

LE FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ

Présentation au conseil fédéral de la FP-CSN

9 mars 2016

Damien Contandriopoulos



CHAIRE DE RECHERCHE
-
POLITIQUES
CONNAISSANCES
SANTÉ

INTRODUCTION AU FAA (ABF)

La théorie (facile...)

- Le payeur (ici le MSSS) fixe un tarif pour chaque épisode de soins
- Les producteurs (hôpitaux, cliniques, etc.) facturent le payeur pour les soins offerts
- Le budget “suit” le patient...
- Euh... c'est pas exactement nouveau comme idée

Les défis (pas faciles du tout)

- Il existe 91737 maladies et interventions répertoriées dans le ICD-10-MC qui s'intègrent dans 886 codes AP-DRG pondérés par divers facteurs et bonifiés de modulateurs pour le lieu de dispensation
- Des DRG vers des épisodes vers l'idée du value-based budgeting
- La nature des CI(U)SSS et le FAA d'une partie de l'activité

LE FINANCEMENT HISTORIQUE

▪ BON:

- Coûts administratifs (de transaction) faibles
- Pas d'incitatifs à la duplication des infrastructures
- Facilite le contrôle des dépenses totales
- S'adapte aux variations des environnements hospitaliers

▪ MAUVAIS

- Rationnement "comptable" des services => attente interventions électives
- Niveau d'offre de services varient selon hasards historiques
- Offre de services s'adapte peu aux mouvements démographiques
- Risque de fortes variations dans le coût unitaire des épisodes

▪ PAS RAPPORT

- Connaissance des coûts de production et monitoring des trajectoires 100% possibles et 100% facultatifs
- Tension entre financement des services médicaux et financement des établissements

LE FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ

▪ BON

- Offre de soins s'adapte à la demande => accessibilité interventions électives
- Offre de services s'adapte mieux aux mouvements démographiques (si budget d'infrastructure suit)
- Le niveau de financement repose sur un système est transparent

▪ MAUVAIS

- Risque de "supply-driven demand" => baisse de la pertinence des soins
- Coûts administratifs (de transaction) très importants
- Risque de sélection des patients
- Risque de diminution du panier de soins disponible en dehors des grands-centres urbains
- Risque de codage opportuniste
- Incitatif à la duplication des infrastructures et la compétition stérile (voir universités)
- Augmentation des dépenses totales
- Très compatible avec une privatisation de la production de soins

▪ PAS RAPPORT

- Connaissance des coûts de production et monitoring des trajectoires 100% possibles et 100% facultatifs
- Alignement entre financement des services médicaux et financement des établissements

LE COIN DU CANCRE



- Confondre l'établissement d'un tarif de remboursement et la documentation du coût de production d'un service
- Dire que le tarif sera le coût moyen et que ça va générer des économies
- Plus largement dire que le FAA va permettre d'économiser ou de diminuer les dépenses
- L'ensemble du projet expérimental de comparaison des coûts entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30, Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmedic.