

Financement des soins chroniques et financement par cas :

Doit-on faire un choix?

6 février 2014



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO)

- Centre de liaison et transfert
- Regroupe plus de 150 chercheurs universitaires
- Près de 25 professionnels de recherche
- Mission :
 - Une voie d'accès aux meilleurs chercheurs dans ce domaine pour toutes entreprises ou organisations, tant privées que publiques, désireuses de trouver des moyens innovateurs d'améliorer l'efficacité de ses activités.

Axes de recherche : Politiques publiques, Finance, Économie expérimentale, Risques, Stratégie et économie internationales et Développement durable.

Plan

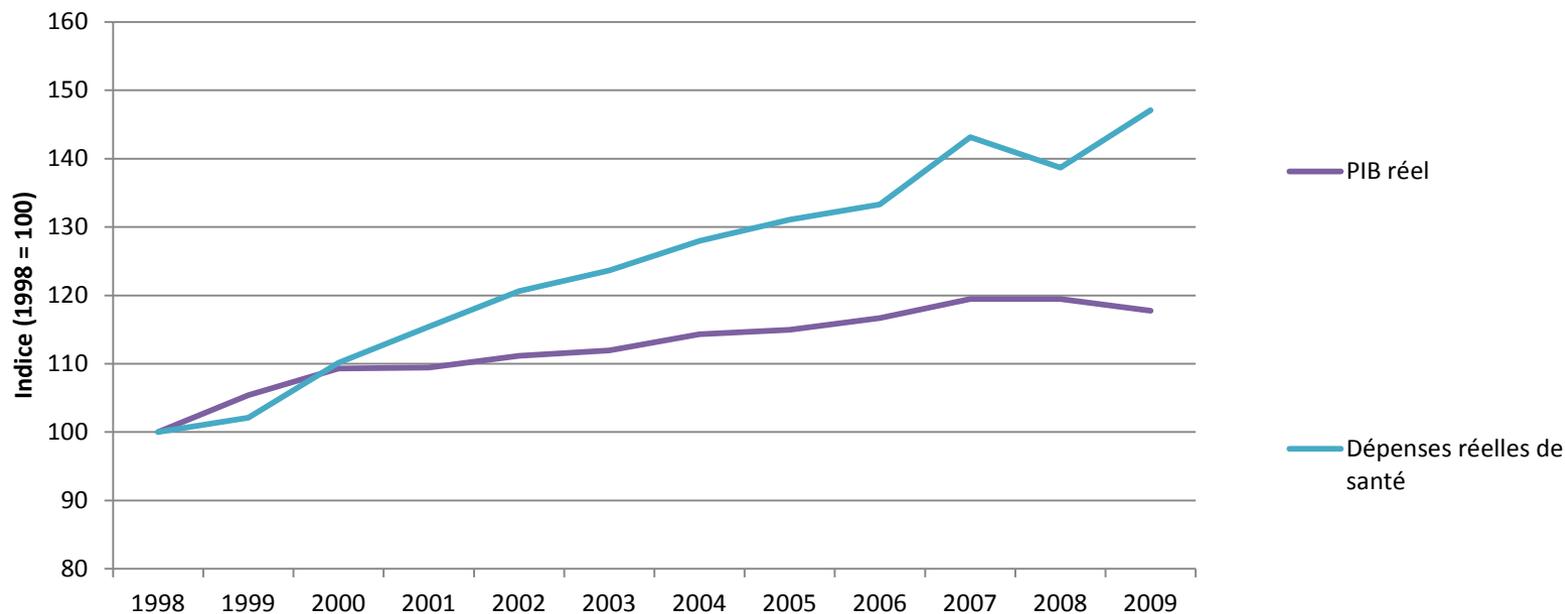
- ❑ Quelques données de contexte
- ❑ Cadre d'analyse
- ❑ Systèmes de santé orientés sur la valeur
- ❑ Les mécanismes de financement des hôpitaux

<http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2013RP-06.pdf>

- ❑ Le financement des soins chroniques

La croissance des dépenses de santé plus élevée que celle de la richesse

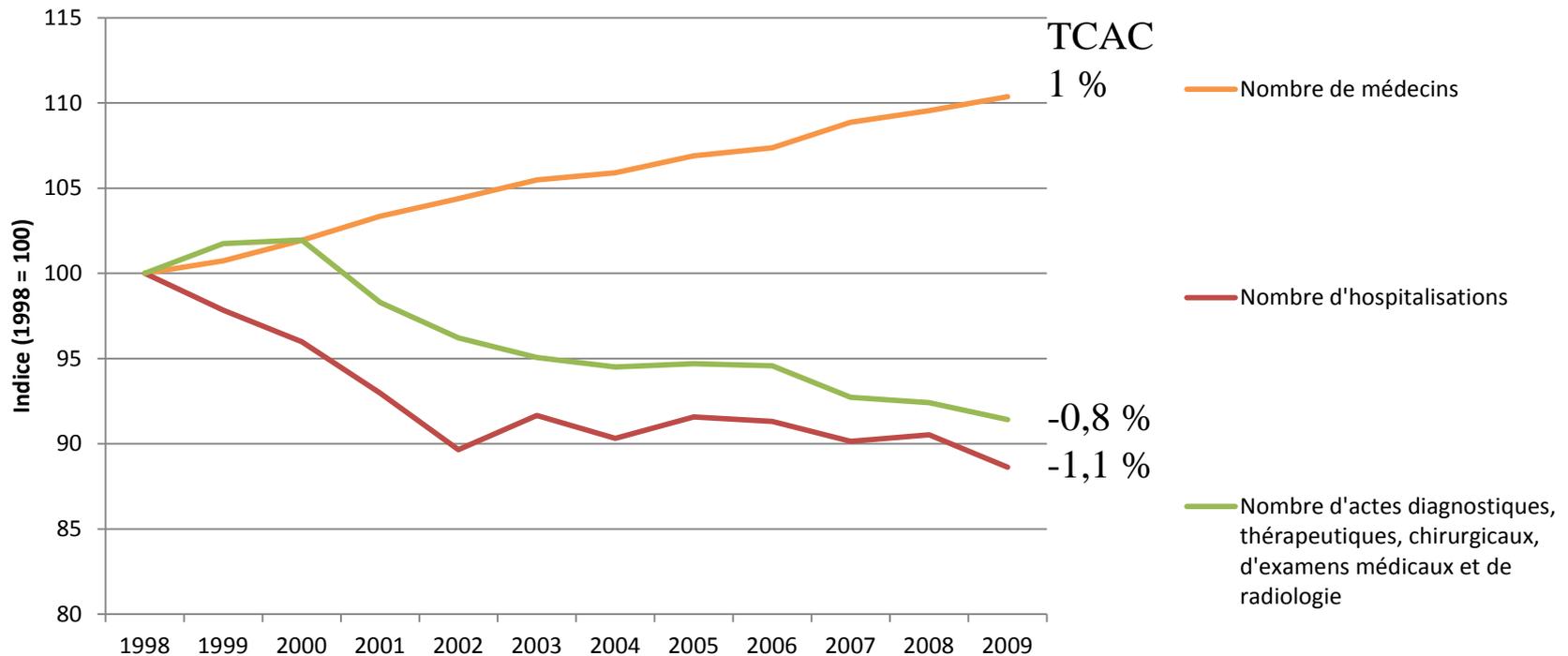
Évolution des dépenses publiques réelles de santé et du PIB réel



Source : CANSIM, compilation CIRANO

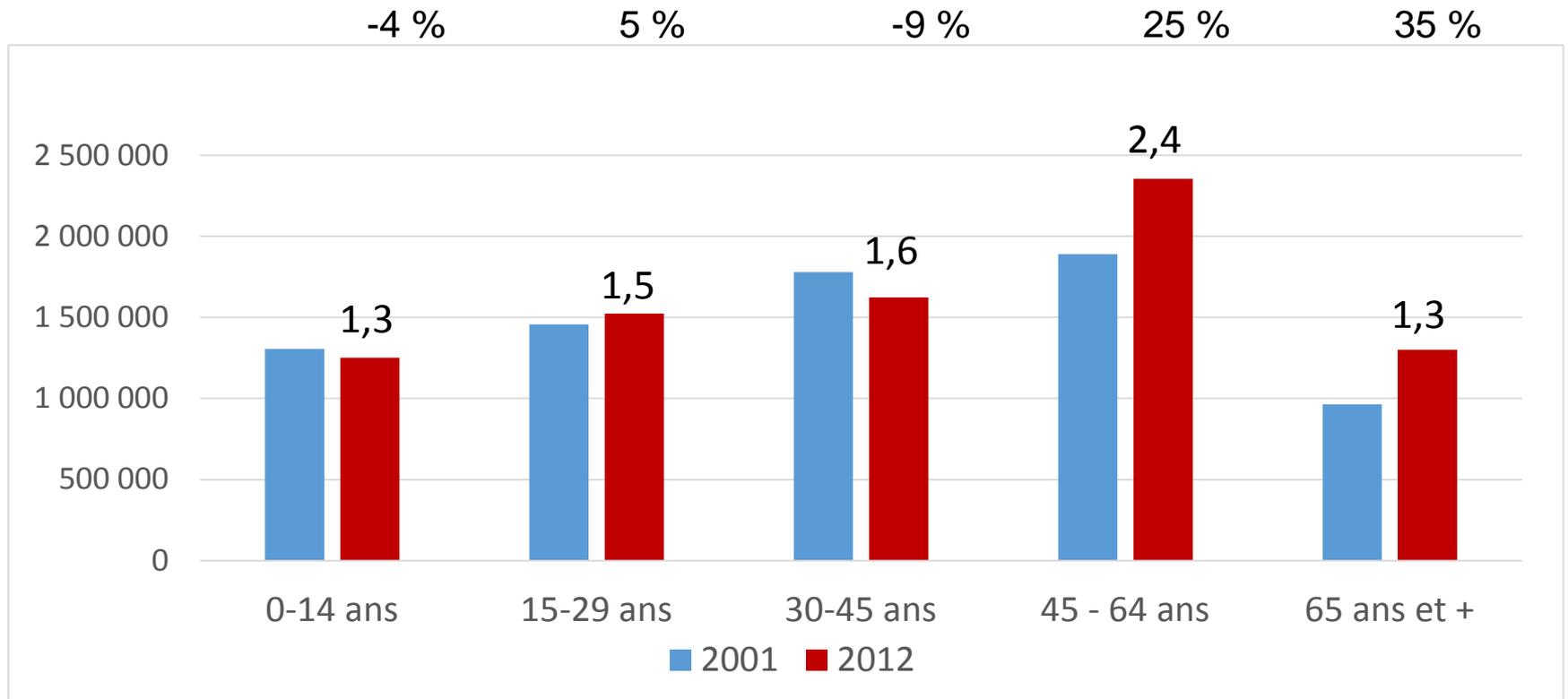
Le nombre d'actes médicaux diminue

Évolution du nombre de médecins et des activités médicales per capita



Source : CANSIM, compilation CIRANO

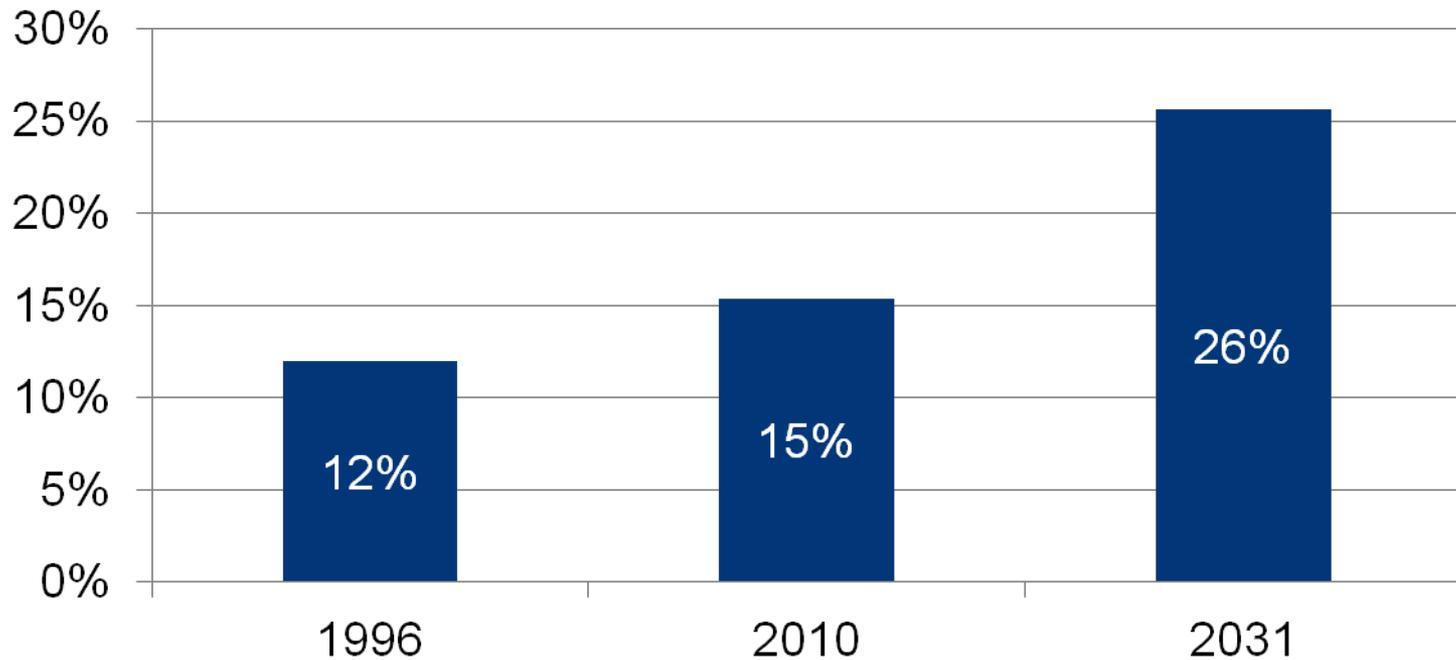
Plus de gens âgés et moins de travailleurs au cours des 15 prochaines années



Source : ISQ, compilation CIRANO

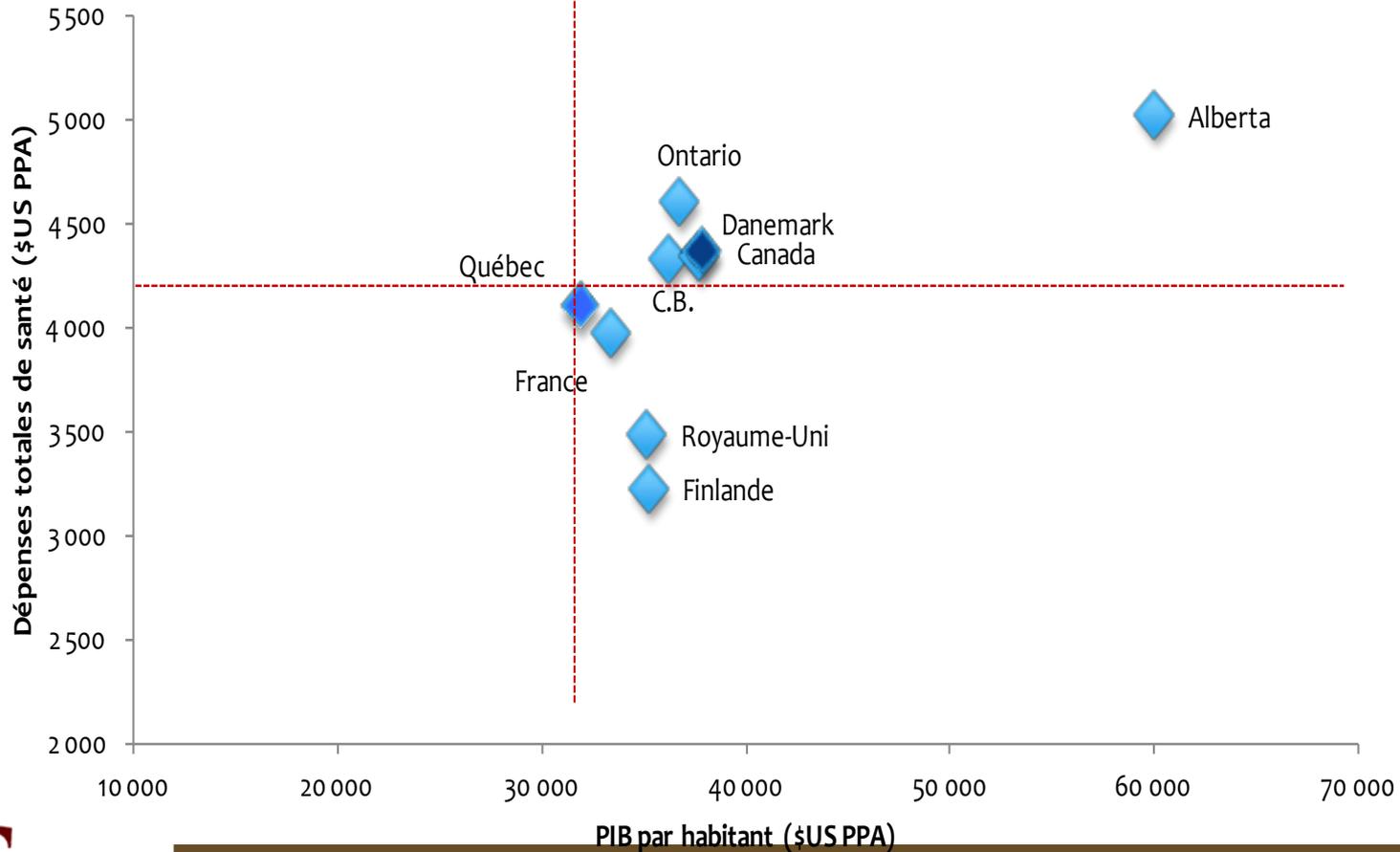
La population vieillit

Part de la population de 65 ans et plus

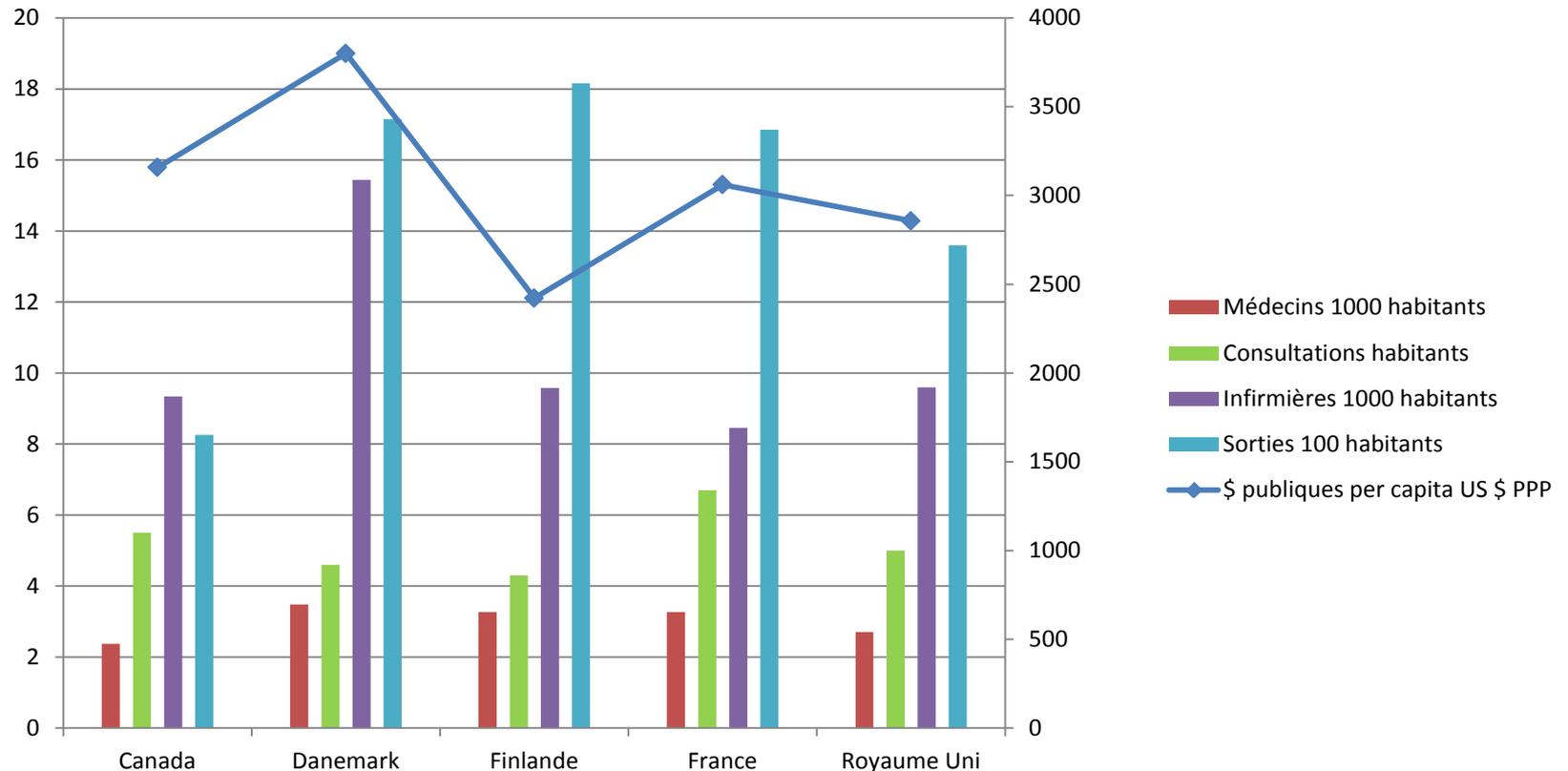


Nous allouons une part importante de nos ressources à la santé

Dépenses totales de santé par habitant et PIB par habitant en 2009, \$ US PPP



Est-ce que nous maximisons nos bénéfices pour notre budget?



Source : OCDE, compilation CIRANO

La folie, c'est de faire toujours la même chose et de s'attendre à un résultat différent. – Albert Einstein

- ❑ La croissance des dépenses de santé plus élevée que la croissance du PIB
- ❑ Nous augmentons les budgets de santé pour accroître l'offre
- ❑ Les services médicaux diminuent de 1 % par année, les hospitalisations aussi
- ❑ Les délais d'attente sont trop élevés

Cadre d'analyse des mécanismes de financement

- ❑ Prémisse : « Tous les systèmes de santé universels ont pour objectifs d'améliorer la valeur au patient. » (Teperi et al 2009)
- ❑ Proposition – Analyser l'orientation du système selon la valeur pour le patient
- ❑ Le système de gouverne
 - Régulation
 - Structures organisationnelles
 - Incitatifs
 - Mécanismes de contrôle
 - Évaluation et rétroaction

Un système orienté sur la valeur réconcilie les objectifs des parties

- ❑ Objectif du système de santé : Améliorer la valeur fournie aux patients
 - La valeur étant définie comme les résultats de santé par dollar dépensé.
 - Pas le nombre de services offerts mais maximiser les résultats compte tenu des ressources à notre disposition.
 - Les résultats doivent couvrir le cycle de soins au complet pour une condition en particulier du diagnostic jusqu'au rétablissement complet

Résultats (par exemple : survie, habileté à fonctionner, durée des soins, durabilité de la récupération...)

$$\text{Valeur} = \frac{\text{Résultats}}{\text{Coûts des épisodes de soins}}$$

Les objectifs des parties intéressées ne sont pas alignés

Systeme orienté sur le contrôle des coûts

Parties	Objectifs	Pressions
Gouvernement	Équilibrer le budget et réduire les coûts de santé	Les budgets accordés
Établissements	Contrôler le budget et accroître le volume	Qualité
Patients	Avoir des services accessibles et de qualité	Volume de services
Médecins	Accroître son revenu en soignant ses patients	Volume de services et coûts
Payeur de taxe	Diminuer ses impôts et avoir l'assurance qu'il aura des services s'il en a besoin	Ressources disponibles et pressions politiques

Un système orienté sur la valeur réconcilie les objectifs des parties prenantes

Parties	Objectifs	Impact
Gouvernement	+ de santé → + de recettes fiscales	Qualité Plus de recettes fiscales
Établissements	+ qualité → + de revenu net → + indépendance	Capacité de réinvestir et attirer plus de clientèles
Patients	+ santé (ne pas fréquenter le système)	+ productif et + qualité de vie
Médecins	+ qualité → + de revenu net	+ de satisfaction professionnelle
Payeur de taxe	En avoir pour son argent, meilleure productivité, confiance	Croissance

Mécanisme de financement, une composante du système de gouverne

- L'architecture du système de santé tient-elle compte des intérêts et objectifs des parties prenantes?
- Les mécanismes de financement tiennent-ils compte de l'importance d'un système qui offre un continuum de soins dont les divisions entre les services sont invisibles pour le patient?
- Le système et les organisations ont-ils réagi pour tenir compte de l'évolution dans le temps des impacts de leurs politiques c'est-à-dire comprendre les réactions des parties et les enjeux créés par les politiques?

La valeur fournit l'orientation à l'ensemble des mécanismes de gouverne du système

	Traditionnel	Orienté sur la valeur
Objectif	Réduction des coûts	Accroître la santé de la population compte tenu des budgets (efficience du système)
Structures des organisations	Système centralisé, organisation par département	Services décentralisés – axés conditions des patients (offre intégrée)
Mesures de performance	Activités, temps requis	Efficience - résultats de santé par dollar
Offre de services	Étendue et la plus exhaustive possible	Spécialisée

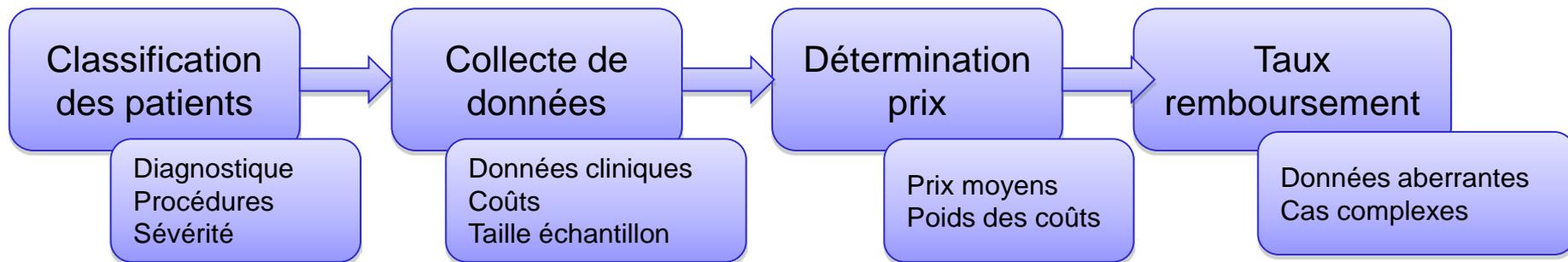
La valeur fournit l'orientation à l'ensemble des mécanismes de gouverne du système...

	Traditionnel	Orienté sur la valeur
Mécanismes de contrôle	Activités par département	Résultats des prestataires impliqués /cycle de soins
Communications	Opacité de l'information	Transparence
Participation des patients		Soutien à la compréhension de la condition du patient
Incitation (Remboursements)	Budget par département	Par cycle de soins et par capitation

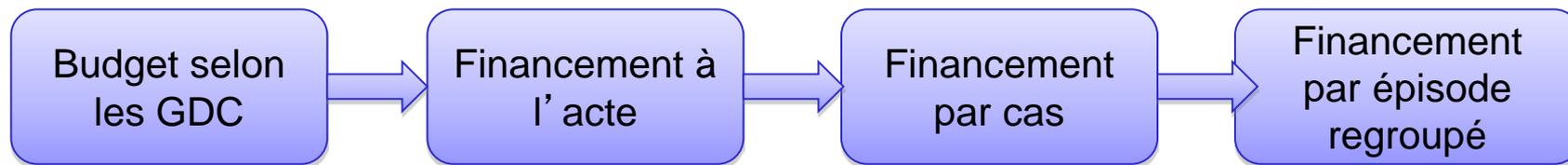
FINANCEMENT DES SOINS HOSPITALIERS

Les modes de financement sont des mécanismes qui évoluent

Classification - tarification



Financement/Paiement



Prospectif → Rétrospectif

Source : Busse et al (2009) ajusté par l'auteur

L'évolution des mécanismes institutionnels suit certaines tendances

- ❑ Aucune juridiction n' a implanté un mécanisme de financement des hôpitaux sans modifier d'autres mécanismes institutionnels.
 - ❑ L' efficacité de la politique de santé dépend de l'environnement de départ.
 - ❑ On observe certaines tendances au niveau systémique qui sont reconnues comme ayant un impact sur l'amélioration de la performance (efficacité - valeur).
 - ❑ Décentralisation de l'organisation
 - ❑ Développement de l'information : activité, coûts par cas, qualité...
évidences
 - ❑ Transparence
 - ❑ Évolution des mécanismes de financement (FAA, FBR, FBE)
 - ❑ Évolution des mécanismes d'évaluation et de contrôle
 - ❑ Soutien à l'amélioration de la gestion
-
-
-

Les caractéristiques qui influencent l'efficacité des modes de financement

- ❑ Séparation de l'achat et de la fourniture de services
 - Clarification des responsabilités, identification des besoins, concurrence dans l'offre et contrat;

- ❑ Indépendance de gestion des prestataires
 - Accroît la marge de manœuvre dans la gestion des budgets (OCDE)

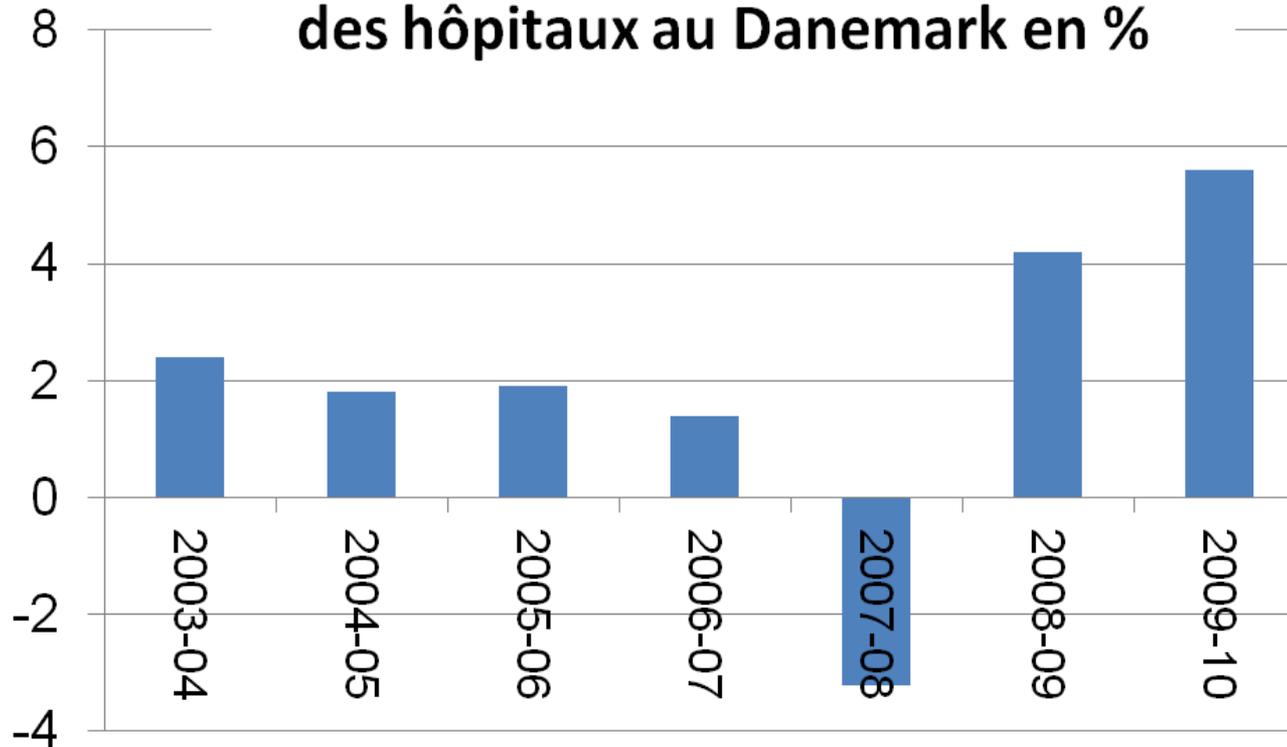
- ❑ Indépendance et rémunération des médecins
 - Un enjeu au Canada selon P. T. Léger et J. Sutherland
 - Aligner les objectifs du médecin et des établissements

La disponibilité de données comparatives est un incitatif puissant à l'amélioration de la valeur

- ❑ Une meilleure mesure des résultats mène nécessairement à une amélioration significative de la valeur des soins fournis
- ❑ L'attention va porter sur les résultats plutôt que sur les activités qui sont les plus lucratives.
- ❑ Les données sur la qualité sont traditionnellement plus disponibles que les données sur les coûts.
- ❑ Une bonne compréhension des coûts donne la possibilité de réinventer les modes de paiement.

Le Danemark enregistre une hausse régulière de sa productivité

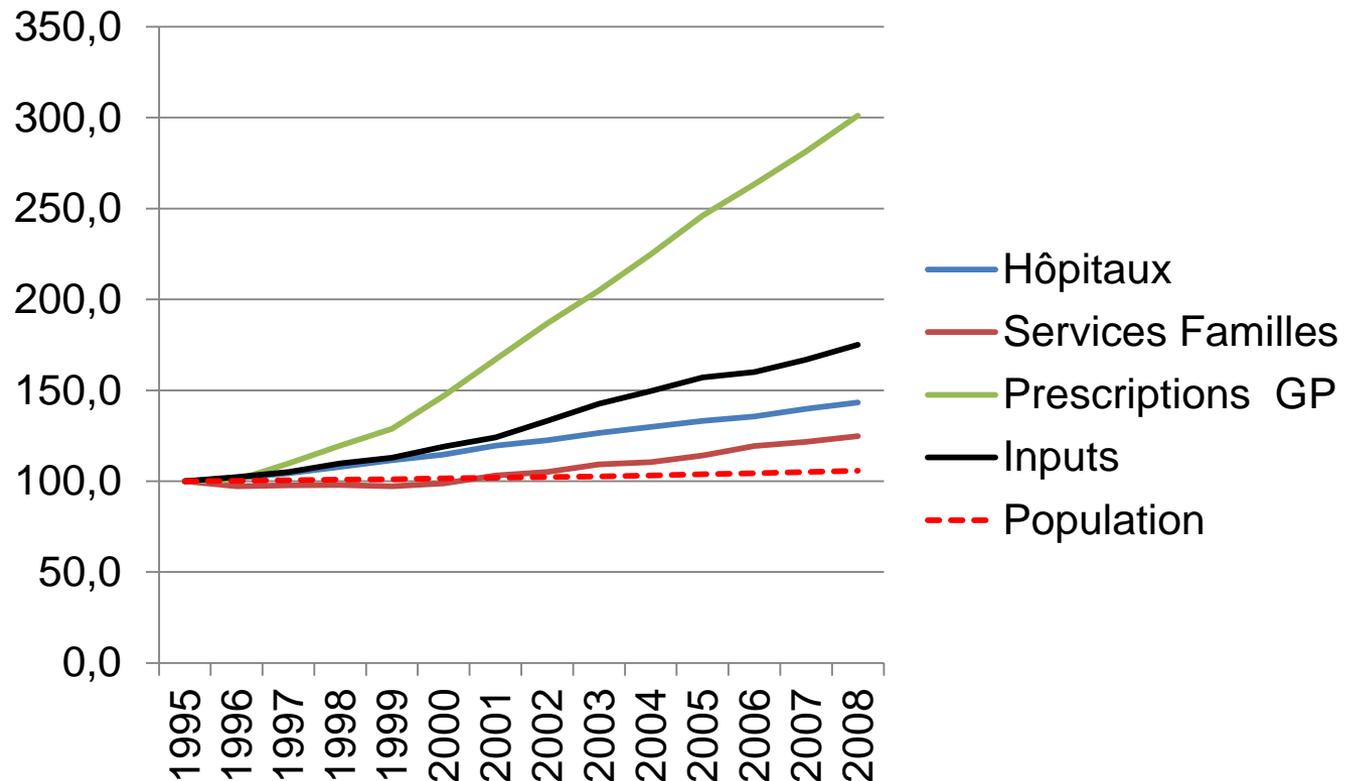
Croissance annuelle de la productivité des hôpitaux au Danemark en %



Note : La capacité des hôpitaux n'a pas été entièrement utilisée pendant la grève de 2 mois en 2007-08
Source : Publication annuelle sur la productivité dans le secteur hospitalier, 7e rapport, 2011,
<http://sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/Produktivitetsrapport.aspx>

Le Royaume-Uni mesure l'évolution de l'activité et des ressources utilisées en santé

Évolution de l'indice de la quantité de services de santé offerts et des ressources utilisées au RU



Source : Hardie et al. , UK Centre for the measurement of government activity, *Public service Output, Inputs, productivity: Healthcare - Extended analysis, 2010*

FINANCEMENT DES SOINS CHRONIQUES

Grandes étapes de l'évolution des soins aux malades chroniques

- ❑ Modèle de gestion des soins chroniques (Chronic Care Model (CCM))
- ❑ Les services cliniques intégrés
- ❑ Le soutien à la transformation

Modèle de gestion des soins chroniques

6 éléments clés du Chronic Care Model (CCM)
développé par Edward Wagner années 1990

- Offre interdisciplinaire axée sur les besoins de la population atteinte d'une maladie chronique
- Observation des évidences cliniques
- Auto prise en charge par les patients
- Services sont offerts dans la communauté
- Systèmes d'information clinique évolués (DME, invites, alarmes...)
- Culture axée sur l'amélioration continue

Les services cliniques intégrés (Stephen Shortell 2000)

Les caractéristiques d'une offre de services intégrés :

1. Offre développée pour chaque clientèle ayant les mêmes besoins
2. Services développés localement (proximité de la communauté)
3. Interface-client unique pour tout le continuum de soins
4. Système TI qui lie le prestataire, le patient et l'assureur peu importe où ils se trouvent
5. Incitatifs financiers qui alignent les objectifs des parties
6. Données sur les coûts, les résultats cliniques et la satisfaction des patients sont disponibles et accessibles, peu importe où se trouve le prestataire
7. Les cliniciens travaillent en équipes interdisciplinaires et avec les autres parties prenantes
8. Le système et les prestataires améliorent continuellement la qualité des services

Les services cliniques intégrés (Stephen Shortell 2000)

Les caractéristiques d'une offre de services intégrés :

1. Offre développée pour chaque clientèle ayant les mêmes besoins
2. Services développés localement (proximité de la communauté)
3. Interface-client unique pour tout le continuum de soins
4. Système TI qui lie le prestataire, le patient et l'assureur peu importe où ils sont
5. Incitatifs financiers qui alignent les objectifs des parties
6. Données sur les coûts, les résultats cliniques et la satisfaction des patients sont disponibles et accessibles, peu importe où se trouve le prestataire
7. Les cliniciens travaillent en équipes interdisciplinaires et avec les autres parties prenantes
8. Le système et les prestataires améliorent continuellement la qualité des services

Importance des incitatifs financiers

- Sans incitatifs, la transformation s'avère difficile et les exemples demeurent sporadiques sur le territoire (Stock S, 2011) (Nolte E K. C., 2008) (NHS N. H., mai 2013) (Porter M. E., 2011) (Ham Chris, March 2013).
- Exemple du Royaume-Uni

Importance du Contexte avant la réforme

	Allemagne	Pays- Bas	Royaume-Uni	Québec
Modèle d'organisation	Décentralisé	Décentralisé	Décentralisé	Centralisé
Assurance	Sociale	Privée et universelle	Publique	Publique
Source de financement	Prestations et impôts	Prestations et impôts	Impôts	Impôts
Responsabilité du risque financier	Assureurs	Assureurs	CCG	Gouvernement
Inciatifs à la performance	Choix des patients, FSP	Concurrence et benchmark, FSP	Capitation, Choix des patients et Benchmarks, FSP	Choix des patients
DPE en PL	Oui	Oui	Majorité des cliniques	27 % (2011)*
DPE partagé entre PL et DL	Oui	Non	Non	Non

Note : CCG = 'Clinical Commissioning Groups' anciennement les 'Primary Care Trusts'; DPE = Dossier patient électronique; PL = Première ligne; DL=Deuxième Ligne; FSP= Financement suit le Patient. *: 2011 National Physician Survey. The College of Family Physicians of Canada, Canadian Medical Association, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

Financement des services aux patients SMC

□ Forfait:

- Montant fixe accordé contre des services médicaux spécifiques et sur une période donnée
- Responsabilité des services sous contrats

□ Capitation^{1 2} :

- Montant accordé pour assumer la responsabilité d'offrir tous les services requis par un patient au cours d'une période donnée
- Responsabilité du risque financier est transférée au prestataire

1. Parfois appelé forfait

2. Le terme capitation au Québec est parfois utilisé pour désigner un jeton d'inscription de la clientèle inscrite auprès des omnipraticiens.

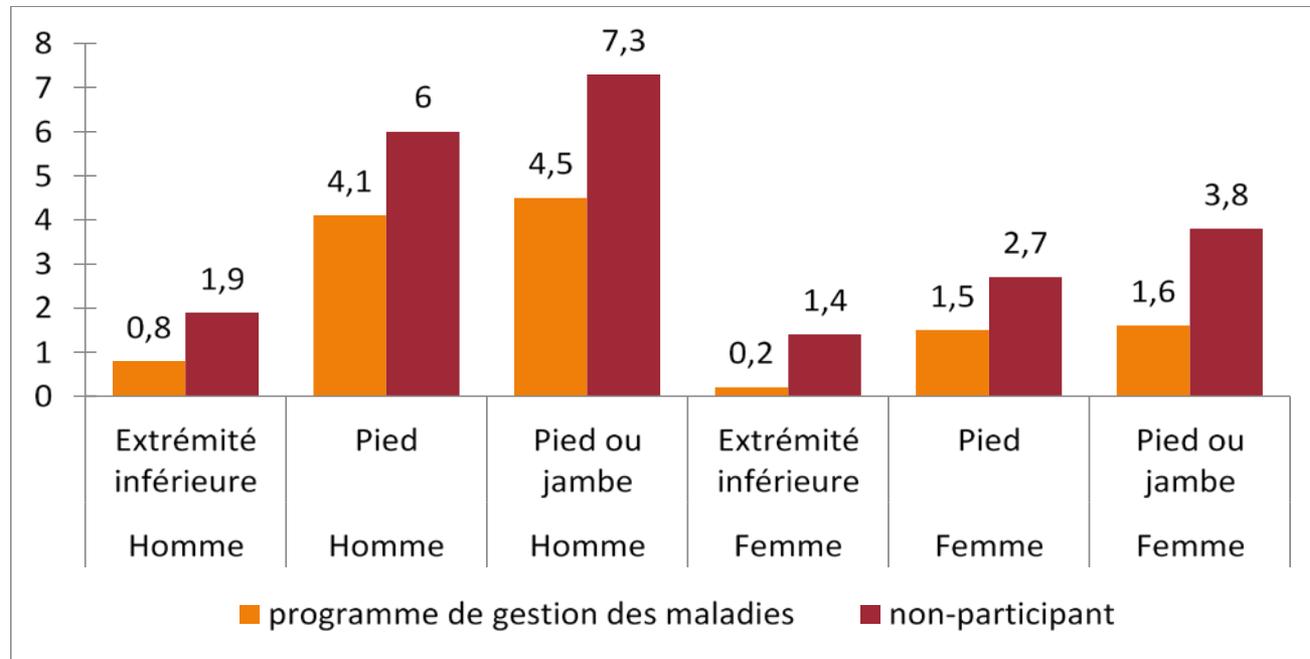
Initiative allemande

- ❑ Objectif : Améliorer l'observation des évidences par les prestataires et l'implication des patients dans leurs soins
 - ❑ Clientèle visée : Malades chroniques
 - ❑ Trois types d'arrangements financiers (pour chaque DMP)
 - Forfait par patient du GVT au Fonds Assurance Santé (FAS) (enveloppe totale non changée)
 - FAS au prestataire : Paiements pour documentation des indicateurs, formation des patients, formation du médecin, consultation par téléphone, heures d'ouverture allongée...
 - PAA régulier plus 15 € par patient inscrit par trimestre
 - Engagements du médecin (évidences, services, documentation, objectif de qualité...)
 - FAS au patient : suppression du copaiement pour les patients SMC inscrits
 - Engagement du patient à se présenter à tous ses rendez-vous et à atteindre des objectifs de santé
-
-
-

DMP en Allemagne (Forfait pour diabétiques)

Indicateurs (exemple diabète type 2)

Nombre de patients par 1000 participants qui étaient hospitalisés au moins une fois avec le diagnostic décrit, 2006 (Diabète type 2)



Notes : Extrémité inférieure= amputation sous le genou; Pied = amputation de tout le pied ou d'une partie de celui-ci; pied ou jambe = non spécifié. Source : Evaluation of the BARMER Sickness Fund's nationwide disease-management program for Diabetes Mellitus Type 2, 2003–2007.

DMP en Allemagne (Forfait pour diabétiques)

Amélioration des coûts

Coût par assuré par année en \$ US : Inscrits à un DMP et non inscrits

Catégories de coût	AOK Bavaria	AOK Plus (Thuringia)	AOK Plus (Saxony)
Non-inscrits			
Soins ambulatoires	990	815	887
Médication	1 846	2 032	2 078
Soins aux patients hospitalisés	2 810	2 678	2 315
Coût global	6 815	6 413	6 400
Inscrits			
Soins ambulatoires	1 182 (+19,32 %)	883 (+7,69 %)	954 (+6,96 %)
Médication	1 729 (-6,41 %)	2 038 (+0,28 %)	2 127 (+2,33 %)
Soins aux patients hospitalisés	2 428 (-13,59 %)	1 965 (-36,28 %)	1 738 (-33,14 %)
Coût global	6 278 (-7,87 %)	5 581 (-14,81 %)	5 749 (-11,31 %)

Notes : 1 € = 1.3361 \$ US; les montants entre parenthèses expriment la différence en pourcentage.

Source : Modified according to AOK-Bundesverband, and I. Biesterfeld and P. Willenborg, "Chronikerprogramme lohnen sich," Gesundheit und Gesellschaft, June 2009 12(6) :18-19.

Initiative néerlandaise

- ❑ Objectif : améliorer l'efficacité et la qualité des soins au PSMC tout en contrôlant les coûts
- ❑ Stratégie : Créer les conditions pour que les assureurs achètent des services conformes aux évidences (cliniques + CCM)
- ❑ Clientèle visée : Maladies chroniques (Diabète, MPOC et MCV)
- ❑ Capitation variant de 258 € à 474 € (2009) par patient par année
- ❑ Prestataire responsable pour tous les soins primaires requis par le patient au cours de la période dont
 - Soins recommandés par les Guides de la Fédération Néerlandaise du diabète ou ...
 - Conseils en nutrition et soutien à arrêter de fumer
 - Tests laboratoire et examen menant au diagnostic de la maladie
 - Formation et soutien aux patients dans l'autogestion
- ❑ Adhésion volontaire

Soutien aux patients vulnérables au Québec

- Objectif : assurer que les patients vulnérables soient pris en charge par les omnipraticiens
- Forfait de 52 \$ par année par patient
- Services compris : inscription du patient vulnérable
 - Paiement des consultations en sus
- Aucun engagement
- Absence de transparence
- Aucune évaluation des résultats

Financement par cas ou par forfait?

- Financement orienté sur la valeur
 - devrait compenser pour tous les services requis par le patient, tout au long du continuum de soins, à partir du diagnostic jusqu'à son rétablissement
- Financement par cas (épisode de courte durée)
 - Ex de services compris dans le forfait : Reconstruction du genou : examens, chirurgie, réadaptation et suivi
- Financement par cas, forfait ou capitation (épisode de longue durée (PSMC) ou prévention des complications)

Recommandations

- Éviter d'opter pour une solution qui vise à obtenir des résultats à court terme sur une seule problématique
- Décentraliser la responsabilité d'organiser les services
- Développer des systèmes d'information transparents sur les coûts par cas et sur les résultats
- Financer les prestataires selon la responsabilité du maintien de la santé tout au long du cycle de soins
 - non simplement rémunérer la résolution de complications aiguës
- Implanter une organisation indépendante de contrôle de la qualité et de la viabilité des organisations
- Développer indicateurs, évaluer en continu et ajuster

Recommandations

Transformer les soins aux malades chroniques

- Exige des incitatifs et une orientation
- Inciter l'inscription des cliniques par un jeton
 - Engagement d'implanter le système de suivi des indicateurs central (benchmark)
- Financer les programmes de soins par capitation ajustée selon les types de risque
 - Examens périodiques recommandés, visites de suivi, formation aux patients pour autogestion et entrée des infos dans système
- Engagement du médecin
 - respecter les évidences, suivre la formation par maladie chronique, coordonner les services dont le patient a besoin

ANNEXES



Institutions et structure organisationnelle

	Principe de base	Sources de financement	Responsable d'assurer les services / Acheteur	Fournisseurs
Danemark	Système décentralisé	État, municipalités	Régions	Hôpitaux, hôpitaux privés, Services municipaux
Finlande	Système décentralisé	Municipalités, NHI, employeurs	Districts, Ass. privé, employeur	Hôpitaux districts, services municipaux, privé
Grande-Bretagne	Système en transformation	État	PCT	FT, NHS Trusts, Indépendants, hôpitaux privés
Colombie-Britannique	Système centralisé	Fédéral, Provincial	Ministère provincial et HSPO	Hôpitaux publics, hôpitaux privés
Ontario	Système centralisé en transformation	Fédéral, Provincial	Ministère provincial / LHINs	Hôpitaux publics, hôpitaux privés
Québec	Système centralisé	Fédéral, Provincial	Ministère provincial	Hôpitaux publics

Publication d'information et transparence

	Données sur coûts moyens par cas	Indicateurs de qualité par hôpital
Danemark	Benchmark publié annuellement	L'unité de sécurité des patients et le 'National Indicator Project' et la base de données sur la qualité clinique www.sundhedskvalitet.dk
Finlande	Benchmark publié annuellement (depuis 1997)	Benchmark sur certains indicateurs limités depuis 2004
Grande-Bretagne		Indicateurs publiés dans NHS choice http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx
Colombie-Britannique	L'ICIS (fédéral) publie une estimation des coûts moyens par cas par province et hôpital	
Ontario	Coûts moyens par cas par hôpital (2010) et participation système fédéral ICIS	Health Quality Ontario publie annuellement des indicateurs de qualité par hôpital depuis 2004 et amélioration 2010
Québec	Non participation à initiative fédérale	Certains hôpitaux seulement publient des données. Le Commissaire publie des indicateurs de qualité au niveau régional seulement.

Bibliographie

Claxton, K. (2007), OFT, Value Based Pricing : QED?, Health Economics 16(6): 545-558

Porter, M. « What is Value in Helath Care ? », The New England Journal of Medicine, décembre 2010

Contrôle de la qualité

	Agence et publication d'ETS	Obligation de respecter les recommandations d'ETS	Observation des recommandations surveillée
Danemark	ETS réalisées par hôpitaux	oui	
Finlande	ETS réalisées à plusieurs niveaux		
Grande-Bretagne	NICE effectue et publie ETS	oui	oui
Colombie-Britannique	Agence Canadienne d'ETS (ACMTS)	oui	
Ontario	Comité consultatif ontarien des technologies en santé et ACMTS	oui	
Québec	INESSS et ACMTS	oui	

ACMTS : L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

Incentifs à contrôler la qualité et les coûts

	Incitation à connaître coûts par cas		Incitation à contrôler la qualité		Soutien à l'améliora- tion de la Qualité	Incitatifs financiers	
	Publication benchmark	Finance- ment à l'activité	Benchmark activités recomman- dées	Benchmark résultats		Finance- ment d'actes	Pénalités financières
Danemark	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Finlande	Oui						Oui
Grande- Bretagne		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Colombie- Britannique					Oui	Oui	
Ontario			Oui				
Québec							

Liens entre les acteurs

	Payeur public / hôpitaux publics	Payeur public / hôpitaux privés	Hôpitaux publics/hôpitaux privés ou publics	Hôpitaux / spécialistes
Danemark	Contrat	Contrat		Employeur /employé
Finlande	Contrat	Contrat		Employeur /employé
Grande-Bretagne	Intégré Contrat	ou	Contrat	Employeur /employé
Colombie-Britannique	Intégré + contrats	Contrat		Entente
Ontario	Intégré	Contrat		Entente
Québec	Intégré			Entente

Mécanismes de rémunération

	Paieement des Hôpitaux	Paieement des Spécialistes	Paieement des Généralistes
Grande-Bretagne	Budget + FBC+FBP (valeur et contrôle budget)	Salaires + bonis (contrôle des coûts et qualité / performance)	Capitation + profits (qualité et contrôle coût)
Danemark	Budget + FBC + FBA (contrôle coûts et volume)	Salaires (soins hors hôpitaux FBA) (contrôle des coûts et qualité)	FAA (activité)
Finlande	Budget ou Budget GDC (contrôle des coûts)	Salaires (contrôle des coûts et qualité)	Salaires + capitation + FAA (contrôle coûts, activité et qualité)
Colombie-Britannique	Budget + Budget GDC + FBP (contrôle coûts, activité ¹ , qualité)	FAA, forfait, mixte (activité et qualité)	FAA, forfait, mixte (activité et qualité)
Ontario	Budget + Budget GDC +FBP (contrôle coûts, activité ¹ , qualité)	FAA, forfait, mixte (activité et qualité)	FAA, capitation, FBP, salaires, mixte (activité et qualité)
Québec	Budget + Budget GDC (contrôle des coûts, activité ¹)	FAA, vacation, mixte (activité et qualité)	FAA + FBP+ forfait (activité et qualité)

