

Modèles de financement et systèmes incitatifs dans le traitement de la dépendance en Allemagne et en Suisse

Ulrich Frick & Willy Rössler

Adresse institutionnelle:

Clinique psychiatrique universitaire, Zurich, Suisse

Correspondance:

Dr Ulrich Frick – Groupe de recherche Public Mental Health, Clinique psychiatrique universitaire – Lengsstrasse 31 – CH-8029 Zurich, Suisse – E-mail: ulrich.frick@bli.unizh.ch

Référence bibliographique:

Suchttherapie 2003; 4: 18-24 © Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York – ISSN 1439-9903

Traduction française: Dominique H. Jenni

Introduction

Les années 90 ont été une décennie marquée par d'importants efforts de réforme des systèmes de santé de l'Europe de l'Ouest et par une révolution complète de la prise en charge sanitaire en Europe de l'Est. En des temps aussi mouvementés, il est raisonnable de prendre pour point de départ d'une description des modèles de financement le dessein politique en vue duquel sont organisés les systèmes de soins. A ce propos, l'Organisation mondiale de la santé a une fois encore rappelé récemment (mai 2002) les quatre règles - ou critères d'optimisation - qui doit présider à l'élaboration de toute politique sanitaire nationale.

1. « Access » - Accès aux prestations de santé: la mise en oeuvre de prestations sanitaires doit être motivée par le besoin et non par des questions de capacité financière, de distances géographique ou de caractéristiques sociales. Que cela soit un objectif encore à réaliser et pas un fait acquis pour la médecine des dépendances, même dans nos sociétés avancées de marché, c'est ce que soulignent à nouveau des publications très récentes [1] .

2. «Equity» - cette équité est à comprendre, en tant qu'objectif politique, comme une *égalité des soins*. Mais il est utile - en particulier en médecine des dépendances - de se rappeler la signification originelle de cette exigence: une répartition équitable des ressources. Or, des différences de prise en charge fondées sur des considérations ethniques – mais injustifiables à l'aune de cette exigence d'équité - ont été rapportées, p. ex. à l'encontre des consommateurs par injection i.v. de drogues [2].

3. «Effectivness» - L'exigence que les prestations du système de soins ne lèsent pas l'utilisateur mais doivent réellement améliorer sa santé ne va pas non plus de soi dans le champ de la santé mentale (*Mental Health*) et ne peut être considérée comme acquise. Des dépendances iatrogènes (somnifères, autres médicaments psychotropes) témoignent de ce que le système de santé peut aussi produire une *santé négative* (cf. en 1978 déjà [3]). Même des campagnes de prévention bien intentionnées courent le risque de causer plus de dommages que de bien.

4. «Efficiency» - Il s'agit là d'utiliser de manière aussi efficiente que possible l'ensemble des ressources mise à disposition par une société dans le domaine de la santé mentale. Pour cela il faut disposer d'échelles comparatives permettant de pondérer – sur la base de différents diagnostics et objectifs thérapeutiques - l'utilité de diverses interventions et leur consommation de ressources (cf. [5]). Ces quatre maximes doivent aussi guider la réflexion de ce travail sur les systèmes de financement et les structures incitatives dans le traitement de la dépendance.

Flux financiers dans le secteur sanitaire

Contrairement aux conditions usuelles du marché, où le consommateur et le prestataire de services échangent directement argent et prestations, dans le secteur sanitaire comme dans l'aide aux toxicomanes les transferts s'effectuent en majeure partie à l'intérieur d'un triangle formé de citoyens, d'acquéreurs de prestations et de fournisseurs de prestations (cf. [6]).

C'est ainsi que les financements dits *Out-of-Pocket*, où le consommateur de soins achète des prestations en les payant directement de sa poche n'ont été responsables que de 10,8% des dépenses de santé en Allemagne en 1995, et de 28% en Suisse pour 1987 [8]. Pour l'essentiel, l'argent des patients potentiels va d'abord - via les impôts ou les assurances et avant même toute mise à contribution - aux *acquéreurs de prestations* qui, à leur tour, paient ensuite – grâce à un mécanisme souvent onéreux d'allocations - les prestataires de services, dès que ceux-ci fournissent des prestations aux patient(e)s. Le sens de cet exercice est - par une pondération du risque - de parer aux *risques de catastrophe*¹ pour les patient(e)s.

¹ Par *risque de catastrophe*, les économistes désignent la ruine financière ensuite de maladies coûteuses.

	Transfert de prestations - Qualité de l'indication - Qualité du résultat	
Citoyen		Prestataire de services
Transfert financier		Allocation de ressources
	Acquéreur de prestations	
- Légitimité du besoin	- Récolte de l'argent	- Constitution du prix
- Légitimité de la contribution	- Pondération du risque	- Réalité des coûts
	- Achat de la prestation	- Structures d'incitation

Tableau 1 Triangle du financement de la santé publique

Ce qui doit garantir à tous l'accès à des thérapies, mêmes coûteuses (*access!*). Dans la suite de cet article, nous nous concentrerons sur les cheminements de l'*argent*, soit sur les flèches du tableau **1** allant du *citoyen* à l'*acquéreur de prestations* et de cet *acquéreur de prestations* au *prestataire de services*. En effet, l'examen du *transfert de prestations* (quelle prestation sanitaire est fournie à qui, avec quelle qualité d'indication et de prestation ?) dépasserait largement le cadre de cette présentation.

D'où proviennent les ressources ?

La santé publique ne bénéficie pas uniquement de la contribution financière (sous forme d'impôts, de primes d'assurance obligatoire, d'assurances facultatives, de constitution de réserves et de paiements directs) des citoyens, en leur qualité d'individus, de ménages ou de travailleurs, mais le plus souvent aussi de l'apport des employeurs. Employeurs dont la contribution s'effectue par le biais de l'imposition fiscale et de primes d'assurance, mais pas de transferts *Out-of-Pocket*. Contre toute attente, l'Etat n'intervient en aucun cas là comme financier de la santé publique mais, bien au contraire, pour prélever des fonds. On doit garder à l'esprit qu'il s'agit ici du processus de récolte de fonds et non du processus d'allocation de ressources. Nombre d'Etats – comme les pays scandinaves du Danemark, de la Finlande et de la Suède - comptent d'abord sur l'imposition, directe et/ou indirecte, pour financer leur système de santé [9]. D'autres se fondent plutôt sur le système de Bismarck d'une assurance obligatoire (p.ex. Allemagne, France, Pays-Bas).

Les assurances facultatives ont acquis ces derniers temps une importance accrue, assurances qui permettent surtout d'acheter des prestations supplémentaires, dont le financement est exclu des assurances légales. Rarement un système de santé s'est-il complètement fondé sur des assurances maladie facultatives. Encore plus rarement a-t-on tenté de régler le financement des coûts de la santé, sans *risk pooling*, par des fonds de réserves personnels même si, à Singapour (un pays au revenu par habitant très élevé), la constitution obligatoire de réserves privées constitue le noyau du système de financement [10].

Mossialos et Dixon [6] distinguent les instances étatiques (services des finances avant tout) des corporations de droit public (p.ex. assurances sociales) comme étant les deux groupes les plus significatifs d'organismes de prélèvement. Quant aux assurances privées (troisième groupe), elles peuvent agir dans une optique soit de profit soit d'utilité publique et constituent, en Suisse, un élément essentiel du système de financement. En cas de paiements directs des patient(e)s aux prestataires de services, ces derniers interviennent aussi, en plus de leur fonction de *producteurs de soins*, comme *collecteurs de fonds* (collection agent).

La Suisse et l'Allemagne diffèrent considérablement dans le financement des dépenses de santé. Alors qu'en Allemagne les assurances sociales subviennent à deux bons tiers des dépenses de santé, les assurances légales n'assument, en Suisse, qu'un tiers de ces dépenses [7,8]. En Suisse de plus, l'assurance maladie obligatoire est gérée, sur la base du *For-Profit*, par des assurances privées, seule l'assurance accident (*assurance invalidité*, importante pour les mesures de réhabilitation) étant une corporation de droit public.

L'objectif de santé publique que constituent l'accès et l'équité est immédiatement touché lorsque diverses couches de la population d'un pays peuvent s'offrir des prestations sanitaires d'ampleurs différentes. L'Allemagne est classée par le *World Health Report 2000* de l'OMS au sixième meilleur rang mondial quant à son équité (*fairness*) financière. L'index de *fairness* (cf. [11]) à la base de ce classement recense essentiellement comment se répartit, dans les diverses couches de la population, la part de leurs revenus disponibles que les ménages doivent consacrer à une couverture suffisante des *risques de catastrophe*. La Suisse se trouve réduite, dans ce classement, au 30^{ème} rang de tous les pays examinés! Alors qu'en Allemagne la cotisation à l'assurance maladie obligatoire est déduite du revenu professionnel proportionnellement à celui-ci - riches et pauvres payant donc proportionnellement autant² - le financement helvétique, avec ses primes fixes par habitant³ ajustées au risque, se montre régressif, les ménages à revenus élevés contribuant relativement moins au financement de la santé. Les paiements *Out-of-Pocket* aussi ont un effet *régressif*. En Suisse, seule la part des impôts affectée au financement de la santé publique peut donc être dite *progressive* (au sens économique du terme), l'imposition du revenu augmentant (légèrement) en même temps que lui. Si l'on considère que les risques de maladies mentales ne dépendent pas de la couche sociale, alors le système suisse de financement de la santé ne se montre pas particulièrement solidaire, en particulier pour les patient(e)s psychiques (cf. aussi [9]).

Où vont les ressources ?

Le processus d'allocation des ressources (cf. tableau 1) dans le secteur médical touche directement aux exigences fondamentales de la politique de la santé en termes d'accès, d'équité et d'efficience. Si le montant versé au prestataire de services pour une prestation déterminée n'en couvre pas les coûts, s'ensuivra que cette prestation sera toujours plus rarement offerte et donc son accès rendu plus difficile. Inversement, une prestation (p.ex. diagnostic technique ou médecine de pointe) bien rémunérée incitera à offrir cette prestation à *l'homme /à la femme* [13], au-delà même de ce qui est nécessaire du point de vue sanitaire. Le principe du *nihil nocere* peut par là s'en trouver menacé. Qu'aucune forme de financement ne comporte, dans la santé publique, ni chausse-trappe ni embûche, le Professeur James Robinson, de Berkeley, le formule ainsi: *There are many mechanisms for paying physicians; some are good and some are bad. The three worst are fee-for-service, capitation, and salary* [14].

Contrairement au fait qu'on pourrait s'attendre à ce qu'à chaque fois qu'il s'agit d'argent les choses soient évaluées de manière particulièrement approfondie, les données empiriques de la littérature consacrée aux *système financiers incitatifs en santé publique* montrent que c'est relativement rarement le cas. Trois revues systématiques récentes [13,15,16] n'ont identifié - parmi plus de 5'300 publications consacrées à ce thème - que huit études randomisées, deux

² Chose valable pour la majorité de la population. Avec pour restriction qu'au-delà d'un certain niveau de cotisation les très gros revenus peuvent quitter l'assurance obligatoire et que fonctionnaires et indépendants ne font pas partie de l'assurance obligatoire.

³ Les primes s'échelonnent en fonction de l'âge et du sexe. De plus, l'assuré peut choisir des retenues volontaires plus ou moins élevées (*franchises*) pour abaisser encore plus ses primes. Contrairement à l'Allemagne, en Suisse les modèles de soins HMO et d'assurance *Gatekeeper* sont compatibles avec l'assurance obligatoire.

études d'observation sur le terrain comportant des groupes de contrôle appropriés, et une étude avec une **analyse catamnesticque**. Mais même ces études ne sont pas sans poser de problèmes méthodologiques (f. [15]), deux d'entre eux étant essentiellement, à notre avis, à l'origine des résultats peu clairs et hétérogènes trouvés dans ces revues:

1. Le premier problème couramment sous-estimé est celui du *Level-of-Unit*: A quel niveau intervient-on et à quel niveau le mesure-t-on? De nouveaux modèles d'assurance pour les patient(e)s ne peuvent être évalués sans problème à partir des données fournies par des cabinets médicaux, comme de nouveaux modèles de facturation pour les médecins ne peuvent l'être sans problème sur la base des comportements individuels des patient(e)s (cf. [17] pour une simulation de conclusions se révélant erronées et [18] pour une analyse appropriée de données à plusieurs niveaux (*Multilevel*)).

2. Les incitations financières examinées s'inscrivaient pour la plupart dans des trains de réformes politiques, de projet de (paquets de) mesures ad hoc et ne constituaient pas du tout des éléments d'une construction systématique. Une classification systématique des effets d'une incitation économique supposerait préalablement une taxinomie homogène telle qu'exposée récemment pour la première fois par Jeger et coll. [19]. Nous esquissons ci-dessous les trois niveaux de réflexion proposés par eux:

Variabilité: revenu fixe ou croissant

Est dit *variable* un mode de rétribution où chaque prestation supplémentaire augmente le montant reçu par le thérapeute. Jeger et coll. appellent *fixes* des formes de rétribution - au niveau micro (médecins, hôpitaux) - où ce couplage *prestation supplémentaire égale rémunération supplémentaire* est aboli. Au niveau macro de l'ensemble du système de santé, ils entendent par financement *fixe* les budgets dits *couverts*. Des remboursements variables engendrent - en théorie économique - la production de biens de santé jusqu'au moment où l'augmentation des coûts de production *d'unités de santé* supplémentaires dépasse l'augmentation de revenu que l'on peut en attendre. Des tarifs profitables incitent donc fortement à la surproduction. Par contre, des remboursements fixes incitent fortement, au plan économique, à des réductions de coûts, ce qui peut être atteint par une rationalisation ou une réduction de certaines prestations, avec le risque de provoquer un amoindrissement de la qualité et une prise en charge insuffisante. Aussi un monitoring efficace de la qualité devrait-il simultanément accompagner de tels modes de financement.

Perspective temporelle: ex post ou ex ante

Dans des systèmes *prospectifs* de financement, les montants à rembourser sont fixés *ex ante* avant la fourniture de prestations, ce qui peut se faire de manière variable ou fixe. Dans la perspective inverse, soit d'un remboursement *rétrospectif*, une définition *fixe* du montant à payer - au sens d'un découplage entre prestation supplémentaire et revenu supplémentaire - n'aurait aucun sens. Elle signifierait en effet que celui qui offre une prestation n'aurait - au moment de fournir cette prestation - aucune information sur sa rentabilité. Si le remboursement prospectif de la prestation s'accompagne d'un monitoring efficace de la qualité, alors ce système de rémunération stimule l'efficacité de la fourniture de prestations. Avec un remboursement des coûts variable et rétrospectif, le risque financier est assumé par le payeur. Dans le cas d'un système de financement variable et prospectif, le prestataire et le payeur se partagent le risque financier. Enfin, un système de remboursement défraiement fixe et prospectif reporte complètement le risque sur le fournisseur de prestation.

Unité de remboursement: en gros ou en détail

Par *unité de remboursement*, on désigne un paquet de prestations singulières, médicales ou autres, facturables ensemble. Les plus détaillés sont les décomptes basés le principe du *fee for service* (FFS), qui se caractérise par la bonne disponibilité de prestations financièrement profitables (*access!*). Mais l'indication en faveur de prestations FFS est plus fréquemment

posée pour les prestations à valeur qualitative élevée (et donc généralement d'un prix et d'un profit élevés). Des prestations technologiques et instrumentales sont plus facilement quantifiables, dans le système FFS, que des prestations intellectuelles (p.ex. un entretien) et donc plus fréquentes. L'introduction d'innovations auprès d'une clientèle élargie nécessite plus de temps, car elles doivent d'abord être formellement enregistrées dans le catalogue des prestations remboursables.

Tarifs de soin journaliers

Ces tarifs ont constitué pendant longtemps et en de nombreux endroits la base de facturation dans le secteur résidentiel. Les tarifs journaliers ne reflétant pas, en particulier dans les hôpitaux généraux, la réalité des prestations (chez des patients en convalescence, elles sont d'intensité dégressive), les journées d'hospitalisation sont particulièrement profitables à l'hôpital vers la fin d'un séjour résidentiel et incitent donc fortement à la prolongation de la durée de séjour. Cela étant, les durées moyennes de séjour ont presque partout diminué ces 40 dernières années, bien que défrayées sur la base de tarifs journaliers. Mais – objecte la théorie économique – avec un système de rétribution forfaitaire, ce recul, dû avant tout à la technologie, aurait pu être beaucoup plus marqué.

Forfait par cas

Les forfaits par cas (prospectifs) constituent actuellement la formule magique dans le débat sur le financement des établissements hospitaliers. Il y est pris pour unité comptable l'entier du séjour hospitalier nécessaire au traitement. Aussi se révèle-t-il particulièrement ardu de délimiter ces forfaits par cas pour les maladies chroniques, où il est plus difficile de mettre en évidence des épisodes isolés de la maladie justifiant ce forfait. Ces forfaits par cas comportent une forte incitation économique à réduire la durée de séjour et favorisent une élévation de l'efficacité technologique (pour l'Autriche: cf. [20], pour le Portugal: [21]). Ce sont là les avantages de ce système. Les inconvénients sont également bien connus: Les forfaits par cas sont sensibles à la sélection ou *écrémage* (*cream skimming*), lorsque des prestataires centrés sur le profit ne cherchent avec persévérance que les cas les plus lucratifs. On observe souvent aussi une augmentation des diagnostics doubles ou une extension épidémiologiquement non explicable de tableaux pathologiques (*Upcoding*).

La formule magique de l'avenir (déjà en vigueur aux Etats-Unis) pour le système de défraiement se nomme *capitation* et signifie forfait individuel. En Autriche par exemple, les médecins de famille reçoivent pour chaque patient un forfait trimestriel censé indemniser la majorité des prestations du dit trimestre. En Suisse se sont créées depuis quelques années déjà, dans le domaine des soins ambulatoires, des HMO (*Health Maintenance Organization*) sur le modèle nord-américain [22], dont la mise à contribution par les assurances est également compensée par des forfaits à leurs exploitants. Quelques *perverse incentives* de forfaits par cas (p.ex. augmentation du taux de réadmission, *Upcoding*) sont inévitables dans un tel système de capitation, où il n'y a plus aucune raison de découper le déroulement de la maladie d'un patient en d'aussi nombreux épisodes thérapeutiques que possibles. Un diagnostic impartial est certainement aussi plus probable lorsqu'il n'y a pas couplage entre le diagnostic posé et l'ampleur de la rémunération que l'on peut en attendre. Mais le risque d'un accès restreint aux prestations reste aujourd'hui comme hier immanent au système de rémunération forfaitaire individuelle [23]. En Autriche, une part de la très forte densité d'établissements hospitaliers, en comparaison européenne, a été associée au système de décompte forfaitaire utilisé dans le secteur ambulatoire (cf. [24]). Toutefois, les HMO peuvent aussi être valables⁴ pour le traitement résidentiel - en tant que développement de la

⁴ En plus de prestations résidentielles, les HMO suisses acquièrent aussi pour la plupart des prestations de psychiatrie spécialisée. Avec une part de 26,4% de coûts ambulatoires externes pour de tels acquisitions, la prise

capitation - en fonction du contrat qui les lie et sont donc *immunisées* contre une telle tendance au rejet de patients.

Les acquéreurs de prestations poussent conséquemment à une forme encore plus forfaitaire de rémunération. Chaix-Couturier et coll. nomment un tel système *capitation per physician*, par opposition à la *capitation per patient* [13] décrite ci-dessus. Avec des *budgets globaux* se référant – au-delà de l'institution - à une population définie, le transfert de patients se voit privé de son support économique. Devrait y être incorporé un système de rémunération permettant à un hôpital psychiatrique de traiter ses patient(e)s - dans le cadre d'un budget régional annuel - selon un système combinant à volonté séjours courts et longs, résidentiels ou semi-résidentiels, et incluant également un *suivi post-cure* au sens d'une équipe thérapeutique ambulatoire, agissant aussi en dehors de l'hôpital,.

Plus les systèmes de facturation se font forfaitaires, plus cela ressemble à encourager un financement des institutions indépendamment de leurs prestations. Dans le domaine des dépendances, de telles formes de financement axées sur l'*input* - contrairement aux rémunérations de prestations axées sur l'*output* décrites jusqu'ici - ne sont pas rares [26,27]. Une bonne connaissance du droit de subventionnement en vigueur, avec ses variétés de financement total ou partiel, d'attribution de montants fixes ou de couverture des déficits (pour une analyse plus précise, voir [26]) constitue donc, dans l'aide aux toxicomanes, une contribution importante à la survie institutionnelle. Ainsi la plupart des institutions se financent-elles grâce à un mélange d'encouragement institutionnel et de rémunération de prestations faites liées aux client(e)s (voir aussi [28]).

Expériences avec des systèmes de rémunération forfaitaires prospectifs

Lors des réformes du financement du secteur hospitalier allemand, la psychiatrie fut exclue de la facturation par DRGs⁵. Depuis 2003, l'Allemagne utilise pour ses décomptes la version revue par l'Australie (*Australian-Refined-Version*) du système des DRG [29,30]. Même dans les tentatives suisses - mises en pratique depuis lors dans les cantons de Zurich et de Vaud [31] - la psychiatrie est tenue à l'écart de la facturation via les AP⁶-DRGs. Il faut cependant s'attendre à ce que ce rôle particulier de la psychiatrie donne lieu à de nouveaux débats. Après les mauvaises expériences faites avec le système des DRG [32] par la psychiatrie dans les années 80 aux Etats-Unis [33], seuls quelques pays ont à nouveau tenté de financer les traitements psychiatriques résidentiels par des forfaits par cas. L'Autriche - dans le cadre de son Financement des établissements hospitaliers axés sur la prestation (*LFK*:

Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung [34]) - a toutefois développé son propre système de forfait par cas, incluant la psychiatrie, et l'a étendu à tout le pays en 1997 (cf. [35] pour une brève description du système). Cette LFK constitue, dans la terminologie du présent article, un système hybride combinant des forfaits par cas (= facturation fixe et prospective) à des rétributions journalières à caractère dégressif (= facturation rétrospective et variable) et à des forfaits FFS (rétrospectif et variable). Dans l'intervalle, plusieurs travaux d'évaluation de ce système de rémunération ont été menés, axés toutefois principalement sur l'efficacité des divers hôpitaux [36, 37, 20]. Seul le Land fédéral de Salzbourg a présenté une perspective de santé publique évaluant les effets d'un tel système sur la prise en charge de toute une population [35]. Il put être montré que la LFK a apparemment évité - en particulier pour la psychiatrie résidentielle - les effets indésirables d'essais antérieurs avec des systèmes

en charge psychosociale est, dans les HMO actuels, une exigence/nécessité de soins surreprésentée par rapport à d'autres modèles d'assurance [25].

⁵ Diagnosis Related Groups

⁶ AP pour *All Patients* – même si la mise en œuvre prévue n'inclut pas les patients psychiatriques !

apparentés aux DRG et qu'elle n'a pas suscité de réduction supplémentaire de la durée de séjour en accélérant ce qu'on appelle la *psychiatrie de la porte tournante* [38]. Quant à savoir si la LFK a eu quelque effet que ce soit sur le résultat thérapeutique, la question reste ouverte.

Les systèmes de facturation à capitation font peu à peu l'objet de travaux d'évaluation de bonne qualité méthodologique: aux Etats-Unis, dans l'Etat du Colorado, quatorze des dix-sept régions recourant au système de soins Medicaid dans le domaine de la santé mentale passèrent en 1995 à la capitation (dans deux variantes), les trois autres restant sous le régime du décompte FFS et servant de groupe de contrôle. De nouvelles organisations d'utilité publique, les *Mental Health Assessment and Service Agencies (MHASA)* tentèrent, dans six régions, de parvenir à une réduction des coûts, avant tout par un moins grand nombre d'hospitalisations (*direct capitation*). Dans les huit régions *les plus chères*, la prise en charge fut confiée à une organisation commerciale privée, la *Managed Behavioral Health Organization (MBHO)*, qui mit sur pied un système sophistiqué de prise en charge des patients avec des réseaux denses de traitement et une post-cure. L'évaluation suivit pendant deux ans 522 patient(e)s choisi(e)s de manière aléatoire [39]. Les coûts chutèrent de 20% avec le système de la *capitation directe*, de 66% avec la MBHO et de façon non significative avec le FFS.

Dans les régions appliquant la *capitation directe*, on obtint certes une nette réduction de la demande résidentielle: seuls 77% des malades chroniques de l'année précédente furent réhospitalisé(e)s l'année suivant le changement de système de financement. Mais les patient(e)s interviewé(e)s associèrent cela au sentiment accru (par rapport au groupe de contrôle FFS) que des prestations de soins et de services leur avaient été refusées et que le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous s'était allongé par rapport aux conditions FFS. Il en alla tout autrement des régions MBHO: bien que les hospitalisations y aient aussi reculé de 68%, les patient(e)s rapportèrent (au contraire) une mise à contribution accrue des services psychiatriques, des prestations d'un nouveau genre, des contacts plus fréquents avec le système de soins et des délais d'attente plus courts aux rendez-vous fixés.

Il semble qu'on ait non seulement pu réaliser – grâce à un réseau de soins dense et continu des MBHO dans le secteur du traitement ambulatoire - des réductions radicales des coûts, mais qu'il en soit plutôt résulté une amélioration de la prise en charge, y compris du point de vue subjectif des patient(e)s. Concernant la qualité des résultats, une analyse détaillée des *outcomes* thérapeutiques ne put mettre en évidence aucune différence systématique entre les diverses formes de financement [40].

Magura et coll [41] font état de résultats analogues à propos des effets de l'attribution, en 1992, de la prise en charge - financée par l'Etat du Massachusett - de patient(e)s psychiques souffrant de troubles mentaux et de dépendance à une organisation privée *For-Profit* fonctionnant sur le principe des MBHO du Colorado. Massachusett où les dépenses pour l'aide aux toxicomanes chutèrent de 48% au cours des deux années suivant l'introduction de *Managed Care*. Quatre ans après, elles y étaient toujours de 42% inférieures au niveau de départ. Cette réduction des coûts ne s'obtint pas en rendant plus difficile l'accès au système d'aide. Bien au contraire, il apparut que le taux des demandes d'admission ne cessa d'augmenter (de 43%) et même de manière particulièrement nette pour la substitution à la méthadone et l'offre d'hôpital de jour. La durée des séjours résidentiels ne diminua pas non plus, mais s'allongea de 2%. Cette baisse drastique des coûts put être atteinte par un transfert aux secteurs semi-résidentiels et ambulatoires des désintoxications effectuées jusque là essentiellement dans le secteur particulièrement coûteux de traitements résidentiels.

A-t-on découvert là la pierre philosophale de l'économie de la santé ? Il faut se montrer circonspect du fait que ces études ont été réalisées auprès de patient(e)s pris en charge par l'administration Medicaid, Medicare ou les vétérans, et qu'on ne sait donc pas clairement si

ces conclusions sont aussi valables pour des personnes assurées en privé ni comment la situation a évolué, au plan des soins, pour l'ensemble de la population. L'un dans l'autre toutefois, l'introduction de nouveaux systèmes de financement semblent bien en marche [22, 42, 43] souvent néanmoins sans évaluation suffisante de leurs effets en termes épidémiologiques.

Perspectives de révolution en Suisse ?!

Bien que la Suisse n'ait pas précisément la réputation d'être un nid de révolutionnaires, l'introduction de formes d'aide aux toxicomanes incluant l'offre d'héroïne représenta un bouleversement exemplaire pour l'Europe [44]. Le financement de la prise en charge résidentielle des toxicomanes connaît pourtant un processus certes moins spectaculaire - du fait des efforts nécessaires pour dépasser des modes de financement atomisés - mais plus *révolutionnaire* encore: le concept de financement FiDé/FiSu [45]. Partant d'une enquête nationale auprès des institutions actives dans le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies pour la période de 1995 à 1998 [27] - étude qui saisit dans le détail la multiplicité des voies de financement, et leurs ramifications, des institutions dans les différents cantons [46] - fut élaboré par la commission éponyme FiDé un concept visant à l'uniformisation du financement de la prise en charge pour l'ensemble de la Suisse [47]. Le noyau de ce concept consiste à surmonter l'éclatement de prestations médicales, psychothérapeutiques et sociales attribués à des domaines de remboursement totalement disjoints et à les payer, à l'avenir, à partir d'une unique source, celle d'un fond cantonal auquel participent les cantons de domicile (compétents en matière d'aide sociale en Suisse), les client(e)s (par cession de leurs éventuelles prétentions à l'égard de *l'assurance invalidité*) ainsi que les cantons de résidence des institutions thérapeutiques. Les ressources à disposition devront être réparties en fonction des prestations fournies, des tarifs uniformes étant prévus pour toute la Suisse et calculés au terme d'une phase pilote [47]. Pour les thérapies résidentielles, seront définies comme prestations susceptibles de remboursement les mesures dites *substitutives à la vie quotidienne*⁷ réparties en quatre domaines de socialisation: 1. le groupe primaire des mesures de substitution, 2. Ecole et formation, 3. Travail, et 4. Organisation des loisirs adaptée à l'âge. Pour chaque institution est établi un profil des domaines de socialisation pour lesquels l'institution concernée propose des mesures et avec quelle intensité. A cet égard, on distingue prestations singulières, unités de prestations (= un paquet défini de prestations singulières liées entre elles) et domaine de prestations (= planification globale et réalisation du domaine de socialisation à substituer). Chaque institution peut ensuite viser, pour chaque client et domaine de socialisation, les recettes forfaitaires correspondant à son profil d'offre. Si la seule nomenclature des prestations peut sembler nécessiter une adaptation pour des oreilles habituées au langage médico-psychiatrique traditionnel, elle représente toutefois à coup sûr un événement beaucoup plus important pour les institutions résidentielles que n'importe quels groupes de coûts orientés sur le diagnostic. Au terme d'une seconde phase pilote, les cantons peuvent décider, dès le 01.01.2003, de remplacer leur ancien système de financement par FiDé ou conserver dans l'immédiat ce système et réactiver les *vieilles* dispositions de l'assurance invalidité (pour un processus similaire dans le domaine de l'alcool, voir [48]). L'introduction définitive de la systématique FiDé sera ensuite clarifiée dans de complexes discussions entre Confédération et cantons. Il est dans tous les cas prévu de réaliser en parallèle une recherche pour en évaluer les effets, y compris en termes de résultats thérapeutiques.

⁷ C'est dans le remplacement de l'environnement (toxicomaniaque) de vie que repose en vérité la vraie indication à la thérapie résidentielle.

Il sera passionnant de prendre connaissance des résultats suisses. Un tel financement uniformisé devrait aussi constituer la base pour, de plus, dépasser l'éparpillement de mesures somatiques, psychiatriques et psychothérapeutiques sur divers organismes prestataires. De récentes recherches aux Etats-Unis ont par exemple montré que des patient(e)s alcooliques peuvent attendre plus de succès, pour le traitement de leur dépendance, d'une thérapie intégrée offerte par un seul prestataire [49] surtout s'ils nécessitent en plus un traitement médico-somatique ou psychiatrique.

Literatur

- ¹ Commander M, Odell S, Williams K et al. Pathways to care for alcohol use disorders. *J Public Health Med* 1999; 21 (1): 65 – 69
- ² Lundgren LM, Amodeo M, Ferguson F et al. Racial and ethnic differences in drug treatment entry of injection drug users in Massachusetts. *J Substance Abuse Treatment* 2001; 21: 145 – 153
- ³ Walker L. Iatrogenic addiction and its treatment. *Int J Addict* 1978; 13 (3): 461 – 473
- ⁴ Werch C, Owen D. Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *J Stud Alcohol* 2002; 63 (5): 581 – 590
- ⁵ Wasem J, Hessel F, Kerim-Sade C. Methoden zur vergleichenden ökonomischen Evaluation von Therapien und zur rationalen Ressourcenallokation über Bereiche des Gesundheitswesens hinweg – Einführung, Vorteile, Risiken. *Psychiatrische Praxis* 2001; 28 (suppl. 1): S12 – S20
- ⁶ Mossialos E, Dixon A. Funding health care: an introduction. In: Mossialos E, Dixon A, Figueras JJK (Hrsg). *Funding health care: options for Europe*. Buckingham: Open University Press 2002; Chapter 1
- ⁷ Systems EOoHC. *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2000
- ⁸ Systems EOoHC. *Health Care Systems in Transition: Switzerland*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2000
- ⁹ Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *J Health Economics* 1999; 11: 361 – 387

- ¹⁰ Shortt S. Medical savings accounts in publicly funded health care systems: enthusiasms versus evidence. *CMAJ* 2002; 167 (2): 159–162
- ¹¹ Murray C, Knaul F, Musgrove P et al. Defining and measuring fairness in financial contribution to the health system. Geneva: World Health Organization, without year; Report No.: GPE Discussion Paper Series: No. 24
- ¹² Meyer PC, Denz MD. Sozialer Wandel der Arztrolle und der Ärzteschaft durch Managed Care in der Schweiz. *Gesundheitswesen* 2000; 62: 138–142
- ¹³ Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D et al. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *Int J Qual Health Care* 2000; 12 (2): 133–142
- ¹⁴ Robinson J. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Quarterly* 2001; 79 (2): 149–177
- ¹⁵ Gosden T, Forland F, Kristiansen IS et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2001; 6 (1): 44–55
- ¹⁶ Armour BS, Pitts MM, Maclean R et al. The effect of explicit financial incentives on physician behavior. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1261–1266
- ¹⁷ Frick U, Binder H, Barta W et al. „Fair ist, Gleiches mit Gleichem zu vergleichen“? Eine Simulationsstudie zu den Krankenhausvergleichen nach § 5 Bundespflegesatzverordnung. *Gesundheitswesen* 2003; 65, in press
- ¹⁸ Frick U, Cording C, Rehm J et al. Herr Tur-Tur und die Krankenhausvergleiche: Ein Besuch in der Psychiatrie-Oase. *Das Gesundheitswesen* 2001; 63 (7): 435–439
- ¹⁹ Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D et al. A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy* 2002; 60: 255–273
- ²⁰ Rauner MS, Schaffhauser-Linzatti MM. Impact of the new Austrian inpatient payment strategy on hospital behavior: a system-dynamics model. *Socio-Economic Planning Sciences* 2002; 36 (3): 161–182
- ²¹ Dismuke CE, Sena V. Has DRG payment influenced the technical efficiency and productivity of diagnostic technologies in Portuguese public hospitals? An empirical analysis using parametric and non-parametric methods. *Health Care Management Science* 1999; 2: 107–116
- ²² Beck K. Growing importance of capitation in Switzerland. *Health Care Management Science* 2000; 3: 111–119
- ²³ Mello MM, Stearns SC, Norton E. Do Medicare HMOs still reduce health services use after controlling for selection bias? *Health Economics* 2002; 11: 323–340
- ²⁴ Frick U, Rehm J, John J et al. Substitutionspotentiale stationärer Leistungen im Land Salzburg: Eine mehrstufige Delphi-Befragung. Reihe Gesundheitsplanung. Salzburg: Amt der Landesregierung 1995
- ²⁵ Huber F, Hess K. HMO-Praxis – Ein alternatives Praxis-Krankenversicherungsmodell. In: Eichhorn S, Schmidt-Rettig B (Hrsg). Chancen und Risiken von Managed Care. Köln: Kohlhammer 1998; 245–259
- ²⁶ Schridde H, Blanke B. Finanzierungs- und Förderungsbedingungen von Suchtberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland. Hannover. Centre for Health Economics and Health System Research 1998, May; Report No.: Diskussionspapier Nr. 16
- ²⁷ Herrmann H, Güntzel O, Simmel U et al. Stationäre Suchttherapie Schweiz: Angebot und Finanzierung. Bern: Bundesamt für Gesundheit 1999
- ²⁸ Zarkin G, Galinis D, French M et al. Financing strategies for drug abuse treatment programs. *J Subst Abuse Treat* 1995; 12 (6): 385–399
- ²⁹ Fischer W. Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege – Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten. Bern: Huber 2002
- ³⁰ Michel E, Stiletto M, Gründler W et al. Diagnosencodierung und Erlös im AR-DRG-System. *Gesundh ökon Qual manag* 2002; 7 (5): 292–296
- ³¹ Schenker L. Die Finanzierung der Schweizer Spitäler mit Hilfe von APDRG im Jahre 2002. Lausanne: Institut für Gesundheitsökonomie und -management der Universität Lausanne 2001
- ³² Fischer W. Diagnosis Related Groups (DRG's) und verwandte Patientenklassifikationssysteme. Wolfertswil (CH): Z/I/M 2000
- ³³ Rosenheck R, Massari L. Psychiatric inpatient care in the VA: before, during, and after DRG-based budgeting. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 888–891
- ³⁴ BMAGS BfAGuS. Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung LKF – Modell 2000. Wien: BMAGS 1999
- ³⁵ Frick U, Barta W, Zwisler R et al. Auswirkungen der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF) auf die Verweildauern und Hospitalisierungen im Land Salzburg seit 1997. *Gesundh ökon Qual manag* 2001; 6: 95–104
- ³⁶ Rauner MS, Schaffhauser-Linzatti MM. Evaluation of the new Austrian reimbursement system. In: De Angelis V, Ricciardi N, Strochi G (Hrsg). Monitoring, Evaluating, Planning Health Services – ORAHS '98. 24th Meeting of the European Working Group on Operational Research Applied to Health Sciences, July 19–24, 1998. Rome: World Scientific Publishing Co 1999; 221–233
- ³⁷ Sommersguter-Reichmann M. The impact of the Austrian hospital financing reform on hospital productivity: empirical evidence on efficiency and technology changes using a non-parametric input-based Malmquist approach. *Health Care Management Science* 2000; 3: 309–321
- ³⁸ Frick U, Barta W, Binder H. Fallpauschalen in der stationär-psychiatrischen Versorgung. Empirische Evaluation im Land Salzburg. *Psychiatr Prax* 2001; 28 (suppl. 1): S55–S62
- ³⁹ Bloom J, Hu T, Wallace N et al. Mental health costs and access under alternative capitation systems in Colorado. *Health Services Research* 2002; 37 (2): 315–340
- ⁴⁰ Cuffel B, Bloom J, Wallace N et al. Two-Year outcome of fee-for-service and capitated Medicaid programs for people with severe mental illness. *Health Services Research* 2002; 37 (2): 341–359
- ⁴¹ Magura S, Horgan C, Mertens J et al. Effects of managed care on alcohol and other drug (AOD) treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26 (3): 416–422
- ⁴² Theurl E. Some aspects of the reform of the health care systems in Austria, Germany, and Switzerland. *Health Care Analysis* 1999; 7: 331–354
- ⁴³ Riemer-Hommel P. The changing nature of contracts in German health care. *Soc Sci Med* 2002; 55 (8): 1447–1455
- ⁴⁴ Rehm J, Gschwend P, Steffen T et al. Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *Lancet* 2001; 358 (9291): 1417–1423
- ⁴⁵ Facheinheit SuA. Bericht zur Auswertung der Vernehmlassung über ein neues Finanzierungsmodell für Suchttherapien (FiSu 1999). Bern: Bundesamt für Gesundheit 1999
- ⁴⁶ Herrmann H, Simmel U. Kantonale Finanzierungsmechanismen im Bereich stationärer Drogentherapie. Basel/Bern: Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich 1999
- ⁴⁷ FiSu F. Pilotversuch und Trockenübung – Kurzfassungen. Bern: Kommission FiSu 2002
- ⁴⁸ Leslie D, Rosenheck R, White W. Capitated payments for mental health patients: a comparison of potential approaches in a public sector population. *J Mental Health Policy Econ* 2000; 3: 35–44
- ⁴⁹ Weisner C, Mertens J, Parthasarathy S et al. Integrating primary medical care with addiction treatment. *JAMA* 2001; 286: 1715–1723