

FINANCEMENT BASÉ SUR LES INCITATIFS ET SYSTÈME DE SANTÉ DU CANADA

Pour améliorer l'efficacité du système de santé, l'Association canadienne des soins de santé recommande que les décideurs et les planificateurs des services de santé relient l'allocation des fonds dédiés aux services de santé aux normes de responsabilisation relatives aux résultats pour les patients de même qu'à l'efficacité de la prestation des soins. Afin de faciliter la sélection et la mise en œuvre des modèles appropriés de financement de la prestation des services de santé, l'ACS a identifié huit principes sur lesquels devrait s'appuyer un modèle de financement :

1. Promouvoir une prestation équitable et accessible des services au sein de toute la population desservie.
2. Favoriser la prestation de soins appropriés/fondés sur des données probantes dans le milieu de santé qui convient le mieux et par le fournisseur de soins le plus approprié.
3. Refléter la complexité des services offerts et les besoins en santé de la population desservie.
4. Favoriser les améliorations à la qualité, la sécurité des patients, l'accessibilité, la transparence, la reddition de comptes et la viabilité.
5. Avoir en place les systèmes nécessaires d'infrastructure d'immobilisations.
6. Comprendre un suivi étroit de ses incidences, fondé sur des critères particuliers, dont l'efficience, les résultats et la qualité des services.
7. Être basé sur des données précises, y compris des données de comparaison appropriées ainsi que des données historiques.
8. Prévoir un examen régulier de la structure et des indicateurs.

Par ailleurs, l'ACS reconnaît que l'efficacité des modèles de financement dépend de la disponibilité des données nécessaires, des dossiers des patients et des infrastructures de communication.

CONTEXTE

Les Canadiens et leurs politiciens se préoccupent de la viabilité du système de santé. Ils s'inquiètent de son coût élevé, tant en termes absolus (195 milliards \$ en 2009¹) qu'en comparaison avec le coût d'autres programmes gouvernementaux (on prévoit que les dépenses en santé représenteront plus de 50 % des dépenses de certains gouvernements provinciaux et territoriaux). Ils s'inquiètent également de la qualité des soins (le système de santé du Canada se classe au huitième rang parmi les 28 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques, et l'Euro-Canada Health Consumer Index² a classé le Canada au dernier rang des 30 pays pour ce qui est de la valeur pour les montants dépensés en soins de santé, en 2008 et en 2009).

¹ ICIS, Les soins de santé au Canada 2010, http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCIC_2010_Web_f.pdf

² Eriksson D, Björnberg A. Euro-Canada Health Consumer Index 2009. Winnipeg: Frontier Centre for Public Policy

Au Canada, les fonds sont distribués par les gouvernements provinciaux et territoriaux aux hôpitaux et autres institutions qui prennent eux-mêmes les décisions relatives au type et au volume de services offerts. Ce mode de financement se nomme « financement global ». Au cours des dernières années, l'efficacité et la qualité du système de santé et sa capacité de répondre aux besoins a été un sujet de préoccupation, ce qui a mené à questionner le mode de « financement global » et à envisager des modifications. On s'est notamment penché sur des modèles de financement liés à l'atteinte d'objectifs eux-mêmes liés :

- au respect d'un ensemble de paramètres de *qualité* qui ont été définis par l'organisme de financement (province ou autorité sanitaire); ou
- à la *quantité* de services qu'un établissement ou un ensemble d'établissements fournissent et à l'efficacité de la prestation de ces services; cela pourrait par exemple signifier une augmentation du nombre d'arthroplasties de hanche ou de genou ou de chirurgies de la cataracte.

Généralement appelés « financement basé sur les incitatifs », ces modèles de financement portent aussi d'autres noms : financement basé sur l'activité, financement basé sur les services, financement basé sur les patients ou axé sur les patients, rémunération au rendement et rémunération aux résultats. Le principe sous-jacent de ce modèle de financement est la création d'incitatifs financiers qui récompensent l'économie de coûts, les améliorations à la qualité et parfois une amélioration des résultats pour les patients. En outre, ce modèle de financement peut favoriser l'efficacité, surtout s'il y a une certaine concurrence entre les établissements. Enfin, le financement basé sur les incitatifs peut aussi engendrer des économies de coûts s'il met l'accent sur la prévention de la maladie.

Des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ont instauré le financement basé sur les incitatifs à l'échelle des soins de première ligne ou des soins actifs. Ainsi, les États-Unis ont été les premiers à instaurer le concept du financement basé sur les incitatifs sous la forme de la rémunération au rendement, en 1982. Le Royaume-Uni a adopté le concept en 1990 en intégrant la rémunération à la performance sanitaire (*target payments*) aux contrats des omnipraticiens pour la vaccination des enfants d'âge préscolaire et le dépistage du cancer du col de l'utérus. L'Australie a quant à elle instauré la rémunération au rendement en 1993, et dix ans plus tard, 70 pour cent du financement des hôpitaux était accordé selon ce modèle. En 2006, les hôpitaux de la Norvège ont reçu 40 pour cent de leur financement en fonction du volume de patients. Le Danemark a introduit le financement basé sur les incitatifs en 2000 et cinq ans plus tard, 52 pour cent du financement des hôpitaux était fondé sur le rendement.³

Au Canada, on a recouru aux modèles de financement basés sur l'activité ou les services pour la mise en œuvre du programme de financement de 2004 visant à réduire les temps d'attente. Jusqu'à maintenant, les évaluations du programme de réduction des temps d'attente ont révélé une amélioration de l'efficacité et une diminution des coûts. En 2010, les provinces de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario ont mis en place des modèles de financement basé sur les incitatifs dans lesquels le financement suit les patients. Dans chacune de ces provinces, le processus de mise en

³ Collier, R., « Activity-based funding: boon or boondoggle. » *CMAJ* 178, 11 (20 mai 2008) p. 1407

œuvre ira de pair avec la détermination d'objectifs financiers et qualitatifs et l'évaluation de leur atteinte.

Les études sur le financement basé sur des incitatifs ont révélé l'importance de comprendre les incidences de ce mode de financement sur « les congés précoces, la sélection des patients et le regroupement de patients en groupes de diagnostic plus complexes ». ⁴ De plus, les études sur l'expérience de ce mode de financement en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni ⁵ révèlent certains problèmes ayant trait au financement de services dans le cas de conditions complexes ou coexistantes. L'OCDE a également déterminé qu'il fallait détenir certains renseignements sur l'état de santé de la population desservie et sur la qualité des services offerts avant d'instaurer un mécanisme de financement basé sur les incitatifs. ⁶ L'ICIS a pour sa part déterminé qu'il fallait trois blocs fonctionnels de données essentielles pour soutenir le financement basé sur les incitatifs, à savoir : des résultats définis; des données financières; et des indicateurs de la qualité. ⁷ Par ailleurs, la capacité de définir un registre de la population des patients s'avère un autre élément essentiel à ce mode de financement. ⁸

Selon l'ICIS, les données sur les temps d'attente, les réadmissions, les taux d'infection dans les hôpitaux et la satisfaction des patients sont utiles pour identifier les efficacités et établir des points de référence. Toutefois, elles ne sont pas assez solides pour l'établissement de rapports à l'échelle du patient. ⁹ Elles créent de la confusion quant à la définition des indicateurs de performance. De plus, les données relatives aux soins continus, aux soins de longue durée et aux soins primaires ne suffisent pas à éclairer les décisions sur le financement basé sur les incitatifs.

Il faudra poursuivre les études pour comprendre la relation entre le financement basé sur les incitatifs et la prestation des services de santé fondée sur l'équipe. Il faudra également quantifier les incidences du financement basé sur les incitatifs sur les services visés par un financement global.

Le rôle de l'ACS

L'Association canadienne des soins de santé a des idées pour améliorer l'efficacité du système, notamment en ce qui a trait à la mise en œuvre de nouveaux modes de financement des services de santé. L'ACS et ses membres des provinces et territoires sont prêts à collaborer avec les décideurs gouvernementaux et d'autres intervenants pour apporter au financement du système de santé les modifications appropriées.

⁴ Organisation de coopération et de développement économiques, *Vers des systèmes de santé plus performants*. Paris, 2004 OCDE

⁵ Parsonage, M (2004). Payment by results: What does it mean for mental health? *Primary Care Mental Health*. 2004; 2:183 -197

⁶ OCDE, idem

⁷ Coutts, J. Thornhill, J, Service-based funding and Pay for Performance: Will incentive payments give Canadian healthcare the Quality Boost it Needs. (2009) *Healthcare Quarterly* 12(3)

⁸ idem

⁹ idem