



Centre for
HEALTH SERVICES AND POLICY RESEARCH

Le financement à l'activité des établissements :

En quoi cela consiste?
Quelles en sont les implications?

AQESSS

Montréal, Québec, novembre 2011

Jason Sutherland, Ph. D. en collaboration avec la
Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé



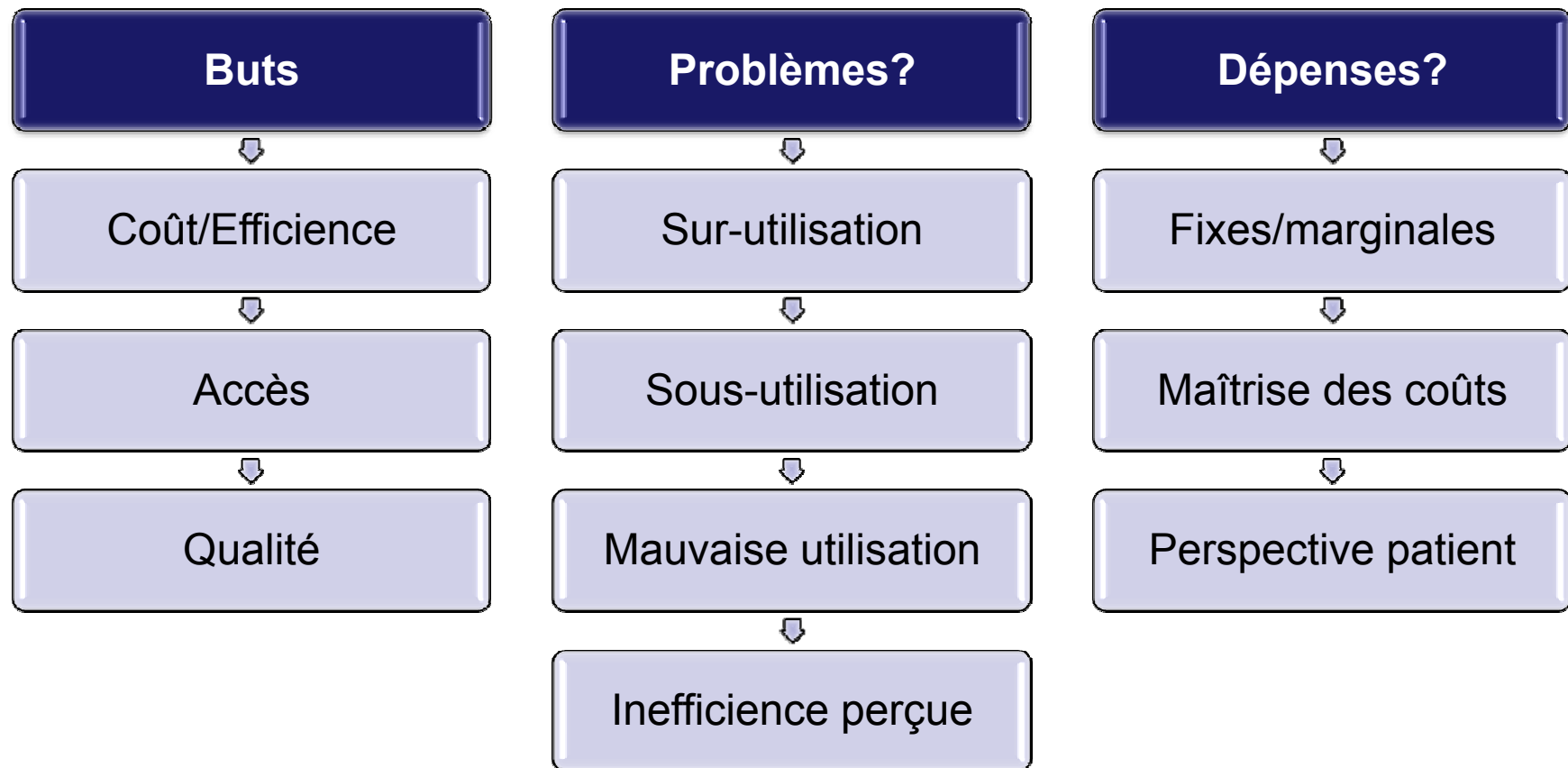
College of Health Disciplines
THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA

CHSRF
CANADIAN HEALTH SERVICES
RESEARCH FOUNDATION



FCRSS
FONDATION CANADIENNE DE LA
RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ

Facteurs de la réforme du financement des hôpitaux



Hôpitaux = 55 milliards \$ de dépenses par an

Recherche de stratégies pour limiter les budgets globaux?

- Transparence
- Perception d'inefficacité
- Délais d'attente
- Variations inexplicables de l'utilisation ou des coûts
- Absence de récompense pour l'innovation
- Services d'urgence
- Autre niveau de soins (NSA)
- Aucun incitatif favorisant l'amélioration de la qualité

Facteurs de la réforme du financement des hôpitaux : le FAA

- 
- Stimuler la productivité et l'efficience
- 
- Réduire la durée de séjour
- 
- Réduire les listes d'attente des hôpitaux
- 
- Accroître la concurrence entre les hôpitaux pour améliorer la qualité
- 
- Encourager la surveillance et l'analyse comparative
- 
- Réduire la surcapacité, améliorer la transparence dans le financement des hôpitaux
- 
- Faciliter le choix des patients
- 
- Harmoniser les mécanismes de paiement entre les fournisseurs de soins de santé publics et privés

« Déferlement des expériences avec le FAA

- CB, AB, ON; financement sur plusieurs exercices en SK, à NL
- AMC, BCMA, OMA, OHA, Commission Kirby (v.6)
- Norme internationale
- Bien plus complexe à administrer

Principaux facteurs de motivation



Avantages et inconvénients du FAA

Opportunités

Se servir du financement comme « levier » pour augmenter l'efficacité technique

- Incitations économiques : conserver les surplus
- Incitatifs politiques

Défis

Problèmes bien connus : récompenser le volume

- Aucune incitation pour coordonner les soins; soins fragmentés
- Prioriser les services profitables
- Surcodage ...

Des décennies de recherche et d'application

Effets documentés

- Propension à raccourcir la durée du séjour
- Propension à augmenter le volume des hospitalisations
- Propension à accroître les dépenses
- Peu d'effets documentés au sujet de l'effet sur la qualité dans les hôpitaux

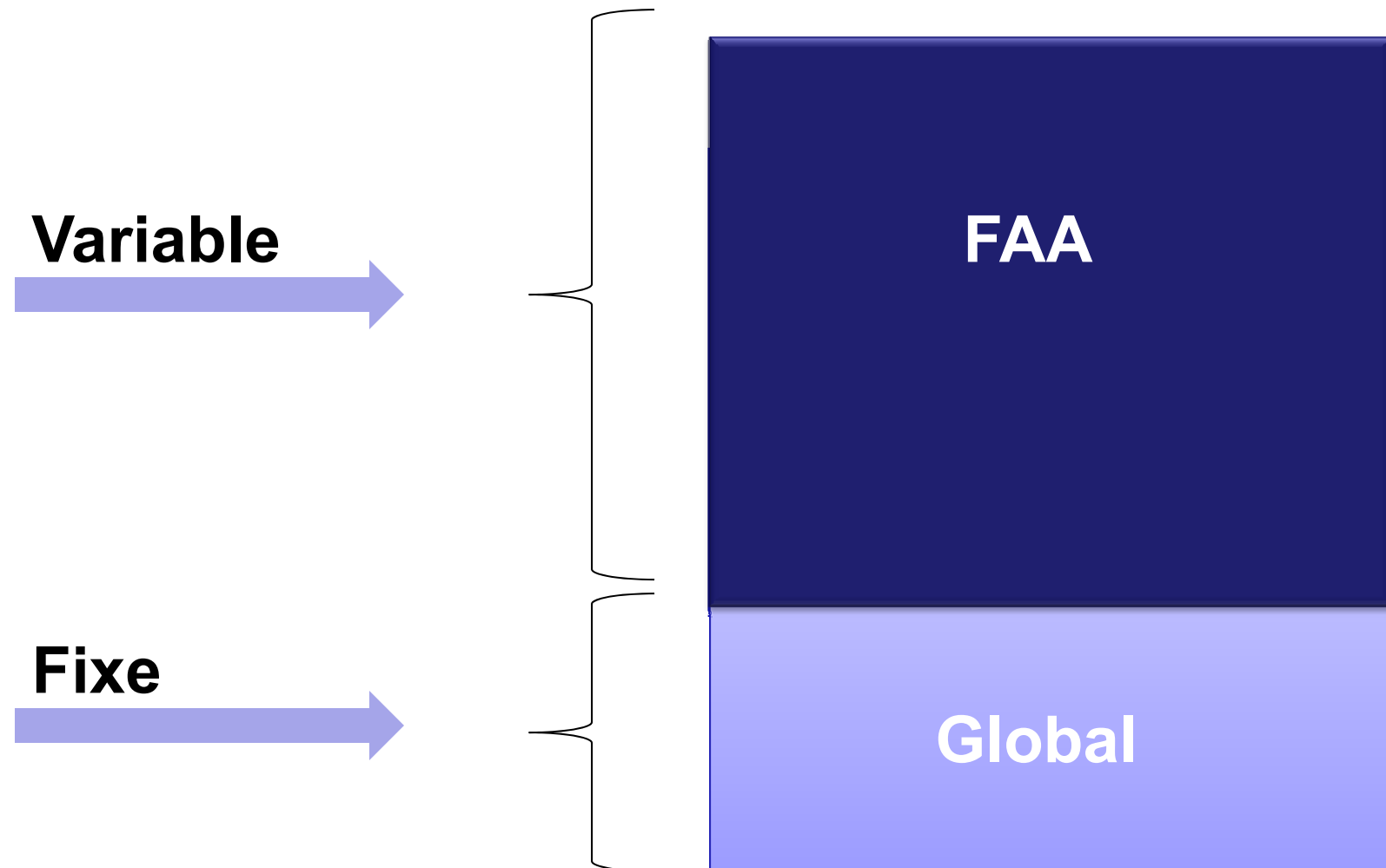
Pas d'évidence rapportée

- Amélioration des soins fondés sur des données probantes
 - Amélioration de l'efficacité ou de la pertinence
 - Influence sur les autres secteurs
 - Engagement des fournisseurs de soins
- ...mais cela n'est pas assuré non plus par la budgétisation globale***

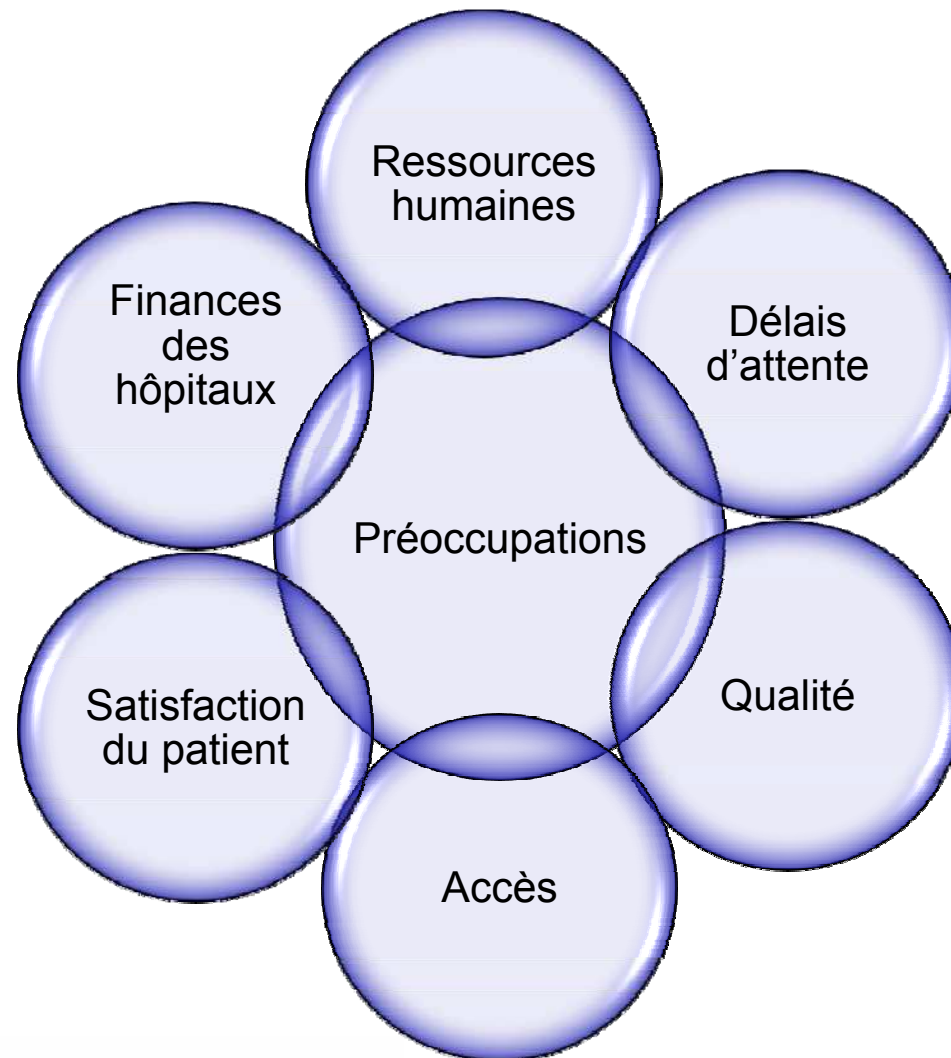
Effets mitigés concernant efficience



Des décennies de recherche et d'application



FAA : Préoccupations des intervenants



Conséquences voulues et imprévues

Accès

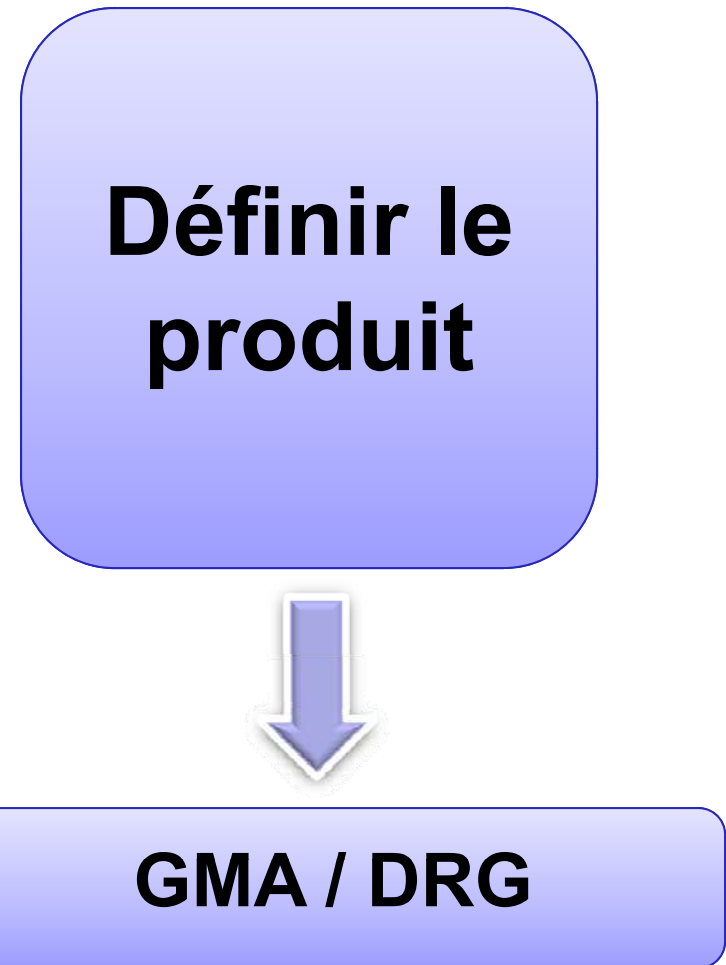
- Rapidité
- Accès géographique
- Équité de l'accès

***....mais cela n'est pas non plus assuré
par la budgétisation globale***

Comment le FAA fonctionne-t-il?

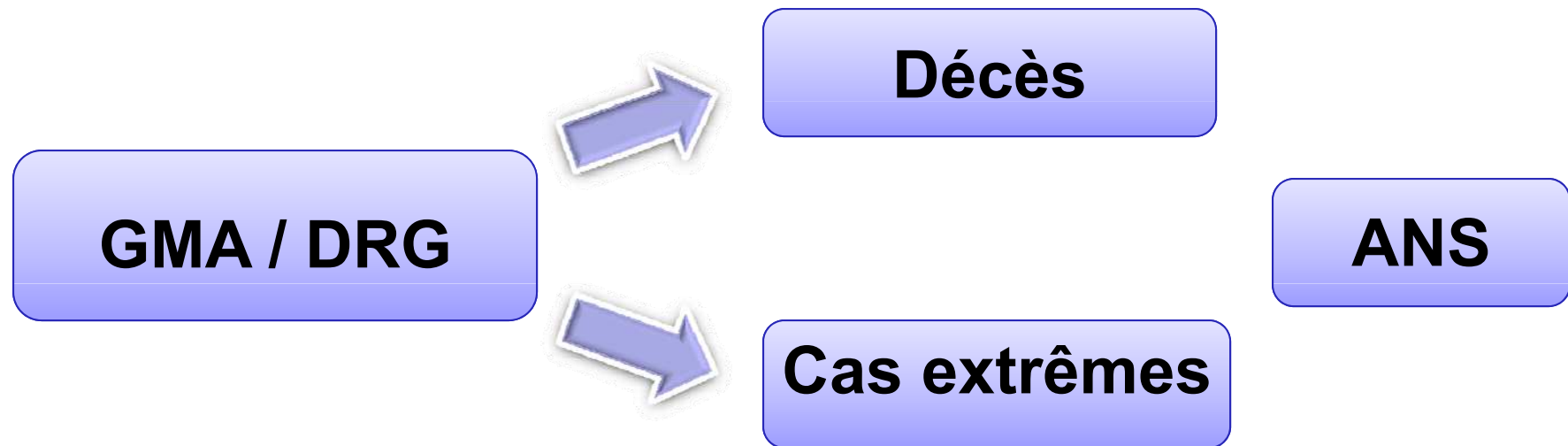
En général, le payeur définit le groupe de produits pour lequel est il prêt à payer.

- Medicare, États-Unis (DRG)
- Ministère de la Santé, Royaume-Uni (HRG)
- Ministère de la Santé et du Vieillissement, Australie (AR-DRG)

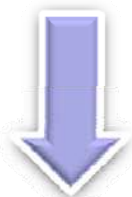


Comment le FAA fonctionne-t-il?

- Comprendre les choix stratégiques « sous-jacents » aux groupes de produits



**Fixer la
valeur/le
prix**



Paielement

- Les données sur le coût servent à fixer la valeur (le prix ou le tarif).
 - Initiative ontarienne de coût par cas (IOCC), calcul des coûts en Alberta
 - Études relatives au calcul des coûts sur une base individuelle, Australie (AR-DRG)
 - Données financières des hôpitaux (R.-U., HRG)
 - Données du Maryland
- Quels sont les éléments inclus?

Incitations

- Le FAA crée des incitations en faveur du « volume » dans les hôpitaux
 - Médecins salariés
 - Médecins rémunérés à l'acte
 - Autres incitatifs
- Harmoniser les incitations pour les hôpitaux et pour les médecins : mais pour quelle raison?
- Coûts rattachés à la conception, à la mise en œuvre et au maintien du cadre du FAA.

Lorsque le prix n'est pas le bon

When The Price Isn't Right: How Inadvertent Payment Incentives Drive Medical Care

If payment rates are not made more accurate, the distortion of health cost trends could be created.

by Paul B. Ginsburg and Joy M. Grossman

ABSTRACT: Unintended overpayment of some services, among other factors, is driving increased use of expensive care, which is a major driver of health care cost trends. The current payment system, which charges data that rarely provide a true reflection of the value of the service, result, newer services, in which payment is made on a fee-for-service basis. As the largest payer, and one who pays for a wide range of services, Medicare and Medicaid programs, Medicare prospective payment rates reflect the current payment system.

Getting The Price Right: Medicare Payment Rates For Cardiovascular Services

Expanded Use Of Imaging Technology And The Challenge Of Measuring Value

The benefits of expanded imaging might not be directly related to patients' disease outcomes.

by Laurence C. Baker, Scott W. Atlas, and Christopher C. Afendulis

ABSTRACT: The availability of computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) scanning has grown rapidly, but the value of increased availability is not clear. We document the relationship between CT and MRI availability and use, and we consider potentially important sources of benefits. We discuss key questions that need to be addressed if value is to be well understood. In an example we study, expanded imaging may be valuable because it provides quicker access to more precise diagnostic information, although evidence for improved health outcomes is limited. This may be a common situation; thus, a particularly important question is how non-health-outcome benefits of imaging can be quantified. [*Health Affairs* 27, no. 6 (2008): 1467-1478; 10.1377/hlthaff.27.6.1467]

is necessary to ensuring that the system is able to pay for the services provided.

by Stensland

Hospitals have grown rapidly. Physicians are providing cardiovascular diagnostic services in their offices. Medicare's prices for hospital care and the accuracy of those prices. We find that



Méthodes de calcul des coûts

THE IMPACT OF USING DIFFERENT COSTING METHODS ON THE RESULTS OF AN ECONOMIC EVALUATION OF CARDIAC CARE: MICROCOSTING VS GROSS-COSTING APPROACHES

ORIGINAL PAPER

Comparing methodologies for the cost estimation of hospital services

S. S. Tan · F. F. H. Rutten · B. M. van Ineveld · W. K. Redekop · L. Hakkaart-van Roijen

Received: 25 October 2007 / Accepted: 20 February 2008 / Published online: 12 March 2008
© Springer-Verlag 2008

Abstract The aim of the study was to determine whether the total cost estimate of a hospital service remains reliable when the cost components of bottom-up microcosting are replaced by the cost components of top-down microcosting or gross costing. Total cost estimates were determined for representative general hospitals in the Netherlands for appendectomy, normal delivery, stroke and acute myocardial infarction for 2005. It was concluded that restructuring of bottom-up microcosting to top-down microcosting or gross costing is not recommended.

^{a,c}, WILLIAM A. GHALI^{a,b,c}, CAM DONALDSON^d
DEN J. MANNS^{a,b,c,*}

^aHealth Services Research Unit, University of Calgary, Calgary, Alta., Canada
^bDepartment of Health Services Research, University of Calgary, Calgary, Alta., Canada
^cDepartment of Health Services Research, University of Calgary, Calgary, Alta., Canada
^dDepartment of Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne, Newcastle upon Tyne, UK

ELSEVIER

Health Policy 56 (2001) 149–163

www.elsevier.com/locate/healthpol

Using computerised patient-level costing data for setting DRG weights: the Victorian (Australia) cost weight studies

Terri Jackson

Monash University Health Economics Unit, Hospital Services Research Group, P.O. Box 477,
W. Heidelberg VIC 3081, Australia

Received 8 April 2000; accepted 16 November 2000

Abstract

Casemix-funding systems for hospital inpatient care require a set of resource weights which will not inadvertently distort patterns of patient care. Few health systems have very good sources of cost information, and specific studies to derive empirical cost relativities are

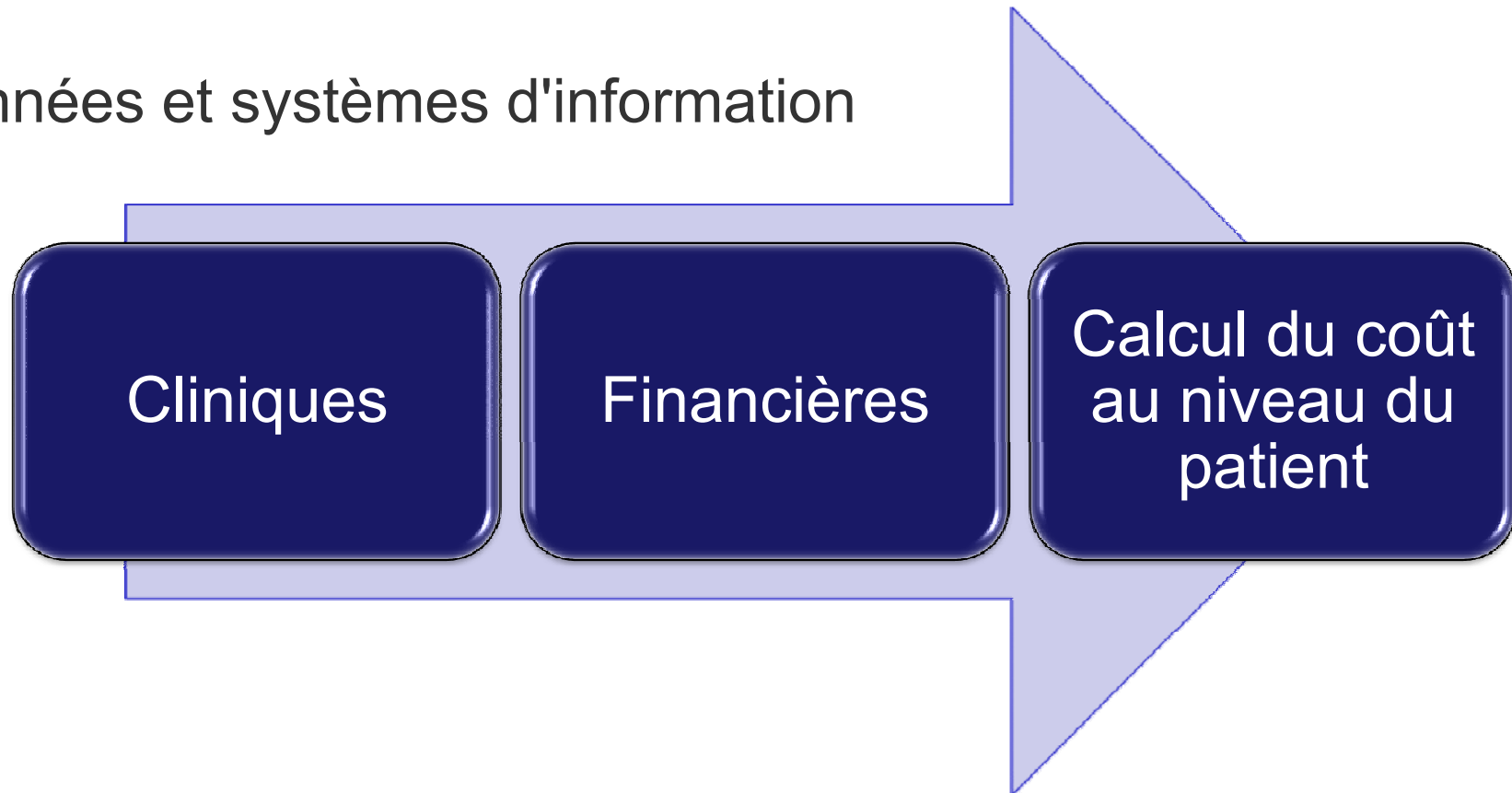


Centre for
HEALTH SERVICES AND POLICY RESEARCH

Comprendre les solutions de financement des hôpitaux:
JMSutherland, 2011

Le FAA peut-il être appliqué de manière crédible?

Données et systèmes d'information



Quelles sont les principaux défis liés à la mise en œuvre?

- 
- Détermination des niveaux d'activité souhaitables
 - « Plafonds » de dépenses pour limiter la croissance de l'activité
 - Engagement à long terme nécessaire pour que les hôpitaux réagissent aux incitatifs
 - Mise en œuvre graduelle (à quelle vitesse et jusqu'à quel niveau ?)
 - Ajustement des montants de paiement en les éloignant de la « moyenne »
 - Qualité

Quels sont les risques connus?

Changements dans les hôpitaux

- Activité
- Résultats financiers des hôpitaux
- Changements dans la gestion

Changements dans d'autres secteurs

- Plus recours aux établissements de soins post-hospitaliers

Tarification

- Augmentation du volume des patients qui rapportent le plus

Facteurs de succès importants?

Vision et leadership

Risque politique lié au changement d'activité et de capacité des hôpitaux

Compréhension des effets des monopoles géographiques naturels

Applicabilité dans les provinces ou les régions moins peuplées

Compréhension de la demande et de l'offre des services post-hospitaliers

Maintenir la crédibilité

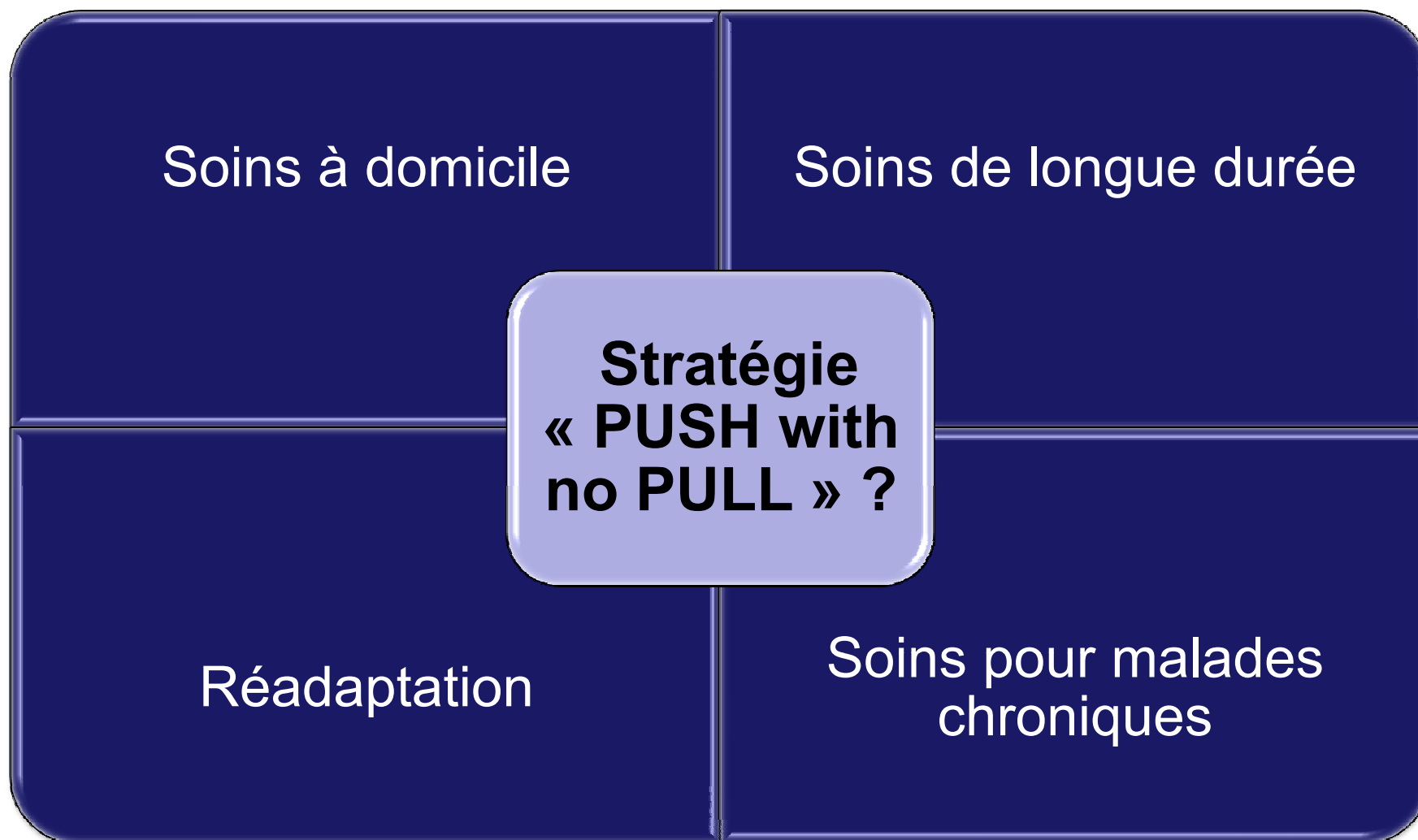
Qualité de la codification

- Les activités de surveillance doivent être harmonisées avec les incitations financières.
- Cadre de non-adhésion aux normes
 - Attribution des responsabilités

Attention continue

- Qualité
- Accès
- Prix et volumes

Interaction avec d'autres fournisseurs



Leçons tirées à l'échelle internationale

- Le FAA est un des outils de la trousse.
- Il faudrait faire abstraction de certains facteurs :
 - capital, enseignement, régions rurales, services des urgences
- Il est très difficile de fixer le montant du paiement pour équilibrer les incitatifs.
 - « tarif des meilleures pratiques », « juste et réalisable » ou moyenne
 - Santé mentale, pédiatrie, soins palliatifs
- Financement de la croissance des coûts et des volumes
- Fractionnement des épisodes

Combiner les informations

- Pour les systèmes de santé comme le nôtre : mélange de financement global et de FAA
- Engagement à long terme avec mise en œuvre graduelle
- Une augmentation des dépenses n'équivaut PAS à des améliorations de santé.
 - Plafonner la dépense globale lorsque l'on a recours au FAA
 - Croissance et ajustements des politiques
- Les paiements ne devraient pas être une « moyenne »
 - Cibler la valeur attendue ou un gain en santé
- GMA+ est un mode de remboursement basé sur les coûts.



Quelques points essentiels pour le Québec

- Quel est l'objectif?
- Facteurs géographiques et effets du FAA sur les exploitants monopolistiques
- Coûts du FAA
 - Tarification, volume, collecte de données, surveillance
- Qualité?
- Changements dans le volume, complexité dans d'autres établissements de soins continus

Quelques points essentiels pour le Québec (suite)

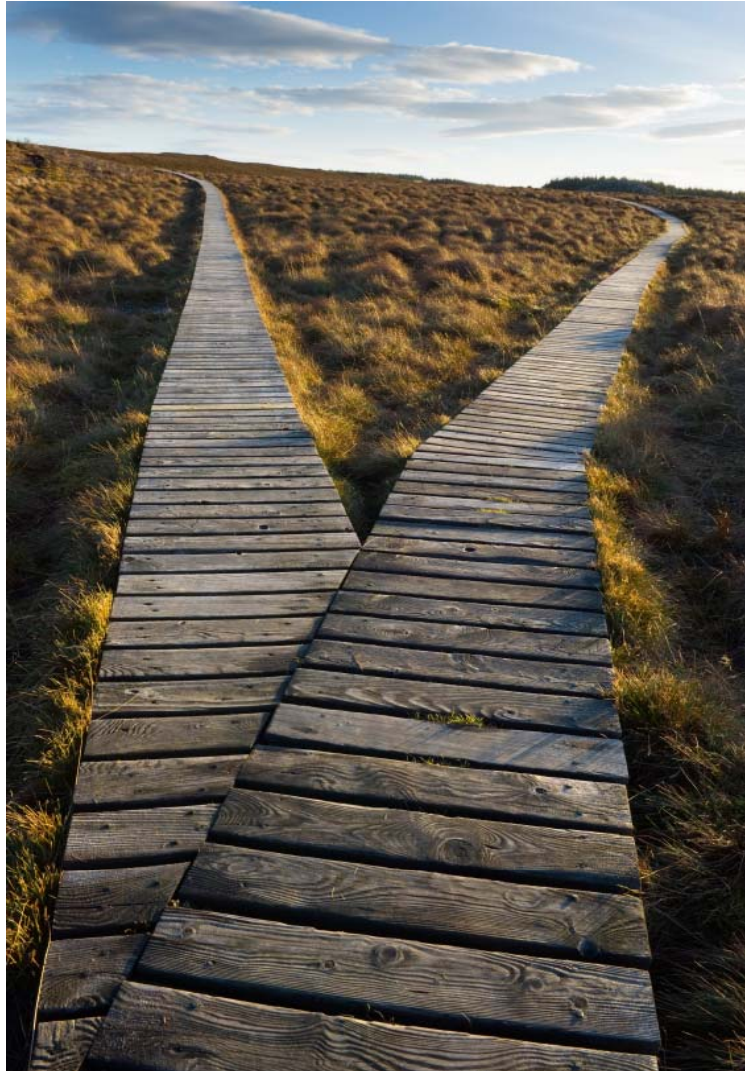
- Quels sont les principaux obstacles au changement des politiques de financement des hôpitaux signalés par les autres provinces?
 - Données accessibles et de grande qualité
 - Savoir-faire pour orienter la mise en œuvre
 - Résistance ou appui des intervenants



Quelques points essentiels pour le Québec (suite)

- Où trouver l'information?
 - Analyse documentaire
 - Experts de l'extérieur
 - Universités
- Comment renforcer la capacité?
 - Renforcement interne
 - Ateliers et conférences
 - Initiatives provinciales et groupes de travail
- www.hospitalfunding.ca





Merci!

jsutherland@chspr.ubc.ca