

Juin 2012

Note socio-économique

## Le financement à l'activité peut-il résoudre les problèmes du système de santé ?

Le financement à l'activité est un mode de financement du système de santé qui tend à se répandre au Canada. Il a été adopté ou est en voie de l'être dans plusieurs provinces canadiennes, dont la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario<sup>1</sup>. Dans cette dernière province, ce sera d'ici deux ans la formule utilisée pour attribuer 70 % du budget des hôpitaux. Au Québec, plusieurs voix s'élèvent pour proposer son adoption qui, dit-on, améliorerait la gestion de notre système de santé. Cette note de l'Institut de recherche et d'information socio-économique (IRIS) vise à faire la lumière sur les avantages et inconvénients de ce mode de financement.

Certains groupes ont pris position en faveur du financement à l'activité depuis plusieurs années<sup>2</sup>, mais ces appuis se sont multipliés récemment (ex. : l'Association québécoise des établissements de santé et services sociaux, le Directeur général du CHUM, la Coalition Avenir Québec)<sup>3</sup>. Ses promoteurs suggèrent ce changement d'approche au moment où l'exaspération des populations est grande au regard des listes d'attente dans les hôpitaux. Il était donc peu surprenant d'entendre, lors du dépôt du budget du Québec 2012-2013, le ministre des Finances Raymond Bachand annoncer l'implantation du financement à l'activité dans le réseau de santé. Un groupe d'experts a ainsi été mis sur pied pour déterminer comment devra être appliqué ce nouveau mode de financement pour lequel il n'existe aucune norme internationale. La présidence de ce comité a été confiée à Wendy Thomson, de l'École de service social de l'Université McGill. Mme Thomson a déjà pris position en faveur de la « contractualisation stratégique » et de l'établissement d'un système de « reddition de comptes axé sur

les résultats<sup>4</sup> ». Elle ne propose pas de privatiser purement et simplement le réseau de la santé (ou encore d'en faire une société d'État comme Hydro-Québec ou la SAQ), mais d'y importer une dynamique calquée sur le privé puisque, selon Mme Thomson, les stratégies organisationnelles centralisées et le « dirigisme » sont des politiques vouées à l'échec : « L'URSS n'a pas réussi à planifier l'industrie légère, pourquoi penser que le Ministère peut prévoir adéquatement des services complexes comme la santé ?<sup>5</sup> » Les deux autres membres du comité d'experts sont Pierre Shedleur, ancien président-directeur général de la Société générale de financement (SGF), passé depuis 2011 au secteur privé, et Roger Paquet, sous-ministre de la Santé et des Services sociaux de 2006 à 2009 et aujourd'hui président d'une entreprise de services conseils<sup>6</sup>. Le comité devra remettre son rapport au cours de l'année 2013.

### QU'EST-CE QUE LE FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ ?

Le financement à l'activité, ou *activity-based funding*, est un mode d'allocation des ressources au sein du système de santé qui rompt avec l'approche actuelle qu'on nomme budget global ou historique. Selon le présent mode d'allocation, les budgets des établissements de santé évoluent essentiellement en fonction des sommes dépensées dans les années antérieures puis ajustées en fonction de l'inflation. Les budgets historiques tels qu'on les connaît actuellement peuvent être rigides et mener à des incongruités. Par exemple, des administrateurs préféreront dépenser inutilement des ressources afin d'éviter que certains postes budgétaires soient considérés comme excédentaires puis coupés dans les années subséquentes. En revanche, puisqu'il s'agit de postes fixes et donc prévisibles, les budgets globaux permettent une meilleure stabilité et un plus grand contrôle des dépenses.

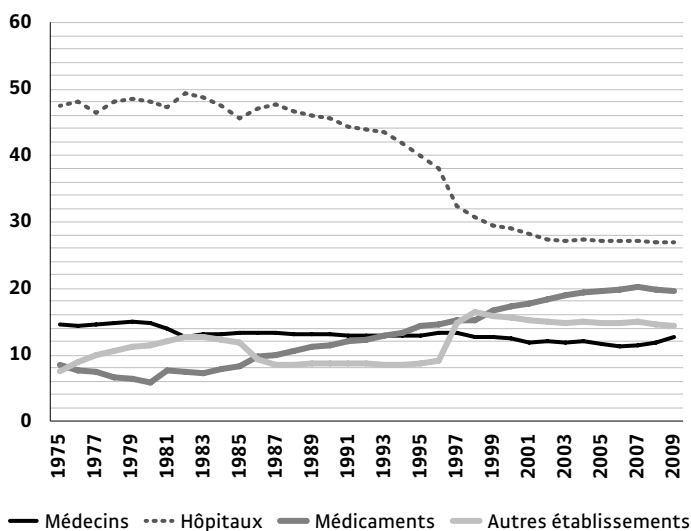
Quant au financement à l'activité, il distribue les ressources financières en fonction du volume et du type de services offerts par chaque hôpital. Selon cette logique, plus un hôpital accomplit d'actes médicaux, plus il recevra d'argent des autorités centrales responsables du réseau. Cet incitatif financier vise donc à améliorer la performance des hôpitaux.

Les partisans de ce mode de financement y voient également une façon de réduire les listes d'attente par l'augmentation de la productivité du réseau hospitalier. Ils prétendent que, désormais, les patients ne représenteront plus des « dépenses » pour les hôpitaux, mais plutôt une source de « revenus ». Ou, selon une formule répandue : « L'argent suit le patient ».

Avant d'explorer plus avant le fonctionnement et les impacts du financement à l'activité, une remarque préliminaire s'impose. Les dépenses en santé suscitent régulièrement l'inquiétude de nombreux observateurs ou groupes d'intérêts qui souhaiteraient voir le gouvernement faire preuve d'un contrôle plus serré de ses dépenses, voire même sabrer davantage qu'il

ne l'a fait en ces temps de résorption de déficit. Il est paradoxal que le financement à l'activité reçoive l'appui de ces groupes en dépit du fait qu'il s'agit d'une réforme qui affectera principalement les dépenses hospitalières, soit une catégorie de dépenses dont la part diminue depuis une trentaine d'années<sup>7</sup>. En effet, comme le montre le graphique 1, celles-ci sont passées au Québec de 48,0 % à 26,8 % des dépenses en santé depuis le début des années 1980<sup>8</sup>.

**GRAPHIQUE 1** Dépenses en santé par affectation de fonds, en % des dépenses totales, de 1975 à 2009



Source : Tendances des dépenses nationales en santé de 1975 à 2011, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

À l'inverse, les dépenses en médicaments ont considérablement augmenté, mais elles ne seront pas affectées par une réforme telle que l'implantation du financement à l'activité. Qui plus est, comme nous le verrons dans la section suivante, ce mode de financement des hôpitaux pourrait même avoir pour effet d'accroître les dépenses consacrées aux hôpitaux, sans pour autant corriger les problèmes fondamentaux du système de santé.

### Le financement à l'activité est-il applicable au Québec ?

Instaurer le financement à l'activité dans un système de santé n'est pas une mince affaire, puisque cette formule nécessite un travail de collecte de données extrêmement détaillées sur les activités de chacun des établissements hospitaliers, et donc un inévitable alourdissement des structures administratives. De plus, comme il n'existe aucun standard international, chaque juridiction se retrouve à devoir développer son propre modèle. Il s'agit d'abord de regrouper toutes les activités médicales en des centaines, voire même plus d'un millier,

de «groupes diagnostics connexes (GDC)». L'objectif de ce codage est de rassembler les services médicaux qui requièrent le même investissement de ressources. Comme ces calculs sont complexes et ardues, ce travail de classification peut exiger plusieurs années de travail.

Il faut ensuite déterminer le montant de remboursement auquel donnera droit chacun de ces GDC. Si un hôpital parvient à réduire les coûts d'une activité donnée, c'est-à-dire à la réaliser en deçà du coût estimé par les calculs des autorités centrales, il conservera le surplus et se dégagera donc une «marge de remboursement». En augmentant ou en diminuant le niveau de remboursement des différents GDC, on pourra donc inciter les hôpitaux à se concentrer sur certaines activités plutôt que d'autres.

Mais comme l'écrit l'Association québécoise des établissements de santé et services sociaux (AQESSS) : « En ce moment au Québec, peu d'acteurs, à tous les niveaux, disposent de l'expertise nécessaire au développement de cette approche et à son utilisation dans les opérations financières et dans la gestion de la performance et de la qualité<sup>9</sup>. » Ainsi, il faudra impérativement mettre en place une structure d'évaluation et d'imputation de coût pour chaque activité. Cette structure aura elle-même des coûts qui réduiront au final les gains réalisés en efficacité par le financement à l'activité – si des gains sont réalisés, ce qui ne constitue en aucun cas une garantie. La structure sera nécessaire à des fins de fixation de prix, de révision, d'enregistrement et de contrôle afin que les pratiques de codage ne fassent pas l'objet de manipulations.

Une véritable armée de consultants devra donc être embauchée pour «jouer le jeu» du système et identifier quelles pratiques permettront à chaque établissement de dégager la plus grande marge de remboursement<sup>10</sup>. En France, le Dr André Grimaldi, chef du service de diabétologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, écrivait ceci à propos de l'introduction du financement à l'activité dans son lieu de travail :

Chaque spécialité, chaque hôpital, chaque service s'est mis à réfléchir fébrilement aux changements et aux astuces nécessaires pour devenir «rentables». Les hôpitaux ont embauché des praticiens hospitaliers à plein temps devenant des experts du codage. [...] Ici ou là, on surfacture ou on réalise des activités peu voire pas utiles mais rentables<sup>11</sup>.

Parvient-on au moins à augmenter la cadence du système ? Dans certains cas, on a observé effectivement un impact dans la durée des séjours et du traitement des patients<sup>12</sup>, mais il ne s'agit pas d'une observation généralisée. Dans d'autres cas, le financement à l'activité semble avoir eu pour impact un déclin de la productivité<sup>13</sup> ou une augmentation des coûts<sup>14</sup>. Sans mécanisme de contrôle, un hôpital qui multiplierait une activité médicale «rentable» mais au prix de nombreuses réadmissions pourrait bénéficier financièrement de cette pratique.

Les risques d'autres effets pervers sont nombreux<sup>15</sup>. Les administrations hospitalières pourraient être tentées de

fragmenter les épisodes de soins pour augmenter d'autant le nombre d'activités pratiquées et donc rémunérées. Ou, comme « l'argent suit le patient », elles pourraient se voir incitées à garder le patient à l'interne plutôt que de le rediriger vers des soins moins onéreux à l'externe. En Norvège, on a constaté que le financement à l'activité était lié à la sur-prestation de certains soins<sup>16</sup>.

Un autre effet bien connu du financement à l'activité est celui du surcodage (*upcoding*). L'incitatif à traiter davantage de cas complexes qui rapportent des remboursements plus élevés amènerait les hôpitaux à poser des diagnostics plus sévères, ce qui peut leur valoir un remboursement plus élevé.

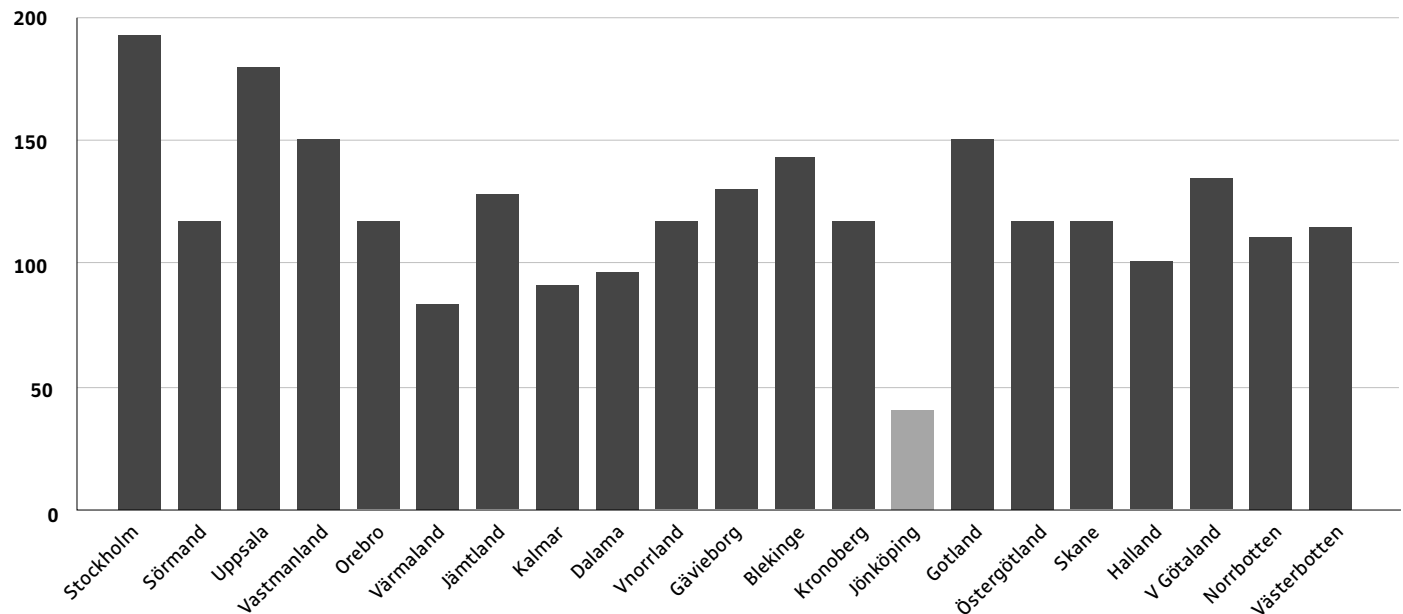
L'utilisation du financement à l'activité constitue également un risque financier. Il n'y a pas de tendance claire à savoir si cette formule coûtera plus ou moins cher que le système actuel, tant dans les dépenses de l'ensemble du réseau hospitalier que dans les coûts « par unité ». En Angleterre et en Australie<sup>17</sup>, des plafonds de dépenses ont même été ajoutés

au système de financement à l'activité, même s'il s'agit là d'une modification qui va à l'encontre du principe de base de ce système selon lequel on peut et on doit constamment faire plus d'activités.

Aucune démonstration empirique n'établit hors de tout doute que le financement à l'activité permet une amélioration du système de santé. C'est la conclusion à laquelle parvient Jason Sutherland dans la recension d'études réalisées pour la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS<sup>18</sup>).

En revanche, le financement à l'activité comporte de nombreux risques d'effets pervers insoupçonnés, comme toute réforme importante de systèmes complexes comme les réseaux de santé. C'est d'ailleurs l'avertissement que lancent des experts de l'Université de Colombie-Britannique au moment où l'on s'apprête là aussi à implanter le financement à l'activité : « Si vous n'êtes pas certain de ce que vous êtes en train de faire, un système de santé peut être un endroit très déplaisant pour le découvrir<sup>19</sup>. »

**GRAPHIQUE 2 Performance en santé des comtés suédois**



Note : Le graphique représente les points assignés par les critères de A à K. Plus le pointage est bas, meilleure est la performance.

- A. Coût de l'assurance santé, excluant les soins dentaires, par habitant, 2003
- B. Relation entre le vrai coût de l'assurance santé et le coût selon le système d'ajustement suédois indexé par habitant (moyenne = 100)
- C. Visite de santé par 1000 habitants – valeur réelle et ajustée selon l'âge
- D. Nombre de rendez-vous chez le médecin, par habitant, 2003
- E. Rendez-vous chez d'autres professionnels de la santé, excluant les médecins, par habitant, 2003
- F. Pourcentage de patients qui ont été admis dans les 7 jours, octobre 2004

- G. Hétérogénéité des cas (*case mix*) – 2003 – consommation
- H. Pourcentage de naissances par césarienne pour tous les accouchements, 2003
- I. Pourcentage de patient·e·s ayant eu un accident cardio-vasculaire (ACV) qui sentent que leur état de santé est mauvais ou très mauvais, 3 mois après avoir été malade, 2003
- J. Pourcentage de patient·e·s ayant eu un accident cardio-vasculaire (ACV) qui se sentent constamment déprimé·e·s, 2003
- K. Pourcentage de patient·e·s réadmis en soins hospitaliers

Source : G. Ross Baker et autres, *High Performing Healthcare Systems : Delivering Quality by Design*, Toronto : Longwoods Publishing, 2008.

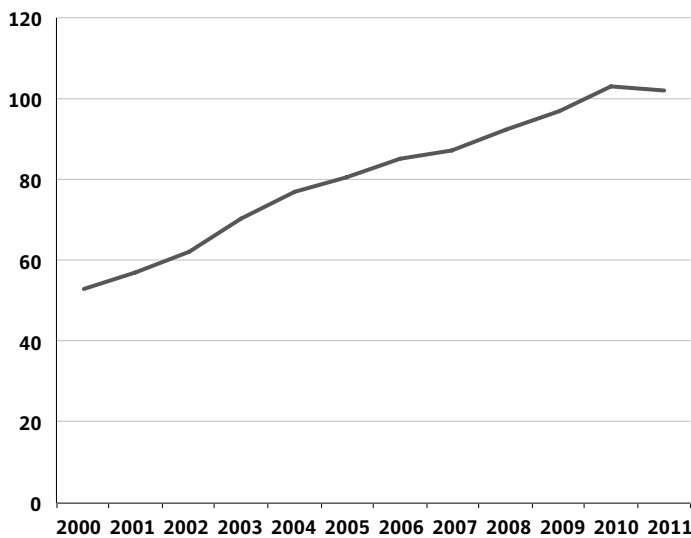
## Expériences étrangères

Malgré la disposition du gouvernement du Québec à explorer l'opportunité de mettre en pratique le financement à l'activité, les expériences étrangères de réformes similaires incitent plutôt à la prudence.

Une analyse de douze études systématiques menées dans les pays scandinaves n'a d'ailleurs trouvé aucun lien solide entre le financement à l'activité et une efficacité accrue<sup>20</sup>. Certains partisans du financement à l'activité citent pourtant la Suède et la Norvège comme exemples de réussite<sup>21</sup>. En Suède, ce mode de financement a été introduit à Stockholm dès le début des années 1990. Après une amorce positive (une hausse de la productivité de 20 % en deux ans), le niveau d'activité a décliné pour rejoindre celui qu'il était avant la réforme du mode de financement<sup>22</sup>. Dans ce pays, c'est plutôt le comté de Jönköping, qui n'a pas opté pour le financement à l'activité, où l'on constatait quelques années plus tard les meilleurs indicateurs du système de santé. Comme le montre le graphique 2, cette région surpassait les autres sur le plan de l'efficacité, de l'effectivité, de l'équité, de la sécurité, de la centralité du patient et de la rapidité de prise en charge.

Le comté de Jönköping a donc préféré un modèle axé sur la qualité plutôt que sur le volume et a obtenu de meilleurs résultats dans la prestation des soins de santé. Cette approche a motivé des chercheurs finlandais à conclure qu'une importation du modèle suédois de financement à l'activité dans leur pays ne pourrait pas venir à bout des problèmes d'escalade des coûts, d'inefficacité et de listes d'attente<sup>23</sup>.

**GRAPHIQUE 3** Augmentation des coûts du NHS de 2000 à 2011 en millions de livres constantes de 2011



Source : Rachel Harker, *NHS fundings and expenditures*, Library of the House of Commons, 2011, tableau 2, calcul de l'auteur.

Contrairement à la Suède où un marché interne (public) a été créé, le financement à l'activité instauré en Angleterre a été mis en œuvre de façon à placer le système public en concurrence avec le privé. À la suite de l'adoption des propositions contenues dans deux livres blancs sur la réforme du système de santé<sup>24</sup> et dont faisait partie l'implantation du financement à l'activité<sup>25</sup>, les dépenses ont augmenté de façon importante et le déficit du système de santé public (NHS) s'est creusé rapidement, passant de 250 M£ en 2004-2005 à 790 M£ en 2005-2006<sup>26</sup>. De 2000 à 2005, la croissance des coûts en termes réels avait été de plus de 7 % en moyenne<sup>27</sup>. Pour la même période, la moyenne de croissance des dépenses en santé au Québec n'a été que de 3,1 %<sup>28</sup>. Le graphique 3 présente la croissance des coûts en Angleterre de 2000 à 2011 (en livres constantes de 2011). L'une des raisons qui expliquent cette augmentation des dépenses tient aux embauches de personnel effectuées par le National Health System (NHS) à cette époque. Le tableau 1 montre que les principaux taux de croissance du personnel ont touché les effectifs administratifs plutôt que médicaux.

**TABEAU 1** Personnel du NHS de 1997 à 2005

Personnel	1997	2005	Augmentation
Technicien-ne-s et professionnel-le-s	45 022	51 316	14,0 %
Médecins généralistes	29 389	35 302	20,1 %
Personnel ambulancier	14 941	18 117	21,3 %
Personnel infirmier	318 856	404 161	26,8 %
Personnel administratif	160 479	233 174	45,3 %
Admission et triage	11 909	18 006	51,2 %
Gestionnaires	22 173	39 391	77,7 %

Source : Rudolf Klein, « The new model NHS : performance, perceptions and expectations », *British Medical Bulletin*, n° 81 et 82, 2007, p. 41.

Cette importante embauche de gestionnaires et de personnel administratif montre bien que la mise en place du système de financement à l'activité exige une augmentation importante des contrôles administratifs et, conséquemment, une redirection d'une part de ces budgets au personnel devant effectuer ces contrôles.

L'expérience générale du financement à l'activité ayant été peu concluante, l'Association médicale britannique a pris position contre ce mode de rémunération, en suggérant de lui préférer un modèle où l'on favorise la coopération plutôt que la concurrence<sup>29</sup>.

Aux États-Unis, le pays où a été élaboré le principe du financement à l'activité, les réformes que tente aujourd'hui d'implanter

l'administration Obama portent non seulement sur le volet plus médiatisé de l'assurance maladie, mais aussi sur le mode de financement du réseau d'établissements de santé publics. Le choix d'accorder une place grandissante aux « Accountable Care Organizations (ACO) » dans le cadre de la « Patient Protection and Affordable Care Act » (loi surnommée « Obamacare ») est symptomatique du souhait des autorités de *s'éloigner* du financement à l'activité en santé<sup>30</sup>. Ces ACO misent en effet davantage sur le financement par capitation, selon lequel un montant forfaitaire est versé à un hôpital durant un certain temps pour la prise en charge d'une population circonscrite.

L'exemple des États-Unis établit d'ailleurs comment, dans un système où le financement est accordé en fonction des GDC, les hôpitaux privés tendent à sélectionner les patients qui représentent des cas plus légers<sup>31</sup>. Or, les remboursements associés à chacun des GDC sont calculés en fonction de tous les patients, indépendamment du niveau de gravité de leurs cas. En réalisant ce tri, les administrations hospitalières s'assurent de recevoir un remboursement plus avantageux.

#### ALTERNATIVES AU FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ

Le financement à l'activité n'aidera pas à résoudre les principaux problèmes des hôpitaux. Des chercheuses de Colombie-Britannique se sont inspirées d'exemples internationaux<sup>32</sup> pour formuler des pistes d'action visant à améliorer l'accessibilité des hôpitaux au Canada en optant pour une collaboration accrue plutôt que pour la logique concurrentielle qui caractérise le financement à l'activité. Pour ce faire, elles identifient trois problèmes à résoudre en priorité : le manque d'intégration, le manque de ressources pour la première ligne et l'usage inapproprié des hôpitaux<sup>33</sup>.

Les solutions à ces problèmes résident dans une meilleure coordination entre différents niveaux de soins, à savoir : la première ligne (incluant la prévention), la deuxième ligne (soins aigus ou urgents) et les soins à domicile. Beaucoup trop de ressources hospitalières sont occupées par des personnes qui devraient être traitées à un autre niveau du système de santé, notamment les aînés victimes de la pénurie de places accessibles en résidences ou admis à l'urgence pour une mauvaise utilisation de médicaments, et les malades chroniques ou à faible revenu traités à l'urgence plutôt qu'en milieu communautaire.

Le financement à l'activité ne règle pas ces problèmes; il incite les hôpitaux à les contourner pour réduire les listes d'attente. Cette attente doit faire l'objet d'une correction, mais elle constitue davantage un symptôme d'une structure inadéquate qu'un problème en soi. Les améliorations à apporter doivent être plus judicieuses que l'idée de simplement donner plus d'argent aux hôpitaux qui « vont plus vite ».

#### CONCLUSION

Il n'y a toujours pas eu au Québec de véritable bilan de la réforme mise en place par l'ex-ministre libéral de la Santé Philippe Couillard (Agences et CSSS) dans le réseau des soins de santé. Lancée en 2003, elle survenait dix ans à peine après la réforme qu'avait réalisée un autre ministre de la Santé, péquiste cette fois, Jean Rochon (Régies régionales). Un réseau de santé et de services sociaux est trop complexe pour absorber à ce rythme des réformes en profondeur. L'instauration du financement à l'activité viendrait ajouter une nouvelle couche à ces réformes qui grèvent déjà les structures du réseau. Une telle politique publique semble un choix gouvernemental téméraire.

Elle se produit d'ailleurs à une époque où l'équivalent de ce modèle pour le paiement des médecins, la rémunération à l'acte, est une formule remise en question par un certain nombre d'analystes qui jugent qu'elle occasionne trop de coûts et incite à un traitement inefficace des patients<sup>34</sup>. Il semble que le temps est plutôt venu de remettre en cause ce mode de financement que de l'étendre.

En outre, les exemples internationaux étudiés ici ne sont pas concluants; ou, s'ils le sont, c'est pour nous inciter à ne pas opter pour l'implantation du financement à l'activité au Québec. Pour certains, il s'agit d'ailleurs d'une étape sur la voie d'un élargissement de la place du privé en santé. Sa configuration créant un marché interne rend effectivement plus aisée la juxtaposition d'entreprises privées en concurrence directe avec le réseau public<sup>35</sup>. Si c'est là l'intention du gouvernement, il devrait au moins faire preuve de plus de transparence et annoncer ses couleurs.

**Guillaume Hébert, chercheur à l'IRIS**

#### Notes

- 1 François Pierre Dufault, « L'Ontario financera ses hôpitaux autrement », *Le Droit*, 19 mars 2012, <http://www.cyberpresse.ca/le-droit/actualites/sante/2012/03/19/01-4507023-lontario-financera-ses-hopitaux-autrement.php> (Consulté le 1<sup>er</sup> juin 2012).
- 2 Institut économique de Montréal, *Le recours au privé en santé : l'exemple suédois*, octobre 2003.
- 3 Anne Lemay, *Allocation des ressources aux établissements de santé et services sociaux : Pistes et balises pour implanter le financement à l'activité*, Association québécoise d'établissement de santé et de services sociaux, février 2012, 38 p.; Sara Champagne, « Le DG du CHUM veut du financement à l'acte », *La Presse*, 11 novembre 2010, <http://www.lapresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/2010/11/11/01-4341503-le-dg-du-chum-veut-du-financement-a-lacte.php> (Consulté le 1<sup>er</sup> juin 2012); Coalition Avenir Québec, *Relançons le Québec ensemble et maintenant : Propositions adoptées lors du Congrès de Fondation*, p. 22.
- 4 Wendy Thomson, *Pour la contractualisation stratégique au sein du système de santé du Québec*, dans Luc Godbout et autres, *Le Québec économique 2011 : Un bilan de santé du Québec*, Les Presses de l'Université Laval, février 2012, p. 251-266.

- 5 *Ibid.*, p. 253.
- 6 Ministère des Finances du Québec, *Plan budgétaire 2012-2013*, Gouvernement du Québec, 2012, p. G.145.
- 7 Groupe de travail sur le financement du système de santé (sous la direction de Claude Castonguay), *En avoir pour son argent*, Gouvernement du Québec, 2008, 317 p.
- 8 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendance des dépenses nationales en santé de 1975 à 2011*, 193 p.
- 9 Anne Lemay, *op. cit.*, p. 24.
- 10 Jason M. Sutherland et autres, « Will Paying the Piper Change the Tune? », *Healthcare Policy*, vol. 6, no 4, 2011, p. 14-21.
- 11 André Gimaldi et José Timsit, « Hôpital entreprise contre hôpital public », *Le Monde Diplomatique*, septembre 2006, p. 20-21.
- 12 Stefanie Ettelt et autres, *Reimbursing highly specialised hospital services : the experience of activity-based funding in eight countries*, Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2006; R. Moreno-Serra et A. Wagstaff, *System-Wide Impacts of Hospital Payment Reforms : Evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia*, Working Paper 4987, Washington, Development Research Group, Human Development and Public Services Team, Banque mondiale, 2009.
- 13 H. Mikkola et autres, « DRG-related prices applied in a public health care system – can Finland learn from Norway and Sweden? », *Health Policy*, n° 59, p. 37-51.
- 14 House of Commons Health Committee, *Independent Sector Treatment Centres : Fourth Report of Session 2005-2006*, Vol. 1, Londres, The Stationary Office Limited, 13 juillet 2006.
- 15 Jason M. Sutherland et autres, *op. cit.*
- 16 Stefanie Ettelt et autres, *op. cit.*
- 17 Andrew Street et autres, *Introducing Activity-Based Financing : A Review of Experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden*, CHE Research Paper 30, York (UK), University of York Centre for Health Economics, 2007, cités par Marcy Cohen et autres, *Beyond the Hospitals Walls : Activity Based Funding Versus Integrated Health Care Reform*, Centre canadien des politiques alternatives (CCPA), janvier 2012, p. 26.
- 18 Jason M. Sutherland, *Mécanisme 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, Ottawa, Fondation canadienne de la Recherche sur les Services de Santé, mars 2011.
- 19 Jason M. Sutherland et autres, *op. cit.*
- 20 Mads L.F. Jakobsen, « The Effects of New Public Management : Activity-based Reimbursement and Efficiency in the Scandinavian Hospital Sectors », *Scandinavian Political Studies*, vol. 33, n° 2, 2010, p. 113-134.
- 21 Yanick Labrie, *Le financement des hôpitaux à l'activité : l'attente a assez duré*, Note socio-économique, Institut économique de Montréal, mai 2012.
- 22 H. Mikkola et autres, *op. cit.*
- 23 *Ibid.*
- 24 Jennifer Dixon, « Payment by results – new financial flows in the NHS », *British Medical Journal*, 24 avril 2004, p. 969-970.
- 25 Nommé « Payment by results » en Angleterre.
- 26 Andrew Street et Alan Maynard, « Activity based financing in England : the need for continual refinement of payment by results », *Health Economics, Policy and Law*, n° 2, 2007, p. 419-427.
- 27 Rachel Harker, *NHS fundings and expenditures*, Library of the house of commons, 2011, tableau 2.
- 28 Luc Godbout et autres, *op. cit.*, p. 345.
- 29 British Medical Association, « BMA condemns competition ans payment by results in NHS », *British Medical Journal*, 30 juin 2005.
- 30 Meredith B. Rosenthal, « Hard Choices : Alternatives for Reining In Medicare and Medicaid Spending », *New England Journal of Medicine*, n° 364, 2011, p. 1887-1890.
- 31 Stefanie Ettelt et Ellen Nolte, *Funding intensive care – Approaches in systems using diagnosis-related groups*, Technical Report, Rand Europe, 2010, p. 65.
- 32 G. Ross Baker et autres, *High Performing Healthcare Systems : Delivering Quality by Design*, Toronto, Longwoods Publishing, 2008.
- 33 Marcy Cohen et autres, *op. cit.*, p. 5.
- 34 Pierre Thomas Léger, *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, Ottawa, Fondation canadienne de la Recherche sur les Services de Santé, mars 2011.
- 35 Marcy Cohen et autres, *op. cit.*, p. 25.



# IRIS

**Institut de recherche  
et d'informations  
socio-économiques**

L'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), un institut de recherche indépendant et progressiste, a été fondé à l'automne 2000. Son équipe de chercheur-e-s se positionne sur les grands enjeux socio-économiques de l'heure et offre ses services aux groupes communautaires et aux syndicats pour des projets de recherche spécifiques.

Institut de recherche et d'informations socio-économiques  
1710, rue Beaudry, bureau 2.0, Montréal (Québec) H2L 3E7  
514 789 2409 · [www.iris-recherche.qc.ca](http://www.iris-recherche.qc.ca)

**ISBN 978-2-923011-18-9**