>2</sup>. En Australie, toutefois, le temps d'attente médian pour une arthroplastie totale de la hanche en 2022 était de 175 jours dans les hôpitaux publics<sup>3</sup>.

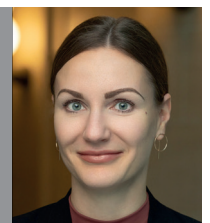
L'un des obstacles à l'amélioration de la performance du système de santé de l'Alberta est que le financement de ses hôpitaux repose sur des budgets globaux. Un tel système alloue aux hôpitaux une enveloppe budgétaire préétablie pour payer un nombre attendu de services, basé en grande partie sur les volumes historiques. Le problème des budgets globaux est qu'ils ne tiennent pas compte des coûts réels encourus pour la prestation des soins, tout en diminuant les incitations à l'amélioration. Il en résulte finalement un



rationnement des soins, car les patients sont considérés comme une dépense à gérer.

Il existe toutefois une solution alternative, le financement à l'activité (FAA), qui a largement remplacé les budgets globaux dans beaucoup de pays de l'OCDE et qui s'implante progressivement dans certaines provinces canadiennes<sup>4</sup>. Avec le FAA, les hôpitaux reçoivent un paiement fixe pour chaque service déterminé qu'ils fournissent, ajusté en fonction de certains paramètres<sup>5</sup>. Si un hôpital traite plus de patients et fournit plus de services, il reçoit plus de fonds; s'il en traite moins, il en reçoit moins. Essentiellement, l'argent suit le patient, ce qui a un effet remarquable : les patients sont désormais considérés comme une

Cette Note économique a été préparée par **Krystle Wittevrongel**, analyste senior en politiques publiques et leader du Projet Alberta à l'IEDM. La Collection Santé de l'IEDM vise à examiner dans quelle mesure la liberté de choix et l'entrepreneuriat permettent d'améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé pour tous les patients.



source de revenus, et non plus seulement comme une dépense. Des études ont montré que les systèmes de FAA qui comprennent des mesures de protection appropriées en matière de qualité et de gaspillage sont notamment associés à une réduction des coûts hospitaliers, à une efficacité accrue et à des temps d'attente plus courts<sup>6</sup>.

Pour accroître sa capacité et sa performance, l'Alberta devrait envisager d'adopter un tel système de financement de ses hôpitaux. Puisque plus de 25 % des dépenses totales de santé de la province sont consacrées aux hôpitaux<sup>7</sup>, il est primordial de réduire les coûts et de gagner en efficacité.

Les modèles de FAA varient selon le territoire et le contexte afin de tenir compte des situations distinctes et des objectifs politiques particuliers qui sont visés<sup>8</sup>. Deux modèles offrent des perspectives intéressantes : celui du Québec, où le financement à l'activité des hôpitaux a été progressivement mis en place au cours des dernières années, et celui de l'Australie, où après plus de trois décennies, le FAA est la règle et les budgets globaux l'exception.

## **LE FAA AU QUÉBEC : UNE AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE ET UNE DIMINUTION DES COÛTS**

Durant les deux dernières décennies, les réformes du financement hospitalier au Québec visaient à mieux relier le financement à la prestation des soins de santé, et ce, afin d'améliorer la qualité des soins et l'accès à ces derniers<sup>9</sup>. Ces réformes de financement axé sur le patient (un type de FAA) ont entraîné une efficacité et des volumes accrus, ainsi qu'une réduction des coûts et des temps d'attente pour un certain nombre d'interventions chirurgicales et d'autres procédures au Québec<sup>10</sup>.

Ces réformes ont commencé en 2004, lorsque le Québec a utilisé le FAA pour octroyer un financement supplémentaire pour certaines chirurgies, afin de réduire les temps d'attente dans le cadre du Programme d'accès à la chirurgie<sup>11</sup>. Les chirurgies initialement ciblées étaient le remplacement de la hanche, le remplacement du genou et les chirurgies de la cataracte, mais d'autres procédures ont ensuite été intégrées au programme. Son financement couvrait le volume des interventions chirurgicales dépassant celles pratiquées en 2002-2003 et se basait sur le coût moyen de chaque intervention spécifique. Les procédures ont été classées par catégories de coût, en tenant aussi compte de l'intensité de l'utilisation des ressources et du coût unitaire selon les coûts directs et indirects.

En 2012-2013, ce programme ciblé avait permis d'augmenter considérablement le volume de chirurgies pratiquées, en plus de réduire les temps d'attente et la durée des séjours<sup>12</sup>. Toutefois, comme le FAA n'a été appliqué qu'aux volumes excédentaires de chirurgies supplémentaires, les gains d'efficacité ont été limités. C'est notamment pour cette raison que le groupe d'experts pour un financement axé sur le patient a recommandé d'élargir le programme<sup>13</sup> et qu'en 2012, le gouvernement du Québec a commencé à envisager d'autres projets pilotes en vue de l'implantation progressive du FAA<sup>14</sup>.

- En 2015, le FAA a été implanté dans le secteur de la radio-oncologie, ce qui a permis d'améliorer l'accès aux services à moindre coût : en date de 2023-2024, la productivité a augmenté de plus de 26 % et les coûts moyens des procédures ont diminué de 7 %<sup>15</sup>.
- En 2017-2018, le FAA a été introduit dans le domaine de l'imagerie, ce qui a entraîné une augmentation de plus de 22 % du nombre d'examen d'imagerie par résonance magnétique et une baisse de 4 % du coût unitaire des opérations<sup>16</sup>.
- Après ces réussites, le FAA a été déployé dans le secteur des colonoscopies et des endoscopies digestives en 2018-2019, ce qui a entraîné une augmentation de la productivité de 14 % et une diminution de 31 % des cas en attente hors délai<sup>17</sup>.

**Les systèmes basés sur le financement à l'activité sont notamment associés à une réduction des coûts hospitaliers, à une efficacité accrue et à des temps d'attente plus courts.**

Dans l'ensemble, le Québec a connu une augmentation de productivité et d'efficacité, en plus d'une réduction des coûts, dans les secteurs auxquels le FAA a été appliqué (voir la Figure 1).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a poursuivi le déploiement du FAA à un plus grand nombre de chirurgies en 2023, après quoi il était prévu qu'environ 25 % des soins et services offerts en santé physique dans les hôpitaux du Québec seraient financés de cette manière, avec comme objectif d'atteindre 100 % d'ici 2027-2028<sup>18</sup>. De plus, le budget de 2024-2025 a de nouveau

étendu la portée du FAA pour inclure les secteurs de la médecine, des urgences, de la néonatalogie et de la dialyse.

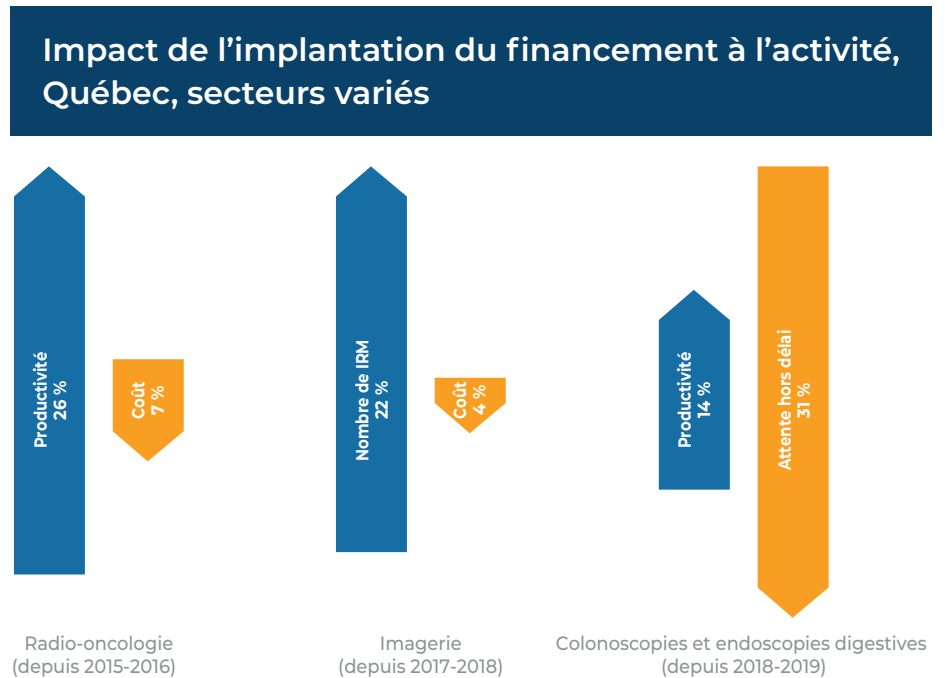
Ce recours accru au FAA vise à désengorger les hôpitaux en réduisant les temps d'attente et les listes d'attente<sup>19</sup>, en plus d'aligner le financement des soins de santé québécois sur ce qui est devenu la norme dans la plupart des pays de l'OCDE. En Australie, par exemple, le FAA est la règle et non l'exception, et s'applique à une grande partie des services hospitaliers.

### L'UTILISATION À GRANDE ÉCHELLE DU FAA EN AUSTRALIE

L'Australie a également mis en œuvre le FAA par étapes, comme le fait actuellement le Québec. Ce financement a d'abord été introduit dans un premier État dans les années 1990, puis fut adopté à l'échelle nationale en 2012 pour tous les programmes admis, afin de générer une efficacité accrue tout en intégrant des considérations relatives à la qualité et à la sécurité<sup>20</sup>. Ces dernières servent de mesures de protection pour que les incitations à l'efficacité n'aient pas d'impact négatif sur les services rendus. Par exemple, le cadre de paiement du FAA est ajusté en fonction des infections nosocomiales et des réhospitalisations évitables, deux indicateurs de la sécurité et de la qualité des services d'un hôpital<sup>21</sup>. Si la qualité des services devait diminuer, le financement serait ajusté et les paiements seraient retenus. Le FAA a non seulement réussi à accroître l'efficacité des hôpitaux en Australie, mais il a également permis une amélioration proactive des services, qui a à son tour eu un impact positif sur la sécurité et la qualité des services<sup>22</sup>.

Actuellement, les services d'urgence, les soins de courte durée, les services de santé mentale avec admission, les soins subaigus, les soins non actifs et les soins sans admission sont financés par le FAA en Australie. Cela comprend également les soins de réadaptation, les soins palliatifs et les soins gériatriques ou d'entretien<sup>23</sup>. Les budgets globaux sont encore utilisés dans certains cas de financement global, mais il s'agit d'une exception limitée à certains hôpitaux, programmes ou épisodes de soins spécifiques<sup>24</sup>. Les petits hôpitaux

Figure 1



Sources : Gouvernement du Québec, *Budget 2023-2024 : Un Québec engagé*, mars 2023, p. D. 8; Gouvernement du Québec, *Budget 2024-2025 : Priorités : santé et éducation*, mars 2024, p. B. 12.

ruraux, les programmes de santé mentale sans admission et quelques autres thérapies ou cliniques hautement spécialisées, ou encore certains services de santé communautaires ont tendance à recevoir un financement global en raison de coûts plus élevés que la moyenne, découlant notamment de l'absence d'économies d'échelle et de volumes inadéquats.

**Le recours accru au FAA au Québec vise à désengorger les hôpitaux en réduisant les temps d'attente et les listes d'attente.**

Lors de son introduction, le FAA représentait environ 25 % des revenus des hôpitaux (soit à peu près le niveau actuel du Québec)<sup>25</sup>. Aujourd'hui, le FAA représente 87,0 % des dépenses hospitalières totales en Australie, allant de 83,6 % en Tasmanie à 93,0 % dans le Territoire de la Capitale australienne (voir la Figure 2).

Il existe toutefois une plus grande variabilité au niveau des réseaux hospitaliers locaux au sein des territoires ou des États. Par exemple, entre 2019 et 2024, en moyenne 92,3 % du financement total

des hôpitaux du district sanitaire local du sud-est de Sydney (South Eastern Sydney Local Health District) était du FAA, et 7,7 % seulement du financement global<sup>26</sup>. En comparaison, pour les hôpitaux du district sanitaire local de l'extrême ouest (Far West Local Health District), le FAA représentait en moyenne 72,0 % du financement total et le financement global 28,0 %, pour la même période<sup>27</sup>.

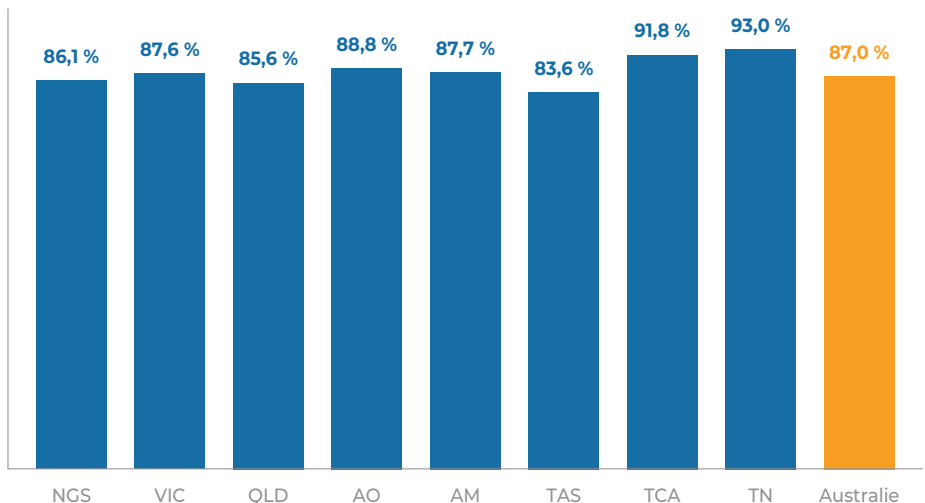
La proportion de FAA par hôpital est déterminée, de façon générale, par le type et le volume des services fournis aux patients, mais aussi par les caractéristiques de l'hôpital et la démographie des patients de la région<sup>28</sup>. Par exemple, il pourrait être nécessaire de compenser les différences de taille et d'emplacement des hôpitaux, ou de rembourser un autre élément du coût fixe de la prestation de services. Dans le district sanitaire local de l'extrême ouest, en moyenne 65,1 % du financement global entre 2019-2020 et 2023-2024 a été accordé aux petits hôpitaux ruraux, tandis que seulement 1,4 % du financement global dans le district sanitaire local du sud-est de Sydney était destiné à ce type d'hôpital<sup>29</sup>. En fin de compte, ces deux districts desservent des populations très différentes, le district sanitaire local de l'extrême ouest étant le district le moins peuplé d'Australie<sup>30</sup>.

**Aujourd'hui, le FAA représente 87,0 % des dépenses hospitalières totales en Australie, allant de 83,6 % en Tasmanie à 93,0 % dans le Territoire de la Capitale australienne.**

Dans l'ensemble, le recours au FAA en Australie a considérablement amélioré la performance des hôpitaux. Peu après sa mise en œuvre, le volume de soins en Australie a augmenté et les listes d'attente ont diminué de 16 % au cours de la première année<sup>31</sup>. Entre 2005 et 2017, les hôpitaux financés par ce mécanisme dans le Queensland sont

Figure 2

### Proportion du FAA dans le financement total des hôpitaux, 2023-2024, Australie



**Note :** Nouvelle-Galles du Sud (NGS), Victoria (VIC), Queensland (QLD), Australie-Occidentale (AO), Australie-Méridionale (AM), Tasmanie (TAS), Territoire de la capitale australienne (TCA), Territoire du Nord (TN).  
**Source :** Calculs de l'auteur. National Health Funding Body, Funding reports, States, page consultée le 22 mars 2024.

devenus plus efficaces que ceux qui bénéficiaient d'un financement global<sup>32</sup>. De plus, le FAA peut contribuer à réduire la durée des séjours et les réadmissions à l'hôpital<sup>33</sup>, deux facteurs de coût importants pour les systèmes de soins de santé, en plus de mobiliser les lits et les ressources des hôpitaux.

### CONCLUSION

Le FAA a été associé à une réduction des coûts hospitaliers, à une plus grande efficacité et à des temps d'attente plus courts, trois caractéristiques qui font défaut en Alberta et pour lesquels une réforme s'impose. Pour améliorer la performance de son système de santé, l'Alberta devrait suivre l'exemple du Québec et passer à un système de financement à l'activité. En effet, sur la base de l'expérience de pays comme l'Australie, une application généralisée devrait être l'objectif, comme c'est le cas au Québec. Les patients de l'Alberta ont déjà beaucoup trop attendu pour avoir accès aux soins de qualité qu'ils méritent. Il est maintenant temps d'agir.



## RÉFÉRENCES

- Public Health Emergencies Governance Review Panel, « Appendices », novembre 2023, p. 186-200.
- En 2022, les Québécois ont attendu un nombre médian de 203 jours, les Britannico-Colombiens de 149 jours et les Ontariens de 108 jours. Institut canadien d'information sur la santé, *Explore wait times for priority procedures across Canada*, page consultée le 4 avril 2024.
- En 2022-2023, soit une augmentation par rapport à 2021-2022 (153 jours). Les Australiens dépensent aussi généralement moins en soins de santé que les Albertains. Gouvernement australien, Institut australien de la santé et du bien-être, *Elective surgery*, 6 décembre 2023; OCDE, Explorateur des données de l'OCDE, *Waiting times, Australia, Hip replacement (total and partial, including the revision of hip replacement)*, page consultée le 10 avril 2024.
- Karen S. Palmer *et al.*, « Activity-Based Funding of Hospitals and Its Impact on Mortality, Readmission, Discharge Destination, Severity of Illness, and Volume of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis », *PLoS One*, vol. 9, no 10, 2014, p. 2.
- Cela a également été recommandé par le Public Health Emergencies Governance Review Panel dans son rapport final, novembre 2023, p. 89-90.
- George S. Chulis, « Assessing Medicare's Prospective Payment System for Hospitals », *Medical Care Review*, vol. 48, no 2, 1991, p. 200; Erik Bjørn *et al.*, « How different are hospitals' responses to a financial reform? The impact on efficiency of activity-based financing », *Health Care Management Science*, vol. 13, 2010, p. 9-10; Reinhard Busse *et al.*, « Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals? » *BMJ*, 2013, p. 1-2; Siok Swan Tan *et al.*, « DRGs and cost accounting: Which is driving which? » in Reinhard Busse *et al.*, *Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Buckingham, Open University Press and WHO Regional Office for Europe, 2011, p. 216.
- Toula Mazloum, « Alberta health spending to climb to \$41.9 billion in 2023: CIHI report », *Edmonton Journal*, 2 novembre 2023.
- Maude Laberge *et al.*, « Hospital funding reforms in Canada: a narrative review of Ontario and Quebec strategies », *Health Research Policy and Systems*, vol. 20, no 76, 2022, p. 2; Jordan Isenberg, « Moving Towards Activity-Based Financing: Interjurisdictional Experience and Outlook for Quebec », Université McGill, 2014, p. 1.
- Avec le Programme d'accès à la chirurgie. Maude Laberge *et al.*, *ibid.*; Expert Panel for Patient-Based Funding, *Better Access to Surgery: An expanded activity-based funding program*, document technique 1, Gouvernement du Québec, 2014, p. 9.
- Gouvernement du Québec, *Budget 2023-2024: un Québec engagé*, mars 2023, p. D.8.
- Expert Panel for Patient-Based Funding, *op. cit.*, note 9.
- Par rapport aux valeurs de 2002-2003. Sans impact sur la mortalité dans les hôpitaux. *ibid.*, p. 9-14; Maude Laberge et Myriam Champagne, « Rapport de colloque – Financement axé sur le patient : quelles considérations pour le Québec? », mars 2019, p. 12.
- ibid.*, p. 19.
- Gouvernement du Québec, *Budget 2012-2013 : Discours sur le budget*, 20 mars 2012, p. 7.
- Il en résulte une économie récurrente de 15 millions de dollars le réseau en raison d'une diminution de 7 % du coût moyen des procédures en 2023-2024, par rapport à 2014-2015. Gouvernement du Québec, *op. cit.*, note 10, p. D.8; gouvernement du Québec, *Budget 2024-2025 : Priorités : santé et éducation*, mars 2024, p. B.12.
- Par rapport aux données de 2015-2016. *Idem.*
- Idem.*
- Gouvernement du Québec, *op. cit.*, note 10.
- Gouvernement du Québec, *op. cit.*, note 15.
- Liza Heslop, « Activity-based funding for safety and quality: A policy discussion of issues and directions for nursing-focused health services outcomes research », *International Journal of Nursing Practice*, vol. 25, no 5, p. 2; Bao Hoang Nguyen *et al.*, « Activity based funding reform and the performance of public hospitals: The Case of Queensland, Australia », document de travail, école d'économie de l'Université du Queensland, novembre 2022, p. 2, 4 et 26; Australian Healthcare and Hospitals Association, « Public Hospital Funding », avril 2020.
- Samuel B. G. Webster *et al.*, « Incorporating Safety and Quality Measures Into Australia's Activity-Based Funding of Public Hospital Services », *Hospital Services Insights*, Vol. 16, 2023, p. 1-2.
- J. Downie, « More than just activity: Pricing and funding for quality and safety », HIM Association Australia, cité par Liza Heslop, *ibid.*
- National Health Funding Body, page d'accueil, *Public hospital funding, Funding types*, page consultée le 9 mars 2024.
- Un seuil spécifique est utilisé pour déterminer si un hôpital public recevra un financement global, et toute l'activité de l'hôpital est prise en compte dans son évaluation par rapport à ce seuil de faible volume. Un financement global est également en place pour les scénarios dans lesquels les composantes du FAA ne sont pas actuellement disponibles pour permettre la tarification des activités, telles que les activités d'enseignement et de formation (à moins qu'elles ne soient menées conjointement avec les soins aux patients). *Idem*; Independent Health and Aged Care Pricing Authority, « Pricing Framework for Australian Public Hospital Services », décembre 2023, p. 15 et 26.
- Andrew Street *et al.*, « Introducing activity-based financing: a review of experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden », Centre for Health Economics, Université York, 2007, p. 7.
- Calculs de l'auteure. Sur huit hôpitaux publics, en plus d'autres services de soins de santé communautaires. National Health Funding Body, *Funding reports, Local hospital networks*, South Eastern Sydney Local Health District, Jan 2024, page consultée le 9 mars 2024.
- Calculs de l'auteure. Il y a sept hôpitaux publics dans ce district. National Health Funding Body, *Funding reports, Local hospital networks*, Far West Local Health District, Jan 2024, page consultée le 9 mars 2024.
- Institut canadien d'information sur la santé, « 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*, 2013, p. 15; Andrew Street *et al.*, *op. cit.*, note 25, p. 4.
- Calculs de l'auteure.
- D'après le recensement de 2016. Gouvernement de la Nouvelle-Galles du Sud, « South Eastern Sydney District Data Profile: Sydney, South Eastern Sydney, Northern Sydney », 2023, p. 8-9; gouvernement de la Nouvelle-Galles du Sud, « Far West District Data Profile: Murrumbidgee, Far West and Western NSW », 2023, p. 8-9. NSW Government, NSW Health, Far West, page consultée le 9 mars 2024; National Health Funding Body, *Funding reports, Local hospital networks*, Far West Local Health District Reports, page consultée le 9 mars 2024.
- Karen S. Palmer, *op. cit.*, note 4, p. 9; Andrew Street *et al.*, *op. cit.*, note 25, p. 38-39. Certaines études montrent des résultats mitigés.
- Bao Hoang Nguyen *et al.*, *op. cit.*, note 20, p. 26.
- PwC, *Funding for value*, 2018, p. 6.

L'IEDM est un *think tank* indépendant sur les politiques publiques, avec des bureaux à Montréal et Calgary. Par ses publications, ses apparitions dans les médias et ses services consultatifs aux décideurs politiques, il stimule les débats et les réformes des politiques publiques en se basant sur les principes établis de l'économie de marché et sur l'entrepreneuriat. 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. IEDM © 2024

910, rue Peel, bureau 600, Montréal (Québec) H3C 2H8 T 514.273.0969  
150, 9<sup>e</sup> Avenue SW, bureau 2010, Calgary (Alberta) T2P 3H9 T 403.478.3488