

Le financement des hôpitaux par activités (FPA)

Par la Dre Saïdeh Khadir, avec la collaboration de Lucie Dagenais, pour MQRP

Le « financement par activité » des hôpitaux était formellement à l'agenda du gouvernement libéral au Québec sans avoir fait l'objet de consultations auprès de l'ensemble des soignants impliqués. Lors de son dernier budget, l'ancien ministre des Finances, Raymond Bachand, avait simplement annoncé la formation d'un groupe d'experts pour formuler d'ici le printemps 2013 des recommandations afin d'implanter le FPA. Ce groupe mis en place sera présidé par Wendy Thompson, l'une des signataires du rapport présenté à l'Association médicale canadienne par le Groupe consultatif sur les options de ressourcement pour des soins de santé viables au Canada, juillet 2011¹, qui préconise notamment de reconnaître la valeur de la concurrence et de discuter d'un éventail de façons de financer les services, dont les frais d'utilisation, les franchises et divers régimes d'assurance.

Dans certaines provinces canadiennes comme la Colombie-Britannique et l'Ontario, le FPA est à se mettre en place dans les hôpitaux, mais encore pour une très faible proportion des budgets. Le FPA est aussi implanté dans plusieurs pays européens et en Australie. Ses conséquences sont semblables entre les pays sur le plan clinique, mais distincts sur le plan administratif selon la proportion de privé impliquée dans leur régime de soins respectif.

Résultats d'une étude récente très critique du FPA¹¹

En janvier 2012, des chercheurs du UBC ayant étudié les conséquences du FPA dans plusieurs pays font les constats suivants :

1. Le FPA ne s'attaque pas aux causes réelles des problèmes du système hospitalier.
2. Les gains en termes d'efficacité sont incertains. Par contre, les coûts administratifs augmentent ainsi que la bureaucratie pour gérer, entre autres, le phénomène du *gaming* (ou les jeux avec les données) et du *up-coding* (surclassement de certains actes).
3. Le FPA encourage le « sur-traitement » de certaines populations à faible risque au détriment des patients à risque plus élevé, moins prévisibles, qui sont sous-traités.
4. L'augmentation des chirurgies d'un jour peut avoir des conséquences négatives. Elle ouvre la porte aux cliniques privées de chirurgie d'un jour à but lucratif.
5. Le FPA contribue à créer un marché pour les services hospitaliers, marché interne et potentiellement en concurrence avec le secteur privé.

Qu'est-ce que le FPA ?

Historiquement, ce système a été conçu dans les années 1980 à Yale aux États-Unis pour calculer le remboursement des services par le Medicare et le Medicaid qui sont des programmes de financement public passant en bonne partie par les assureurs privés.

Avec l'application du FPA, nos hôpitaux recevraient une somme équivalente soit au prix moyen (le plus souvent), soit au prix des meilleures pratiques (c'est-à-dire le plus bas) pour exécuter une procédure déterminée auprès d'une clientèle donnée. Par exemple, les hôpitaux recevraient un montant spécifique pour un épisode de soins comme un remplacement de hanche.

Cela réunit les conditions nécessaires à la création d'un marché des services hospitaliers où il y a concurrence entre les établissements publics, et possiblement aussi entre eux et le secteur privé, sur la base d'un prix fixé à l'avance.

Conséquences sur le plan clinique

L'établissement au préalable des coûts justes pour chaque patient s'avère une affaire complexe. Pour reprendre l'exemple du remplacement de la hanche, le marathonien qui constitue un bon risque, récupérera rapidement et coûtera peu, alors que le patient de 80 ans souffrant d'emphysème et de diabète et qui représente un mauvais risque, prendra plus de temps à se rétablir et coûtera plus cher. D'après les médecins de la British Medical Association, la tendance à sous-estimer le coût des patients plus hypothéqués incite les hôpitaux à écrémer les patients plus légers au détriment des patients plus lourds et imprévisibles (phénomène du sous-traitement)².

En Norvège, le principal problème associé au FPA est la « prestation excessive » de services « insuffisamment justifiés » sur le plan médical, mais « plus profitables financièrement » (phénomène du sur-traitement)³.

Pour faire des économies, les hôpitaux seraient incités à donner congé « plus tôt » à un patient « plus malade ». Si le patient souffre de complications qui le ramènent à l'hôpital, des frais additionnels peuvent alors être chargés au régime⁴.

Financement actuel des hôpitaux et critiques souvent entendues

Le financement actuel des hôpitaux au Québec est établi en grande partie sur une base historique. Il comprend aussi un volet développement et les enveloppes régionales sont plutôt d'approche populationnelle.

Le système actuel est à l'origine de plusieurs critiques : sa rigidité, le manque d'incitatifs ou au contraire des « désincitatifs ». Ainsi, au terme de l'année financière, les économies réalisées grâce à une meilleure organisation ne pourraient être reportées à l'année suivante et si l'hôpital acquiert un équipement ou un médicament plus dispendieux, mais qui augmente la qualité des soins, il doit couper ailleurs pour le financer. On dit aussi que ce système ne favoriserait pas l'innovation.

D'autre part, depuis la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), les hôpitaux ne sont plus des organisations indépendantes au Québec. Ils sont pour la plupart des unités opérationnelles des CSSS qui reçoivent un financement à travers un budget englobant toute l'offre de services de santé publics d'un territoire, incluant des organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale ainsi que des corporations à but lucratif qui sont lourdement impliquées dans la prestation des soins de longue durée. Or, le FPA semble viser essentiellement les hôpitaux.

Les incitatifs économiques associés au FPA peuvent paraître attrayants pour certains administrateurs qui y voient une aide pour équilibrer leur budget, parce qu'un hôpital efficient peut « empocher » la différence entre le montant du paiement et son coût de production réel⁵.

Quelques prémisses erronées sous-jacentes

Une hypothèse sous-jacente à l'introduction de FPA, c'est que les hôpitaux n'atteignent pas leur volume maximum d'activités et que, si le volume augmente, le gouvernement leur attribuera les ressources. Or, ce ne sont ni les médecins ni les autres membres du personnel qui ralentissent les activités, mais l'insuffisance de budget et de moyens mis à leur disposition pour augmenter la production de services.

La théorie du FPA suppose également que les médecins, le personnel soignant et les autres professionnels en soins sont en nombre suffisant pour répondre à un volume à la hausse.

On tend à penser aussi que les établissements à but lucratif seront en mesure d'offrir des services équivalents au même coût que les établissements publics, tout en réalisant des profits.

Des protagonistes actifs

Plusieurs protagonistes ont fait du FPA un véritable cheval de bataille ces dernières années. L'un d'eux est le Dr Brian Day, un médecin ouvertement partisan des soins de santé privés et propriétaire à Vancouver d'une clinique privée de chirurgie⁶. Il y a aussi le Dr Philippe Couillard⁷, ex-ministre de la santé, maintenant partenaire de Persistence Capital Partners, « qui se concentre sur les occasions d'affaires offrant un fort potentiel de croissance dans le domaine des services de santé ». Monsieur Couillard est aussi conseiller stratégique de Secor ainsi que membre du Conseil privé du premier ministre Harper. L'Association des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) et certains chercheurs en administration de la santé recommandent aussi l'adoption de ce modèle⁸.

Il n'y a aucune donnée démontrant un lien entre le FPA et l'amélioration du rendement⁹. Il y a toutefois une forte indication à l'effet que le FPA entraîne une hausse des coûts hospitaliers.

Nous avons donc de la difficulté à comprendre un engouement pour le FPA. Comme dans le cas des PPP, de l'ouverture à l'assurance privée duplicative, de la mise en place des CMS, les responsables politiques du désormais ancien gouvernement libéral ont mis le doigt sur les insuffisances ou les faiblesses du système public pour justifier des chambardements qui favorisent le marché au détriment du réseau public et des patients.

L'insistance des protagonistes du privé, déguisés ou non, semble découler du fait que le FPA est un processus qui sépare la notion d'acheteurs de celle de fournisseurs de soins, et semble préparer le terrain en vue de la sous-traitance au privé de certains services, comme cela est arrivé en Angleterre et en Australie où le régime de santé avait beaucoup de ressemblance avec celui du Québec.

Au moment où le gouvernement libéral semblait faire du FPA une priorité, plusieurs chercheurs seniors et conseillers politiques, dans des pays comme les États-Unis et la Grande-Bretagne où ce système est en place, proposent des alternatives plus compatibles avec les besoins de qualité et d'intégration des soins. Même aux États-Unis, le Massachusetts, seul État où il y a un financement public universel, mais une prestation privée, remettait récemment le FPA en question dans le prestigieux *New England Journal of Medicine*¹⁰.

La British Medical Association a pris une position formelle contre ce mode de financement à cause des effets pervers expérimentés dans la pratique. La BMA a même écrit une lettre officielle à l'Association médicale canadienne, il y a quelques années, pour mettre en garde contre le FPA. Cela n'a pourtant pas empêché l'Association médicale canadienne de l'entériner.

Par ailleurs, le FPA est une réforme majeure qui s'ajoute aux nombreuses réformes antérieures et risque de perturber la pratique médicale et le fonctionnement hospitalier une fois de plus. Finalement, cette réforme accaparera les capacités limitées du système dans la mise en place de méthodes démontrées efficaces et tant attendues pour améliorer les soins.

Alternatives au FPA

Les changements au mode de financement des hôpitaux doivent tenir compte de la nécessité d'une meilleure coordination et plus grande intégration des diverses composantes du système de santé. Les problèmes des hôpitaux ne peuvent se régler sans qu'on agisse sur les autres niveaux de services et sans leur nuire possiblement.

Toujours en se basant sur l'expérience et les recherches internationales, les chercheurs du UBC formulent sept recommandations, que nous soumettons pour discussion :

1. Développer des objectifs clairs et consistants dans une perspective de collaboration entre les institutions et les divers services; poursuivre ces objectifs simultanément à tous les niveaux.
2. Déterminer les causes premières de l'engorgement et des longs délais d'attente dans les hôpitaux; tenir compte de cette information pour orienter les initiatives d'amélioration tant au niveau provincial que régional.
3. Développer et faire connaître à large échelle des indicateurs de mesure en termes de résultats cliniques, de coordination des soins et d'appréciation de la part des patients. Comme on le reconnaît de plus en plus au niveau international, le point de vue des patients (Patient Reported Outcome Measures – PROMS) dans l'évaluation des projets d'amélioration de la qualité est essentiel.
4. Assurer un financement provincial adéquat pour soutenir l'intégration des soins communautaires et de première ligne.
5. Introduire davantage des projets de financement sur une base populationnelle et tester différents mécanismes de partage du travail et d'imputabilité entre services et intervenants, en commençant par les services auprès des populations ayant des besoins spécifiques importants comme les aînés vulnérables et les personnes atteintes de sérieux problèmes de santé mentale.
6. S'assurer que les économies générées par toute amélioration de la qualité soient, au moins en partie, retenues et réinvesties par les organisations ou équipes ayant amorcé le changement. Cette mesure est considérée comme l'une des meilleures pour favoriser l'adhésion aux changements (buy-in) et maintenir le dynamisme (momentum) chez les intéressés.
7. Éviter les initiatives de réforme, telles que le FPA, qui ne favorisent pas explicitement l'intégration et la cohérence au sein du système de santé, mais au contraire augmentent les coûts et les activités dans la portion la plus onéreuse du système de santé : les hôpitaux.

La budgétisation est certes à améliorer, mais une transformation générale du mode de financement doit d'abord faire l'objet d'une étude approfondie, avec l'ensemble des partenaires impliqués, sur les conséquences du changement proposé, et en tenant compte des besoins différents selon le genre de services et d'établissements. Nous croyons que la priorité doit être accordée aux initiatives d'amélioration de la qualité et de l'efficacité qui ont fait leur preuve et qui tardent à être appliquées pour améliorer le système. Il ne faudrait surtout pas appliquer le FPA à grande échelle ou dans les deux méga-hôpitaux universitaires.

Nous espérons que notre nouveau gouvernement saura tenir compte de ces constatations et ne se lancera pas dans ce projet d'inspiration néolibérale sans études préalables sérieuses et nous enjoignons nos collègues médecins à s'impliquer dans le débat sur cette question dans leurs divers milieux.

À lire aussi sur le sujet une publication de l'Institut de recherche d'information socio-économique parue en juin 2012 et intitulée : « Le financement par activité peut-il résoudre les problèmes du système de santé ? » (www.iris-recherche.qc.ca).

Notes

1. AMC, Le groupe consultatif sur les options de ressourcement pour les soins de santé viables au Canada, juillet 2011.
2. Ferriman A., BMA condemns competition and payment by results in the NHS. British Medical Journal.
3. Ettelt, S. et coll. Reimbursing highly specialized hospital services : the experience of Activity based funding in eight countries, London school of hygiene and tropical Medicine, 2006.
4. Dr Michael Rachlis, Thoughts about Alberta and Activity based funding, octobre 2009.
5. Jason M. Sutherland, Mécanismes de financement des hôpitaux : Aperçu et options pour le Canada, FCRSS, mars 2011.
6. Le Dr Brian Day est poursuivi par les autorités provinciales et les poursuit lui-même relativement aux frais illégaux exigés aux patients par sa clinique.
7. Bourgault-Côté G., Couillard approuve le plan Legault sur le financement par activité des hôpitaux, 2 décembre 2011. Ex-ministre de la santé. Il occupe de multiples fonctions actuellement dont principalement comme Conseiller stratégique à Secor et comme partenaire du fond d'investissement Persistence Capital Partners.
8. Quelques personnes ou organismes faisant activement la promotion du FPA : l'IEDM, CIRANO, Michel Clair (ex-ministre et propriétaire de centres d'hébergement privés), Claude Castonguay, Robert Ouellette (propriétaire de nombreuses cliniques privées). Robert Ouellette et Philippe Couillard en ont fait leur principale suggestion lors de leur intervention au congrès 2012 de l'Association médicale du Québec (AMC) sur le thème « Moderniser votre pratique médicale ». Les directeurs généraux des hôpitaux du CHUM et du CUSM comme Christian Paire et Arthur Porter se sont prononcés aussi en faveur l'ABF. Certains chercheurs en administration de la santé sont aussi en faveur du FPA.
9. Mikkola et al. DRG-related prices applied in a public health care system-Can Finland learn from Norway and Sweden? Health Policy 59(1) :37-51.
10. Zirui Song, Bruce I Landon, Controlling Health Care Spending-The Massachusetts experiment, New England Journal of Medicine, avril 2011.
11. CCPA, M. McGregor, M. Cohen, Beyond Hospital Walls. Activity Based Funding Versus Integrated Health Care Reform, janvier 2012.