

LES ENJEUX ÉTHIQUES DE LA CONTRAINTE BUDGÉTAIRE SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ EN MILIEU HOSPITALIER

Papier pour la conférence académique internationale tenue par NDIBI ABANDA Jean ce 20/02/2021

1. INTRODUCTION

La problématique du financement et des dépenses dans l'écosystème sanitaire est une préoccupation quasi-constante des politiques publiques en matière de santé dans tous les pays du monde. Ainsi, la mobilisation des ressources financières quel qu'en soit son objectif devrait se soumettre à un corpus normatif codifié ou non au regard de la diversité de ces sources de financement. En effet, outre le fait que le financement en santé constitue l'un des six piliers essentiels d'un système de santé, il permet également d'accéder à d'autres types de ressources telles que les ressources humaines, matérielles, communicationnelles.

Les systèmes de santé contemporains étant à la recherche d'une triple autonomie (financière, managériale et technique), l'immixtion dans l'environnement sanitaire en général, et de l'écosystème hospitalier singulièrement des principes éthiques au delà de tout nous paraît désormais pertinent eu égard à la complexité de ses missions. Ce d'autant plus que la pensée éthique contemporaine nous montre comment les questions du bien et du juste tentent de se formuler de façon nouvelle au sein d'une époque où on ne peut plus faire appel à des valeurs morales immuables et transcendantes (Russ et Léguil, 2007). La moralité du contexte capitaliste dans lequel se meuvent les structures sanitaires étant le plus souvent porteuse de valeurs qui ne soient pas toujours en congruence avec la codification morale universelle. Toute chose qui appelle à inscrire une certaine rigueur qui va au delà de ce code normatif imposé par la morale pour convoquer l'éthique de l'action, et l'action de l'éthique comme variables suprêmes de référence en contexte de dépenses en milieu hospitalier. Etant donné que « ...aucune morale générale ne peut nous indiquer ce qu'il y a à faire... » (Sartre cité par Déjours, 2007). Le terme d'éthique se distinguant de celui de morale en ce sens que la morale renvoie davantage à un corps constitué de normes alors que l'éthique implique un questionnement sur la norme elle-même. L'éthique s'interroge sur les fondements de ces normes et du même coup se confronte à l'absence de critères moraux immuables. Ces enjeux éthiques dans les

contraintes budgétaires, pour ce qui est des dépenses de santé en milieu hospitalier permettront au système de garder intacte ses chances d'atteindre les objectifs d'améliorer l'état de santé des populations bénéficiaires de l'offre des services de santé, ainsi que la pérennisation des ressources qui servent à l'atteinte de ces objectifs à long terme d'une part, et d'autre part l'appel à plus d'humanisme dans la conception et la mise en œuvre des politiques de financement de l'écosystème hospitalier pour ainsi faire de la dignité humaine le leitmotiv des actions entreprises.

La présente recherche qui tente d'examiner les aspects généraux de la question des enjeux éthiques des contraintes budgétaires en milieu hospitalier, focalise son attention sur variables qui privilégient une alliance quasi-parfaite autour des concepts d'équité, de justice sociale, d'éthique dans le financement des activités de l'écosystème hospitalier, de la dignité humaine et l'atteinte des objectifs escomptés dans un environnement économique dominé par la philosophie du capitaliste que Al capon reconnaît comme n'ayant que cure de la morale.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le présent article de nature méta-analytique, qui s'intéresse aux enjeux éthiques de la situation des dépenses de santé en milieu hospitalier a fait le recensement non exhaustif des études empiriques faites dans ce domaine, ainsi que des écrits de toute nature issues des données secondaires disponibles.

Dans une revue documentaire structurée, nous nous sommes efforcés à apporter une originalité dans la perspective critique des manquements observés. La force d'une telle démarche réside sur les avantages combinés, rattachés, et reconnus à la fois à une méta-analyse et à la revue de littérature classique. En effet, cette combinaison revêt un caractère systématique. La méta-analyse correspondant simplement à une revue de la littérature qui est à la fois systématique et quantitative. Elle a comme avantage la protection contre les biais de sélection et de pondération, et minimise les biais de confirmation reconnus à la revue documentaire classique.

La méthodologie employée dans cet article a fait intervenir les publications disponibles traitant de manière isolée les problèmes éthiques comme courant de pensée et comme vision philosophique. De plus les ouvrages et écrits faisant un lien entre l'éthique et la santé ont été

pris en compte. Nous avons également questionné les différents comptes nationaux de santé pour avoir une idée des sources de financement ainsi que les poches de dépenses. L'article insiste sur l'altérité entre les données des pays développés et celles des pays en voie de développement.

3. RÉSULTATS

Parler de financement de la santé, revient à envisager la mise à disposition des capitaux nécessaires à la prise en charge des dépenses liées à la santé (Audibert, Mathonnat, & Roodenbeke, 2003). Il est surtout question de la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en place de mesures de prévention et de prise en charge médicale répondant aux besoins des populations (Roodenbeke, 2003), mais aussi des dispositions visant la protection sociale. La protection sociale renvoyant à tous les mécanismes de prévoyance collective, permettant aux individus de faire face aux conséquences financières liées à des situations qui provoquent une baisse de ressources ou une hausse de dépenses telles que la vieillesse, les maladies, les invalidités, le chômage, la maternité. En effet, le système de financement des établissements de santé repose en grande partie aujourd'hui sur la tarification à l'activité... cette tarification continue à présenter un certain nombre de limite. Ce qui invite à une réflexion plus large à l'ensemble des mécanismes de financement des établissements de santé qui requièrent l'implication de l'homme (Martinez, 2013). Les comptes nationaux de la santé considérés comme satellite de la comptabilité nationale, nous fournissent une gamme d'informations, eux qui évaluent chaque année la dépense courante de santé (DCS). C'est-à-dire l'ensemble des dépenses effectuées dans le secteur de la santé, et sa composante la plus importante, la consommation des soins et biens médicaux (CSBM), sans omettre la description des différents modes de financement. Ces comptes ont pour objectif principal de fournir des informations pertinentes sur les dépenses de santé afin d'aider à l'élaboration et au suivi de politiques de santé. Il est globalement question de décrire le système de santé du point de vue du financement en apportant des éléments de réponses sur les questions telles que Qui paie ou qui finance la santé et à quelle hauteur ? Qui gère et qui décide de l'allocation des fonds ? Qui fournit les biens et les services ? Comment les fonds sont repartis entre les différents services et interventions,

quels services offerts ? Les comptables s'intéressent de ce fait à l'identification et à l'évaluation des différentes poches de dépenses dans le secteur de la santé ; les modes et sources de financement. Brièvement, il est question du budget alloué à la santé, son devenir ainsi que la répartition des ressources financières en fonction des rubriques disponibles. De manière opérationnelle, il s'agit de la consommation des soins hospitaliers ; la politique de recrutement de la ressource humaines et sa prise en charge ; consommation des médicaments, intrants et consommables médicaux ; le marché du médicament, les dépenses des ménages ; les échanges extérieurs, les indemnités de personnels....

Le travail de ces comptables vise à faciliter l'analyse de la situation financière du système de santé sur le triptyque consommation-fourniture-financement.

Cette partie du travail, présente quelques données ventilées par certains comptes nationaux de santé et qui retracent l'origine de la part qui revient aux formations hospitalières, mais surtout sa provenance. Le financement de la CSBM étant fait à trois niveaux à savoir les organismes de sécurité sociale, les organismes complémentaires et les manages, les comptes nationaux de santé renseignent sur la part qui revient au secteur hospitalier.

La réalité de ces dépenses de santé en milieu hospitalier n'est pas uniforme dans tous les pays qu'ils soient développés, ou en voie de développement. *Après deux années de croissance modérée (+1,7 % puis +1,6 %), la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) accélère un peu en 2019 (+2,1 %), pour s'élever à 208,0 milliards d'euros. Ce regain de dynamisme s'explique principalement par l'évolution des soins hospitaliers. Ces derniers redeviennent le premier facteur de croissance de la CSBM, devant les soins de ville... La participation des ménages au financement de la CSBM continue de diminuer pour atteindre 6,9 % en 2019, après 7,1 % en 2018. Cette baisse s'explique par un net accroissement de la part de médicaments remboursables et par le ralentissement des dépassements d'honoraires, qui se combinent à la hausse tendancielle des dispositifs de prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale (Comptes nationaux de santé, 2020).* En 2018, sur un champ plus large, étendu aux soins de longue durée (SLD), à la gouvernance du système de soins et à la prévention institutionnelle, la France est le deuxième pays de l'Union européenne, après l'Allemagne, où les dépenses de santé au sens international sont les plus élevées (11,3 % du PIB), et celui où les

ménages sont le moins mis à contribution financièrement après intervention de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé (*Comptes nationaux de santé, 2020*).

En admettant que la crise sanitaire a affecté le processus de production des comptes de la santé, le rapport publié en 2020 par le ministère français de la solidarité et la santé faisant état des comptes de santé informe que les soins hospitaliers, qui représentent 47 % de la Consommation de Soins et Biens Médicaux, soit 97,1 milliards d'euros, ont connu une accélération en terme d'augmentation des dépenses par rapport à 2019 (+2,4 % après +1,1 %) jusqu'à augmenter plus vite que la CSBM, contrairement aux trois années précédentes. Ils redeviennent le premier contributeur à la croissance de la CSBM en 2019. L'accroissement des soins hospitaliers tous secteurs confondus est principalement porté par une accélération des prix (à +1,3 % en 2019 après +0,3 % en 2018), les volumes étant légèrement plus dynamiques en 2019 qu'en 2018 du fait du secteur privé. Avec ce regain, la dépense hospitalière publique et privée retrouve un rythme de progression proche de celui observé dans la première moitié des années 2010 (+2,6 % par an en moyenne).

En admettant comme le souligne le comité consultatif national français d'éthique qu'il y'a nécessité de prendre conscience du fait que les bénéfices pour la communauté de l'exercice de ses missions par l'hôpital ne se résument pas aux actes cotés par la tarification à l'activité, mais s'étendent à l'innovation, à la prévention et à l'éducation pour la santé, susceptible de réduire à terme les coûts de prise en charge, c'est précisément de la dignité humaine qu'il est question dans ce débat. Car, réintégrer la dimension éthique et humaine dans les dépenses de santé permettrait à l'hôpital de remplir de manière équilibrée l'ensemble de ses missions et pas uniquement les plus techniques ou les plus spectaculaires (CCNE, 2013). La convocation de l'éthique dont la visée au sens de Paul Ricoeur est la recherche du bien de tous, et avec tous dans les institutions justes, dans les contraintes budgétaires en milieu hospitalier reste une entreprise complexe qui rentre en conflit avec le subjectivisme managérial dans l'écosystème santé contemporaine dominée par la politique économique mondiale de nature capitaliste. Or, la visée du questionnement éthique est de mettre la pensée en crise, d'élucider ses contractions et ses apories, sans préjuger qu'elles sont solubles pour autant. Une attitude éthique consiste à maintenir l'acuité de notre conscience des conflits de valeurs en présence, en résistant à la tentation de «décider», au sens étymologique du terme caedere, dont la valeur sémantique revoie à «couper en tranchant», (Coz cité par Martinez, 2013).

Le paiement direct par les ménages aux prestataires de services de santé occupe encore une proportion importante notamment dans les systèmes de santé des pays à revenu faible du fait de la crise économique et financières des années 1970, soit plus 61.92% de la contribution totale dans les pays où le partage du risque est quasi-inexistant. Pour ce qui est du financement public de la santé, le consensus de Monterrey recommande à chaque Etat de prélever une proportion du PIB oscillant entre 15 et 20 % pour la plupart des pays à faible revenu. Une étude diligentée par l’OMS fournit les informations sur le taux de prépaiement par l’intermédiaire des contributions des ménages seulement pour 24 régimes ‘assurance-maladie communautaire. Pour treize de ces régimes, le niveau de prépaiement des soins était inférieur ou égal à 60%. Ce qui signifie que sans autre contribution financière que celle des ménages, les dépenses directes seront de 40 %. Le poids de la contribution direct de l’homme dans le budget des établissements de santé reste lourd sur de frêles épaules des citoyens issus des pays en voie de développement. C’est la raison pour laquelle, le Prométhée définitivement déchaîné, auquel la science confère des forces jamais encore connues et l’économie son impulsion effrénée, réclame une éthique qui, par des entraves librement consenties, empêche le pouvoir de l’homme de devenir une malédiction pour lui. Toute éthique jusqu’à présent que ce soit à titre d’injonction directe de faire certaines choses et de ne pas en faire d’autres ou bien à titre de la détermination des principes de telles injonctions, ou enfin à titre de la mise en évidence d’un fondement de l’obligation d’obéir à de tels principes, admettait tacitement les présuppositions suivantes, reliées entre elles : la condition humaine, donnée par la nature de l’homme et par la nature des choses, est établie une fois pour toutes dans ses traits fondamentaux ; sur cette base ce qui est bon pour l’homme se laisse déterminer sans difficulté et de manière évidente ; la portée de l’agir humain et par conséquent celle de la responsabilité humaine est étroitement définie...l’affirmation ultérieure doit être que la transformation de la nature de l’agir humain rend également nécessaire une transformation de l’éthique (Hans, 1992).

La détermination du budget des établissements de santé repose sur plusieurs variables lesquelles sont influencées par l’environnement économique. Aux États-Unis, l’assurance fédérale des personnes âgées de plus de 65 ans (Medicare) a expérimenté et mis en place un système innovant de paiement des établissements de santé, dès 1983. Son principe, toujours en vigueur, repose sur le classement des séjours de chaque patient dans un groupe, en fonction de son diagnostic principal. Ce système s’est progressivement étendu à de nombreux pays

d'Europe de l'Ouest, dont la France, durant les années quatre-vingt-dix. Ces derniers ont d'abord opté pour un financement mixte en le combinant avec le budget global et/ou le prix de journée. (Menn et Milon, 2012). C'est cette tarification est devenue la modalité principale de financement des établissements de santé, au début des années deux mille. Les recettes annuelles totales de l'établissement s'obtiennent en multipliant le tarif de chaque séjour classé dans un groupe de diagnostic par le nombre de cas traités annuellement. Il existe généralement des financements complémentaires ne relevant pas d'un calcul à l'activité, destinés à couvrir les missions spécifiques (enseignement, recherche, prise en charge des populations défavorisées, isolement et ruralité...), dont le type et les modalités de calcul peuvent varier d'un pays à l'autre (European Observatory on Health systems and Policies series, 2012).

Dans l'union européenne et dans les pays de l'ouest, les tarifs nationaux sont arrêtés par le ministère de la santé, en les modulant par rapport à ceux de l'échelle nationale de coûts. Ils doivent en effet être compatibles avec la contrainte macro-économique globale de l'enveloppe fixée pour les établissements de santé dans l'objectif national des dépenses d'assurance Maladie voté par le parlement, ainsi qu'avec les priorités de santé publique ou des politiques visant à favoriser un mode de prise en charge (par exemple, développement de l'hospitalisation à domicile ou de la chirurgie ambulatoire) (Cour des comptes, 2009). Les recettes perçues par l'établissement de santé sont alors le tarif de chaque groupe homogène de séjour multiplié par le nombre de cas traités annuellement.

Selon le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale un encadrement macroéconomique s'appliquant de manière trop uniforme est nécessaire pour limiter la tendance à l'augmentation des volumes de soins fournis. Plusieurs pays ont accompagné la mise en place de la tarification à l'activité par des mécanismes visant à encadrer les dépenses hospitalières par une enveloppe globale au niveau local (Allemagne, Grande-Bretagne) ou national (France). Comme l'a souligné la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) dans son rapport au sénat en 2012, dans un système de financement à l'activité, la dépense totale dépend d'une part, du tarif pratiqué et d'autre part, du volume ou du nombre d'actes et prestations facturés.

Pour les pays africains en particulier, et ceux en voie de développement en général, le système de budgétisation issu de la rencontre de Nairobi (1985) à travers la tarification à l'acte et le paiement direct reste en vigueur. Le financement des services dans nos formations

sanitaires reste entre les mains des ménages pour l'essentiel. Schématiquement, la réflexion sur la soutenabilité budgétaire de l'augmentation des dépenses publiques de santé dans nos formations sanitaires s'articule autour de deux approches : une approche en termes de besoins popularisée par Sachs et qui se focalise sur la mobilisation des ressources pour satisfaire ces besoins ; et une approche, qui sans nier l'importance des besoins, s'intéresse à l'implication que les volumes de ressources mobilisées pourront avoir sur la soutenabilité budgétaire de l'Etat, et au-delà sur la croissance. Le fait précisément que ces dépenses restent sous la charge des ménages pose un problème d'équité dans l'accès aux services de santé.

4. DISCUSSION

Les dépenses de santé renvoient à une multitude de dimensions selon le périmètre qu'elles recouvrent (Ulmann et Barnay, 2007), elles doivent pouvoir se référer à l'état de santé, dans son approche globale telle que conçu par l'OMS (1946). En effet, en la considérant comme un « état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », les dépenses de santé devraient englober non seulement les coûts liés aux soins, aux produits de santé et à la santé publique mais aussi tous ceux ayant un impact sur les dimensions psychiques et sociales du « capital santé » à savoir l'éducation, les loisirs, les conditions de vie, la protection sociale. (Ulmann et Barnay, 2007). Même si, retenir une approche aussi vaste de la santé apparaît comme trop complexe du point de vue de la comptable, seuls les moyens (infrastructures, biens et services) principalement destinés à la santé sont donc comptabilisés dans les comptes de la santé. Ce choix pragmatique a pu entraîner de la part des décideurs, en particulier en France, une certaine négligence des déterminants non-

médicaux de la santé et de leur rôle crucial sur l'état de santé de la population, renvoyant au débat entre santé et médecine. Finalement, les dépenses pour la santé sont devenues les dépenses du secteur de la santé et au bout du compte les dépenses de soins.

Convoquer les règles éthiques dans le management des structures hospitalières en l'occurrence dans l'établissement de la critériologie des variables qui entre dans la politique d'élaboration du budget ainsi que son exécution, revient à insister sur la place de la dignité humaine dans les dépenses qui requièrent son implication dans l'effort financier commun. La question de l'éthique se pose désormais avec une certaine acuité dans un contexte où l'initiative de Bamako a annoncé la fin de la gratuité des soins et des services de santé, signant ainsi l'introduction du recouvrement des coûts. En laissant ainsi la liberté aux pauvres, tout comme des personnes économiquement aisées de s'occuper eux-mêmes de leurs dépenses, l'environnement sanitaire fait ainsi intervenir la démocratie dans la politique de santé et le capitalisme dans son financement qui sont des valeurs qui collent à la peau du monde moderne. Le questionnement est de savoir si Russ et Leguil (2007) estiment qu'au XXI^e siècle, l'éthique se formule par rapport aux nouvelles exigences de la société démocratique qui considère que chaque individu est un sujet libre, et que nous sommes égaux en droit, et d'autre part par rapport aux nouvelles possibilités de la science et de la technique, qui semblent parfois mettre en péril le respect de l'être humain et sa liberté, où est la place du pauvre après la décision de Bamako de laisser les dépenses de santé entre les mains des bénéficiaires ? Lorsque nous savons que contrairement à la situation des personnes aisées économiquement parlant, la pauvreté qui est une réalité multidimensionnelle qui s'exprime à travers une série de besoins nécessaires à la survie (Bertin, 2007). Elle qui se traduit par un manque de ressources permettant de satisfaire un ensemble de besoins essentiels à la survie de l'homme. La pauvreté se conçoit comme un manque de moyens permettant d'atteindre un certain niveau de bien-être. La collecte des contributions en milieu hospitalier reste donc sous l'influence de plusieurs variables dont le niveau économique général ainsi que la dynamique de pauvreté ambiante. La collecte des contributions étant considérée comme le moyen par lequel le système hospitalier reçoit de l'argent provenant, soit du paiement direct des services de santé par les ménages, soit le paiement indirect par les compagnies d'assurance d'organisations ou sociétés, ainsi que de donateurs. En raisonnant par l'allégorie qui suit à savoir, si, à partir des années 1960, les progrès en matière de médecine et de sciences de la vie ont rendu nécessaire la création de comités

d'éthique, c'est que nous nous sommes trouvés en quelque sorte dépassés par les possibilités techniques que nous avons créées et que nous avons eu besoin de penser nos actes afin de les orienter vers une finalité qui ne soit pas seulement celle de l'exercice de la puissance mais aussi celle de la réalisation de l'humain. *Si l'histoire du XX^e siècle nous a montré que tout ce qui est possible techniquement n'est pas nécessairement souhaitable pour l'être humain, le nazisme ayant fait la démonstration des pouvoirs de la science et de la technique pour rationaliser la barbarie en la présentant comme une norme morale* (Russ et Leguil, 2007), il serait illogique après ces expériences vécues de continuer à croire en une morale toute faite qui n'aurait jamais à être réinterrogée. Précisément parce que le règne de l'abus est consubstantiel à l'être humain, il cohabite ontologiquement avec cette réalité. Si la limite des ressources dans le domaine de la santé constitue une préoccupation constante des systèmes de santé à travers le monde, la question des critères objectifs qui entrent dans les dépenses en milieu hospitalier soulève des enjeux éthiques qui oscillent entre la justice sociale et la sauvegarde de la considération due à la dignité humaine. Le système de santé devrait toujours garantir un accès équitable aux services de santé pour tous, peu importe le revenu ou le statut social. Le questionnement éthique dans la gestion financière à l'hôpital vient donc se loger entre ces deux réalités inextricables, en essayant de leur trouver un certain équilibre plus ou moins stable. Ce même équilibre devrait être questionné aussi bien dans les différentes politiques de collecte des contributions, que dans l'utilisation de ces ressources. Tous ces enjeux se traduisent au final, comme une préoccupation centrale à l'endroit de l'accès aux soins de santé (défini par Richard et Chiffelle comme la capacité de la population ou d'un segment de la population d'obtenir et d'utiliser des services de santé disponibles). Cette préoccupation étant présente dans toute politique de santé, où l'on se soucie du bien-être des populations (Guend, 2006; Haddad, Roberge, & Pineault, 1997).

REFERENCES

1. Audibert, M., Mathonnat, J., et de Roodenbeke, E. (2003). Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu. Paris: Karthala. Audibert, M., et Mathonnat, J. (2000). Cost recovery in Mauritania: initial lessons. *Health policy and planning*, 15(1), 66-75.
2. Cissé, B., Luchini, S., et Moatti, J. P. (2004). Recouvrement des coûts et demande de soins dans les PED. *Revue française d'économie*, 18(4), 111-149.

3. Dejours, C., *Le Facteur humain*, Paris, pufcoll. « Que sais-je », 2007, p. 28
4. Coz P., «L'exigence éthique et la tarification à l'activité à l'hôpital », *Revue de philosophie économique*, volume 10, no 1.
5. Cour des comptes, “rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale,” in la mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours, Paris, Cour des Comptes, 2009, pp. 171-212.
6. Commission des comptes de la sécurité sociale, “Comparaison internationale des dispositifs de fixation des tarifs d'activité des établissements de santé”, in Rapport à la commission des comptes de la Sécurité Sociale, Paris, CCSS, 2009, pp. 142-145.
7. Freud, S., *Introduction à la psychanalyse* Paris, Payot, p. 252
8. Hans, J., 1992, le principe de responsabilité : une éthique pour la civilisation technologique, les éditions du cerf 29, bd Latour-Maubourg, Paris.
9. Russ, J. et Leguil, C., la pensée éthique contemporaine, « Que sais-je », 2007
10. Ministère des solidarités et de la santé, 2020, les dépenses de santé en 2019 résultats des comptes de la santé ; Edition 2020 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
11. Ulmann P, Barnay T, (2007), « La maîtrise des dépenses de santé », in « Traité de santé publique Seconde édition 2007 », Flammarion Sciences Médecine, F. Bourdillon, G. Brücker et D.Tabuteau (dir)
12. Menn, J. and a. Milon, “rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé”, sénat, Paris, 2012.
13. European Observatory on Health systems and Policies series, Diagnosis-related groups in europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals, Maidenhead: Open University Press, 2011.