

**Prise de décisions relatives au financement fondé sur les activités dans le  
domaine des soins de santé :  
Mécanismes de paiement et objectifs stratégiques**

Soumis au Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients au Québec  
20 mai 2013

Erin Strumpf, Ph. D.\*  
Samer Faraj, Ph. D  
Vedat Verter, Ph. D

\*Auteure-ressource : Erin Strumpf, Département de science économique et Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail de l'Université McGill, 855, rue Sherbrooke Ouest, Montréal (Québec), H3A 2T7, 514-398-2880, [erin.strumpf@mcgill.ca](mailto:erin.strumpf@mcgill.ca).

Les auteurs souhaitent remercier Reyhaneh Keshmiri et Émile Lachance pour leur précieuse aide à la recherche, ainsi que Jordan Isenberg pour ses conversations enrichissantes.

## **Messages clés**

- Les mécanismes de paiement peuvent être utilisés conjointement avec d'autres politiques et incitatifs afin de structurer le système de santé de manière à ce qu'il améliore la santé des populations de façon plus efficace et efficiente.
- Les effets de la réforme des mécanismes de paiement dépendent fondamentalement du contexte clinique dans lequel elle est mise en œuvre, des incitatifs inhérents au nouveau mécanisme en ce qui a trait à la structure de paiement actuelle et de l'unité de services à laquelle le paiement est rattaché. Les avantages découlant de l'utilisation de divers mécanismes de paiement dépendent également de la valeur des différents services de santé et de la préférence pour un volume de services plus faible ou un volume plus élevé.
- La structuration et la mise en œuvre des mécanismes de paiement fondés sur les activités, en particulier le financement des hôpitaux basé sur le volume de cas, nécessitent un volume considérable de données. En l'absence de données exactes sur des facteurs tels que le coût par cas, la gravité de l'état du patient, les groupes de cas des hôpitaux et les résultats pour le patient, ces types de mécanismes peuvent entraîner des conséquences négatives importantes et imprévues.
- Comme les systèmes de paiement des soins de santé sont en constante évolution, l'absence d'évaluation rigoureuse des changements apportés aux politiques fait en sorte qu'il est difficile de comprendre les effets de ces réformes. Certains choix politiques et d'autres facteurs contextuels compliquent également l'application des résultats entre les administrations.
- Des réformes progressives des systèmes de paiement des soins de santé au Québec qui récompensent de plus en plus les services de santé à valeur élevée axés sur le patient et qui favorisent la continuité et l'intégration des soins pourraient améliorer le rendement du système de santé. Ces réformes permettraient d'élaborer une infrastructure de données, d'acquérir une expertise en matière de mécanismes de paiement fondés sur les activités et d'évaluer les effets des changements apportés aux politiques, ce qui est nécessaire pour mettre en œuvre des réformes à plus grande échelle à l'avenir.

## **Introduction**

Au Québec – comme dans le reste du Canada –, l'un des principaux objectifs stratégiques en matière de santé est d'accroître l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire de maintenir et d'améliorer la santé de la population québécoise au plus faible coût possible. La définition d'« efficacité » englobe l'idée selon laquelle, dans le contexte à court terme d'un budget « fixe » destiné aux soins de santé, il est possible de changer la structure organisationnelle ou les mécanismes de paiement de manière à optimiser les résultats en matière de santé en utilisant la même quantité de ressources totales. Le terme reflète également l'idée que même si le budget croît au fil du temps, le gouvernement aura tout de même beaucoup de priorités

concurrentes en matière de dépenses. Un dollar investi dans les soins de santé est un dollar qui ne peut être dépensé ailleurs. C'est pourquoi nous voulons que l'investissement de chaque dollar dans les services de santé et les services sociaux ait un effet maximal.

Pour améliorer l'efficacité du système de santé, il est essentiel de se pencher à la fois sur les coûts et les avantages des différents services de santé et services sociaux, interventions médicales et processus d'accès aux soins. De plus, il est primordial de reconnaître que l'optimisation de chaque dollar investi dans les soins de santé ne se traduit pas nécessairement par des restrictions ou la fixation de limites relatives à l'utilisation des services de santé. Au contraire, il est possible d'encourager l'amélioration de l'efficacité du système de santé en augmentant l'utilisation de certains services tout en limitant le recours à certains autres. Tout comme les services de santé n'ont pas tous les mêmes coûts, les avantages qu'ils procurent diffèrent également. Il est particulièrement utile d'établir une distinction entre trois types de services : les traitements novateurs très économiques présentant peu de risque de surutilisation; les traitements hautement efficaces pour certains patients seulement; et les traitements dont la valeur clinique est moins certaine<sup>1</sup>. Nous pouvons accroître l'efficacité en augmentant le volume de services à valeur élevée et en réduisant le volume de services à valeur faible ou indéterminée. Dans le cas des services présentant une valeur élevée seulement pour certains patients, il sera crucial de cibler ces patients de façon appropriée.

Le mécanisme auquel on a recours pour payer les fournisseurs de soins de santé constitue un levier stratégique qui influence directement la quantité et les types de services de santé fournis. Divers mécanismes de paiement qui s'inscrivent dans la catégorie du « financement fondé sur les activités » sont à l'heure actuelle utilisés ou étudiés dans plusieurs provinces, dont le Québec<sup>2,3</sup>. Dans le présent énoncé de politique, nous examinerons les éléments de base des mécanismes de financement, les choix offerts aux responsables des politiques et les mesures incitatives associées aux différents choix. Nous examinerons trois mécanismes de financement fondé sur les activités de façon plus détaillée et expliquerons la manière dont ils peuvent être utilisés pour favoriser l'utilisation plus ou moins grande des différents types de services de santé en tenant compte de l'objectif ultime : améliorer l'efficacité du système de santé.

Par ailleurs, on estime aussi qu'il est important d'améliorer la continuité et l'intégration des soins pour favoriser la santé au plus faible coût possible et augmenter l'efficacité du système de santé. On entend par « continuum de soins » l'éventail complet des services de santé à tous les niveaux d'intensité des soins médicaux, et par « continuité », la coordination des soins au fil du temps et entre les milieux et les fournisseurs de soins le long du continuum de soins. Quant à l'« intégration des soins », elle fait référence au fait que la promotion de la santé et le traitement des maladies constituent un effort coordonné du secteur des soins médicaux et d'autres fournisseurs de services de santé et de services sociaux. Les mécanismes de paiement peuvent contribuer à favoriser la coordination entre les groupes de professionnels de différentes cultures qui travaillent de manière relativement isolée depuis longtemps. Toutefois, les mécanismes de paiement ne sont qu'un outil parmi d'autres offerts aux responsables des politiques, et nous en savons peu sur leur capacité à améliorer la continuité et l'intégration des soins. Les mécanismes de paiement ne peuvent à eux seuls réformer le système de santé; c'est

pourquoi ils doivent être soigneusement mis en œuvre conjointement avec d'autres outils stratégiques pour améliorer la continuité et l'intégration des soins.

### **Cadre pour les mécanismes de paiement**

Les divers mécanismes de paiement sont distribués le long d'un spectre et varient selon la mesure dans laquelle le montant du paiement reçu reflète directement les frais engagés par le fournisseur. La figure 1 illustre un cadre visant à déterminer les mécanismes de paiement et à les situer dans le continuum de soins (annexe A). Dans la figure, l'axe des x présente différents contextes cliniques qui s'inscrivent dans le continuum de soins. Quant à l'axe des y, il représente la mesure dans laquelle le montant du paiement reçu reflète directement les frais engagés par le fournisseur, c'est-à-dire la « puissance » du mécanisme de paiement. Un mécanisme de paiement à faible puissance est un mécanisme dans le cadre duquel le paiement reçu est très étroitement lié au coût réel des soins fournis, ce qui fait en sorte que le payeur est l'entité qui « assume le risque » lorsque le coût des soins est élevé<sup>4</sup>. Le paiement à l'acte en est un exemple classique dans le domaine des soins de santé. On dit de ce type de mécanisme qu'il est rétrospectif : le montant réel reçu par le fournisseur de soins dépend de la quantité et des types de services qu'il fournit concrètement au patient. Un mécanisme de paiement à haute puissance est un mécanisme dans le cadre duquel le paiement reçu par le fournisseur de soins n'est pas étroitement lié au coût réel des soins fournis et dont une plus grande part des risques en cas de soins à coût élevé sont assumés par le fournisseur. On dit de ce mécanisme qu'il est prospectif : le montant du paiement est déterminé avant que les soins ne soient réellement fournis. Les budgets globaux des hôpitaux illustrent bien ce type de mécanisme, car ils sont déterminés de façon prospective. De plus, en théorie, un hôpital peut garder la différence entre le montant budgété et les coûts réels (ou éponger le déficit si les coûts dépassent le budget).

L'axe des y dans la figure 1 illustre également le lien direct entre la puissance des systèmes de paiement et les incitatifs financiers des fournisseurs pour accroître le volume de services fournis. Dans le contexte d'un mécanisme à faible puissance tel que le paiement à l'acte, qui vise à payer aux médecins les coûts engagés en plus d'une marge pour chaque service fourni, les fournisseurs de soins sont incités à augmenter le volume de services<sup>5</sup>. Toutefois, l'accroissement du volume peut entraîner une suroffre de services, c'est-à-dire que plus de services sont fournis qu'il n'en faut pour améliorer de façon efficiente la santé des patients. La puissance de l'incitatif pour accroître le volume est liée à la marge payée, qui ne doit pas forcément demeurer constante entre les types de service. Dans le contexte d'un mécanisme à haute puissance, les fournisseurs de soins sont plutôt incités à changer la quantité et les types de services offerts en vue d'offrir les soins nécessaires au plus bas coût possible, tout en préservant la qualité et les résultats en matière de santé. En d'autres mots, les mécanismes de paiement prospectifs à haute puissance favorisent l'amélioration de la santé (et des soins de santé) de façon plus efficiente<sup>6</sup>. Bien sûr, l'incitatif est réduit si le budget de l'année suivante est déterminé en partie en fonction des coûts réels de l'année courante, comme c'est le cas des budgets établis en fonction des « budgets antérieurs »<sup>7</sup>. Les incitatifs menant à un accroissement de l'efficacité peuvent entraîner une tendance à choisir des patients plus en santé et présentant un plus faible risque et à réduire le volume de services, nuisant par le fait même à la qualité des soins et aux résultats en matière de santé (économiser en négligeant les

services)<sup>8</sup>. Comme les mécanismes de paiement rétrospectifs et prospectifs ont des effets opposés sur le volume et le coût des soins fournis, des mécanismes mixtes qui combinent les deux types de paiement et réduisent les effets incitatifs sont souvent recommandés<sup>5</sup>.

Le choix d'un mécanisme de paiement influence directement les incitatifs liés au volume et aux types de services fournis. Par conséquent, le paiement représente un levier stratégique utile pour accroître l'efficacité du système de soins de santé, objectif qui nécessite presque systématiquement l'utilisation accrue de certains services de santé et la réduction (ou un meilleur ciblage) de l'utilisation d'autres services. L'autre élément crucial du recours aux incitatifs financiers en vue d'augmenter l'efficacité des soins de santé est la définition de la base de paiement ou de l'unité de soins à laquelle le paiement est rattaché. Les bases de paiement utilisées en soins de santé comprennent l'utilisation de services particuliers (visites au bureau du médecin, cathétérismes cardiaques), l'année-patient (tous les soins dont un patient a besoin au cours d'une année donnée) et l'année-patient pour une maladie donnée (tous les soins dont un patient a besoin au cours d'une année donnée pour traiter son diabète). En règle générale, plus la base de paiement est inclusive (p. ex. les soins entourant l'arthroplastie de la hanche par rapport à l'intervention chirurgicale seulement), plus élevée est la puissance du paiement, et plus grande est la tentation d'offrir des soins au plus bas coût possible. Comme nous l'avons mentionné précédemment, ces mécanismes de paiement incitent la sélection des patients et une prestation insuffisante des soins. Ils peuvent également entraîner un dégroupement, soit la manipulation des soins de manière à utiliser des services ou des infrastructures non inclus dans la base de paiement afin d'augmenter les revenus. Par conséquent, il est souvent souhaitable d'équilibrer ces incitatifs en associant la base de paiement inclusive à un mécanisme de paiement partiellement basé sur le coût. Des mécanismes comportant des bases de paiements plus inclusives peuvent également être utilisés pour favoriser la continuité et l'intégration des soins, étant donné que la base peut comprendre une gamme de services habituellement cloisonnés dans différents services du système médical ou au-delà de ce système. Les boîtes pointillées dans la figure 1 illustrent cette possibilité d'intégration selon les contextes cliniques.

Lorsqu'on envisage d'utiliser les mécanismes de paiement en tant que leviers stratégiques en vue d'améliorer l'efficacité dans les soins de santé, en particulier ceux qui s'inscrivent dans le financement fondé sur les activités, on ne doit pas oublier que certains mécanismes favoriseront l'accroissement du volume de services, alors que d'autres favoriseront la réduction de ce volume. Cette situation dépend largement de la position relative du mécanisme de paiement proposé le long du spectre des mécanismes par rapport au mécanisme actuellement utilisé dans un contexte clinique particulier. La figure 1 démontre que par rapport à l'établissement d'un budget global, le paiement à la chirurgie en milieu hospitalier est plus rétrospectif et favorisera l'accroissement du volume de services. Dans le contexte des soins ambulatoires, le paiement par capitation partielle est plus prospectif que le paiement à l'acte et favorisera la réduction du volume de services. Lorsqu'ils envisagent de recourir au financement fondé sur les activités, les responsables des politiques doivent tenir compte des mécanismes de paiement utilisés dans un contexte clinique en particulier, de leurs incitatifs par rapport à la

méthode de paiement actuelle et de la correspondance de ces incitatifs avec les objectifs stratégiques.

La décision des responsables des politiques d'encourager ou non l'accroissement du volume devrait dépendre de l'état actuel du système de soins de santé et des résultats en matière de santé que procurent un service ou un ensemble de services en particulier par rapport au coût. Si les listes d'attente en chirurgie sont très longues ou si certains services de santé préventifs à valeur élevée sont fournis à une fréquence relativement faible, la présence d'un incitatif accroissant le volume peut être justifiée (et l'argent supplémentaire consacré aux soins de santé peut être considéré comme de l'argent bien investi entraînant des améliorations importantes en matière de santé). Si une suroffre de services à valeur faible ou un ciblage inapproprié des services aux patients qui en bénéficieraient le plus engendrent d'importantes inefficiences, l'ajout d'incitatifs encourageant un meilleur ciblage et la réduction du volume et des coûts sont probablement justifiés. Dans le cas d'un système qui est déjà passablement efficace, il est possible d'opter pour un mécanisme de paiement mixte afin d'équilibrer les mesures pour accroître le volume et l'efficacité.

### **Mécanismes de paiement**

En milieu hospitalier, le type de financement fondé sur les activités le plus courant est le financement basé sur le volume de cas. Ce mécanisme a été mis en place dans de nombreux pays et plusieurs provinces canadiennes, selon l'assertion que pour les budgets globaux, le financement basé sur le volume de cas constitue un moyen plus transparent et équitable de financer les hôpitaux en fonction des résultats et de l'efficacité. Bien que le fait d'instaurer ce type de financement dans un hôpital puisse apporter des avantages, il ne fait aucun doute que sans des mesures raisonnablement précises relatives aux coûts par cas, à la gravité de l'état des patients, aux différents groupes de cas admis dans les hôpitaux et aux résultats pour les patients, un tel changement pourrait entraîner plus d'effets négatifs que d'effets positifs pour le rendement du système de santé. À ce sujet, l'OCDE s'est penchée sur le recours à des incitatifs financiers et à des mécanismes du marché pour améliorer l'efficacité et l'utilisation efficace des fonds publics dans le domaine des soins de santé. Elle a cité plusieurs conditions préalables qui sont nécessaires pour permettre le fonctionnement efficace de ces mécanismes, notamment que « suffisamment de renseignements doivent être recueillis pour déterminer exactement quels sont les services idéalement offerts par les hôpitaux, en précisant les indicateurs de la qualité des soins »<sup>9</sup>. Dans le présent rapport, nous avons décidé de ne pas aborder longuement le financement basé sur le volume de cas, étant donné qu'un grand nombre d'articles universitaires et de documents stratégiques ont déjà été publiés sur le sujet<sup>3,10-12</sup>. De plus, nous estimons que la mise en place d'un tel mécanisme de financement au Québec nécessiterait l'obtention de renseignements qui ne sont pas actuellement évalués de manière appropriée, ni même recueillis dans certains cas. Les mécanismes de paiement décrits ci-dessous, et davantage détaillés dans les annexes, sont plus progressifs. Ils pourraient par ailleurs améliorer la collecte de données ainsi que la qualité de celles-ci et permettre à l'avenir l'instauration d'un mécanisme de financement basé sur le volume de cas.

### 1. Paiement par cas de chirurgie

Le premier mécanisme de financement fondé sur les activités dont il sera question est le paiement par cas de chirurgie pour les services hospitaliers. Décrit en détail à l'annexe B1, ce mécanisme veut que l'on verse aux hôpitaux un montant prédéterminé pour chaque cas de chirurgie, souvent pour un nombre limité de types de cas. Vu sa nature rétrospective (le montant versé à chaque hôpital dépend du nombre de chirurgies exécutées) et puisqu'il s'apparente à certains égards au paiement à l'acte, ce mécanisme incite clairement à augmenter le volume d'interventions. Si l'on veut améliorer l'efficacité du système de santé, il serait donc préférable d'y recourir uniquement pour les services qui sont très économiques et pour ceux qui présentent une grande efficacité pour certains patients et qui peuvent être ciblés adéquatement. Par ailleurs, le fait de déterminer un montant adéquat pour le paiement par cas de chirurgie peut aussi avoir une forte incidence sur l'augmentation du volume et la qualité des soins.

### 2. Paiement par capitation partielle dans les soins primaires

La deuxième forme de financement est le paiement axé sur le client, en particulier par capitation partielle dans les soins primaires (annexe B2). Le volet de la capitation touche principalement les médecins de premier recours (ou tout autre fournisseur « responsable ») qui reçoivent un montant fixe par année pour offrir les soins primaires nécessaires aux patients inscrits<sup>5</sup>. On parle de capitation seulement partielle, puisqu'ils sont aussi rémunérés à l'acte pour une partie ou pour la totalité des services qu'ils offrent, mais à un taux réduit. La combinaison de la capitation prospective et du paiement à l'acte rétrospectif pour les fournisseurs individuels incite ces derniers à offrir des soins efficaces tout en décourageant la propension à limiter les soins prodigués ou à rechercher des patients plus en santé. En plus de réduire les incitatifs favorisant l'accroissement du volume de services propres au mécanisme de paiement à l'acte pur, la capitation partielle peut encourager une utilisation accrue de services productifs qui ne sont pas payés par le système de paiement à l'acte (p. ex. consultations par téléphone), de même que les investissements dans le maintien de la santé des patients<sup>5</sup>.

En raison des incitatifs qui y sont associés, le paiement par capitation partielle devrait être utilisé pour rémunérer les médecins travaillant dans des contextes (patients ou maladies) où il est souhaitable de voir diminuer le volume de services. Ce mécanisme deviendrait particulièrement approprié dans les contextes où il est démontré que les services ne sont pas adéquatement ciblés aux patients qui en ont le plus besoin ou que les services caractérisés par une valeur clinique moindre sont surutilisés. Les responsables des politiques devraient envisager de mettre à l'essai et d'évaluer un système de paiement par capitation partielle pour des segments précis de l'ensemble des soins primaires. Améliorer la coordination des soins dispensés aux patients vulnérables le long du continuum de soins, réduire la surutilisation chez les patients qui ont recours à des soins à une fréquence inhabituellement élevée ou améliorer la prise en charge des maladies chroniques chez les personnes souffrant d'un trouble particulier

(p. ex. diabète ou maladie cardiovasculaire) sont autant de points de départ qui pourraient s'avérer fructueux.

### 3. Paiement basé sur la qualité

Le paiement basé sur la qualité incite les fournisseurs à atteindre des objectifs préétablis en matière de qualité des soins. Les mesures de qualité peuvent être fondées sur la structure des établissements de soins de santé, les processus de soins ou les résultats pour les patients<sup>13</sup>. Selon les indicateurs de qualité utilisés, le paiement basé sur la qualité peut donner lieu à une hausse du volume de certains types de services, et à une baisse de certains autres services. Rarement utilisé seul, ce mécanisme de financement peut être combiné à d'autres (p. ex. paiement à l'acte ou paiement par capitation partielle) afin de mieux cibler les incitatifs qui encouragent les fournisseurs à rehausser le rendement et l'efficacité. Le concept de certains programmes de paiement basés sur la qualité a permis de récompenser des fournisseurs qui affichaient déjà un rendement élevé<sup>14,15</sup>. Les détails stratégiques doivent être choisis avec soin pour s'assurer de profiter du plus grand avantage de ce mécanisme : récompenser le changement de comportement.

### Paiement, continuum de soins et intégration des soins

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la réforme du paiement n'est qu'un volet de la réforme du système de santé. Elle doit donc être réalisée parallèlement à d'autres interventions non financières complémentaires. Pour améliorer la continuité et l'intégration des soins, il est indispensable d'amener les professionnels qui travaillent habituellement séparément à collaborer 1) pour améliorer la continuité des soins, 2) pour utiliser les soins de santé et les services sociaux de façon optimale et 3) pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé chez les patients et la population en général. D'ailleurs, le fait de choisir un mécanisme de paiement approprié peut contribuer à l'atteinte de ces objectifs. Prenons l'exemple du programme états-unien *Medicare*, qui fait l'essai d'un mécanisme de paiements groupés afin d'améliorer l'efficacité et d'assurer une meilleure coordination entre les hôpitaux et les établissements de soins de suite lors de la sortie des patients<sup>16</sup>. Le fait d'associer des incitatifs financiers à des mesures précises – adopter les dossiers médicaux électroniques ou tenir régulièrement des réunions interdisciplinaires, par exemple – constitue une bonne initiative où un mécanisme de paiement basé sur la qualité aiderait à améliorer la continuité et l'intégration.

D'autres facteurs peuvent aussi revêtir une grande importance. Parmi les 10 mesures stratégiques qu'il faut absolument appliquer pour améliorer les soins dans le cadre du continuum clinique, telles que définies par l'*American Hospital Association*, seulement deux mentionnent directement les incitatifs financiers ou le paiement<sup>17</sup>. Les facteurs non financiers, comme le recours à des chefs de file parmi les professionnels de la santé, l'utilisation des pratiques factuelles et l'élaboration de systèmes intégrés d'information, seront probablement d'importance cruciale pour établir des ponts au sein du système de soins de santé de même qu'entre les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux. Dans ce contexte, la base de paiement et les incitatifs financiers directs sont peut-être les meilleurs outils pour assurer que les incitatifs inhérents aux mécanismes de paiement n'entrent pas en conflit avec les objectifs



de continuité et d'intégration. Les mécanismes de paiement devraient renforcer et soutenir ces objectifs, mais une réforme du paiement seul ne suffira pas à les atteindre.

### **Difficultés potentielles et moyens de les contourner**

La conception et la mise en place de nouveaux mécanismes de financement nécessitent une étude des défis et des conséquences imprévues. C'est pour cette raison que nous présentons quelques points qui méritent une attention particulière avant le lancement de toute réforme du paiement.

*Difficulté 1 : Les interventions localisées sont limitées et pourraient entraîner des répercussions négatives pour d'autres régions.*

Si une réforme du paiement ne vise qu'un seul aspect du continuum de soins (p. ex. si elle ne permet qu'un déplacement le long de l'axe des y de la figure 1), elle générera différents incitatifs à l'égard du volume des services. Toutefois, si aucun changement n'est observé le long de l'axe des x et si aucun incitatif n'est offert dans différents contextes et pour différents fournisseurs de soins, les répercussions sur la continuité des soins, les résultats en matière de santé chez les patients et l'efficacité du système de santé risquent d'être décevants. Par exemple, le paiement par cas de chirurgie n'aura probablement pas d'incidence majeure s'il ne vise que l'intervention chirurgicale comme telle. Même si les chirurgiens montrent un intérêt pour les nouvelles mesures incitatives, les répercussions seront minimales si 1) aucune autre spécialité n'est touchée, 2) les méthodes établies de travail et de gestion demeurent inchangées et 3) le spectre des soins précédant et suivant la chirurgie reste le même. Dans le contexte du paiement par capitation partielle dans les soins primaires, il est assez ardu d'améliorer la coordination des soins si seul le médecin de famille est rémunéré de cette façon. Les secteurs des soins secondaires et auxiliaires auront alors peu d'avantages à changer de comportement pour permettre l'atteinte des objectifs associés à ce mécanisme. Il est évident que l'absence de ressources excédentaires dans plusieurs secteurs entraîne souvent des changements mineurs dans le meilleur des cas.

*Difficulté 2 : Équilibrer l'amélioration des processus et les résultats en matière de santé.*

Tout changement important dans les mécanismes de paiement devra d'abord passer par l'établissement d'un équilibre entre les améliorations des processus et les améliorations des résultats (p. ex. les activités des fournisseurs de soins de santé par rapport aux résultats en matière de santé des patients). Les programmes incitatifs qui visent l'amélioration des processus peuvent être mis en place assez facilement, et ils permettent d'améliorer le rendement des mesures ciblées relatives aux processus de soins. Toutefois, leur capacité à améliorer les résultats en matière de santé est plus précaire et, dans un contexte d'accomplissement de tâches multiples, ils peuvent produire des résultats plus faibles pour les mesures qui ne font pas l'objet d'incitatifs clairs. Un exemple récent survenu au Québec est le programme destiné aux clientèles vulnérables qui offre une rémunération supplémentaire à leur médecin de famille. Le nombre de clients vulnérables a augmenté, mais la continuité des soins et l'amélioration de la santé des patients n'ont toujours pas fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. L'expérience des systèmes de santé du Royaume-Uni est également axée sur les processus, ce qui donne lieu à un important décalage entre les priorités cliniques et les résultats

en matière de santé. Depuis 2010, de grands efforts ont été faits pour recentrer les priorités sur les besoins des patients<sup>18</sup>. Il est important que les responsables des politiques conçoivent des mécanismes de paiement qui tiennent compte des processus et des résultats et qui favorisent davantage l'amélioration efficace des résultats en matière de santé et l'efficacité du système de soins de santé.

*Difficulté 3 : Recueillir de meilleures données pour mesurer les processus, les coûts et les résultats.*

Il manque beaucoup de données et d'information pour que les mécanismes de financement des soins de santé du Québec passent de systèmes axés sur les établissements, les départements et les spécialités à des systèmes axés sur le client. Sans données, il est improbable que l'on puisse trouver une façon plus efficace d'améliorer le continuum de soins. La principale lacune, c'est l'obtention de données exactes et détaillées sur les coûts et les résultats en matière de santé pour les patients. En regroupant les coûts associés à un problème de santé particulier (dont ceux pour les soins primaires, les soins aux patients externes et hospitalisés, les installations, la prévention et les services auxiliaires), nous pourrions évaluer les coûts de base par résultat atteint. Ce n'est que par la suite que les interventions précises, qu'elles soient cliniques, organisationnelles ou financières, pourraient être adéquatement évaluées. De plus, les données par patient ou par maladie ont également pour avantage qu'elles permettent de mieux comparer le rendement d'un établissement à l'autre. Évidemment, les données sur les résultats en matière de santé pourraient aider tant les responsables des politiques que le grand public à prendre des décisions.

Pour obtenir des données qui permettent de bien orienter les politiques et les décisions financières, tous les fournisseurs devront faire preuve de transparence. La première mesure à prendre est d'intensifier l'informatisation des soins de santé, ce qui permettrait d'avoir plus de renseignements sur les activités, les processus de soins et les coûts afférents. Le défi demeure la création de plateformes informatisées offrant un accès facile et routinier, et qui soient interexploitables dans l'ensemble de la province. Les efforts en cours au Québec pour introduire des dossiers médicaux électroniques dans les cliniques familiales, informatiser les hôpitaux et mettre en place le Dossier Santé Québec sont autant de mesures nécessaires. Toutefois, il est déjà devenu clair que les problèmes relatifs aux normes et à l'interexploitabilité compromettent le regroupement de données en un endroit facile d'accès<sup>19</sup>.

*Difficulté 4 : Établir des niveaux de remboursement reflétant la valeur et les coûts et favorisant l'efficacité.*

En plus de préciser la base de paiement, les mécanismes de paiement doivent indiquer le niveau de paiement associé à chaque unité, qu'il s'agisse d'un service clinique, d'un patient ou d'une durée. Les montants payés doivent refléter, en partie, le coût de la prestation des soins. L'intensité relative de l'utilisation des ressources, de l'expertise des professionnels et du recours aux ressources humaines dans le domaine de la santé est un élément dont on doit tenir compte pour prévoir le remboursement approprié pour chaque intervention chirurgicale. De même, les paiements par capitation ajustés selon le risque devraient prévoir une compensation pour les médecins de premier recours qui traitent les patients les plus malades. Un facteur

important qui est rarement pris en compte dans les systèmes de paiement est la valeur des soins fournis. En effet, pour déterminer le remboursement des mécanismes de paiement de rechange, il convient également de se pencher sur la valeur des services, autrement dit leur contribution par dollar à la santé<sup>1,20</sup>. Les paiements établis pour les différentes unités de soins (les bases de paiement) peuvent tenir compte de coûts d'intrants plus élevés et favoriser l'efficacité, tout en permettant des paiements plus élevés pour les services de plus grande valeur.

En pratique, il est très difficile pour les payeurs de choisir des niveaux de remboursement appropriés, surtout dans un contexte où les technologies sont en constante évolution. Il peut coûter relativement cher d'offrir des services lorsque ceux-ci viennent d'être mis au point, mais les coûts baissent rapidement à mesure que les fournisseurs gagnent de l'expérience et que les pratiques évoluent (p. ex. les chirurgies pour les cataractes). Toutefois, la diminution des paiements associés à ces services est rarement aussi rapide, et toute erreur initiale au moment de l'établissement des prix ne fait que prendre de l'ampleur au fil du temps. Le système de paiement prospectif états-unien *Medicare* n'est qu'un exemple parmi d'autres d'un système public qui a été aux prises avec ce problème pendant des années<sup>8</sup>. L'écart entre les niveaux de remboursement pour les services est d'autant plus problématique lorsqu'il s'agit de services de substitution. Les mêmes lacunes en matière de données sur les processus, les coûts et les résultats que nous avons décrites précédemment, sans compter les considérations politiques, créent un défi important pour l'établissement adéquat des niveaux de remboursement.

*Difficulté 5 : Nous avons besoin de preuves, en plus grande quantité et de meilleure qualité.*

Bien que les nombreux changements stratégiques observés dans le monde constituent une source inépuisable de connaissances sur les effets des différents mécanismes de paiement, les évaluations rigoureuses à cet égard se font bien trop rares. Il serait possible de progresser grandement si les responsables des politiques procédaient systématiquement à des évaluations dans le cadre de tout changement stratégique. Les preuves sur lesquelles sont fondées les décisions stratégiques connaîtront aussi une grande amélioration si la qualité des renseignements disponibles augmente. Par exemple, la participation des fournisseurs aux nouveaux modèles de paiement est facultative au Canada. Cette réalité politique fait en sorte que les évaluations sont assujetties à un important biais de sélection, un problème qui n'est pas abordé dans la grande majorité des études d'« évaluation » (à l'exception de quelques cas notables<sup>21-23</sup>).

*Difficulté 6 : Contrôler les coûts, et non réduire les coûts.*

Enfin, il importe d'aviser les responsables des politiques que le financement fondé sur les activités ne doit pas être vu comme un outil servant à réduire les coûts des soins de santé. Plusieurs de ces mécanismes de paiement, en particulier ceux qui favorisent l'augmentation du volume de services, vont probablement faire augmenter les coûts. L'idéal serait que les mécanismes de paiement contribuent à l'amélioration de l'efficacité des soins de santé – que l'investissement de chaque dollar ait un effet maximal – et que le taux de croissance des coûts des soins de santé puisse diminuer au fil du temps.

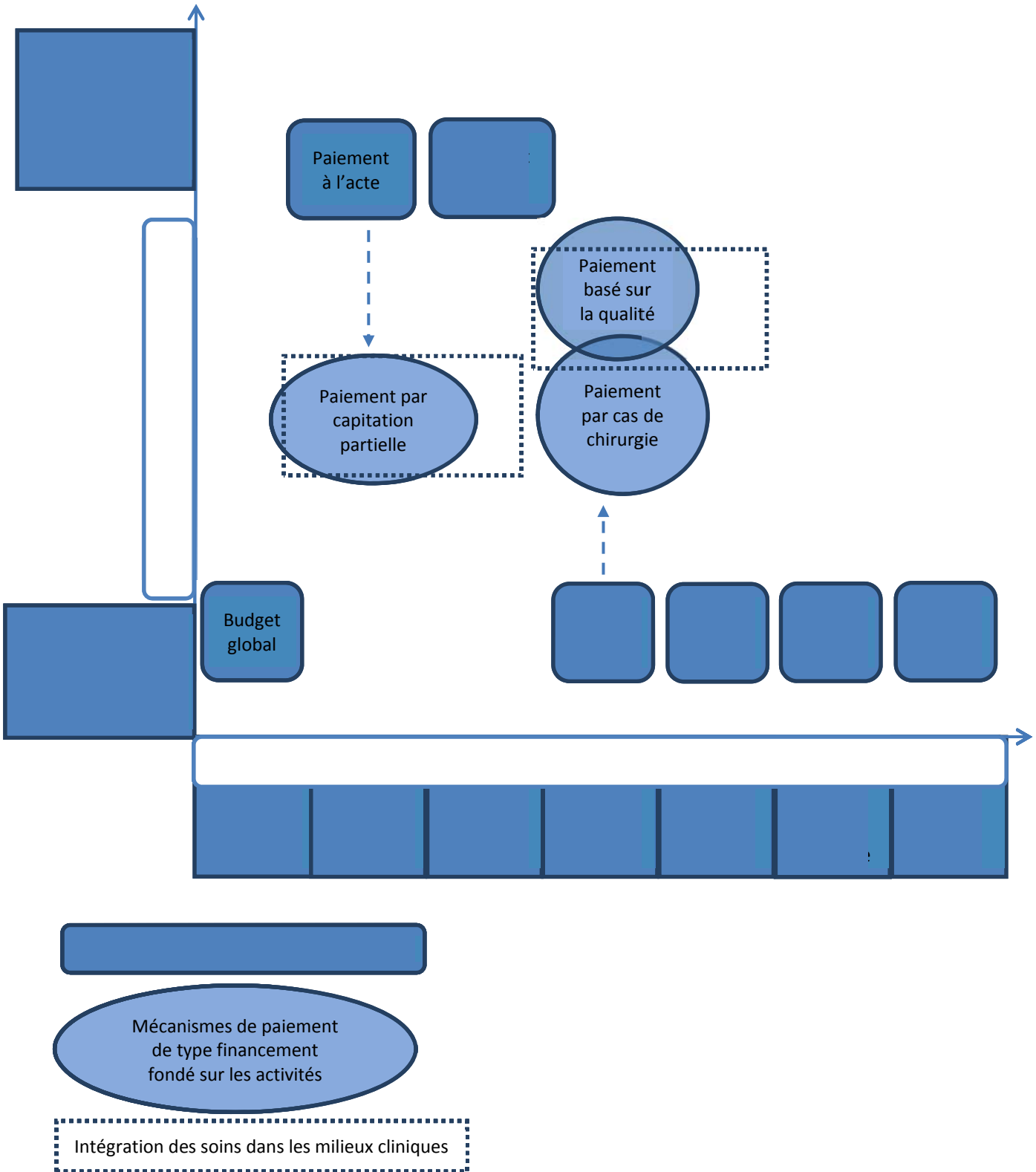
## **Conclusion et recommandations**

Pour concevoir un système de soins de santé efficace et efficient, les décisions concernant les mécanismes de paiement doivent tenir compte des objectifs stratégiques de même que des incitatifs précis associés aux différents choix stratégiques. Pour ce faire, il convient d'abord d'établir plus explicitement l'ordre de priorité des objectifs. A-t-on besoin d'un plus grand nombre de chirurgies? Devrait-on plutôt améliorer les indicateurs de la qualité des soins? Les autres points à considérer se rapportent à l'établissement des priorités des contextes cliniques (p. ex. patients hospitalisés et patients externes). En tenant compte de ces deux facteurs clés, les responsables des politiques peuvent prendre des décisions plus éclairées lorsque vient le temps de choisir parmi tous les mécanismes de paiement possibles.

Voici une catégorisation des services de santé particulièrement utile à titre de point de départ : i) les traitements novateurs très économiques présentant peu de risque de surutilisation; ii) les traitements hautement efficaces pour certains patients seulement; iii) les traitements dont la valeur clinique est moins certaine<sup>1</sup>. Il est possible d'accroître l'efficacité du secteur de la santé en augmentant le volume de services à valeur élevée et en réduisant le volume de services à valeur faible ou indéterminée. En ce qui a trait aux services présentant une valeur élevée seulement pour certains patients, il est crucial de cibler ces patients de façon appropriée. Il est essentiel d'harmoniser les incitatifs des mécanismes de paiement avec des objectifs stratégiques, des contextes cliniques et des valeurs des services de santé précis pour accroître l'efficacité et améliorer la santé de la population.

Vu le but commun de viser un système de soins de santé orienté sur la valeur et l'efficacité, nous recommandons de combiner une stratégie de changements progressifs à des évaluations rigoureuses des répercussions. Nous suggérons un effort intégré qui comprend une collecte de données améliorée, une meilleure connaissance des coûts des différents services et des processus d'accès aux soins et une valeur profitable dans les soins de santé, autant à titre de précurseur que de complément à la mise en place de grands changements comme le financement basé sur le volume de cas pour les hôpitaux. Étant donné la riche expérience acquise dans le monde à l'égard de la conception de mécanismes de financement fondé sur les activités, il sera important de collaborer avec les responsables des politiques et les chercheurs d'autres pays et provinces pour apprendre de leurs réformes antérieures et à venir.

Annexe A : Figure 1



**Figure 1 :** Cette figure illustre quelques-uns des principaux éléments à prendre en considération quand vient le temps de choisir un mécanisme de paiement pour les soins de santé. Sur l'axe des x, nous présentons différents contextes cliniques du continuum de soins, et sur l'axe des y, le spectre de la puissance des différents mécanismes de paiement. Celui-ci va de mécanismes à faible puissance associés à des incitatifs pour la baisse du volume de services à des mécanismes à haute puissance associés à des incitatifs pour la hausse du volume des services. Nous inscrivons en fonction des deux axes les mécanismes de paiement actuellement utilisés au Québec (à noter que le Ministère utilise des budgets globaux établis selon le besoin d'accorder des ressources aux organismes de santé régionaux aux fins des programmes de services et de soutien, ce qui comprend des services de prévention et des soins à domicile. Les organismes ont souvent recours à un mécanisme semblable pour rémunérer les fournisseurs de services de leur région [p. ex. un budget global avec un rajustement d'indexation<sup>7,24</sup>]).

Les trois possibilités de réforme de paiement abordées dans le présent document sont illustrées par des flèches pointillées. Le fait de passer du paiement à l'acte au paiement par capitation partielle pour les soins primaires réduit les incitatifs accroissant le volume de services tout en augmentant les incitatifs concernant l'efficacité et la sélection des patients. À l'inverse, le fait de passer de budgets globaux à un mécanisme de paiement par cas de chirurgie ou de paiement basé sur la qualité pour les services hospitaliers accroît les incitatifs pour le volume de services tout en réduisant ceux qui visent l'efficacité et la sélection des patients. Comme la figure le montre clairement, le fait de passer à des mécanismes de paiement qui sont décrits comme des modes de financement fondé sur les activités aura diverses répercussions sur le volume et l'efficacité, selon le contexte clinique et les mécanismes de paiement actuels.

Nous illustrons l'idée de l'intégration des soins au moyen de boîtes pointillées étalées le long de l'axe des x, selon le contexte clinique. Indépendamment de la puissance de tout mécanisme de paiement, la base de paiement peut être déterminée de manière à comprendre plusieurs contextes cliniques (p. ex. services hospitaliers et soins de suite), accroissant ainsi les incitatifs concernant la coordination, l'intégration et l'efficacité cliniques. Dans le cadre du processus de réforme des structures de paiement pour les soins de santé, nous encourageons les responsables des politiques à prendre en considération les répercussions de tout changement sur les axes des x et des y du cadre présenté ci-dessus.

## **Annexe B1 : Paiement par cas de chirurgie en milieu hospitalier**

Le paiement par cas de chirurgie finance les hôpitaux en fonction de leur volume d'interventions chirurgicales précises. Pour chaque patient qui subit une arthroplastie de la hanche, par exemple, l'hôpital reçoit un montant préétabli correspondant à une partie ou à la totalité des coûts d'une admission « typique » pour cette chirurgie. Le paiement par admission est prospectif, mais plus l'hôpital effectue d'interventions, plus il reçoit des fonds (rétrospectivement). Il s'agit donc en quelque sorte d'un mécanisme mixte. Si on le compare au modèle du budget global, le paiement par cas de chirurgie favorise l'augmentation du volume de services.

### Principales considérations

Le risque de conséquences involontaires découlant de la rémunération par cas de chirurgie est important, et les décisions relatives à la conception stratégique peuvent aider à atténuer les effets négatifs. Voici quelques considérations importantes :

- Base de paiement : L'unité de services à laquelle le paiement est rattaché influence directement la coordination et la qualité des soins dans un grand nombre de milieux cliniques. Si le paiement par cas de chirurgie s'applique uniquement à l'intervention comme telle, la motivation à accroître la quantité et la qualité des soins préopératoires et postopératoires sera plutôt faible. Si au contraire le paiement par cas de chirurgie comprend d'autres services, peut-être même la réadaptation et les soins à domicile, les professionnels visés, qui travaillent souvent en isolation, seront fort probablement portés à faire plus d'efforts pour coordonner les soins.
- Contraintes relatives à l'accroissement du volume : Des contraintes humaines ou financières peuvent rendre difficile l'augmentation du nombre de chirurgies dans les hôpitaux. Les conventions collectives négociées, le nombre limité de salles d'opération et le manque de ressources humaines dans le domaine (p. ex. anesthésistes) ne sont que quelques exemples.
- Importance excessive accordée aux procédures ciblées : Les incitatifs financiers visant l'accroissement du volume de certaines interventions chirurgicales peuvent se traduire par une réduction des ressources affectées à des procédures et activités non ciblées (à la formation et à la recherche, par exemple). Le volume et la qualité d'autres services hospitaliers pourraient connaître une baisse.
- Coûts : Comme le paiement par cas de chirurgie favorise un volume de services élevé par rapport aux budgets généraux, le volume et les coûts vont probablement augmenter. Bien que ce mécanisme soit conforme aux objectifs stratégiques en ce qui a trait à la réduction des délais et puisse générer des avantages intéressants en matière de santé, il est important de se rappeler qu'il entraînera fort probablement une hausse des coûts et que le risque financier est porté par le payeur. Ces risques peuvent être atténués par l'imposition d'un plafond pour le volume ou les dépenses supplémentaires; cette mesure permet de contenir la hausse des coûts de même qu'à limiter les incitatifs concernant l'augmentation du volume.

### Expérience d'autres pays ou provinces

Dans les années 1990, beaucoup de pays d'Europe de l'Est ont procédé à une réforme majeure de leur système de soins de santé, qui visait notamment le financement des hôpitaux. Ils ont délaissé les budgets de l'ère soviétique ou les subventions globales pour se tourner vers des mécanismes de financement fondés sur les caractéristiques des patients ou sur les services offerts. La Croatie, la République tchèque, l'Estonie, la Lettonie, la Macédoine, la République slovaque et la Slovénie ont choisi des méthodes de paiement quotidien et par intervention. Une évaluation de ces mécanismes de paiement à l'acte en milieu hospitalier a montré une hausse des dépenses en santé à l'échelle du pays, une augmentation des taux d'hospitalisation et aucune incidence sur la durée moyenne des séjours ni sur le taux de mortalité évitable<sup>25</sup>.

Plusieurs provinces canadiennes ont instauré des mécanismes de paiement par cas de chirurgie, mais jusqu'à présent, peu d'initiatives ont été lancées pour évaluer ces réformes. En 2004, le Québec a mis en place le programme d'accès à la chirurgie (PAC) afin d'accélérer et d'augmenter les arthroplasties de la hanche et du genou, les opérations de cataractes et d'autres chirurgies d'un jour. En 2011-2012, le programme a été adapté pour qu'il comprenne plus de types de chirurgies et qu'il reflète mieux leur fréquence. À notre connaissance, il n'existe à l'heure actuelle aucune étude des répercussions de ce programme. La *Health Services Purchasing Organization* de la Colombie-Britannique a mis en place en 2010 le *Procedural Care Program* afin d'accorder une rémunération aux organismes de santé régionaux pour les interventions prédéterminées dont le délai d'attente est le plus long dans leur hôpital. Une évaluation de ce programme ainsi que d'autres réformes de paiement effectuées dans le cadre du *Patient Focused Funding Program* de la Colombie-Britannique est en cours<sup>26</sup>. L'initiative de procédures fondées sur la qualité de l'Ontario (2012) offre du financement supplémentaire par admission en chirurgie, dans le but de réduire les listes d'attente pour les interventions sélectionnées.



## **Annexe B2 : Paiement par capitation partielle**

Le paiement par capitation partielle est une forme particulière de paiement mixte (ou mélangé) qui comprend un élément prospectif (p. ex. un paiement initial par capitation) et un élément rétrospectif (p. ex. un remboursement supplémentaire à l'acte). Le paiement par capitation ne reflète pas les coûts ou l'utilisation des services réels, mais plutôt les besoins prévus d'un patient « moyen »; le montant peut être adapté aux types de patients, selon les différents coûts anticipés. Les paiements à l'acte devraient être moins nombreux dans un mécanisme de paiement par capitation partielle que dans un système de paiement uniquement à l'acte (égal ou inférieur au coût marginal du traitement)<sup>5</sup>. Nous nous intéressons particulièrement au paiement par capitation partielle dans les soins primaires, étant donné que chaque médecin est rémunéré en partie par capitation et en partie à l'acte, mais à un taux réduit. Ce système diffère des approches où différents types de services sont payés par différents mécanismes (p. ex. soins primaires payés par capitation et soins spécialisés payés à l'acte, comme dans le *Physician Case Management Program* de l'État de New York) et de celles où les médecins reçoivent une rémunération forfaitaire pour prendre en charge des patients, mais sont payés à l'acte pour tous les services qu'ils offrent (p. ex. le programme pour les clientèles vulnérables du Québec). Le fait de combiner les systèmes de paiement pour rémunérer les fournisseurs de soins devrait engendrer les incitatifs appropriés, tant pour la qualité que pour l'efficacité.

### Principales considérations

Les mécanismes de paiement mixtes peuvent inciter les médecins à fournir des soins de façon plus efficace, tout en réduisant les risques de sélection préférentielle de patients plus en santé normalement associés au paiement par capitation. Le paiement par capitation partielle peut aussi s'adapter au fait que les médecins effectuent de nombreux types de tâches et qu'il est plus difficile de mesurer leurs efforts et les résultats pour certaines d'entre elles (accomplissement de plusieurs tâches)<sup>27</sup>. Le paiement fixe peut augmenter la prestation de services de qualité qui ne sont généralement pas remboursés par le mécanisme de paiement à l'acte, et ajouter des incitatifs pour offrir de la qualité qui n'est pas nécessairement observable par le payeur<sup>5</sup>.

Le paiement par capitation partielle a pour avantages de protéger les assureurs contre les hausses des coûts et de réduire la surutilisation des services. La mise en œuvre de ce mécanisme comprend toutefois d'importants défis :

- Risques assumés par les médecins : Le transfert de certains risques financiers du payeur au fournisseur (par rapport au paiement à l'acte) signifie que les médecins (ou les groupes de médecins) doivent avoir de nombreux patients pour répartir ce risque efficacement. La détermination de la portion du revenu total payé par capitation et celle payée à l'acte aura aussi une incidence claire sur le degré de risque financier.
- Établissement des niveaux de remboursement : La portion de paiement par capitation doit être adéquatement ajustée selon le risque, et la portion de paiement à l'acte doit être égale ou inférieure au coût marginal d'un service donné. L'acquisition des données nécessaires pour bien fixer ces paiements peut poser des difficultés.
- Base correspondant à la portion rémunérée par capitation : Quels services seront payés par capitation? Seulement les soins primaires (ce qui augmente la propension à aiguiller

les patients vers des spécialistes) ou une liste plus complète de soins (ce qui suppose plus de risques pour les médecins)<sup>5</sup>?

- Normes de qualité et de rendement : Le payeur doit mesurer et suivre la qualité des soins afin d'éviter les incitatifs à limiter l'offre de soins ou à choisir des patients plus en santé.

#### Expérience d'autres pays ou provinces

Le paiement par capitation partielle (ou les mécanismes de paiement mixtes en général) est souvent recommandé, étant considéré comme un mécanisme de paiement « optimal » qui permet d'obtenir de meilleurs résultats que le paiement à l'acte ou le paiement entièrement prospectif<sup>5,28-30</sup>. Néanmoins, relativement peu de pays ont mis en place des mécanismes de paiement où les médecins sont rémunérés en partie par capitation et en partie à l'acte.

Dans le cadre de sa transition vers des soins primaires interdisciplinaires misant sur les équipes, l'Ontario a créé les équipes de santé familiale qui souscrivent au paiement par capitation partielle<sup>31</sup>. Les évaluations, dont les résultats commencent tout juste à être publiés, n'abordent que superficiellement le paiement par capitation partielle en tant que tel. Glazier et coll. (2009) ont comparé les médecins de l'Ontario rémunérés par capitation partielle avec ceux participant à un modèle amélioré de paiement à l'acte<sup>32</sup>. Ils ont établi que l'intégralité et la continuité des soins étaient semblables dans les deux groupes, mais que les patients avaient moins recours aux soins après les heures de travail normales et se rendaient davantage aux services d'urgence dans le système de paiement par capitation partielle. Cependant, ils ont conclu que ces caractéristiques existaient déjà avant la mise en œuvre de ces mécanismes de paiement et qu'il ne s'agissait donc pas de conséquences de ceux-ci. Le modèle de paiement par capitation a attiré des médecins adoptant certaines pratiques et ayant certains types de patients, ce qui a également été observé au Québec dans les soins primaires offerts par des équipes<sup>33</sup>. Sarma et coll. (2012) se sont penchés sur le volume des services offerts par les médecins de premier recours rémunérés à l'acte ou par d'autres mécanismes de paiement (dont le paiement mixte) en se servant des données recueillies dans le cadre du Sondage national des médecins 2004 du Canada. Ils ont conclu que les médecins qui sont rémunérés à l'acte effectuent plus de consultations par semaine que ceux qui sont payés autrement, mais qu'en raison du modèle de l'étude, il est impossible de démontrer que cette différence est entièrement attribuable au mécanisme de paiement<sup>34</sup>. Kralj et Kantarevic (2013) ont quant à eux tenu compte de la sélection de médecins parmi différents modèles et ont conclu que les médecins qui font partie des organismes de santé familiale souscrivant à un mécanisme de paiement par capitation partielle offrent légèrement moins de services dans l'ensemble, mais tendent davantage à atteindre les objectifs en matière de soins préventifs que les médecins participant au modèle amélioré de paiement à l'acte<sup>35</sup>.

Au Danemark, les omnipraticiens sont rémunérés à la fois par capitation et à l'acte : environ le tiers de leur revenu provient de paiements par capitation pour les patients inscrits sur leur liste et les deux tiers proviennent de paiements à l'acte.<sup>36</sup> Aux Pays-Bas, les assureurs offrent aux médecins de famille un montant par capitation pour les patients inscrits sur leur liste (70 % de leur revenu total), et l'autre 30 % de leur salaire est payé à l'acte. La combinaison de

mécanismes de paiement pour les soins primaires a eu lieu récemment, et des évaluations devront être effectuées pour en mesurer les effets<sup>37</sup>.

Même s'il ne s'agit pas du contexte des soins primaires, la réforme qui a eu lieu au Québec en 1999 pour permettre aux spécialistes de passer d'une rémunération à l'acte à un système de paiement mixte (paiement quotidien et partiellement à l'acte) est également pertinente. En tenant compte de la sélection différentielle parmi les médecins qui ont adopté le nouveau système de paiement, Dumont et coll. (2008) ont démontré que les médecins avaient réduit leur volume de services et le nombre d'heures de consultation, mais avaient augmenté le temps moyen passé à offrir chaque service (possiblement un signe de qualité accrue) et le temps passé à effectuer d'autres tâches pour lesquelles ils ne sont pas payés à l'acte<sup>21</sup>. Selon une autre étude, cette même réforme du système de paiement a rallongé les séjours à l'hôpital, et n'a eu aucune incidence sur la probabilité de réadmission<sup>38</sup>.

Dans l'ensemble, les changements à la rémunération des médecins de premier recours varient grandement, et les détails de chaque politique font en sorte qu'il est difficile de tirer des conclusions générales. Un autre problème, encore plus important, est que les politiques dans ce domaine ne sont pas étayées par un corpus de données fiables. Les changements futurs aux systèmes de paiement des médecins, en particulier dans le cas des mécanismes mixtes, devront faire l'objet d'évaluations rigoureuses<sup>39</sup>.

### **Annexe B3 : Paiement basé sur la qualité**

Le paiement basé sur la qualité incite les fournisseurs à atteindre des objectifs préétablis en matière de qualité des soins. Les mesures de qualité peuvent être fondées sur la structure des établissements de soins de santé, les processus de soins ou les résultats pour les patients<sup>13</sup>. Elles peuvent refléter les réussites des fournisseurs en ce qui concerne l'atteinte de certains niveaux de qualité ou l'amélioration de leur rendement. Ce mécanisme de paiement est généralement appelé *paiement basé sur le rendement*. De nombreux mécanismes ne reconnaissent pas l'offre de soins de grande qualité, de services plus rentables ou ceux qui améliorent la santé à long terme<sup>40</sup>. C'est pour cette raison que les systèmes de paiement basés sur la qualité sont souvent utilisés pour compléter un mécanisme de paiement existant, dans le but de rehausser la qualité, de réduire la variation non justifiée des soins et de la qualité entre les fournisseurs et d'améliorer les résultats pour les patients.

#### Principales considérations

Une panoplie de programmes de paiement basé sur le rendement a été mise en œuvre au cours des 20 dernières années, et les preuves de leur efficacité sont plutôt mixtes. Chose certaine, les détails d'une politique et le contexte dans lequel elle a été adoptée sont des facteurs déterminants de son incidence. Il est également crucial de porter une attention particulière à l'établissement d'incitatifs ainsi qu'à la tenue d'une évaluation et d'une révision rigoureuses des programmes de paiement basé sur le rendement<sup>41,42</sup>. Voici les principales décisions à prendre :

- Indicateur(s) de rendement à choisir : Les indicateurs de la qualité peuvent être établis en fonction de la qualité clinique, de la satisfaction des patients, des mesures de contrôle de l'efficacité et des coûts, ou d'une combinaison de ces éléments. Des mesures précises doivent être sélectionnées parmi ce grand éventail de possibilités, préférablement en consultation avec les intervenants du milieu clinique, afin que les fournisseurs prennent connaissance des résultats ciblés par le programme et visent leur atteinte. Les responsables des politiques devraient aussi envisager de cibler les mesures de qualité les moins facilement observées par les patients, étant donné qu'elles sont plus susceptibles de comporter des lacunes, vu l'absence d'un incitatif financier<sup>43</sup>.
- À récompenser : L'« atteinte » des objectifs de qualité peut être déterminée selon des niveaux de rendement absolus, le rendement par rapport aux pairs ou l'amélioration du rendement par rapport à des périodes antérieures. Les programmes qui utilisent des cibles de rendement minimales récompensent souvent les fournisseurs qui offrent déjà des services de qualité supérieure et soulignent peu l'amélioration des autres<sup>15</sup>.
- Qui récompenser : Le fait de récompenser les fournisseurs individuels ou les groupes de fournisseurs a une incidence tant sur les effets prévus que sur les effets imprévus des programmes de paiement basé sur le rendement.
- Combien payer : Plus l'incitatif financier est élevé, plus son incidence sera importante. Le montant de la rétribution devrait être proportionnel au coût progressif de l'amélioration de la qualité requise, notamment la perte de revenu que le fournisseur pourrait générer par d'autres activités comme l'augmentation du nombre de consultations<sup>42</sup>.

- Données à utiliser pour mesurer les résultats : Les sources de données doivent être représentatives de la clientèle visée et résister à la manipulation par les fournisseurs.

Au cours des étapes de conception et d'évaluation, il faut également tenir compte des conséquences inattendues des programmes de paiement basé sur le rendement, y compris la sélection de patients plus en santé pour faciliter l'atteinte des objectifs de rendement, la manipulation de données et la mise de côté de tâches non ciblées.

#### Expérience d'autres pays ou provinces

Le projet *Hospital Quality Incentive Demonstration* (HQID) des États-Unis et le programme *Advancing Quality* du Royaume-Uni sont des exemples majeurs de programmes de paiement basé sur le rendement en milieu hospitalier<sup>44,45</sup>. Des évaluations du projet HQID ont donné des résultats disparates, mais ont avancé une interprétation optimiste selon laquelle toute amélioration à court terme apportée aux processus cliniques s'atténue au fil du temps<sup>46-48</sup>. Il a également été démontré que le projet HQID n'a aucune incidence sur le taux de mortalité ni sur les coûts pour les maladies ciblées<sup>49,50</sup>. Quelques chercheurs avancent que le fait de mieux adapter les systèmes de paiement basé sur le rendement aux situations et aux caractéristiques propres aux hôpitaux pourrait améliorer plus efficacement la qualité des soins de santé<sup>48</sup>. Le programme régional *Advancing Quality* a été conçu selon le modèle du projet HQID, mais offre des bonis plus élevés, investit davantage dans les activités d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux et profite d'un environnement où il y a un seul payeur. Une évaluation a permis de déterminer que le taux de mortalité dans les 30 jours en fonction du risque ajusté a connu une légère baisse, mais pas pour toutes les affections ciblées<sup>51</sup>. Le programme national *Commissioning for Quality and Innovation* du Royaume-Uni est quant à lui inspiré du programme *Advancing Quality*<sup>52</sup>.

Le *Quality and Outcomes Framework* (QOF) du Royaume-Uni, l'initiative *Physician Quality Reporting* lancée par les centres états-uniens de *Medicare* et de *Medicaid Service* ainsi que le programme californien *Pay for Performance* sont autant d'exemples de mécanismes de paiement basé sur le rendement instaurés en dehors des milieux hospitaliers. Au Canada, l'Ontario a ajouté des incitatifs financiers établis selon le rendement pour les médecins qui participent à la réforme des soins primaires. Ces paiements visent un petit nombre de soins préventifs et de services précis dispensés en cabinet et à l'hôpital. Des études ont relevé de faibles augmentations dans les services préventifs ciblés, mais aucun changement dans les autres types de soins, et ont souligné que les médecins dont le rendement à l'égard des soins préventifs était déjà élevé étaient plus enclins à manifester leur intérêt<sup>14,53</sup>. Une évaluation des incitatifs associés au paiement basé sur le rendement qui sont intégrés à l'initiative de gestion du diabète de l'Ontario a montré que les médecins rémunérés par capitation partielle étaient plus intéressés que ceux rémunérés à l'acte<sup>22</sup>. En France, le programme de paiement basé sur le rendement *Contrats d'amélioration des pratiques individuelles* (CAPI) cible le traitement des maladies chroniques<sup>2,54</sup>. Comme pour les programmes de paiement basé sur le rendement en milieu hospitalier, les constatations dégagées des programmes qui visent les médecins et d'autres professionnels sont plutôt partagées, aussi bien en ce qui a trait à la qualité qu'aux résultats<sup>2,42,55,56</sup>.

Bien qu'il existe de nombreuses « évaluations » des programmes de paiement basé sur le rendement, beaucoup d'entre elles n'ont pas été réalisées au moyen d'un modèle d'étude permettant de mesurer avec fiabilité les effets de la politique. Les initiatives de paiement basé sur le rendement sont souvent mises en œuvre conjointement avec d'autres efforts visant l'amélioration de la qualité, et il est rarement possible de dégager leurs effets respectifs<sup>55</sup>. Les premiers fournisseurs à adopter les programmes de paiement basé sur le rendement sont généralement plutôt différents de leurs pairs, et les études qui ne tiennent pas compte de leurs particularités ne peuvent prédire les effets qu'aurait le programme une fois implanté à plus grande échelle<sup>2</sup>. L'absence d'un vrai groupe témoin dans de nombreuses études constitue une autre faiblesse majeure. Même lorsque les effets sont mesurés avec exactitude, le mélange des politiques – concernant les mécanismes de paiement ou autre – présent dans chaque territoire aura une incidence sur les effets des programmes de paiement basé sur le rendement<sup>2</sup>. Il convient donc de faire preuve de prudence au moment de généraliser d'un système de soins de santé à un autre.

## Annexe C : Références

1. CHANDRA, A., et J. SKINNER. « Technology Growth and Expenditure Growth in Health Care », *Journal of Economic Literature*, vol. 50, n° 3, sept. 2012, p. 645-680.
2. CHARLESWORTH, A., A. DAVIES et J. DIXON. *Reforming payment for health care in Europe to achieve better value*, Nuffield Trust, 2012.
3. SUTHERLAND, J. M., N. REPIN et R. T. CRUMP. *Examen du rôle potentiel des incitations financières dans le financement des services de santé au Canada*, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 21 déc. 2012.
4. LAFFONT, J.-J., et J. TIROLE. *Théorie des incitations et réglementation*, Economica, coll. « Économie et statistiques avancées », 2012.
5. LÉGER, P. T. « Modes de rémunération des médecins : Un aperçu des possibilités d'action au Canada », *Série d'études de la FCRSS sur les générateurs de coûts et l'efficacité du système de santé : Rapport 3* (en ligne), Ottawa (Ont.), Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2011. Sur Internet : <[http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Commissioned\\_Research\\_Reports/CHSRF\\_Physician\\_Renumeration\\_FR-final.sflb.ashx](http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/CHSRF_Physician_Renumeration_FR-final.sflb.ashx)>.
6. NEWHOUSE, J. P. « Reimbursing health plans and health providers: Efficiency in production versus selection », *Journal of Economic Literature*, vol. 34, n° 3, sept. 1996, p. 1236-1263.
7. SUTHERLAND, J. M., N. REPIN et R. T. CRUMP. *Financer des services de santé et sociaux à Montréal (Québec) : un examen des mécanismes de financement et du rôle des incitations*, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 26 févr. 2013.
8. NEWHOUSE, J. P. *Pricing the priceless: a health care conundrum*, Cambridge (Mass.), MIT Press, 2002.
9. *Competition in the Provision of Hospital Services*, Organisation de coopération et de développement économiques, 27 oct. 2006.
10. KAHN, K. L. *The Effects of the DRG-based prospective payment system on quality of care for hospitalized Medicare patients : final report*, Santa Monica (Calif.), RAND, 1992.
11. STREET, A., et coll. *Introducing activity-based financing: a review of experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden*, Centre for Health Economics, University of York, 2007.
12. SUTHERLAND, J. M. « Mécanismes de financement des hôpitaux : Aperçu et options pour le Canada », *Série d'études de la FCRSS sur les générateurs de coûts et l'efficacité du système de santé : Rapport 4* (en ligne), Ottawa (Ont.), Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2011. Sur Internet : <[http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Commissioned\\_Research\\_Reports/CHSRF\\_Hospital\\_Funding\\_Fr-3.sflb.ashx](http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/CHSRF_Hospital_Funding_Fr-3.sflb.ashx)>.
13. DONABEDIAN, A. « Evaluating the quality of medical care », *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n° 4, 2005 (1966), p. 691-729.
14. KIRAN, T., et coll. « The Relationship Between Financial Incentives and Quality of Diabetes Care in Ontario, Canada », *Diabetes Care*, vol. 35, n° 5, mai 2012, p. 1038-1046.
15. ROSENTHAL, M. B., et coll. « Early experience with pay-for-performance – From concept to practice », *JAMA – The Journal of the American Medical Association*, vol. 294, n° 14, 12 oct. 2005, p. 1788-1793.
16. SOOD, N., et coll. « Medicare's bundled payment pilot for acute and postacute care: analysis and recommendations on where to begin », *Health Affairs (Millwood)*, vol. 30, n° 9, sept. 2011, p. 1708-1717.
17. *Hospitals and Care Systems of the Future*, Chicago, American Hospital Association, Committee on Performance Improvement, présidé par Jeanette Clough, sept. 2011.

18. *Transparency in Outcomes – a Framework for the NHS*, Londres (R.-U.), ministère de la Santé, 2010.
19. ROZENBLUM, R., et coll. « A qualitative study of Canada's experience with the implementation of electronic health information technology », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 183, n° 5, 22 mars 2011, p. E281-E288.
20. CUTLER, D. M. *Your money or your life : strong medicine for America's health care system*, Oxford, Oxford University Press, 2004.
21. DUMONT, E., et coll. « Physicians' multitasking and incentives: empirical evidence from a natural experiment », *Journal of Health Economics*, vol. 27, n° 6, déc. 2008, p. 1436-1450.
22. KANTAREVIC, J., et B. KRALJ. « Link between Pay for Performance Incentives and Physician Payment Mechanisms: Evidence from the Diabetes Management Incentive in Ontario », *Health Economics*, 3 déc. 2012.
23. KANTAREVIC, J., B. KRALJ et D. WEINKAUF. « Enhanced fee-for-service model and physician productivity: evidence from Family Health Groups in Ontario », *Journal of Health Economics*, vol. 30, n° 1, janv. 2011, p. 99-111.
24. MCINTOSH, T., et coll. « Population Health and Health System Reform: Needs-Based Funding for Health Services in Five Provinces », *Revue canadienne de science politique*, vol. 4, n° 1, mars 2010, p. 42-61.
25. MORENO-SERRA, R., et A. WAGSTAFF. « System-wide impacts of hospital payment reforms: Evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia », *Journal of Health Economics*, vol. 29, n° 4, juill. 2010, p. 585-602.
26. SUTHERLAND, J. M., et coll. « British Columbia Hospitals: examination and assessment of payment reform (B-CHeaPR) », *BMC Health Services Research*, n° 11, 24 juin 2011.
27. EGGLESTON, K. « Multitasking and mixed systems for provider payment », *Journal of Health Economics*, vol. 24, n° 1, janv. 2005, p. 211-223.
28. ELLIS, R. P., et T. G. MCGUIRE. « Provider Behavior under Prospective Reimbursement – Cost-Sharing and Supply », *Journal of Health Economics*, vol. 5, n° 2, juin 1986, p. 129-151.
29. NEWHOUSE, J. P. « Pricing and Imperfections in the Medical-Care Marketplace », *Developments in health economics and public policy*, vol. 1, 1992, p. 3-22.
30. NEWHOUSE, J. P. « Patients at risk: health reform and risk adjustment », *Health Affairs (Millwood)*, vol. 13, n° 1, printemps 1994, p. 132-146.
31. HUTCHISON, B., et coll. « Primary health care in Canada: systems in motion », *The Milbank Quarterly*, vol. 89, n° 2, juin 2011, p. 256-288.
32. GLAZIER, R. H., et coll. « Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 180, n° 11, 26 mai 2009, p. E72-E81.
33. COYLE, N., et E. STRUMPF. « Réforme des soins de santé primaires : Qui se joint aux groupes de médecine de famille au Québec? », dans L. Godbout et coll., *Le Québec économique 2011 : un bilan de santé du Québec*, Montréal (Qc), CIRANO, Presses de l'Université Laval, 2012.
34. SARMA, S., R. A. DEVLIN et W. HOGG. « Physician's production of primary care in Ontario, Canada », *Health Economics*, vol. 19, n° 1, janv. 2010, p. 14-30.
35. KRALJ, B., et J. KANTAREVIC. « Quality and quantity in primary care mixed-payment models: evidence from family health organizations in Ontario », *Revue canadienne d'économie*, vol. 46, n° 1, 22 févr. 2013, p. 208-238.
36. PEDERSEN, K. M., J. S. ANDERSEN et J. SONDERGAARD. « General practice and primary health care in Denmark », *JABFM – Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 25, supplément 1, mars 2012, p. S34-S38.



37. VAN WEEL, C., H. SCHERS et A. TIMMERMANS. « Health care in the Netherlands », *JABFM – Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 25, supplément 1, mars 2012, p. S12-S17.
38. ÉCHEVIN, D., et B. FORTIN. « Physician Payment Mechanisms, Hospital Length of Stay and Risk of Readmission: a Natural Experiment » (en ligne), CIRPÉE – Centre Interuniversitaire sur le Risque, les Politiques Économiques et l'Emploi. Sur Internet : [http://www.cirpee.org/fileadmin/documents/Cahiers\\_2011/CIRPEE11-12.pdf](http://www.cirpee.org/fileadmin/documents/Cahiers_2011/CIRPEE11-12.pdf).
39. GOSDEN, T., et coll. « Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review », *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 6, n° 1, janv. 2001, p. 44-55.
40. ROSENTHAL, M. B., et R. G. FRANK. « What is the empirical basis for paying for quality in health care? », *MCCR – Medical care research and review*, vol. 63, n° 2, avril 2006, p. 135-157.
41. CHARLESWORTH, A., A. DAVIES et J. DIXON. *Reforming payment for health care in Europe to achieve better value*, The Nuffield Trust, août 2012.
42. ROSENTHAL, M. B., et R. A. DUDLEY. « Pay-for-performance: will the latest payment trend improve care? » *JAMA – The Journal of the American Medical Association*, vol. 297, n° 7, 21 févr. 2007, p. 740-744.
43. RICHARDSON, S. S. « Integrating pay-for-performance into health care payment systems » (en ligne), atelier d'économie de la santé du Center for Health and the Social Sciences, 10 janvier 2013. Sur Internet : [http://scholar.harvard.edu/samr/files/jobmarketpaper\\_richardson.pdf](http://scholar.harvard.edu/samr/files/jobmarketpaper_richardson.pdf).
44. *Advancing Quality* (en ligne). Sur Internet : <http://www.advancingqualitynw.nhs.uk/index.php>.
45. *Hospital Quality Incentive Demonstration* (en ligne). Sur Internet : <http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalPremier.html>.
46. GLICKMAN, S. W., et coll. « Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction », *JAMA – The Journal of the American Medical Association*, vol. 297, n° 21, 6 juin 2007, p. 2373-2380.
47. GROSSBART, S. R. « What's the return? Assessing the effect of "pay-for-performance" initiatives on the quality of care delivery », *MCCR – Medical care research and review*, vol. 63, n° 1, févr. 2006, p. 29s-48s.
48. WERNER, R. M., et coll. « The Effect Of Pay-For-Performance In Hospitals: Lessons For Quality Improvement », *Health Affairs (Millwood)*, vol. 30, n° 4, avril 2011, p. 690-698.
49. JHA, A. K., et coll. « The Long-Term Effect of Premier Pay for Performance on Patient Outcomes », *The New England Journal of Medicine*, vol. 366, n° 17, 26 avril 2012, p. 1606-1615.
50. RYAN, A. M. « Effects of the Premier Hospital Quality Incentive Demonstration on Medicare Patient Mortality and Cost », *Health Services Research*, vol. 44, n° 3, juill. 2009, p. 821-842.
51. SUTTON, M., et coll. « Reduced Mortality with Hospital Pay for Performance in England », *The New England Journal of Medicine*, vol. 367, n° 19, 8 nov. 2012, p. 1821-1828.
52. *Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) payment framework* (en ligne). Sur Internet : [http://www.institute.nhs.uk/commissioning/pct\\_portal/cquin.html](http://www.institute.nhs.uk/commissioning/pct_portal/cquin.html).
53. HURLEY, J., et coll. *The Response of Ontario Primary Care Physicians to Pay-for-Performance Incentives*, Hamilton (Ont.), McMaster University, 21 avril 2011.
54. THOMPSON, S., et coll. *Sondage international 2011 sur les politiques de santé*, Fonds du Commonwealth, nov. 2011.
55. CHRISTIANSON, J. B., S. LEATHERMAN et K. SUTHERLAND. « Lessons From Evaluations of Purchaser Pay-for-Performance Programs A Review of the Evidence », *MCCR – Medical care research and review*, vol. 65, n° 6, déc. 2008, p. 5S-35S.

56. PETERSEN, L. A., et coll. « Does pay-for-performance improve the quality of health care? », *Annals of Internal Medicine*, vol. 145, n° 4, 2006, p. 265-272.