

**Le financement des établissements de psychiatrie  
et de santé mentale en France et dans les pays de l'OCDE**

Bibliographie thématique

**Janvier 2025**

**Centre de documentation de l'Irdes**

Véronique Suhard

**Synthèses & Bibliographies**

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :  
[www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html)

## Sommaire

Quelques éléments de contexte .....	2
Etudes françaises .....	4
A l'étranger .....	24

### Quelques éléments de contexte

En France, la prise en charge des personnes vivant avec un trouble psychique dans des services hospitaliers est très minoritaire par rapport aux soins ambulatoires, traduction d'un mouvement international plus large de désinstitutionnalisation de la psychiatrie.<sup>1</sup>

Les établissements publics de santé mentale souffrent d'un sous-financement chronique avec une enveloppe globale, qui a, sur les dix dernières années, évolué deux fois moins vite que les autres dépenses de santé quantifiées sous forme de l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie)<sup>2</sup>. Ainsi, historiquement, le mode de financement de la psychiatrie hospitalière ne reposait pas sur la tarification à l'activité de soin (T2A), contrairement au champ de la médecine, chirurgie et obstétrique, et différait selon le statut juridique de l'établissement. Les établissements publics de santé et les établissements de santé privé d'intérêt collectif (Espic) réalisant des soins de psychiatrie étaient financés par une dotation annuelle de financement (DAF), peu évolutive : le ministère chargé de la santé allouait une enveloppe budgétaire à chaque Agence régionale de santé (ARS), qui à son tour la redistribuait entre les différents établissements publics de sa région. Cette DAF était indépendante du volume d'activité réalisé, et donc de l'évolution des besoins de soins au cours du temps, à la différence du mode de financement des établissements privés, qui reposait sur un modèle de paiement à la journée dans le cadre d'un objectif quantifié national (OQN), à tendance inflationniste.<sup>3</sup>

La réforme du financement de la psychiatrie hospitalière a été engagée dans le cadre plus général du plan « Ma santé 2022 », qui a initié des évolutions sur plusieurs champs et modes de financement, au-delà de la psychiatrie, orientées vers l'idée de modèles combinés, articulant plusieurs logiques de

---

<sup>1</sup> Coldefy, M., Gandré, C. (2022). *Politiques publiques et organisation de la prise en charge de la santé mentale en France*. Cahier Français, n°426, pp.26-33

<sup>2</sup>Rivière, D. (2024). La réforme du financement de la psy. In : [Porta-Bonete, F. et al. La santé mentale en France.] Bordeaux : Leh éditions, p.315 et suivantes.

<sup>3</sup>Ibid.

financement – activité, capitation, etc. – sans se limiter à l'une d'entre elles, de manière adaptée aux spécificités de chaque champ.<sup>4</sup>

Depuis janvier 2022<sup>5</sup>, le mode de financement de la psychiatrie hospitalière s'est ainsi transformé pour tenter de rééquilibrer les enveloppes de financement entre les régions et mieux tenir compte de l'évolution des besoins sur les territoires. Les financements sont en partie liés à une dotation populationnelle (qui représente la majorité du financement dans le secteur public et pour les Espic) et une petite part liée à l'activité – en termes d'ampleur et de complexité de la file active mais sans approche diagnostique contrairement à la T2A –, à la qualité des soins, à la recherche, mais également à la qualité de codage dans le Recueil d'Informations médicalisé en Psychiatrie (RIM-P).<sup>6</sup>

Cette bibliographie tente d'apporter des éléments de littérature sur les réflexions aboutissant à cette récente réforme du financement de la psychiatrie hospitalière et porte un regard sur ce qui se fait en la matière à l'étranger.

Bases interrogées : bases de l'Irdes, Ehesp, Pubmed et Google Scholar.

Marie-Odile Safon, documentaliste à l'Irdes a participé à la réalisation de cette bibliographie.

Merci également à Coralie Gandré, maitresse de recherche à l'Irdes pour sa relecture.

---

<sup>4</sup> (2023). Santé mentale et psychiatrie : quels enjeux en et quelles transformations en matière d'accès aux soins, de financement et de territorialisation ? Lettre du CES, n°1

<sup>5</sup> [Décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie](#)

<sup>6</sup> Drees (2023). *L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie : évolutions de 2008 à 2019 et disparités territoriales*. Les dossiers de la DREES, n° 112

## Etudes françaises

Alary, A. (2024). "La réforme du financement de la psychiatrie : Les établissements publics de santé mentale au défi du changement ?" Gestions hospitalières(639): 510-513.

Cet article évalue l'incitation au changement issue la réforme du financement de la psychiatrie pour les établissements publics de santé mentale. Trois messages clés se détachent. Tout d'abord, la réforme met en place un nouveau modèle de financement plus équitable, qui valorise davantage les dynamiques d'activité des établissements. Ensuite, si l'incitation à réorienter l'offre de soins apparaît faible, à paramètres de la réforme constants, les possibilités ouvertes par l'introduction de nouveaux concepts de financement imposent un suivi attentif des développements à venir. Enfin, il existe d'ores et déjà une incitation nette à améliorer les pratiques et organisations internes, dont découle un enjeu fort de conduite du changement avec la communauté médico-soignante

Dubré-Chirat, N. et Rousseau, S. (2024). "La prise en charge des urgences psychiatriques", Assemblée Nationale  
[https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/dossiers/prise\\_en\\_charge\\_urgences\\_psy](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/dossiers/prise_en_charge_urgences_psy)

Gallet, B. (2024). "Le lent cheminement de la réforme du financement des activités de psychiatrie vers la précision." Finances hospitalières(191): 6-7.

A n'en pas douter, la réforme du financement des activités de psychiatrie sera considérée rétrospectivement comme un « pas à pas », où les pouvoirs publics ne cessent de lever les ambiguïtés toujours renouvelées liées à la complexité du dispositif prévu et à son ambition de modulation en fonction des choix régionaux. Dans ce cadre, le Ministère vient de publier une circulaire du 5 avril 2024 relative aux compartiments régionaux du modèle de financement de la psychiatrie. L'objectif essentiel est de préciser la méthode de construction et les contours de la dotation populationnelle. Le texte, surtout avec ses cinq annexes, donne des éléments notables sur les autres compartiments de financement. (extrait R.A.)

Leloup, G. (2024). "La réforme du financement en psychiatrie tient-elle ses promesses ?" Finances hospitalières(187): 2-7.

Après quarante années de dotation annuelle de financement (DAF), le champ psychiatrique hospitalier se dote enfin d'un modèle de répartition des ressources assurance maladie plus équitable. En effet les ressources des établissements de santé étaient le fruit d'une sédimentation historico-politique trop souvent déconnectée des populations desservies et de l'activité des établissements. Pendant la décennie 2010-2020 le secteur privé lucratif (ex-OQN), financé par tarif, sur une enveloppe ouverte, a vu ses ressources progresser plus vite que celles du secteur public et privé d'intérêt collectif (ex-DAF). Ce modèle a aussi favorisé des écarts de ressources per capita importants entre régions. Enfin, la DAF n'induisait pas de comportements alignés avec la stratégie nationale de santé mentale qui promeut notamment une plus grande place aux soins ambulatoires. Cette réforme, en vigueur depuis 2022, arrive dans un contexte sanitaire post-covid marqué par des difficultés de recrutement et une augmentation de ressources inédite : +29% entre 2020 et 2022 (+2,6 milliards d'euros sur le champ psychiatrique).

Alary, A. (2023). "Réforme du financement de la psychiatrie : les établissements publics de santé mentale au défi du changement ?" Rennes, Ehesp. Diplôme de directeur d'hôpital [https://documentation.ehesp.fr/memoires/2023/edh/antoine\\_alary.pdf](https://documentation.ehesp.fr/memoires/2023/edh/antoine_alary.pdf)

Les modalités concrètes de la réforme du financement des activités de psychiatrie des établissements de santé par l'assurance maladie sont connues depuis le premier quadrimestre 2023. Dans ce nouveau contexte, le mémoire investigate non seulement les signaux donnés par la réforme, mais aussi leur réception par les EPSM, afin de mesurer l'incitation au changement pour ces établissements spécialisés. L'analyse de la réforme et le travail d'enquête mettent en exergue une incitation bien comprise au maintien, si possible à l'accroissement, de l'activité. Pour autant, les paramètres actuels de la réforme et les positionnements des directions et communautés médico-soignantes ne permettent pas d'anticiper une réorientation significative de l'offre de soins, en dépit des objectifs affichés d'accélération du virage ambulatoire et de développement des activités innovantes. Les incitations financières les plus remarquables se situent à un autre niveau. La réforme encourage fortement les directions des EPSM à promouvoir une évolution des organisations et pratiques internes, en faveur d'une amélioration du codage, d'une plus grande efficacité, voire d'un renforcement de la qualité des soins. La mise en œuvre de ces changements requiert toutefois d'impliquer fortement la communauté médico-soignante, exercice délicat sur des sujets peu consensuels et dans le contexte de crise de la psychiatrie. Face à ce défi, le mémoire apporte des préconisations pour le pilotage du changement, au premier rang desquelles la conduite d'un véritable dialogue de gestion médicalisé. (R.A.)

Cour des comptes (2023). "La tarification à l'activité". Paris, Cour des comptes <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-tarification-lactivite>

La tarification hospitalière, dénommée « tarification à l'activité » (T2A), prévoit, pour chaque séjour à l'hôpital correspondant à un type de pathologie, la détermination

préalable d'un tarif établi sur la base du coût moyen issu d'un échantillon d'établissements participant à une étude nationale de coûts réalisée par l'Agence technique de l'information hospitalière. La T2A a permis de passer d'une logique budgétaire à un pilotage médico-économique des établissements de santé. Des progrès restent cependant à accomplir en matière de comptabilité analytique et de qualité de codage des séjours. Pour conserver sa vocation première d'outil incitant à la réduction des coûts et à l'efficacité, la tarification à l'activité doit continuer à représenter une part significative du financement des établissements de santé. Les objectifs initialement assignés à la T2A, en termes d'équité et de transparence des financements, demeurent plus que jamais à l'ordre du jour. Cependant, pour émettre un signal-prix efficace et entraîner des décisions rationnelles, les tarifs doivent être construits de manière intelligible et assurer la couverture des coûts moyens.

Faverges, H. de (2023). "Les compartiments annexes du modèle de financement de la psychiatrie : levier de résurrection de feu la DAF ?" Finances hospitalières(178): pp.2-6.

La réforme du financement des activités de psychiatrie a été conçue dans ses grandes lignes au niveau national avec un fort volume de subsidiarité régionale, laissant les ARS perplexes quant aux choix sensibles leur revenant. La publication de l'instruction DGOS/R4/2023/21 du 27 février 2023 relative aux compartiments régionaux du modèle de financement de la psychiatrie, dont l'objet est de préciser le périmètre et le cadre d'allocation des compartiments régionaux, vient apaiser les conjectures des acteurs. Cet article revient sur le calcul des enveloppes et la sanctuarisation des crédits.

Gallet, B. (2023). "La réforme du financement des activités de psychiatrie, saison 2." Finances hospitalières(176): pp.2-6.

Le chantier de la réforme du financement des activités de psychiatrie a démarré il y a plus d'un an avec un décret du 29 septembre 2021. Ce dernier devait être suivi de plusieurs textes afin de mettre en place un régime juridique socle d'un nouveau mode d'allocation des ressources mais les craintes du milieu, couplées aux contraintes de l'agenda électoral, ont amené à plusieurs reprises les pouvoirs publics à retarder la publication de textes pourtant indispensables à la mise en œuvre de la réforme. Le corpus de textes finalement publié avant la fin de l'année 2022, contient des points annoncés et d'autres, plus inattendus, correspondant à la volonté de pouvoirs publics de donner des garanties aux professionnels et établissements concernés. Les textes publiés, tous datés du 31 décembre 2022, apportent des précisions importantes sur le nouveau modèle de financement et ses différents compartiments. Ils apportent aussi un éclairage sur le cadrage global, tant dans la dynamique qualité portée par les pouvoirs publics, que dans la gouvernance régionale, issue des marges laissées par l'échelon national. (R.A.)

Guilbault, V. (2023). "La mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie dans les établissements publics de santé". Rennes, Ehesp. Diplôme de directeur d'hôpital

[https://documentation.ehesp.fr/memoires/2023/edh/valentin\\_guilbault.pdf](https://documentation.ehesp.fr/memoires/2023/edh/valentin_guilbault.pdf)

Dans le cadre de la Stratégie de transformation du système de santé (Ma santé 2022), la réforme du financement des activités de psychiatrie est entrée en vigueur au 1er janvier 2022. En répondant aux objectifs de réduction des inégalités territoriales et d'incitation à la qualité des prises en charge, cette réforme présente de multiples enjeux pour les établissements publics de santé (financiers, médico-économique, organisationnels). Elle met également en place une nouvelle organisation territoriale concernant l'allocation des ressources aux établissements qui responsabilise les acteurs régionaux. L'application de cette réforme ne se fait pas sans difficultés. Dans une enquête réalisée auprès de 34 établissements, les directeurs des affaires financières s'inquiètent du manque de visibilité et de lisibilité sur les modalités de mise en œuvre et les critères de répartition régionale rendant complexe la compréhension du modèle par les acteurs ainsi que la mobilisation des professionnels. Pourtant, les établissements s'organisent pour assurer sa mise en œuvre opérationnelle. Cela se traduit notamment par le renforcement de la pédagogie, l'accompagnement autour de la réforme et des actions de sensibilisation notamment en matière de codage de l'activité. Si elle se met progressivement en place, cette réforme a néanmoins tendance à passer au second plan au regard de la crise des ressources humaines et des défis qui se posent en matière de continuité et sécurité des soins. (R.A.)

Ministère charge de la santé (2023). "Santé mentale et psychiatrie : mise en œuvre de la feuille de route : État d'avancement au 1<sup>er</sup> mars 2023". Paris, Ministère chargé de la Santé  
[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille\\_de\\_route.sante-mentale-psychiatrie-2024.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route.sante-mentale-psychiatrie-2024.pdf)

La situation des personnes vivant avec des troubles psychiques en France est préoccupante. La demande de soins est en augmentation constante notamment pour les troubles anxiodépressifs, les psycho-traumatismes, les troubles du comportement, les addictions. Ces troubles appartiennent aux causes principales de morbidité et de mortalité. En effet, selon l'OMS, 1 personne sur 4 est touchée par des troubles psychiques à un moment de sa vie. Ces troubles représentent aujourd'hui le premier poste des dépenses de santé de notre pays, avec un coût total de 23,4 Mds € pour l'assurance maladie (14,5% des dépenses), et de 30 Md€ avec les aides indirectes (indemnités journalières- aide sociale). L'épidémie de Covid-19 a par ailleurs aggravé les indicateurs de santé mentale. Ce rapport fait le bilan au 1er mars 2023 de l'état d'avancement de la feuille de route "Santé mentale et psychiatrie".

Rivière, D. (2023). "Application de la réforme du financement de la psychiatrie." Revue hospitalière de France(610): pp.14-16.

Dans un contexte hospitalier traversé par différentes crises (sanitaire, démographique, d'attractivité, de fidélisation..., liste non exhaustive) et un niveau d'incertitudes élevé, la réforme du financement de la psychiatrie pose de nouvelles règles en matière de financement. Au-delà des vecteurs de financement, elle établit

de nouvelles responsabilités pour les ARS en matière de calibrage de la dotation populationnelle et exige de la part des établissements une démarche interne d'accompagnement à la mise en œuvre de la réforme. (R.A.)

Sourdille, A. (2023). "Application des réformes de financement. Enjeux de mise en œuvre et réflexions stratégiques." Revue hospitalière de France(610): pp.12-13.

Depuis plusieurs années, les établissements de santé sont engagés dans un processus de réformes de financement qui porte sur plusieurs champs d'activité : urgences, soins de suite et de réadaptation (SSR), psychiatrie, hôpitaux de proximité, qualité, forfaitisation, etc. Ces réformes génèrent un changement de logique profond pour les établissements, en particulier ceux du secteur public. Elles portent également une forte volonté de transparence et de meilleure identification des vecteurs de financement, afin de répondre à des objectifs de santé publique précis et de disposer d'une approche territoriale pertinente. Face à ces objectifs, chaque établissement doit pouvoir appréhender ces différentes réformes, conduire une réflexion stratégique interne, pour en saisir l'ensemble des opportunités. (R.A.)

Ministère chargé de la Santé (2022). "Bilan de la mise en œuvre de la feuille de route « santé mentale et psychiatrie »". Paris, Ministère chargé de la Santé

La situation des personnes vivant avec des troubles psychiques en France est préoccupante. La demande de soins est en augmentation constante notamment pour les troubles anxiodépressifs, les psycho-traumatismes, les troubles du comportement, les addictions. Ces troubles appartiennent aux causes principales de morbidité et de mortalité. En effet, selon l'OMS, 1 personne sur 4 est touchée par des troubles psychiques à un moment de sa vie. Ces troubles représentent aujourd'hui le premier poste des dépenses de santé de notre pays, avec un coût total de 23,4 Mds € pour l'assurance maladie(14,5% des dépenses) , et de 30 Md€ avec les aides indirectes (indemnités journalières- aide sociale).

Deroche, C. et Jomier, B. (2022). "Rapport sur la situation de l'hôpital et sur le système de santé en France". Paris, Sénat (Législation comparée LC 189)  
<https://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-587-1-notice.html>

À la demande du groupe Les Républicains, le Sénat a constitué une commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France. À l'issue de près de quatre mois de travaux, la commission d'enquête appelle à redonner du souffle à l'hôpital en lui laissant davantage de liberté et d'autonomie dans son organisation, en lui attribuant des moyens proportionnés aux défis de santé actuels et en redessinant sa place au sein du système de soins.

Lion Dagouat, G. (2022). "Le recueil de l'information médico-économique en psychiatrie : accompagner la réforme du financement". [https://documentation.ehesp.fr/memoires/2023/edh/valentin\\_guilbault.pdf](https://documentation.ehesp.fr/memoires/2023/edh/valentin_guilbault.pdf)

La réforme du financement de l'activité en psychiatrie issue du décret n°2021-1255 du 29 septembre 2021 rompt avec le régime de la dotation annuelle de financement (DAF) en prévoyant une répartition des ressources fondée sur une dotation populationnelle (78%), une dotation file active (15%) et des financements supplémentaires liés à l'innovation des prises en charge et la qualité (7%). Si cette réforme semble être porteuse de changements bénéfiques pour le secteur de la psychiatrie, elle reste cependant complexe à mettre en œuvre pour les établissements, et implique une révision de l'organisation de la remontée de l'activité. Les établissements peu habitués à mettre en œuvre le codage de l'activité se voient en effet dans l'obligation de travailler leur circuit tant administratif que médical de remontée de la production d'actes, afin de ne pas voir leurs financements réduits. L'exemple du CASH de Nanterre et de l'EPS Roger Prévot a montré les difficultés rencontrées par certains établissements dans la préparation à la mise en place de cette réforme. Celles-ci ne pourront être résolues que par un travail en concertation et coopération avec tous les acteurs concernés (DIM, contrôle de gestion, DSI, bureau des entrées, ...), et un accompagnement des professionnels de santé couplé à une réflexion autour des activités et prises en charge menées par les services de l'établissement. (R.A.)

Nicolle, B. et Lafourcade, M. (2022). "Réinvestir la psychiatrie : une urgence sanitaire, un défi démocratique". Paris Fondation Jean Jaurès

<https://www.jean-jaures.org/wp-content/uploads/2022/05/Rapport-psychiatrie.pdf>

Une personne sur trois sera touchée par un trouble psychique au cours de sa vie. Chaque année, environ deux millions de Français sont pris en charge en psychiatrie. Cependant, malgré l'importance de ce sujet de santé publique, nous assistons à une crise structurelle dont la durée épuise les acteurs, alimente un sentiment généralisé d'impuissance et aboutit in fine à une apathie collective. Dans ce rapport, il n'est plus question de revenir sur l'état des lieux mais bien de proposer des pistes pour permettre une transformation de la discipline.

Ollivier, J. et Perrigaud, N. (2022). "La réforme de financement de 2022 en psychiatrie".

DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance. France

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03820453v1/document>

Le financement des établissements de santé constitue un enjeu majeur tant sur le volet de la qualité de prise en charge que de l'innovation en santé. Nous le savons, l'objectif d'un système économique de santé est de préserver et/ou d'optimiser le capital santé de la population. La santé mentale reste un secteur isolationniste autant par la complexité de sa prise en charge que par les séquelles de son histoire passée. Une réforme de financement peut faire évoluer positivement cette représentation du secteur. L'intérêt d'étudier le sujet de la réforme de financement de la psychiatrie nous conduit à penser le changement d'une organisation de santé privée dans le but de garantir continuellement la meilleure prise en charge. Cette refonte du système de tarification nous amène à nous poser la question de pourquoi cette réforme et

comment un établissement de santé mentale privé articule son organisation face au changement ?

Pelissolo, A. (2022). "La situation de la psychiatrie en 2022." Les Tribunes de la santé(1): 61-70.

La psychiatrie est une spécialité médicale majeure du fait de son impact humain et social, qui traverse depuis des années une crise grave restée longtemps ignorée. Certains mouvements sociaux dans les hôpitaux et l'augmentation des besoins depuis la pandémie de la Covid-19 ont conduit à mettre en lumière les dysfonctionnements de ce secteur, et à amorcer des plans et des mesures spécifiques. Parmi celles-ci, depuis 2017, on peut citer la création d'une délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, l'élaboration d'une feuille de route comportant plusieurs dizaines de mesures organisationnelles, et de nouvelles annonces fin 2021 lors des Assises de la santé mentale en présence du président de la République. Même s'il est encore trop tôt pour en apprécier les effets réels, on peut considérer d'un côté que ces mesures marquent une attention assez inédite à ce domaine trop souvent délaissé, mais de l'autre que les efforts annoncés sont loin d'être suffisants pour résorber tous les manques et retards accumulés sur l'ensemble du territoire et dans toutes les populations concernées. De plus, on peut déplorer l'absence de vision à long terme d'une politique de santé mentale englobant tous ses aspects médicaux, sociaux et éthiques qui devraient faire l'objet d'une loi-cadre spécifique et d'une programmation interministérielle.

(2021). "La réforme du financement de la psychiatrie : un cas de schizophrénie ?" Finances hospitalières(153): pp.5-9.

Vient d'être acté le report au 1er janvier 2022 de la réforme du financement des activités de psychiatrie. Le MCO et le SSR ont opté pour des modèles assis sur une classification PMSI robuste. La pathologie n'était pas la bonne porte d'entrée en psychiatrie et de fait, le secteur ne militait pas non plus en ce sens, puisqu'il regroupait les patients non par pathologie mais par domiciliation. La psychiatrie a très tôt réfléchi à une offre de soin variée et moderne, autour d'alternatives à l'hospitalisation, d'offre territorialisée, de proximité et d'innovation organisationnelle. Le MCO a été beaucoup plus long à faire sa révolution, et la T2A a hâté la mutation d'un système administré et rigide vers un dispositif reposant sur le juste soin au juste coût. (R.A.)

Cour des comptes (2021). "Parcours de soins en psychiatrie". Paris, Cour des comptes <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-parcours-dans-lorganisation-des-soins-de-psychiatrie>

En lien avec les chambres régionales des comptes, la Cour a cherché, à partir des nombreuses données disponibles et de visites et contrôles sur site, à décrire et comprendre la répartition et l'allocation des moyens entre les différents types de

patients concernés par les soins de santé mentale et de psychiatrie (du simple mal-être aux troubles psychiatriques plus sévères). Le constat principal est celui d'une offre de soins diverse, peu graduée et insuffisamment coordonnée. Pour y remédier, la Cour formule sept recommandations, visant notamment à définir une politique de soins plus cohérente et à renouer avec la pratique des soins inclusifs initiée dans les années 1960, dans une logique de qualité de l'accompagnement et de dignité des patients

Bailly, M., Queuille, E., Juillard-Condat, B., et al. (2021). "Analyse comparative du financement des établissements de soins de suite et réadaptation et des établissements publics de santé mentale : application pour les médicaments innovants et onéreux". Annales Pharmaceutiques Françaises 79 (6) : 690-699

La prise en charge pharmaco-thérapeutique prend aujourd'hui de l'ampleur en établissements publics de santé mentale (EPSM). Dans de telles structures où les durées de séjours sont longues, le financement par dotation annuelle fait souvent obstacle à l'accès à l'innovation thérapeutique. À l'aube du plan « Ma Santé 2022 », le risque de rupture du continuum de soin est bien présent au regard de la complexité du financement de certaines thérapies à haute valeur ajoutée. Malgré une volonté d'adaptation du système pour répondre aux besoins sanitaires en constante évolution, contrairement aux structures de soins de suite et de réadaptation (SSR), aucune démarche relative aux médicaments onéreux (MO) n'a été entreprise à ce jour en EPSM à notre connaissance. Ceci renforce le décalage avec l'évolution de la recherche, et creuse davantage le fossé des inégalités entre secteurs sanitaires. Optimiser le financement des MO en psychiatrie octroierait la possibilité de diminuer l'étau des dotations en vigueur. À l'instar des réformes récentes en SSR, une prise en charge en sus des thérapeutiques coûteuses permettrait de réduire les arbitrages médicaux complexes : de la prévention à la réinsertion, la continuité de la prise en charge du patient en serait davantage garantie.

Durant, G. et Leclercq, P. (2021). "Le financement des hôpitaux et de l'activité médicale: Panorama international et principes méthodologiques", Bruxelles Mardaga  
<https://www.cairn.info/le-financement-des-hopitaux-et-de-l-activite-medic--9782804709556.htm>

Comment sont financés les hôpitaux et l'activité médicale qui y est exercée ? Le paiement est-il approprié et efficace ? Quelle est la situation actuelle dans le monde ? Quelle évolution constate-t-on ? Quels sont les nouveaux modèles ? Le financement des hôpitaux est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics et des différents acteurs hospitaliers. Des réformes sont en cours, ou envisagées, dans de nombreux pays. Elles doivent être bien réfléchies et viser à contenir les coûts tout en accroissant la qualité. Forts de leur expérience d'enseignant, de chercheur de professionnel des soins et de gestionnaire hospitalier, les auteurs dressent un panorama international des techniques de financement hospitalier et donnent des repères pour la

compréhension et l'amélioration des systèmes de paiement. Cet ouvrage constitue un état des lieux et une véritable « boîte à outils » utiles aux multiples intervenants (le pouvoir régulateur, les payeurs ainsi que les gestionnaires, médecins et paramédicaux) comme aux chercheurs et aux étudiants.

Gallet, B. (2021). "Le décret n°2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie, un texte attendu mais qui ne dit pas tout." Finances hospitalières(162): pp.2-6.

Le décret fixant les principes du nouveau financement de la psychiatrie est paru. Ce changement de mode d'allocation des ressources de l'Assurance Maladie pour les soins de psychiatrie, dont on parle depuis des décennies, arrive dans un contexte troublé. La crise sanitaire, la « troisième vague de la santé mentale », expression utilisée par Olivier Véran pour caractériser l'afflux de nouveaux patients présentant des troubles mentaux du fait des conséquences économiques et sociales de la pandémie, la dimension revendicative de la communauté médico-soignante sont autant d'éléments qui viennent bousculer cette réforme du financement. Les pouvoirs publics ont décidé de ne pas reporter une nouvelle fois l'agenda de mise en œuvre du dispositif, qui est présenté comme applicable à compter du 1er janvier 2022, même si beaucoup de textes d'application ne sont pas parus. (R.A.)

Juan, F. et Rosa, A. (2021). "Réforme du financement de la psychiatrie hospitalière : Traduire le report en opportunité ?" Gestions hospitalières(602): pp.44-47.

Si la réforme proposée par le gouvernement repose sur des principes louables et a le potentiel d'amorcer des approches bénéfiques, son déploiement pourrait pérenniser les inégalités sans répondre aux réels besoins de la filière, en ne traitant qu'un aspect, certes clé, mais partiel, des parcours de soins en santé mentale. L'année 2021 représente une opportunité claire de transformer l'essai en détaillant l'ébauche pour renforcer le potentiel de transformation vertueux. (R.A.)

Sourdille, A. (2021). "Réforme du financement de la psychiatrie." Revue hospitalière de France(599): pp.14-16.

Parent pauvre » de la santé, la psychiatrie publique a souvent été, à tort, la grande oubliée des politiques publiques. Pour décrire son sous-financement chronique, les superlatifs ne manquent pas et laissent penser que les pouvoirs publics se désintéressent de ce secteur en souffrance, relégué au second plan alors que les problématiques de santé mentale concernent tous nos concitoyens, et plus encore depuis la crise sanitaire. Rien d'inéluctable pourtant. Un changement profond de son modèle de financement est possible. Mais il ne résultera que d'une volonté politique forte associée à l'engagement des acteurs qui composent ce secteur. (R.A.)

(2020). "Ségur de la santé : les conclusions". Paris, Ministère chargé de la Santé  
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/article/la-segur-de-la-sante-50-jours-de-concertation>

Ce dossier de presse présente les conclusions du Ségur de la santé suite aux accords intervenus en juillet 2020. Elles consacrent la poursuite de la modernisation du système de santé en France et le souhait d'améliorer le quotidien des soignants ainsi que la prise en charge des patients. Les conclusions reposent sur les conclusions de la mission Claris sur la gouvernance de l'hôpital ; les recommandations de la mission Notat ; les résultats de la consultation en ligne des professionnels ainsi que les 108 contributions des acteurs du système de santé français. Elles s'articulent autour de 33 propositions

Brunn, M. et Clément, M.-C. (2020). "Le financement de la psychiatrie hospitalière en Allemagne – modèle ou contre-exemple pour la France ?" L'information psychiatrique **96**(6): 449-456.

À partir d'une lecture à la fois organisationnelle et politique de la réforme du financement de la psychiatrie hospitalière en Allemagne, nous présentons les aléas d'un tel projet de réforme et les leçons possibles pour la France. En 2013, l'Allemagne a instauré un nouveau mode de rémunération mixte pour les établissements de psychiatrie, mêlant tarification au séjour et forfaits journaliers. Après une forte mobilisation des acteurs de soins, le gouvernement allemand a dû promulguer une nouvelle loi, entrée en vigueur en 2017, qui réintroduit la notion de négociation entre établissements de santé et assureurs. Techniquement, la France disposerait de l'ensemble des outils nécessaires à la mise en place d'une réforme similaire : un système de recueil de l'activité, des outils de benchmark et des enquêtes de coût. Cependant, la France ne possède pas d'algorithme de classification médico-économique pour ce champ. Enfin, comme l'a montré l'expérience allemande, il semble indispensable pour qu'une réforme profonde du système de financement puisse être implémentée, qu'un consensus soit obtenu parmi les acteurs concernant les objectifs. Ceci, d'autant plus dans le contexte français où les acteurs sont plus habitués à se mobiliser qu'en Allemagne.

Vioujas, V. (2020). "La réforme du financement des établissements de santé : la transformation en (longue) marche." Revue de droit sanitaire et social **RDSS**(3): pp.524-536.

La LFSS pour 2020 poursuit le mouvement de transformation du financement des établissements de santé dont l'un des effets sera de réduire la part de leurs ressources provenant directement de leur activité. Si la logique de tarification à l'activité ne disparaît pas, du moins pour l'instant, en court séjour ou en soins de suite et de réadaptation, où elle est simplement combinée avec d'autres compartiments de financement, elle est en revanche écartée s'agissant des hôpitaux de proximité ou du nouveau modèle propre à la psychiatrie.(R.A.)

Harizi, R., Ellini, A., Clément, M.-C., et al. (2020). "Analyse descriptive de l'activité aux urgences dans le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P)." Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique **68**: S52-S53.

L'activité réalisée aux urgences par les établissements psychiatriques doit être décrite dans le RIM-P, via les résumés d'activité ambulatoire (RAA). Dans le contexte actuel de réforme du financement de la psychiatrie et des urgences, se pose la question de la fiabilité du RIM-P et de son amélioration pour la description de cette activité. Pour y répondre, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a analysé le codage de l'activité des urgences pour :

- En évaluer la qualité (remplissage et conformité) ;
- Estimer les variations inter-établissements.

Aubert, J. M. (2019). "Réforme des modes de financement et de régulation ». Vers un modèle de paiement combiné". Paris Ministère chargé de la santé: 47.

[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom\\_rapport\\_final\\_vdef\\_2901.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_rapport_final_vdef_2901.pdf)

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, lancée en février 2018 par le Premier Ministre et la Ministre des Solidarités et de la Santé. Il fait suite à un premier rapport intermédiaire de juillet 2018 présentant les premières orientations de la mission task force réforme du financement et notamment les mesures de court terme dont la plupart sont en train d'être mises en place. Le système de santé français est caractérisé par un modèle de financement hétérogène en fonction des secteurs de soins, reposant majoritairement sur la quantité des soins produits dans le domaine des soins de ville et des soins hospitaliers (médecine, chirurgie et obstétrique). Les autres secteurs sont financés par des enveloppes dont les fondements sont parfois très largement établis sur des bases historiques. À un système de financement cloisonné entre les différents champs de la santé, le rapport recommande de substituer progressivement des modalités de financement commune aux différents acteurs du système de santé, pour rendre cohérentes les incitations des acteurs et favoriser leur coopération au service des besoins du patient et des résultats de santé obtenus. Les proportions relatives de chaque modalité de paiement ont toutefois vocation à varier selon les secteurs, pour prendre en compte leurs spécificités.

Fiat, C. et Wonner, M. (2019). "Rapport d'information relatif à l'organisation de la santé mentale". Paris, Assemblée nationale

<https://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i2249.asp>

Ce rapport de la mission d'évaluation sur l'organisation de la santé mentale en France dresse tout d'abord un état des lieux plutôt alarmant de la prise en charge de la psychiatrie et dénonce un parcours de soins chaotique. Il émet ensuite des pistes d'amélioration.

Granger, B. (2019). "Quels moyens pour quelle psychiatrie ?" PSN **17**(1): 7-14.  
10.3917/psn.171.0007

Depuis environ quarante ans le financement de la psychiatrie publique française est mal réparti et insuffisant. Ce constat est enfin accepté par les pouvoirs publics, qui peinent, cependant, à modifier cette situation. Les évolutions récentes montrent un décalage entre les discours et les faits, avec cependant une lueur d'espoir à l'horizon.

Veran, O. (2019). "Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 : 3 tomes". Paris, Assemblée nationale  
<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/plfss2020.html>

Ce rapport présente les motifs et commente les dispositions du projet de loi pour la sécurité sociale pour 2020.

Théron, S. (2019). "La santé mentale et la psychiatrie dans le projet « Ma santé 2022 » : une priorité." Revue de droit sanitaire et social RDSS(1): pp.46-54.

Wonner, M. (2019). "Mission « *flash* » sur le financement de la psychiatrie". Paris: Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.  
<https://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/75538/775110/version/3/file/Communication+mission+flash+financement+de+la+psychiatrie+finale+modifi%C3%A9e.pdf>

(2018). "Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie". Paris, Ministère chargé de la Santé

La stratégie nationale de santé constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle est définie par le Gouvernement et se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables. L'un des axes concerne la santé mentale dont ce document décline la feuille de route pour les années à venir.

Aubert, J. M. (2018). "Stratégie de transformation du système de santé : Modes de financement et de régulation. Rapport final". Paris Ministère chargé de la santé  
[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_financement\\_et\\_regulation.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_financement_et_regulation.pdf)

Le financement est un des leviers essentiels de la transformation du système de santé. Il permet d'inciter les professionnels à changer leurs comportements, par exemple pour développer la prévention, prendre le temps de la coordination, ou mieux s'assurer de l'application de standards élevés de qualité et de pertinence. Ce rapport préconise une évolution progressive des modes de financement au cours des trois prochaines années en proposant tant une stratégie de moyen terme, cohérente avec la transformation préconisée par l'avis récent du HCAAM (avis du 24 mai 2018) et globalement avec les différents chantiers de transformation, ainsi que des mesures immédiates pour 2019. La taskforce qui la produit proposera d'ici la fin de l'année 2019 des mesures supplémentaires qui pourront être mises en œuvre en 2020 et 2021.

Borgy, J. (2018). "Financements des soins psychiatriques." Psychologues et Psychologies **254(1)**: 015-016.  
10.3917/pep.254.0010e

La question du financement de l'hôpital psychiatrique et des soins ambulatoires, des CMP et CATTM ou HDJ revient régulièrement sur le devant de la scène. Il faut dire que la dépense concernant les maladies mentales et l'administration de psychotropes est la première, en volume, de la Cnamts (Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés). Pour sortir du système de financement actuel de la psychiatrie, effectué sur un mode de budget global de fonctionnement attribué aux établissements, qui ne donne pas satisfaction quant à sa proratisation en fonction des conditions sociodémographiques des implantations des établissements de soins psychiatriques, il est envisagé par la DGOS d'en mettre en place un nouveau. Les solutions envisagées sont inspirées du projet Seraphin-ph qui devient progressivement l'outil du financement du médico-social. Il se veut neutre, se contentant de mettre en relation une personne handicapée ayant un certain nombre de besoins avec une ou des institutions ou professionnels proposant un certain nombre de services pouvant répondre à ces besoins. De cette façon, les établissements et les professionnels sont rémunérés en fonction des réponses aux besoins des personnes handicapées qu'ils satisfont. Un tel système sera-t-il sans conséquences sur le soin psychique ?

Ministère chargé de la Santé (2018). "Prise en charge de la psychiatrie en établissements de santé". In: [Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018.], Paris : Ministère chargé de la santé: 122-125

L'offre de soins en psychiatrie occupe un champ large, puisqu'elle touche tant au sanitaire, au médico-social, qu'aux soins de ville. Les dépenses, France entière, remboursées par l'assurance maladie au titre des maladies psychiatriques et de consommation de psychotropes, incluant les soins de ville (30%), les hospitalisations (48%) et les prestations en espèces (22%), ont atteint 22,5 Md€ en 2015, tous régimes confondus. Cette fiche se concentre sur les soins psychiatriques dispensés en établissements de santé. Sur ce champ, les crédits d'assurance maladie consacrés à la psychiatrie se décomposant en une dotation annuelle de financement (DAF) et un objectif quantifié national (OQN), se sont élevés à près de 9,7 Md€ en 2017.

Association des Etablissements participant au service public de Santé Mentale (2017). Réformer le financement de la psychiatrie de service public. Orientations politiques et recommandations techniques pour une réforme cohérente avec la politique nationale de santé mentale. Bron, ADESM

<https://www.adesm.fr/urgent-reformer-le-financement-de-la-psychiatrie-de-service-public/>

Alors que la santé mentale devient un enjeu de santé publique majeur, l'Association des établissements du service public de santé mentale (ADESM) regrette la pérennisation d'importantes inégalités territoriales de financement du service public de psychiatrie. De manière pragmatique, l'ADESM propose un nouveau modèle de financement en phase avec la politique nationale de santé mentale, un modèle qui soit simple et robuste, et qui garantisse une allocation équitable et dénuée d'effets pervers. Cela suppose au préalable de dresser un bilan du financement de la psychiatrie de service public. Sur cette

base, l'ADESM dessine un modèle de financement par catégories de missions ou d'activités et esquisse des pistes de travail pour asseoir ce modèle pluriel.

Grimaldi, A. et Vernant, J. P. (2017). "Réflexions sur les modalités de financement des hôpitaux." L'information psychiatrique **93**(1): 21-26.

Chaque mode de financement de l'hôpital – prix de journée, dotation et tarification à l'activité – a des avantages et des inconvénients. Leur choix devrait être déterminé en fonction de l'activité concernée. Ainsi la T2A est adaptée aux activités standardisées et programmées. Le prix de journée est adapté aux soins palliatifs. La dotation est adaptée aux activités complexes connaissant des modalités de prises en charge rapidement évolutives. C'est le cas notamment des maladies chroniques ou devenant chroniques comme nombre de cancers. Chacune de ces techniques de financement nécessitent des modes de régulation spécifique qui devraient être fixés avec les professionnels. La T2A a été utilisée non pas comme une technique de financement mais comme une politique visant à instaurer dans l'hôpital une gestion privée. Fonctionnant non pas sur le principe éthique du juste soin pour le patient au moindre coût pour la société mais selon le principe commercial de la recherche de la rentabilité pour l'établissement, elle a été généralisée. La concurrence entre établissements était censée permettre l'obtention de la qualité au moindre coût. Le maintien d'un budget national contraint (l'Ondam), le développement des maladies chroniques, la volonté de limiter l'hospitalo-centrisme conduisent à une critique du « tout T2A » auquel reste attaché le pouvoir managérial qui propose de maintenir la T2A en la complexifiant un peu plus.

Lopez, A. et Turan-Pelletier, G. (2017). "Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960". Paris IGAS

<https://igas.gouv.fr/Organisation-et-fonctionnement-du-dispositif-de-soins-psychiatriques-60-ans>

Un Français sur trois est susceptible de souffrir de troubles mentaux au cours de sa vie. Le dispositif de soins psychiatriques s'est profondément transformé depuis la circulaire fondatrice de 1960 sur la sectorisation, qui visait à développer les soins ambulatoires par une équipe pluridisciplinaire responsable de la prise en charge de tous les patients de son territoire. Ce modèle dit « sectorisé » n'est qu'une partie du dispositif de soins qui comprend également les professionnels libéraux, les cliniques privées et quelques établissements de service public non sectorisés. Depuis 1960, le nombre de lits a été fortement réduit, cependant que les soins ambulatoires se sont développés et diversifiés ; parallèlement, la part des établissements privés lucratifs a augmenté. Au terme de ses travaux portant spécifiquement sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins (et non sur les pratiques des professionnels), la mission propose de nouvelles perspectives afin de garantir un égal accès de tous à des soins psychiatriques de qualité.

Veran, O. (2017). "Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur". Paris, C.C.S.S.

[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_evolution\\_des\\_modes\\_de\\_financement\\_des\\_etablissements\\_de\\_sante.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_evolution_des_modes_de_financement_des_etablissements_de_sante.pdf)

Ce rapport constitue le deuxième volet d'une mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé, établi par un comité des experts. Le premier volet du rapport, remis en mai 2016, formulait des préconisations dont certaines ont été intégrées à la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 comme la mise en place progressive d'une part de financement fixe pour les activités de soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue), la création d'une prestation intermédiaire, entre la consultation et l'hospitalisation de jour, pour mieux valoriser le travail pluridisciplinaire, ou encore l'extension du modèle de financement des hôpitaux de proximité aux établissements de soins de suite et de réadaptation. La seconde partie des travaux conforte les évolutions engagées depuis 2012 ou en cours de mise en œuvre (refonte du financement de l'HAD, évolution du financement lié à la qualité et de celui lié à la précarité). Ces travaux préconisent des évolutions structurelles à moyen terme. Concernant les activités de médecine, chirurgie et obstétrique, ce rapport propose d'expérimenter la cohabitation de trois modes de financement : T2A, financement par épisodes de soins et financement dit « au parcours ». Concernant la psychiatrie, la mission ne recommande pas une réforme globale du modèle de financement mais suggère de pondérer le système actuel en fonction des besoins épidémiologiques de la population et des données médico-économiques en vue de réduire les inégalités de financement.

Boyer, L., Fond, G., Devictor, B., et al. (2016). "Réflexion sur la péréquation financière de psychiatrie en France." *L'Encéphale* **42**(4): 379-381.

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.03.014>

Depuis 25ans, des travaux sont en cours en France pour la mise en œuvre d'une alternative au mode de financement de la psychiatrie publique qui repose encore à ce jour sur des dotations annuelles de financement (DAF). En l'absence d'avancement sur les travaux relatifs au financement de la psychiatrie, certaines agences régionales de santé se sont engagées dans des travaux relatifs à la réallocation des DAF entre établissements de psychiatrie (péréquation financière). Nous proposons ici une réflexion avec des suggestions d'évolution sur la méthode proposée par l'Agence régionale de santé Provence Alpes Côte d'Azur. Sans remettre en cause la nécessité d'une réallocation de moyens entre les établissements psychiatriques, la méthode de péréquation proposée ici doit encore évoluer pour être appliquée de façon légitime et pertinente. Il existe une forme d'urgence à réaliser une péréquation financière des moyens de la psychiatrie en France, nul ne le conteste. Notre propos n'est pas d'imposer des détours théoriques et pratiques qui seraient autant de mesures dilatoires face à cette urgence, il appelle une réflexion collective et surtout la définition de modalités d'évaluation des modèles retenus et de jalons au cours du temps pour cette évaluation. C'est à ces conditions que nous pourrions garantir la qualité de la psychiatrie française et l'équité dans l'accès aux soins psychiatriques.

For 25 years work has been underway in France for the implementation of an alternative to public financing of health care. In the absence of progress, some regional health agencies are engaged in work related to the reallocation of public finances between psychiatric institutions. We propose a reflection with suggestion on the method proposed by the Provence Alpes Côte d'Azur Regional Health Agency. Without questioning the need for a reallocation of resources between psychiatric institutions, the method proposed here needs to evolve further to be applied in a legitimate and appropriate manner. There is a kind of urgency for a reallocation of resources between psychiatric institutions in France, but it implies a collective thinking and especially the definition of evaluation procedures for the selected models. These conditions are necessary to guarantee the quality of French psychiatry and equity in access to psychiatric care.

Yrondi, A., Petiot, D., Arbus, C., et al. (2016). "Impact économique de la psychiatrie de liaison dans un CHU français." *L'Encéphale* **42**(1): 112-115.

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.10.015>

En période de restrictions budgétaires pour les structures de santé, l'impact économique de la psychiatrie de liaison semble important. Il n'existe que peu d'études concernant la valeur économique ajoutée apportée par une équipe de psychiatrie de liaison. Sur une courte période de quatre mois, dans trois départements du centre hospitalier universitaire de Toulouse, la valeur ajoutée, sur la tarification globale, de la psychiatrie de liaison est étudiée. La population comprend l'ensemble des demandes des consultations auprès de sujets de plus de 18ans, des deux sexes, hospitalisés, durant cette période. L'équipe de psychiatrie de liaison établit un diagnostic. À ces diagnostics sont associés, un groupe homogène de malades (GHM) supplémentaire au séjour hospitalier. Il correspond à une éventuelle valeur ajoutée dans le cadre de la T2A. Cinquante-deux patients ont bénéficié d'une consultation psychiatrique. Les résultats mettent en évidence une valorisation de 8630,43 € pour le service de traumatologie, de 3325,03 € pour la médecine interne et de 513,61 € pour l'hématologie sur la période d'étude. Il en résulte une valorisation globale de 12469,07 € sur cette période. Cette démarche est l'une des premières en France à notre connaissance à mettre en évidence une valorisation économique de l'intervention de la consultation de la psychiatrie de liaison pour les services demandeurs.

(2014). "Les comptes de la Sécurité sociale : Résultats 2013- Prévisions 2014". Paris, Ministère chargé de la Santé

<https://www.vie-publique.fr/rapport/34057-les-comptes-de-la-securite-sociale-resultats-2013-previsions-2014>

Le rapport préparé pour la Commission de juin 2014 présente les comptes de 2013 et les prévisions pour 2014, pour le régime général de la Sécurité sociale et le fonds de solidarité vieillesse. Des fiches "Eclairages" portent sur les thématiques suivantes : activité, démographie et dépenses des biologistes, l'état des lieux de l'offre de soins en psychiatrie, la régulation des prix des médicaments en Allemagne, la réforme du

National Health Service (NHS), les fonds d'intervention régionaux, les coûts liés aux cancers professionnels pour la branche AT-MP, bilan de la retraite anticipée pour carrière longue, enseignements de l'enquête comportement de départ à la retraite, le développement de la garde d'enfants.

(2014). "Rapport 2014 au Parlement relatif à la réforme du modèle de financement des établissements de santé". Paris, DGOS

Comme chaque année, ce rapport est l'occasion de faire le bilan des actions engagées en 2014 en matière de financement des établissements, et de dresser les perspectives pour 2015 en matière de réforme tarifaire. Le sommaire du rapport est très clair et présente les 5 axes d'analyse du rapport : I. Juguler les risques inflationnistes du financement à l'activité, dés-inciter l'augmentation non pertinente des volumes et améliorer l'équité de l'allocation des ressources ; II. Déjouer les effets indésirables du financement à l'activité sur le maillage territorial de l'offre de soins et mettre en place les dispositifs à l'appui du Pacte territoire santé ; III. Lier la qualité des soins et la sécurité des patients avec le financement des activités ; IV. Lutter contre les inadéquations et les soins non pertinents et accélérer la modernisation des modalités de prise en charge et des organisations hospitalières ; V. Promouvoir les modalités de coordination, de coopération et d'intégration des acteurs associées à une médecine de parcours dépassant la T2A et les clivages induits par les dispositifs de financement.

Boiteux, C., Breuls Detlecken, L., Bertrand, P., et al. (2013). "Santé mentale : Psychiatrie publique. Dossier." Revue Hospitalière De France(553): 34-53

[BDSP. Notice produite par EHESP 9R0xEAlk. Diffusion soumise à autorisation]. Au sommaire du dossier : Originalités du parcours de soins en psychiatrie/Dotation annuelle de financement par secteur/Outils de dialogue de gestion. ARS de Bretagne et établissements de santé mentale du territoire/Coconsultation attachement parents/enfant. Un dispositif thérapeutique innovant/Prise en charge de la tentative de suicide. Pour un réseau sanitaire et social améliorant la prévention.

Moisdon, J. C. et Nisand, G. (2013). "Evaluation de la T2A : ressources des établissements." Revue Hospitalière De France(553): 64-73

Alors que plus aucune représentation institutionnelle n'assure l'évaluation de la T2A, la Fédération hospitalière de France dressait en juin 2013 un bilan d'étape de cette (r)évolution majeure du financement des établissements de santé. Le groupe d'experts constitué en 2012 a conduit l'analyse technique des résultats, d'où ressortent deux grandes problématiques : ce mode de financement est-il adapté au système de santé français ? La T2A permet-elle à l'hôpital de s'inscrire dans une dynamique à la hauteur de ses enjeux ?

Robiliard, D. (2013). "Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie": 124.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1662.pdf>

Dans une première partie de ses travaux, la mission a choisi de se consacrer plus spécifiquement aux soins sans consentement, ce qui a donné lieu à un rapport d'étape. Après avoir dressé le bilan de l'organisation des soins et du dispositif de prise en charge des troubles psychiatriques, ce rapport de conclusion propose des recommandations afin de les améliorer.

Dembinski, O. et Belart, T. (2011). "Les outils de gestion en psychiatrie : la mise en œuvre du RIM-P." Sociologie Santé(34): 89-116.

Cet article examine le processus d'institutionnalisation d'une expertise gestionnaire en santé à travers la création d'agences sanitaires et la mise en œuvre d'un système d'information en psychiatrie (le RIM-P). En reconstituant la genèse d'une expertise médico-économique en santé, il montre comment la psychiatrie est peu à peu investie par cette nouvelle régulation ainsi que les conditions de sa mise en œuvre. Il montre comment une hybridation entre connaissance médicale et gestionnaire constitue un préalable indispensable à la mise en œuvre du RIM-MP. Puis, à partir d'une observation participante réalisée dans trois établissements publics de santé mentale, il rend compte des usages de ce système d'information standardisé. Il révèle des situations très diversifiées selon les établissements et liées notamment à leur capacité à mettre en place une technostucture dont la légitimité repose sur la maîtrise de dispositifs de gestion complexes dédiés à la coordination et au contrôle.

Guinchard, P. et Vincent, G. (2011). "L'hôpital expliqué : son organisation, son environnement", Paris : Fédération Hospitalière de France ; Paris : Héral

Cet ouvrage permet de replacer l'hôpital dans son contexte et contribue à une meilleure compréhension du fonctionnement et de l'organisation hospitalière. Après une introduction présentant les grandes étapes historiques de l'hôpital et les chiffres clés de l'hôpital public, la première partie fait le point sur les établissements publics de santé. Le statut, les structures, les missions, le financement de ces établissements sont tour à tour décrits et des points particuliers sont examinés tels que les droits des patients, la gestion du risque, la responsabilité juridique, la qualité, ou bien encore, les particularités des assistances publiques. Puis, la deuxième partie de l'ouvrage s'intéresse aux spécificités du secteur psychiatrique : l'organisation sectorielle, les différents modes d'hospitalisation (hospitalisation libre, hospitalisation sans consentement), les équipements, l'usager en santé mentale. Enfin, la troisième partie traite du secteur social et médico-social et aborde notamment le statut juridique des services et établissements d'hébergement pour les personnes âgées et les personnes handicapées, la stratégie de l'établissement, les droits des résidents, le fonctionnement financier des établissements autonomes du secteur social et médico-social, la démarche qualité, et enfin, la planification avec le régime des autorisations et les schémas gérontologiques

Michelet ti, P., Chierci, P., Durang, X., et al. (2011). "La décision stratégique en établissement public de psychiatrie : proposition de méthode pour l'analyse et l'allocation de moyens." Sante Publique(6): 577-596.

[BDSP. Notice produite par EHESP 8R0xkmBp. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article décrit la démarche et les outils produits pour analyser et allouer les moyens du centre hospitalier Alpes-Isère. L'établissement dessert un bassin de population de 630 000 personnes adultes. Une démarche par consensus a validé les indicateurs retenus, et permis de mobiliser les compétences d'un géographe. Les ressources de l'établissement sont réparties selon un arbre décisionnel qui comporte 5 niveaux d'arbitrage. A chaque niveau, des instances et des critères ont été mis en évidence comme devant contribuer aux prises de décision. Les aspects d'accessibilité géographique aux structures hors les murs ont été décrits. Le "profil" de chaque pôle de psychiatrie générale sectorisée a été défini, il montre des disparités notables.

Ministère chargé de la Santé (2011). "Rapport 2011 au Parlement sur la convergence tarifaire". Paris Ministère chargé de la Santé

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_convergence\\_au\\_Parlement\\_2011\\_4\\_1\\_19101\\_1.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_convergence_au_Parlement_2011_4_1_19101_1.pdf)

Dans ce rapport, le ministère revient sur historique du mécanisme de convergence et dresse à la fois le bilan d'avancement du processus de la convergence intersectorielle sur 2010-2011 et le bilan des recommandations du rapport de l'IGAS de 2006. L'objectif de convergence fait partie des principes de base de la réforme de la Tarification à l'activité : la convergence intra sectorielle, c'est-à-dire entre établissements d'un même secteur, ayant pour but une mise en œuvre progressive de la T2A pour permettre aux acteurs et aux structures de s'y adapter; la convergence intersectorielle, c'est-à-dire entre établissements des secteurs public et privé, consistant à rapprocher les 2 échelles tarifaires (ex-DG et ex-OQN) hors écarts de charges justifiés. La convergence intra sectorielle a été atteinte, avec un an d'avance, au 1er mars 2011 dans les secteurs public et privé. Elle s'est effectuée au moyen des coefficients de transitions propres à chaque établissement. Les conditions de financement sont donc désormais équivalentes entre établissements d'un même secteur. Le ministère rappelle ensuite le principe d'une convergence tarifaire d'ici 2018 (LFSS 2010) vers les tarifs les plus bas (LFSS 2011) et non plus vers les tarifs privés (LFSS 2008).

Ministère chargé de la Santé (2011). (2011). "Rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A)". Paris Ministère chargé de la Santé

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_T2A\\_au\\_Parlement\\_2011\\_transmis\\_1509\\_11.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_T2A_au_Parlement_2011_transmis_1509_11.pdf)

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) est entrée en 2011 dans sa huitième année d'application. Le présent rapport détaille les principales conclusions qu'il est possible de retirer de ces huit années de mises en œuvre de la T2A. Il constate que la tarification à l'activité est entrée dans une phase de maturité et de stabilité, souligne

que c'est un système nécessairement complexe mais transparent, évoluant pour s'adapter aux pratiques des établissements et aux orientations des politiques publiques. Enfin, la T2A doit être inscrite dans une gestion responsable des finances publiques.

Ministère chargé de la Santé (2011). (2010). "Rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire". Paris Ministère chargé de la Santé

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Convergence\\_2010.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Convergence_2010.pdf)

La convergence tarifaire dans le financement des hôpitaux du secteur public et du secteur privé était définie dans la loi de financement de la Sécurité sociale du 18 décembre 2003, mais elle est loin d'être effective. Le rapport 2010 montre que l'écart entre le tarif moyen des hôpitaux et celui des cliniques a été réduit de plus de deux points en 2010, dans le cadre de la mise en œuvre de la convergence intersectorielle ciblée sur 35 GHM débutée en 2010, pour s'établir à 24 %. L'écart avait été réduit de trois points entre 2006 et 2008 puis de 10 points entre 2008 et 2009 en raison de la mise en place de la version 11 et du changement de périmètre des tarifs lié au transfert vers l'enveloppe des Migac (missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation) de la permanence des soins hospitalière et de la prise en charge des patients précaires. Le rapport souligne aussi que certains tarifs du secteur public sont inférieurs à ceux du secteur privé pour 242 groupes homogènes de séjours. La date d'achèvement de la convergence intersectorielle a été repoussée à 2018 dans la LFSS pour 2010. Le rapport indique néanmoins que le dispositif de convergence ciblée entamé il y a six mois doit être poursuivi afin d'affiner le modèle de convergence intersectorielle. Enfin, la convergence intrasectorielle, qui doit s'achever en 2012, a bien avancé dans les deux secteurs en 2010.

Ministère chargé de la Santé (2011). (2010). "Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A)". Paris Ministère chargé de la Santé

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_T2A\\_2010.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_T2A_2010.pdf)

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) donne mission au Gouvernement de présenter chaque année, avant le 15 septembre, un rapport sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre des établissements publics et privés. Le financement des hôpitaux a été modifié par l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) par la loi de financement de la Sécurité sociale du 18 décembre 2003. Ce rapport rappelle, tout d'abord, la méthode de fixation des tarifs. Puis, il décrit les adaptations du modèle, son intégration dans la gestion du risque et son extension au-delà du champ MCO (Médecine chirurgie obstétrique) aux anciens hôpitaux locaux, aux activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et aux activités psychiatriques.

Taylor, R. et Lavalard, M. (2010). "Vers une nouvelle identité de la psychiatrie. Exemple du centre hospitalier intercommunal HQE des Portes de l'Oise." Techniques Hospitalières(721): 59-63.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xEoro9. Diffusion soumise à autorisation]. Le centre hospitalier intercommunal des Portes de l'Oise assure une activité psychiatrique importante sur le site "Les Oliviers" en périphérie du centre-ville de Beaumont-sur-Oise. Au vu de l'état préoccupant des bâtiments et de leur mauvaise configuration pour assurer une prise en charge de qualité, les bâtiments datent des années 1970 et sont organisés sous une forme pavillonnaire, le centre hospitalier a pris la décision de procéder à la construction d'une nouvelle structure. L'idée maîtresse était de donner une nouvelle identité aux services de psychiatrie en créant un bâtiment atypique construit autour d'une démarche Haute Qualité Environnementale (HQE), posant les conditions d'un nouvel environnement de travail, modifiant les pratiques professionnelles et probablement l'expression psychopathologique des patients. Concernant le choix financier, le centre hospitalier a décidé de recourir à un bail emphytéotique administratif hospitalier (BEAH). Cet article présente la démarche du projet ainsi qu'un bilan du montage financier.

## A l'étranger

Garratt, K. (2024). "Mental health policy and services in England". London, House of Commons Library

This briefing covers mental health policy and services in England. Health is a devolved policy area. Brief summaries of mental health policies and relevant legislation in Scotland, Wales and Northern Ireland are provided in section 10 of this briefing.

Coleman, M., Cuesta-Briand, B., Ngo, H., et al. (2023). "Developing fit-for-purpose funding models for rural settings: Lessons from the evaluation of a step-up/step-down service in regional Australia." Front Psychiatry **14**: 1036017.

**INTRODUCTION:** Sub-acute mental health community services provide a bridging service between hospital and community care. There is limited understanding of the local factors that influence success, and of the funding implications of delivering services in rural areas. **METHODS:** This paper draws from quantitative and qualitative evaluation data from a regional Western Australian service to explore these issues. **RESULTS:** Consumers satisfaction with the service was high and, overall, admission to the service resulted in positive outcomes. High re-admission rates may be linked to limited community support services following discharge. **DISCUSSION:** Our results suggest that outcomes may be enhanced by implementing flexible approaches that

address the resource limitations of the rural context, and that the current funding model for sub-acute mental health services in rural Australian may not be fit for purpose. More needs to be understood about how these services can be better integrated with existing support services, and how they can be better funded.

GAO (2023). "Critical Access Hospitals: Views on How Medicare Payment and Other Factors Affect Behavioral Health Services". Washington GAO  
<https://www.gao.gov/products/gao-23-105950>

Small "critical access" hospitals are often the only source of health care in rural communities. While they provide emergency mental health care, only some provide other in- and outpatient psychiatric care. Medicare generally pays these hospitals at cost, but most inpatient psychiatric services aren't eligible for cost-based payment. Hospital officials had mixed views on whether this swayed decisions to offer inpatient psychiatric care. Medicare payments aren't the only factor limiting mental health care for these hospitals' patients. Hospital officials cited shortages of mental health care workers and available inpatient psychiatric beds.

Hyde, J., Leveson, S., Low, N., et al. (2023). "Progress in improving mental health services in England". Londres NAO  
<https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2023/02/Progress-in-improving-mental-health-services-CS.pdf>

In 2011, the government set out long-term ambitions to improve support and services for people with mental health problems and achieve 'parity of esteem' with physical health services. These seek to reduce the personal, social and economic costs of mental health problems, by addressing the causes of such problems, and identifying and treating them earlier. The government acknowledged a large 'treatment gap' for people with mental health conditions. From 2016, the Department of Health & Social Care (DHSC) and NHS England (NHSE) made specific commitments to improve and expand NHS-funded mental health services. NHSE, working with DHSC and other national health bodies, set up and led a national improvement programme to deliver these commitments. We examined whether the government has achieved value for money in its efforts to date to expand and improve NHS-funded mental health services by evaluating whether DHSC, NHSE and other national bodies: have a clear understanding of how much their work to date has reduced the gap between mental and physical health services (Part One); met ambitions to increase access, capacity, workforce and funding for mental health services (Part Two and Part Three) are well placed to overcome the risks and challenges, including the impact from COVID-19, to achieving future ambitions.

Kannarkat, J. T. (2023). "The Emerging Role of Alternative Payment Models in Promoting Mental Healthcare Equity." Adm Policy Ment Health **50**(4): 535-537.

Healthcare programs based on alternative payment models (APMs) have gained in prominence for their increasingly well-established impact on quality and cost

outcomes. While APMs also appear to have potential utility in addressing healthcare disparities, it remains unclear how they should best be leveraged for this purpose. Because the landscape of mental healthcare presents unique challenges, it is crucial that lessons from past programs are integrated into the design of APMs in mental healthcare so the promise of their impact on the goal of equity might be fulfilled.

Noll, S., Haag, S., Guidon, R., et al. (2023). "A new case-mix based payment system for the psychiatric day care sector in Switzerland: proposed methods for developing the tariff structure." *Health Policy* **131**: 104797.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104797>

In many European countries, there has been a shift towards outpatient psychiatric care over the past decades, as it is more cost-effective and resources for health care are limited. Switzerland, however, still has a high number of inpatient psychiatric hospital beds and a comparatively high length of stay. The existence of differing remuneration systems between inpatient and outpatient settings creates a distortion of incentives regarding the choice of treatment setting and an inefficient allocation of resources. To address this issue, a new tariff structure for day care treatment is suggested, based on the development and evaluation of the DRG-based inpatient remuneration system tariff psychiatry (TARPSY), using inpatient data from 2018, 2019, and 2021. The method involves three steps: estimating the day care treatment setting potential by delimiting cases from the inpatient patient data, adjusting the costs of this subset to approximate a day care treatment setting, and calculating daily cost weights based on the existing cost weights. The resulting reimbursements are about half of the inpatient reimbursements. To implement the tariff structure, this paper suggests that a number of framework conditions and regulations must be defined or modified. Additionally, subsequent cost data surveys from the day care setting can be incorporated into the calculation as part of a learning system. The remuneration system outlined in this paper could potentially be applied for day care psychiatry in other countries with DRG systems, especially in countries with conflicting remuneration systems in the inpatient and outpatient sector.

Razzouk, D. (2023). "Editorial: Mental health economics and public mental health policy: mental health services costs, quality and its impact on reducing the burden of mental illness." *Front Health Serv* **3**: 1267580.

10.3389/frhs.2023.1267580

Zhu, J. M., Renfro, S., Watson, K., et al. (2023). "Medicaid Reimbursement For Psychiatric Services: Comparisons Across States And With Medicare." *Health Affairs* **42**(4): 556-565.

10.1377/hlthaff.2022.00805

Medicaid is characterized by low rates of provider participation, often attributed to reimbursement rates below those of commercial insurance or Medicare. Understanding the extent to which Medicaid reimbursement for mental health services varies across states may help illuminate one lever for increasing Medicaid participation among psychiatrists. We used publicly available Medicaid fee-for-

service schedules from state Medicaid agency websites in 2022 to construct two indices for a common set of mental health services provided by psychiatrists: a Medicaid-to-Medicare index to benchmark each state's Medicaid reimbursement with that of Medicare for the same set of services, and a state-to-national Medicaid index comparing each state's Medicaid reimbursement with an enrollment-weighted national average. On average, Medicaid paid psychiatrists at 81.0 percent of Medicare rates, and a majority of states had a Medicaid-to-Medicare index that was less than 1.0 (median, 0.76). State-to-national Medicaid indices for psychiatrists' mental health services ranged from 0.46 (Pennsylvania) to 2.34 (Nebraska) but did not correlate with the supply of Medicaid-participating psychiatrists. As policy makers look to reimbursement rates as one strategy to address ongoing mental health workforce shortages, comparing Medicaid payment across states may help benchmark ongoing state and federal proposals.

American Psychiatric Association. (2022). "Financing of Psychiatric Beds". In: [The Psychiatric Bed Crisis in the US: Understanding the Problem and Moving Toward Solutions]: 22-28. <https://www.psychiatry.org/getmedia/5576f016-a9fd-4e46-b803-05052846f14f/APA-Psychiatric-Bed-Crisis-Report-Section-3.pdf>

This section summarizes some of the major sources of funding for psychiatric beds and changes in funding over time. This section is divided into background, current status (adult and child/adolescent services), sustainability of funding sources, barriers/problems with the current model, policy recommendations, a review of the impact on medical inpatient and ambulatory care, and a brief consideration of the impact of disasters and pandemics.

Looi, J. C., Bastiampillai, T., Pring, W., et al. (2022). "Private psychiatric hospital care in Australia: a descriptive analysis of casemix and outcomes." *Australas Psychiatry* **30**(2): 174-178.

**OBJECTIVE:** To provide a rapid clinical update on casemix, average length of stay, and the effectiveness of Australian private psychiatric hospitals. **METHODS:** We conducted a descriptive analysis of the publicly available patient data from the Australian Private Hospitals Association Private Psychiatric Hospitals Data Reporting and Analysis Service website, from 2015-2016 to 2019-2020. This was compared with corresponding reporting on public and private hospitals from the Australian Institute of Health and Welfare, and Australian Mental Health Outcomes and Classification Network. **RESULTS:** In 2019-2020, there were 72 private psychiatric hospitals in Australia with 3582 acute beds. There were 42,942 inpatients with 1,286,470 days of care, and a mean length of stay 19.6 days (SD 13.9) for the financial year 2019-2020. The main diagnoses were major affective and other mood disorders (49%), and alcohol and other substance abuse disorders (21%). Clinician-rated outcome measures, that is, the HoNOS, showed an improvement effect size of 1.64, while the patient-rated MHQ-14 showed an improvement effect size of 1.18. Results are similar for previous years. **CONCLUSIONS:** Private psychiatric hospitals provide substantial, effective psychiatric care.

Schippel, N., Hower, K. I., Zank, S., et al. (2022). "Considering the role of context when implementing government policies in hospitals: introduction of a prospective payment system for psychiatry." Journal of Health Organization and Management **36**(3): 279-292.

**Purpose** The context in which an innovation is implemented is an important and often neglected mediator of change. A prospective payment system (PPS) for psychiatric and psychosomatic facilities with major implications for inpatient psychiatric care in Germany was implemented from 2013 to 2017. This study aims to examine the determinants of implementation of this government policy using the Diffusion of Innovations theory and consider the role of context.

**Design/methodology/approach** An exploratory case study was conducted in two wards of a psychiatric hospital in Germany: geriatric psychiatry (GerP) and general psychiatry (GenP). Fifteen interviews were conducted with different occupational groups and analyzed in-depths. Routine hospital data were analyzed for delimiting the two contexts. **Findings** Routine hospital data show a higher day-mix index (1.08 vs. 0.94) in the GerP context and a very different structure regarding PPS groups, indicating a higher patient complexity. Two types of factors influencing implementation were identified: Context-independent factors included social separation between nurses and doctors, poor communication behavior between the groups and a lack of conveying information about the underlying principles of the PPS. Context-dependent factors included compatibility of the new requirements with existing routines and the relative advantage of the PPS, which were both perceived to be lower in the GerP context. **Practical implications** Depending on the patient characteristics in the specific context, compatibility with existing routines should be ensured when implementing. Clear communication of the underlying principles and reduction of organizational and communicative barriers between professional groups are crucial success factors for implementing such innovations. **Originality/value** This study shows how a diffusion process takes place in an organization even after the organization adopts an innovation. The authors could show how contextual differences in terms of patient characteristics result in different determinants of implementation from the views of the employees affected by the innovation.

Wang, B., Feldman, I., Chkonia, E., et al. (2022). "Mental health services in Scandinavia and Eurasia: comparison of financing and provision." Int Rev Psychiatry **34**(2): 118-127.

The aim of this study was to compare financial and human resources for mental health services in selected Scandinavian and Eurasian countries. A cross-sectional descriptive and analytical approach was adopted to analyse questionnaire data provided by members of the Ukraine-Norway-Armenia Partnership Project. We compared Scandinavia (Sweden and Norway) and Eurasia (Armenia, Georgia, Kyrgyzstan and Ukraine). Health expenditure in Eurasia was generally below 4% of gross domestic product, with the exception of Georgia (10.2%), compared with 11% in Scandinavia. Inpatient hospital care commonly exceeded 50% of the mental health budget. The central governments in Eurasia paid for over 50% of the health expenditure, compared to 2% in Scandinavia. The number of mental health personnel

per head of population was much smaller in Eurasia than Scandinavia. Financial and human resources were limited in Eurasia and mainly concentrated on institutional services. Health activities were largely managed by central governments. Community-based mental healthcare was poorly implemented, compared to Scandinavia, especially for children and adolescents.

Zeng, W., Jarawan, E., Bajnauth, D., et al. (2022). "COVID-19 and global mental health service delivery and financing." Public Health **207**: 127-128.

Aby, M. et Gonzalez Benson, O. (2021). "Funding Diversity: A Case Study of A State-initiated, Funding-driven Program to Diversify Mental Health Service Provision in Minnesota." Adm Policy Ment Health **45**(3): 200-215.

Human service organizations are reconfiguring to address diversifying and widening inequality. However, institutional change is challenging to implement and fund; resource scarcity and stakeholder buy-in are barriers. In this case study, we analyze a funding-driven, state-initiated program that supports mental health professionals who are people of color in order to decrease health disparities. Analyses of interviews and documents depict how the program struggled with high turnover and uninspired, halfhearted messaging, but was nevertheless well loved. Findings illustrate how the 'pitch' and leadership matter in programming for institutional change and its contested nature, a contestation that funding alone cannot temper.

Müller, R. (2021). "The financing of psychiatry - an alternative away from PEPP." Gesundheitsoekonomie Und Qualitätsmanagement **26**(01): 51-58.

There are numerous fields in the statutory health insurance system in which the cause of existing false incentives is not eliminated, but instead a control system is set up and continually refined to channel the behaviour of actors. This can be seen in hospital financing and the financing of statutory health insurers. In principle, this cannot be an optimal solution. Without doubt, the change will be considerable if false incentives of this kind are to be removed from the basis. And as soon as deep intervention in a system occurs, new problems usually emerge which then need to be controlled. However, this should not be a reason not to continuously question the current scope of provision and to examine alternatives result-oriented. This paper discusses a proposal for such an alternative in the field of financing psychiatric stationary care.

Vu, T., Anderson, K. K., Devlin, R. A., et al. (2021). "Physician remuneration schemes, psychiatric hospitalizations and follow-up care: Evidence from blended fee-for-service and capitation models." Soc Sci Med **268**: 113465.

Psychiatric hospitalizations could be reduced if mental illnesses were detected and treated earlier in the primary care setting, leading to the World Health Organization

recommendation that mental health services be integrated into primary care. The mental health services provided in primary care settings may vary based on how physicians are incentivized. Little is known about the link between physician remuneration and psychiatric hospitalizations. We contribute to this literature by studying the relationship between physician remuneration and psychiatric hospitalizations in Canada's most populous province, Ontario. Specifically, we study family physicians (FPs) who switched from blended fee-for-service (FFS) to blended capitation remuneration model, relative to those who remained in the blended FFS model, on psychiatric hospitalizations. Outcomes included psychiatric hospitalizations by enrolled patients and the proportion of hospitalized patients who had a follow-up visit with the FP within 14 days of discharge. We used longitudinal health administrative data from a cohort of practicing physicians from 2006 through 2016. Because physicians practicing in these two models are likely to be different, we employed inverse probability weighting based on estimated propensity scores to ensure that switchers and non-switchers were comparable at the baseline. Using inverse probability weighted fixed-effects regressions controlling for relevant confounders, we found that switching from blended FFS to blended capitation was associated with a 6.2% decrease in the number of psychiatric hospitalizations and a 4.7% decrease in the number of patients with a psychiatric hospitalization. No significant effect of remuneration on follow-up visits within 14 days of discharge was observed. Our results suggest that the blended capitation model is associated with fewer psychiatric hospitalizations relative to blended FFS.

Baker, C. (2020). "Mental health statistics for England: prevalence, services and funding", Londres : House of Commons Library ([Briefing paper; CBP 6988](#))

<http://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/SN06988/SN06988.pdf>

How common are mental health problems? How long do people wait to access therapy for depression and anxiety? Do mental health services work for everyone? How much is spent on mental health services?

Baum, F., Schoffer, O., Neumann, A., et al. (2020). "Effectiveness of Global Treatment Budgets for Patients With Mental Disorders-Claims Data Based Meta-Analysis of 13 Controlled Studies From Germany." *Front Psychiatry*(1664-0640 (Print)).

Background: Individuals with mental disorders need continuous and efficient collaboration between different sectors of care. In 2012, a new law in Germany enabled the implementation of novel budgets in psychiatry (flexible and integrated treatment = FIT). Hospitals implementing FIT programs have been evaluated in controlled cohort studies. We present first results based on a meta-analysis from 13 FIT hospitals. Methods/Design: We undertook a series of claims-data-based controlled cohort studies. Data from over 70 statutory health insurance (SHI) funds in Germany were analyzed. All patients insured by any of the participating SHI funds and treated in one of the FIT hospitals for any of 16 predefined mental disorders were

compared with matched control patients from routine care. The patient collective was subdivided into hospital-new and hospital-known patients. Analyses included utilization of inpatient care, day care, outpatient PIA (psychiatrische Institutsambulanz) care, outpatient care with established practitioners, and durations of sick leave. Individual treatment effects of the 13 FIT hospitals were pooled in a random-effects meta-analysis. Meta-regression analysis was used to explore potential reasons for heterogeneity in model effectiveness. Results: The meta-analysis revealed a significant reduction by over 5 days of inpatient care in hospital-new patients in FIT hospitals compared to control hospitals. This effect was stronger among FIT hospitals with a preexisting FIT-like environment. There was no overall significant effect regarding sick leave between the two groups. Further meta-regression for hospital-new patients revealed a significantly reduced duration of sick leave by almost 13 days for patients in FIT hospitals with a preexisting FIT-like contract compared to FIT hospitals without such a contract. Conclusions: This study suggests positive effects of FIT programs for patients with mental disorders pointing toward a shorter duration of inpatient treatment. Furthermore, contracts already existent prior to initialization of FIT programs appear to have facilitated the transition into the new treatment environment. For FIT hospitals without such contracts, supposedly there is a certain implementation phase for effects to be apparent. The results should still be interpreted with caution as this manuscript only covers the first year of the 5 year evaluation period in 13 of 18 FIT hospitals. Clinical Trial Registration: This study was registered in the database "Health Services Research Germany" (trial number: VVfD\_EVA64\_15\_003713).

Broulíková, H. M. et Winkler, P. (2020). "Costs of Mental Health Services in Czechia: Facilitating an Evidence-Based Reform of Psychiatric Care." Appl Health Econ Health Policy **18**(2): 287-298.

**BACKGROUND:** Information about unit costs of psychiatric care is largely unavailable in Central and Eastern Europe, which poses an obstacle to economic evaluations as well as evidence-based development of the care in the region. **OBJECTIVE:** The objective of this study was to calculate the unit costs of inpatient and community mental health services in Czechia and to assess the current practices of data collection by mental healthcare providers. **METHODS:** We used bottom-up microcosting to calculate unit costs from detailed longitudinal accounts and records kept by three psychiatric hospitals and three community mental health providers. **RESULTS:** An inpatient day in a psychiatric hospital costs 1504 Czech koruna (CZK; €59), out of which 75% is consumed by hotel services and the rest by medication and therapies. The costed inpatient therapies include individual therapies provided by a psychiatrist or psychologist, consultations with a social worker, group therapies, organised cultural activities and training activities. As regards the community setting, we costed daycare social facilities, case management services, sheltered housing, supported housing, crisis help, social therapeutic workshops, individual placement and support, and self-help groups. **CONCLUSIONS:** The unit costs enable assigning financial value to individual items monitored by the Czech version of the Client Service Receipt Inventory, and thus estimation of costs associated with treatment of

mental health problems. The employed methodology might serve as a guideline for the providers to improve data collection and to calculate costs of services themselves, with this information likely becoming more crucial for payers in the future.

Knapp, M. et Wong, G. (2020). "Economics and mental health: the current scenario." World Psychiatry **19**(1): 29.

Economics and mental health are intertwined. Apart from the accumulating evidence of the huge economic impacts of mental ill-health, and the growing recognition of the effects that economic circumstances can exert on mental health, governments and other budget-holders are putting increasing emphasis on economic data to support their decisions. Here we consider how economic evaluation (including cost-effectiveness analysis, cost-utility analysis and related techniques) can contribute evidence to inform the development of mental health policy strategies, and to identify some consequences at the treatment or care level that are of relevance to service providers and funding bodies. We provide an update and reflection on economic evidence relating to mental health using a lifespan perspective, analyzing costs and outcomes to shed light on a range of pressing issues. The past 30 years have witnessed a rapid growth in mental health economics, but major knowledge gaps remain. Across the lifespan, clearer evidence exists in the areas of perinatal depression identification-plus-treatment; risk-reduction of mental health problems in childhood and adolescence; scaling up treatment, particularly psychotherapy, for depression; community-based early intervention and employment support for psychosis; and cognitive stimulation and multicomponent carer interventions for dementia. From this discussion, we pull out the main challenges that are faced when trying to take evidence from research and translating it into policy or practice recommendations, and from there to actual implementation in terms of better treatment and care.

Niedermeier, C., Barrera, A., Esteban, E., et al. (2020). "The Impact of the Change in Payment System for German Psychiatric Clinics on Treatment Success: An Interrupted Time Series Analysis." Gesundheitswesen **82**(6): 559-567.

**BACKGROUND:** In Germany a new reimbursement system for psychiatric clinics was proposed in 2009 based on the § 17d KHG Psych-Entgeltsystem. The system can be voluntarily implemented by clinics since 2013 but therapists are frequently afraid it might affect treatment negatively. **OBJECTIVES:** To evaluate whether the new system has a negative impact on treatment success by analysing routinely collected data in a Bavarian clinic. **MATERIAL AND METHODS:** Aggregated data of 1760 patients treated in the years 2007-2016 was analysed with segmented regression analysis of interrupted time series to assess the effects of the system on treatment success, operationalized with three outcome variables. A negative change in level after a lag period was hypothesized. The robustness of results was tested by sensitivity analyses. **RESULTS:** The percentage of patients with treatment success tends to increase after the new system but no significant change in level was observed. The sensitivity

analyses corroborate results for 2 outcomes but when the intervention point was shifted, the positive change in level for the third outcome became significant.  
CONCLUSIONS: Our initial hypothesis is not supported. However, the sensitivity analyses disclosed uncertainties and our study has limitations, such as a short observation time post intervention. Results are not generalizable as data of a single clinic was analysed. Nevertheless, we show the importance of collecting and analysing routine data to assess the impact of policy changes on patient outcomes.

Parkin, E. et Powell, T. (2020). "Mental health policy in England", Londres : House of Commons Library ([Briefing paper; CBP 07547](#))  
<https://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/CBP-7547>

Ce dossier documentaire retrace la politique du NHS anglais en matière de santé mentale.

Schwarz, J., Galbusera, L., Bechdorf, A., et al. (2020). "Changes in German Mental Health Care by Implementing a Global Treatment Budget-A Mixed-Method Process Evaluation Study." Frontiers in Psychiatry **11**.

Background Internationally, there is a broad spectrum of outreach and care models, whereas in Germany acute psychiatric treatment is still mostly provided in inpatient settings. To overcome this, a new legal framework (Social Code V) has been introduced, promoting "Flexible and Integrative Treatment" Models (FIT64b), based on a "Global Treatment Budget" (GTB) financing approach. 23 hospitals have implemented the framework according to local needs and concepts. Prior research has already identified specific components of FIT64b. Based on this, our paper aims to examine the implementation process and underpinning change mechanisms of GTB-based FIT64b models from a staff, service user and caregiver perspective. Method 31 focus groups and 15 semi-structured interviews were conducted with hospital staff (n = 138), service users (n = 63), and caregivers (n = 35) in 10 psychiatric hospitals implementing FIT64b. Using qualitative analysis, we identified 5 core themes describing the implementation process, which were theoretically modeled into a logical diagram. The core mechanisms of change were thus identified across themes. Additional structural and semi-quantitative performance data was collected from all study departments. Results The qualitative analysis showed that the shift from a daily- and performance-based payment to a lump-sum GTB and the shift of resources from in- to outpatient settings were of crucial importance for the process of change. Saved budget shares could be reinvested to integrate in-, out-, and day-patient units and to set up outreach home care. Clinicians reported feeling relieved by the increase of treatment options. They also emphasized a stronger relationship with and a better understanding of service users and a simplification of bureaucracy. Finally, service users and caregivers experienced higher need-adaptedness of treatment, a feeling of deeper understanding and safety, and the possibility to maintain everyday life during treatment. Finally, two FIT64b implementation prototypes were classified according to the semi-quantitative performance data. Conclusion Based on the results, we developed 3 core mechanisms of change of

FIT64b models: (1) Need-adaptedness and flexibility; (2) Continuity of care; (3) Maintaining everyday life. Our findings outline and emphasize the potential a GTB approach may have for improving psychiatric hospital services.

Jacobs, R., Chalkley, M., Böhnke, J. R., et al. (2019). "Measuring the Activity of Mental Health Services in England: Variation in Categorising Activity for Payment Purposes." Adm Policy Ment Health **46**(6): 847-857.

In the context of international interest in reforming mental payment systems, national policy in England has sought to move towards an episodic funding approach. Patients are categorised into care clusters, and providers will be paid for episodes of care for patients within each cluster. For the payment system to work, clusters need to be appropriately homogenous in terms of financial resource use. We examine variation in costs and activity within clusters and across health care providers. We find that the large variation between providers with respect to costs within clusters mean that a cluster-based episodic payment system would have substantially different financial impacts across providers.

Moscelli, G. et Jacobs, R. (2019). "Prospective payment systems and discretionary coding- Evidence from English mental health providers." Health Economics **28**(3): 387-402.

Reimbursement of English mental health hospitals is moving away from block contracts and towards activity and outcome-based payments. Under the new model, patients are categorised into 20 groups with similar levels of need, called clusters, to which prices may be assigned prospectively. Clinicians, who make clustering decisions, have substantial discretion and can, in principle, directly influence the level of reimbursement the hospital receives. This may create incentives for upcoding. Clinicians are supported in their allocation decision by a clinical clustering algorithm, the Mental Health Clustering Tool, which provides an external reference against which clustering behaviour can be benchmarked. The aims of this study are to investigate the degree of mismatch between predicted and actual clustering and to test whether there are systematic differences amongst providers in their clustering behaviour. We use administrative data for all mental health patients in England who were clustered for the first time during the financial year 2014/15 and estimate multinomial multilevel models of over, under, or matching clustering. Results suggest that hospitals vary systematically in their probability of mismatch but this variation is not consistently associated with observed hospital characteristics.

Schmutte, T., Van der Heide, L., Szczygiel, L., et al. (2019). "A Pay-for-Performance Initiative to Reduce Pediatric Psychiatric Inpatient Length of Stay." Psychiatr Serv **70**(2): 156-158.

This column presents results of a pay-for-performance (P4P) initiative to reduce psychiatric inpatient length of stay for Medicaid-covered youths at eight hospitals in Connecticut in 2008 (N=715), 2009 (N=1,408), and 2010 (N=782). Compared with the 2007 baseline, average length of stay decreased by 25% (from 18.1 to 13.6 days) by the end of the P4P program, with concurrent nonsignificant decreases in 7- and 30-

day readmissions. Readmitted youths tended to access postdischarge care sooner and use more community-based services during the first 180 days postdischarge. Additional research is needed, but the P4P program appears to have contributed to shortening inpatient stay without apparent adverse outcome on increases in postdischarge service use.

Allison, S., Bastiampillai, T. et Fuller, D. A. (2017). "Should the Government change the Mental Health Act or fund more psychiatric beds?" Lancet Psychiatry **4**(8): 585-586.

Bao, Y., McGuire, T. G., Chan, Y. F., et al. (2017). "Value-based payment in implementing evidence-based care: the Mental Health Integration Program in Washington state." Am J Manag Care **23**(1): 48-53.

**OBJECTIVES:** To assess the role of value-based payment (VBP) in improving fidelity and patient outcomes in community implementation of an evidence-based mental health intervention, the Collaborative Care Model (CCM). **STUDY DESIGN:** Retrospective study based on a natural experiment. **METHODS:** We used the clinical tracking data of 1806 adult patients enrolled in a large implementation of the CCM in community health clinics in Washington state. VBP was initiated in year 2 of the program, creating a natural experiment. We compared implementation fidelity (measured by 3 process-of-care elements of the CCM) between patient-months exposed to VBP and patient-months not exposed to VBP. A series of regressions were estimated to check robustness of findings. We estimated a Cox proportional hazard model to assess the effect of VBP on time to achieving clinically significant improvement in depression (measured based on changes in depression symptom scores over time). **RESULTS:** Estimated marginal effects of VBP on fidelity ranged from 9% to 30% of the level of fidelity had there been no exposure to VBP ( $P < .05$  for every fidelity measure). Improvement in fidelity in response to VBP was greater among providers with a larger patient panel and among providers with a lower level of fidelity at baseline. Exposure to VBP was associated with an adjusted hazard ratio of 1.45 (95% confidence interval, 1.04-2.03) for achieving clinically significant improvement in depression. **CONCLUSIONS:** VBP improved fidelity to key elements of the CCM, both directly incentivized and not explicitly incentivized by the VBP, and improved patient depression outcomes.

Heitzman, J. et Markiewicz, I. (2017). "Financing of forensic psychiatry in view of treatment quality and threat to public safety." Psychiatr Pol **51**(4): 599-608.

Stay in a psychiatric hospital of persons who committed the gravest criminal acts while in a state of insanity aims to ensure their effective treatment (therapeutic function), but above all to prevent the repetition of prohibited acts of significant harm to the community (preventive function). Forensic patients are provided with suitable medical, psychiatric, rehabilitation and

resocialization care. The court imposes an indefinite detention. In view of the dual purpose of the stay in a psychiatric hospital, both therapeutic and preventive, the treatment costs generated by forensic wards are higher than those of general psychiatric wards. This prompts person from outside psychiatry, who do not understand the nature of preventive measures, to call for continuing reductions in the expenditure on forensic psychiatric care. It is, therefore, worth analyzing the possible meaning and results of the attempts to economize forensic psychiatry, to find savings and to manipulate financing system under the pretence of economic incentive to improve treatment quality. In this paper, the authors address and discuss the above and other issues.

Moran, V. et Jacobs, R. (2017). "Costs and Performance of English Mental Health Providers." Journal of Mental Health Policy and Economics **20**(2): 83-94.

Background: Despite limited resources in mental health care, there is little research exploring variations in cost performance across mental health care providers. In England, a prospective payment system for mental health care based on patient needs has been introduced with the potential to incentivise providers to control costs. The units of payment under the new system are 21 care clusters. Patients are allocated to a cluster by clinicians, and each cluster has a maximum review period. Aims of the Study: The aim of this research is to explain variations in cluster costs between mental health providers using observable patient demographic, need, social and treatment variables. We also investigate if provider-level variables explain differences in costs. The residual variation in cluster costs is compared across providers to provide insights into which providers may gain or lose under the new financial regime. Methods: The main data source is the Mental Health Minimum Data Set (MHMDS) for England for the years 2011/12 and 2012/13. Our unit of observation is the period of time spent in a care cluster and costs associated with the cluster review period are calculated from NHS Reference Cost data. Costs are modelled using multi-level log-linear and generalised linear models. The residual variation in costs at the provider level is quantified using Empirical Bayes estimates and comparative standard errors used to rank and compare providers. Results: There are wide variations in costs across providers. We find that variables associated with higher costs include older age, black ethnicity, admission under the Mental Health Act, and higher need as reflected in the care clusters. Provider type, size, occupancy and the proportion of formal admissions at the provider-level are also found to be significantly associated with costs. After controlling for patient- and provider-level variables, significant residual variation in costs remains at the provider level. Discussion and Limitations: The results suggest that some providers may have to increase efficiency in order to remain financially viable if providers are paid national fixed prices (tariffs) under the new payment system. Although the classification system for payment is not based on diagnosis, a limitation of the study is the inability to explore the effect of diagnosis due to poor coding

in the MHMDS. Implications for Health Care Provision and Use: We find that some mental health care providers in England are associated with higher costs of provision after controlling for characteristics of service users and providers. These higher costs may be associated with higher quality care or with inefficient provision of care. Implications for Health Policies: The introduction of a national tariff is likely to provide a strong incentive to reduce costs. Policies may need to consider safe-guarding local health economies if some providers make substantial losses under the new payment regime. Implications for Further Research: Future research should consider the relationship between costs and quality to ascertain whether reducing costs may potentially negatively impact patient outcomes.

Noeker, M. et Juckel, G. (2017). "[Establishing ward-independent, intensive treatment concept in a psychiatric hospital : A model project within the new German remuneration system]." *Nervenarzt* **88**(3): 299-302.

Model projects according to § 64b of the Social Code V in the context of the new remuneration system in psychiatry and psychosomatics, offer great possibilities to improve the treatment of people with mental illnesses. This article presents the model project of the University Hospital Bochum, which is essentially characterized by improved transition through the internal hospital sections so that patients can be quickly transferred from inpatient and daycare sections to high frequency outpatient sections with ward-independent therapies (SUL), including outreach home treatment. The SUL is also intended to facilitate preadmission crises, to significantly reduce duration of inpatient treatment and to maximize post-inpatient continuity of treatment.

Razzouk, D. (2017). "Mental Health Economics. The costs and benefits of psychiatric care", Cham : International Springer Publishing

The main objective of this work is to provide a book with high quality content that becomes a reference and support for graduate course (Mental Health, Public Health and Epidemiology) and for research in the domain of health economics applied to mental health. Also this book might be useful for policymakers on formulating mental health policies. Key messages of this book are based on: a) mental illness represent a huge cost for society and for health care; b) health economics applied to mental health could help in the optimization of resource allocation for mental health care and for better decision making in terms of balancing costs and benefits; c) interventions and treatment should be also chosen in general medical practice and in public decision-policy according to cost-effectiveness, burden of disease and equity principles; d) quality of care is related with better outcomes, higher quality of life for clients, and with lower costs for society and health system (best value for money); e) it is possible to decrease the burden of mental disorders with cost-effective treatments.

Rudoler, D., de Oliveira, C., Cheng, J., et al. (2017). "Payment incentives for community-based psychiatric care in Ontario, Canada." *Cmaj* **189**(49): E1509-e1516.

**BACKGROUND:** In September 2011, the government of Ontario implemented payment incentives to encourage the delivery of community-based psychiatric care to patients after discharge from a psychiatric hospital admission and to those with a recent suicide attempt. We evaluated whether these incentives affected supply of psychiatric services and access to care. **METHODS:** We used administrative data to capture monthly observations for all psychiatrists who practised in Ontario between September 2009 and August 2014. We conducted interrupted time-series analyses of psychiatrist-level and patient-level data to evaluate whether the incentives affected the quantity of eligible outpatient services delivered and the likelihood of receiving follow-up care. **RESULTS:** Among 1921 psychiatrists evaluated, implementation of the incentive payments was not associated with increased provision of follow-up visits after discharge from a psychiatric hospital admission (mean change in visits per month per psychiatrist 0.0099, 95% confidence interval [CI] -0.0989 to 0.1206; change in trend 0.0032, 95% CI -0.0035 to 0.0095) or after a suicide attempt (mean change -0.0910, 95% CI -0.1885 to 0.0026; change in trend 0.0102, 95% CI 0.0045 to 0.0159). There was also no change in the probability that patients received follow-up care after discharge (change in level -0.0079, 95% CI -0.0223 to 0.0061; change in trend 0.0007, 95% CI -0.0003 to 0.0016) or after a suicide attempt (change in level 0.0074, 95% CI -0.0094 to 0.0366; change in trend 0.0006, 95% CI -0.0007 to 0.0022). **INTERPRETATION:** Our results suggest that implementation of the incentives did not increase access to follow-up care for patients after discharge from a psychiatric hospital admission or after a suicide attempt, and the incentives had no effect on supply of psychiatric services. Further research to guide design and implementation of more effective incentives is warranted.

Evans, M. (2016). "Behind Medicaid's move to pay psychiatric hospitals." *Mod Healthc* **46**(7): 22-24.

Jacobs, R., Chalkley, M., Aragon, M. J., et al. (2016). "Funding of Mental Health Services: Do Available Data Support Episodic Payment?". *CHE Research Paper Series ;137*. York University of York  
[www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP137\\_mental\\_health\\_data\\_episodic\\_payment.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP137_mental_health_data_episodic_payment.pdf)

The primary method of funding NHS mental health services in England has been block contracts between commissioners and providers, with negotiations based on historical expenditure. There has been an intention to change the funding method to make it similar to that used in acute hospitals (called the National Tariff Payment

System or NTPS, formerly known as Payment by Results (PbR)) where fixed prices are paid for each completed treatment episode. Within the mental health context this funding approach is known as episodic payment. Patients are categorised into groups with similar levels of need, called clusters. The mental health clustering tool (MHCT) provides a guide for assignment of patients to clusters. Fixed prices could then be set for each cluster and providers would be paid for the services they deliver within each cluster based on these fixed prices, although the emphasis to date has been on local pricing. For this episodic payment system to work, the MHCT needs to assign patients to clusters, such that they are homogenous in terms of 1) patient need, and 2) resource use. We test whether the existing data collected on mental health activity amongst NHS providers would support this new payment system. Specifically we examine whether there is homogeneity within clusters in terms of 1) costs, and 2) activity/resource use, and 3) whether the MHCT effectively clusters people with similar levels of need.

Jacobs, R., Chalkley, M. J., Aragon Aragon, M. J., et al. (2016). "Funding of mental health services: Do available data support episodic payment? York Centre for Health Economics <https://ideas.repec.org/p/chy/respap/137cherp.html>

The primary method of funding NHS mental health services in England has been block contracts between commissioners and providers, with negotiations based on historical expenditure. There has been an intention to change the funding method to make it similar to that used in acute hospitals (called the National Tariff Payment System or NTPS, formerly known as Payment by Results (PbR)) where fixed prices are paid for each completed treatment episode. Within the mental health context this funding approach is known as episodic payment. Patients are categorised into groups with similar levels of need, called clusters. The mental health clustering tool (MHCT) provides a guide for assignment of patients to clusters. Fixed prices could then be set for each cluster and providers would be paid for the services they deliver within each cluster based on these fixed prices, although the emphasis to date has been on local pricing. For this episodic payment system to work, the MHCT needs to assign patients to clusters, such that they are homogenous in terms of 1) patient need, and 2) resource use.

Nienaber, A., Schulz, M., Noelle, R., et al. (2016). "[Incidence and Costs of 1:1 Care in Psychiatric Hospitals in Germany - A Descriptive Analysis Based on the VIPP Project Data Set]." Psychiatr Prax **43**(4): 205-212.

**OBJECTIVE:** 1:1 care is applied for patients requiring close psychiatric monitoring and care like patients with acute suicidality. The article describes the frequency of 1:1 care across different diagnoses and age groups in German psychiatric hospitals. **METHODS:** The analysis was based on the VIPP Project from the years 2011 and 2012. A total of 47 hospitals with more than 120,000 cases were included. Object of the analysis was the OPS code 9-640.0 1:1 care. The evaluation was performed on case level. **RESULTS:** Data of 47 hospitals were included. Of the 121,454 cases evaluated in 2011 3.8% documented a 1:1 care within the meaning of OPS 9-640.0 additional

code. Of the 66 245 male cases a 1:1 care was documented in 3.5 % and the 55 207 female cases was 4.1 %. Compared to 2011, the proportion of 1:1 care in 2012 rose to 4.8 %. CONCLUSION: The results show that 1:1 care is frequently applied in German psychiatric hospitals. The Data of the VIPP project have proven to be a useful tool to gain information on the frequency of cost-intensive interventions in German psychiatric hospitals. Further analyses should create the possibility of evaluation at the level of the individual codes.

Wolff, J., McCrone, P., Patel, A., et al. (2016). "Determinants of per diem Hospital Costs in Mental Health." *Plos One* **11**(3).

**Introduction** An understanding of differences in hospital costs between patient groups is relevant for the efficient organisation of inpatient care. The main aim of this study was to confirm the hypothesis that eight a priori identified cost drivers influence per diem hospital costs. A second aim was to explore further variables that might influence hospital costs. **Methods** The study included 667 inpatient episodes consecutively discharged in 2014 at the psychiatric hospital of the Medical Centre-University of Freiburg. Fifty-one patient characteristics were analysed. Per diem costs were calculated from the hospital perspective based on a detailed documentation of resource use. Mixed-effects maximum likelihood regression and an ensemble of conditional inference trees were used to analyse data. **Results** The study confirmed the a priori hypothesis that not being of middle age (33-64 years), danger to self, involuntary admission, problems in the activities of daily living, the presence of delusional symptoms, the presence of affective symptoms, short length of stay and the discharging ward affect per diem hospital costs. A patient classification system for prospective per diem payment was suggested with the highest per diem hospital costs in episodes having both delusional symptoms and involuntary admissions and the lowest hospital costs in episodes having neither delusional symptoms nor somatic comorbidities. **Conclusion** Although reliable cost drivers were identified, idiosyncrasies of mental health care complicated the identification of clear and consistent differences in hospital costs between patient groups. Further research could greatly inform current discussions about inpatient mental health reimbursement, in particular with multicentre studies that might find algorithms to split patients in more resource-homogeneous groups.

(2015). "Medicare Program; Inpatient Psychiatric Facilities Prospective Payment System--Update for Fiscal Year Beginning October 1, 2015 (FY 2016). Final rule." *Fed Regist* **80**(150): 46651-46728.

This final rule updates the prospective payment rates for Medicare inpatient hospital services provided by inpatient psychiatric facilities (IPFs) (which are freestanding IPFs and psychiatric units of an acute care hospital or critical access hospital). These changes are applicable to IPF discharges occurring during fiscal year (FY) 2016 (October 1, 2015 through September 30, 2016). This final rule also implements: a new 2012-based IPF market basket; an

updated IPF labor-related share; a transition to new Core Based Statistical Area (CBSA) designations in the FY 2016 IPF Prospective Payment System (PPS) wage index; a phase-out of the rural adjustment for IPF providers whose status changes from rural to urban as a result of the wage index CBSA changes; and new quality measures and reporting requirements under the IPF quality reporting program. This final rule also reminds IPFs of the October 1, 2015 implementation of the International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM), and updates providers on the status of IPF PPS refinements.

Barry, C. L., Stuart, E. A., Donohue, J. M., et al. (2015). "The Early Impact Of The 'Alternative Quality Contract' On Mental Health Service Use And Spending In Massachusetts." Health Affairs **34**(12): 2077-2085.

Accountable care using global payment with performance bonuses has shown promise in controlling spending growth and improving care. This study examined how an early model, the Alternative Quality Contract (AQC) established in 2009 by Blue Cross Blue Shield of Massachusetts (BCBSMA), has affected care for mental illness. We compared spending and use for enrollees in AQC organizations that did and did not accept financial risk for mental health with enrollees not participating in the contract. Compared with BCBSMA enrollees in organizations not participating in the AQC, we found that enrollees in participating organizations were slightly less likely to use mental health services and, among mental health services users, small declines were detected in total health care spending, but no change was found in mental health spending. The declines in probability of use of mental health services and in total health spending among mental health service users attributable to the AQC were concentrated among enrollees in organizations that accepted financial risk for behavioral health. Interviews with AQC organization leaders suggested that the contractual arrangements did not meaningfully affect mental health care delivery in the program's initial years, but organizations are now at varying stages of efforts to improve mental health integration.

Docherty, M. et Thornicroft, G. (2015). "Specialist mental health services in England in 2014: overview of funding, access and levels of care." International Journal of Mental Health Systems **9**(1): 34.

This paper presents information from a wider range of official, research and grey literature sources aiming to: (1) assess whether governmental investment in publically funded mental health services has declined since the start of the economic recession in 2008; (2) to assess whether relative changes in mental health service investment over this period were or were not similar to trends in national investment in services for people with physical disorders, and (3) to interpret these findings in terms of met and unmet population levels needs for mental health care.

Limb, M. (2015). "No more top-down reorganisation in mental health but much more funding, experts urge." *Bmj* **350**: h387.

Moran, V. et Jacobs, R. (2015). "Comparing the performance of English mental health providers in achieving patient outcomes." *Social Science & Medicine* **140**: 127-135. 10.1016/j.socscimed.2015.07.009

Evidence on provider payment systems that incorporate patient outcomes is limited for mental health care. In England, funding for mental health care services is changing to a prospective payment system with a future objective of linking some part of provider payment to outcomes. This research examines performance of mental health providers offering hospital and community services, in order to investigate if some are delivering better outcomes. Outcomes are measured using the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) - a clinician-rated routine outcome measure (CROM) mandated for national use. We use data from the Mental Health Minimum Data Set (MHMDS) - a dataset on specialist mental health care with national coverage - for the years 2011/12 and 2012/13 with a final estimation sample of 305,960 observations with follow-up HoNOS scores. A hierarchical ordered probit model is used and outcomes are risk adjusted with independent variables reflecting demographic, need, severity and social indicators. A hierarchical linear model is also estimated with the follow-up total HoNOS score as the dependent variable and the baseline total HoNOS score included as a risk-adjuster. Provider performance is captured by a random effect that is quantified using Empirical Bayes methods. We find that worse outcomes are associated with severity and better outcomes with older age and social support. After adjusting outcomes for various risk factors, variations in performance are still evident across providers. This suggests that if the intention to link some element of provider payment to outcomes becomes a reality, some providers may gain financially whilst others may lose. The paper contributes to the limited literature on risk adjustment of outcomes and performance assessment of providers in mental health in the context of prospective activity-based payment systems. (C) 2015 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Speak, B. L., Hay, P. et Muncer, S. J. (2015). "HoNOS - their utility for payment by results in mental health." *Int J Health Care Qual Assur* **28**(2): 115-128.

**PURPOSE:** The purpose of this paper is to present findings from two studies exploring the Health of the Nation Outcome Scale's (HoNOS) utility within a new payment by results (PbR) system for mental health services in England. **DESIGN/METHODOLOGY/APPROACH:** In the first study principal axis factoring extraction was used to explore a sample of 23,641 HoNOS ratings. In a second study confirmatory factor analysis was used to evaluate four subscale

structures on a new sample of 34,716 HoNOS ratings. FINDINGS: No HoNOS factor structure evaluated in this study demonstrated adequate fit statistics across several clinical presentations. A new four-factor model was the only structure to achieve fit statistics across all clinical populations, but can only be championed on a "best fit" basis as opposed to "good fit" at the present time. RESEARCH LIMITATIONS/IMPLICATIONS: Data used in the current studies relate to six NHS mental health service providers. Replication using a national sample is recommended. Exploration of different HoNOS factor structures for different mental health clusters within the PbR system in England is also recommended. However, it is also possible that removing redundant or adding new items may result in a more stable HoNOS generic factor structure. ORIGINALITY/VALUE: This is the first HoNOS evaluation as a generic outcome measure for use within a PbR system and provides important insights into its mental health utility and limitations. The findings have significant implications for those developing the national PbR quality and outcomes framework for England's mental health services. However, there are also implications for all nations in which HoNOS is used to report mental health outcomes.

Vostanis, P., Martin, P., Davies, R., et al. (2015). "Development of a framework for prospective payment for child mental health services." J Health Serv Res Policy **20**(4): 202-209.

OBJECTIVES: There is a need to develop a payment system for services for children with mental health problems that allows more targeted commissioning based on fairness and need. This is currently constrained by lack of clinical consensus on the best way forward, wide variation in practice, and lack of data about activity and outcomes. In the context of a national initiative in England our aim was to develop a basis for an improved payment system. METHODS: Three inter-related studies: a qualitative consultation with child and adolescent mental health services (CAMHS) stakeholders on what the key principles for establishing a payment system should be, via online survey (n = 180) and two participatory workshops (n = 91); review of relevant national clinical guidelines (n = 15); and a quantitative study of the relationship between disorders and resource use (n = 1774 children from 23 teams). RESULTS: CAMHS stakeholders stressed the need for a broader definition of need than only diagnosis, including the measurement of indirect service activities and appropriate outcome measurement. National clinical guidance suggested key aspects of best practice for care packages but did not include consideration of contextual factors such as complexity. Modelling data on cases found that problem type and degree of impairment independently predicted resource use, alongside evidence for substantial service variation in the allocation of resources for similar problems. CONCLUSIONS: A framework for an episode-based payment system for CAMHS should include consideration of: complexity and indirect service activities; evidence-based care packages; different needs in terms of impairment and symptoms; and outcome measurement as a core component.

(2014). "Medicare program; inpatient psychiatric facilities prospective payment system-- update for fiscal year beginning October 1, 2014 (FY 2015). Final rule." Fed Regist **79**(151): 45937-46009.

This final rule will update the prospective payment rates for Medicare inpatient hospital services provided by inpatient psychiatric facilities (IPFs). These changes will be applicable to IPF discharges occurring during the fiscal year (FY) beginning October 1, 2014 through September 30, 2015. This final rule will also address implementation of ICD-10-CM and ICD-10-PCS codes; finalize a new methodology for updating the cost of living adjustment (COLA), and finalize new quality measures and reporting requirements under the IPF quality reporting program.

Allison, S., Nance, M., Bastiampillai, T., et al. (2014). "Health advocacy and the funding of mental health services reform." Aust N Z J Psychiatry **48**(9): 802-804.  
10.1177/0004867414546388

Amaddeo, F., Grigoletti, L. et Montagni, I. (2014). "Mental health care financing in Italy: current situation and perspectives." J Nerv Ment Dis **202**(6): 464-468.

Through a review of the studies conducted on the analysis of the costs of the Italian mental health provision of care, this study aimed at describing the current financing system for mental health care in Italy. From the deinstitutionalization to the present days, Italian mental health care financing has evolved in line with both national plans and the actual European directives. The description of the current situation of mental health care financing in Italy can be useful to inform service planning and resource allocation, and to offer a wider European perspective.

Lee, Y. Y., Meurk, C. S., Harris, M. G., et al. (2014). "Developing a service platform definition to promote evidence-based planning and funding of the mental health service system." Int J Environ Res Public Health **11**(12): 12261-12282.

10.3390/ijerph111212261

Ensuring that a mental health system provides 'value for money' requires policy makers to allocate resources to the most cost-effective interventions. Organizing cost-effective interventions into a service delivery framework will require a concept that can guide the mapping of evidence regarding disorder-level interventions to aggregations of services that are meaningful for policy makers. The 'service platform' is an emerging concept that could be used to this end, however no explicit definition currently exists in the literature. The aim of this study was to develop a service platform definition that is consistent with how policy makers conceptualize the major elements of the mental health service system and to test the validity and utility of this definition through consultation with mental health policy makers. We derived a provisional definition informed by existing literature and consultation with experienced mental health researchers. Using a modified Delphi method, we obtained feedback from nine Australian policy makers. Respondents provided written answers to a questionnaire eliciting their views on the acceptability,

comprehensibility and usefulness of a service platform definition which was subject to qualitative analysis. Overall, respondents understood the definition and found it both acceptable and useful, subject to certain conditions. They also provided suggestions for its improvement. Our findings suggest that the service platform concept could be a useful way of aggregating mental health services as a means for presenting priority setting evidence to policy makers in mental health. However, further development and testing of the concept is required.

O.C.D.E. (2014). "Mental Health Analysis Profiles (MhAPs)". OECD Health Working Papers, paris : OCDE.

[https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/mental-health-analysis-profiles-mhaps-netherlands\\_5jz158z60dzn-en](https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/mental-health-analysis-profiles-mhaps-netherlands_5jz158z60dzn-en)

As part of a wider project on mental health in OECD countries, a series of descriptive profiles have been prepared, intended to provide descriptive, easily comprehensible, highly informative accounts of the mental health systems of OECD countries. These profiles, entitled 'Mental Health Analysis Profiles' (MHAPs), will be able to inform discussion and reflection and provide an introduction to and a synthesized account of mental health in a given country. Each MHAP follows the same template, and whilst the MHAPs are stand-alone profiles, loose cross-country comparison using the MHAPs is possible and encouraged. Mental health disorders comprise one of the highest burdens of disease in Finland. The share of disability pensions granted due to mental disorders is high and while the rates of suicide have decreased in recent years, they are still above the OECD average. Consequently, tackling mental ill health is a government priority for Finland. The mental health system has undergone a number of reforms in recent years, and several innovative initiatives have been introduced. Whilst a number of challenges remain, the evolution of the mental health system has been promising, and holds lessons for other OECD countries.

Wand, A. (2014). "Activity-based funding: implications for mental health services and consultation-liaison psychiatry." Australas Psychiatry **22**(3): 272-276.

**OBJECTIVE:** The aim of this paper is to inform mental health professionals about Activity-based funding (ABF) and the implications for data collection and clinical practice, in particular for consultation-liaison (CL) psychiatry.

**CONCLUSIONS:** Activity-based funding may provide an opportunity for mental health services to be more equitably resourced, but much needs to be done to demonstrate that the funding model works in mental health. It is important to ensure that data collected is meaningful and accurate and reflects the diverse roles of mental health clinicians, including in CL. Inpatient and community services should be integrated in the model, as well as safeguards against potential abuse. Clinicians, in partnership with initiatives such as the Australian Mental Health Outcomes and Classification Network, are best

placed to guide the development of an ABF system for mental health which appropriately recognises the complexity and variability between patients in different settings.

Warnke, I., Rössler, W., Nordt, C., et al. (2014). "Assessing a financial incentive for reducing length of stay of psychiatric inpatients: implications for financing psychiatric services." Swiss Med Wkly **144**: w13991.

Questions under study: Restricted government budgets are forcing countries to implement more efficient health measures. Unlike in somatic medicine, the process of evaluating payment systems in psychiatry in Switzerland is ongoing. A pilot approach in one psychiatric hospital, here called "new remuneration system (NRS)", was introduced to better control length of stay (LOS) by combining a lump sum with degressive daily rates. This is a first evaluation of the NRS in terms of a reduction of the LOS, and the prevention of early readmissions by analysing meaningful outcome categories. METHODS: The total sample consisted of N = 66,626 psychiatric inpatient episodes and a subsample of N = 60,847. Data were collected from the hospital using the NRS and three comparison hospitals in the Canton of Zurich. The observation period covered 2005 to 2011, the years before and after the implementation of the NRS in 2009. To examine the outcome categories, general logistic models were used. RESULTS: The median LOS at all four hospitals was 21 days (IQR: 46-8). In the NRS-hospital, there was a significantly higher proportion of 6 to 10 day stays after 2009, indicating an influence of the lumpsum measure. At the same time, data revealed a somewhat lower proportion of readmissions within 30 days in the NRS-hospital. In general, effect sizes were small. CONCLUSIONS: Within the observation period of three years since 2009, the NRS had a small influence on LOS and early readmissions. The stability of effects needs to be monitored. More sophisticated modellings of the NRS might lead to further insights.