



**Ministère de la Santé et des Services sociaux**

Direction générale des finances, des infrastructures et du budget

# ***Le financement axé sur les patients : Perspectives et enjeux***

*Direction générale des finances, des infrastructures  
et du budget*

*Sous ministre adjoint : M. François Dion*

Le 28 novembre 2016

Québec 



# Plan de la présentation

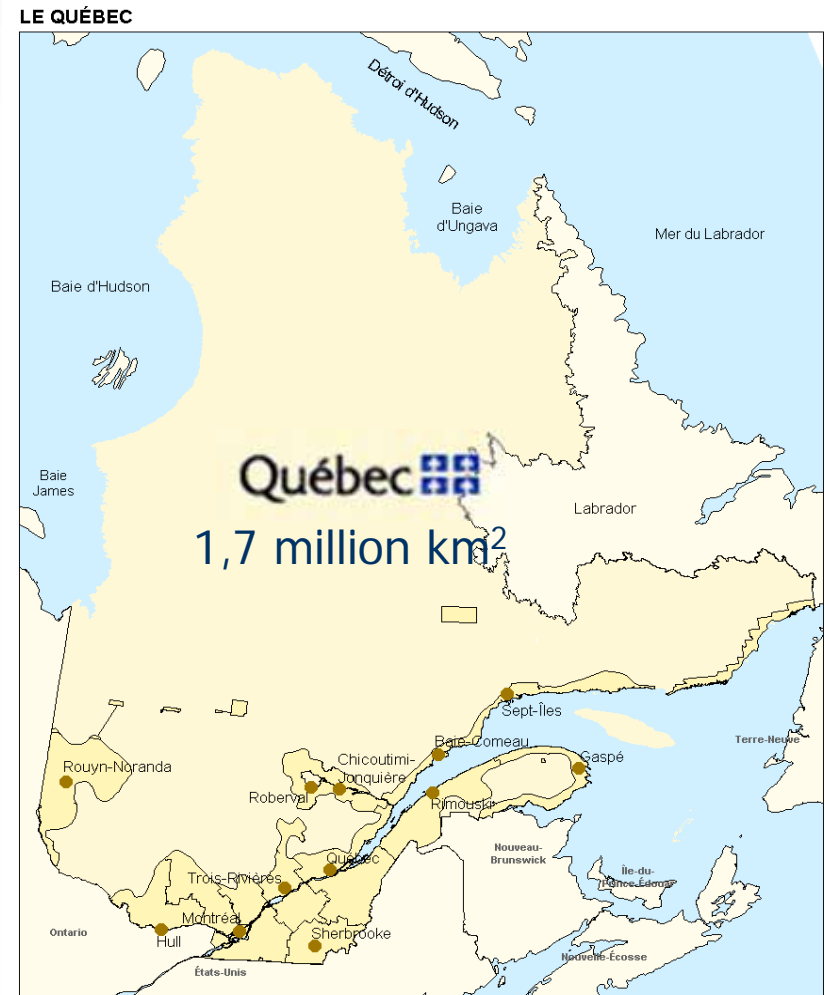
- Historique
- Perspectives d'un financement axé sur les patients au Québec
  - Chirurgie
  - Radio-oncologie
  - Imagerie médicale
  - Coût par parcours de soins et services
- Enjeux du FAP au Québec
- Conclusion



# Historique

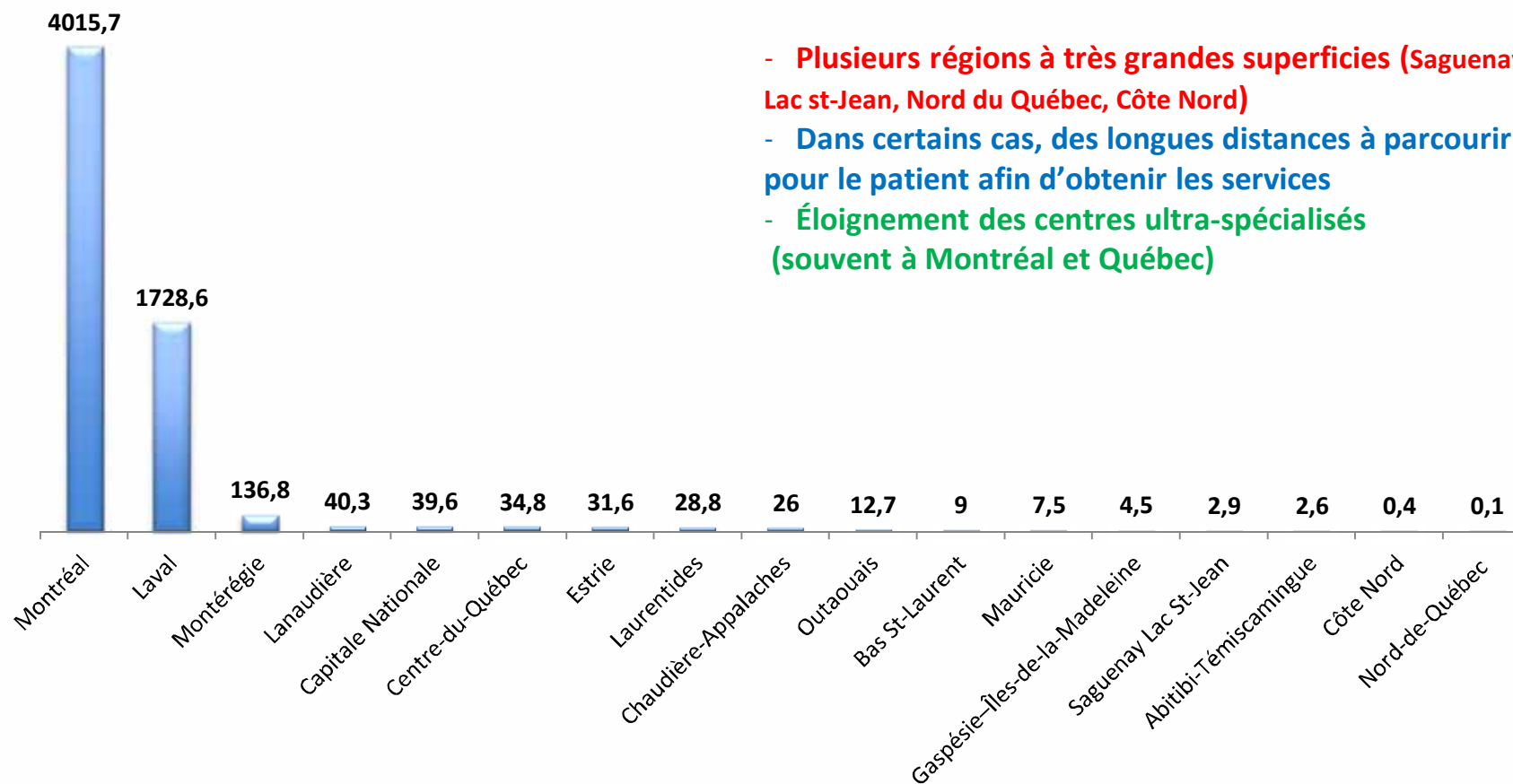
# 1. Caractéristiques sociodémographiques

- 8,2 millions d'habitants (23 % des Canadiens)
- Plus de 78,1 % de la population est francophone
- Plus de 60 % de la population à Montréal et régions périphériques
- Espérance de vie à la naissance : 82,2 ans
- Personnes de 65 ans et plus : 17,6%





## Densité populationnelle - 2015 (Hab/km<sup>2</sup>)



- Plusieurs régions à très grandes superficies (Saguenay Lac st-Jean, Nord du Québec, Côte Nord)
- Dans certains cas, des longues distances à parcourir pour le patient afin d'obtenir les services
- Éloignement des centres ultra-spécialisés (souvent à Montréal et Québec)



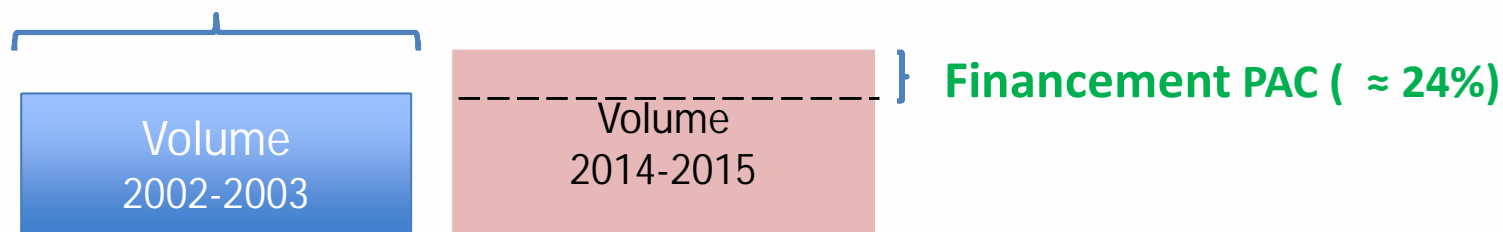
# Historique

- Le Québec a débuté l'implantation de méthodologies de FAP depuis plusieurs années :
  - FAA en chirurgie depuis 2004-2005
  - Paiement à la performance pour les examens de coloscopies (de 2012-2013 à 2013-2014)
  - FAA en radio-oncologie (2015-2016 et 2016-2017)
- Atteinte de plusieurs objectifs :
  - Amélioration de l'accès
  - Augmentation de la volumétrie
  - Baisse des durées de séjour
  - Amélioration de la pertinence des soins
  - Amélioration de l'expérience patient
  - Amélioration de l'efficacité financière

## Première expérience du FAA au Québec

- **Introduit en 2004-2005** pour les chirurgies, un financement pour le volume additionnel sur preuve de production

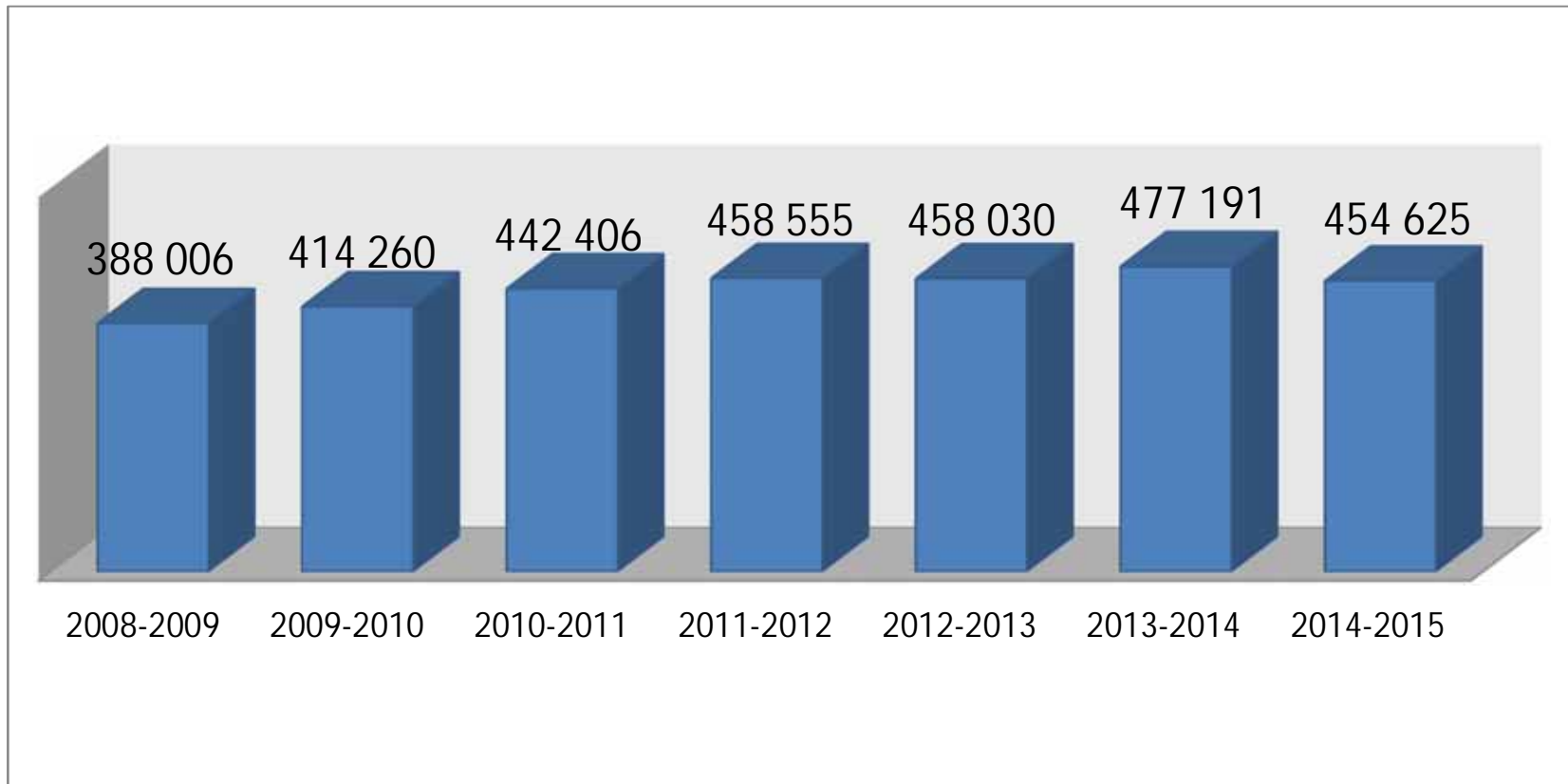
### Financement historique



- Basé sur :
  - Des volumes additionnels
  - Des tarifs unitaires (23 catégories)
  - Sans limites de production

**Objectif principal** : améliorer l'accès aux services spécialisés

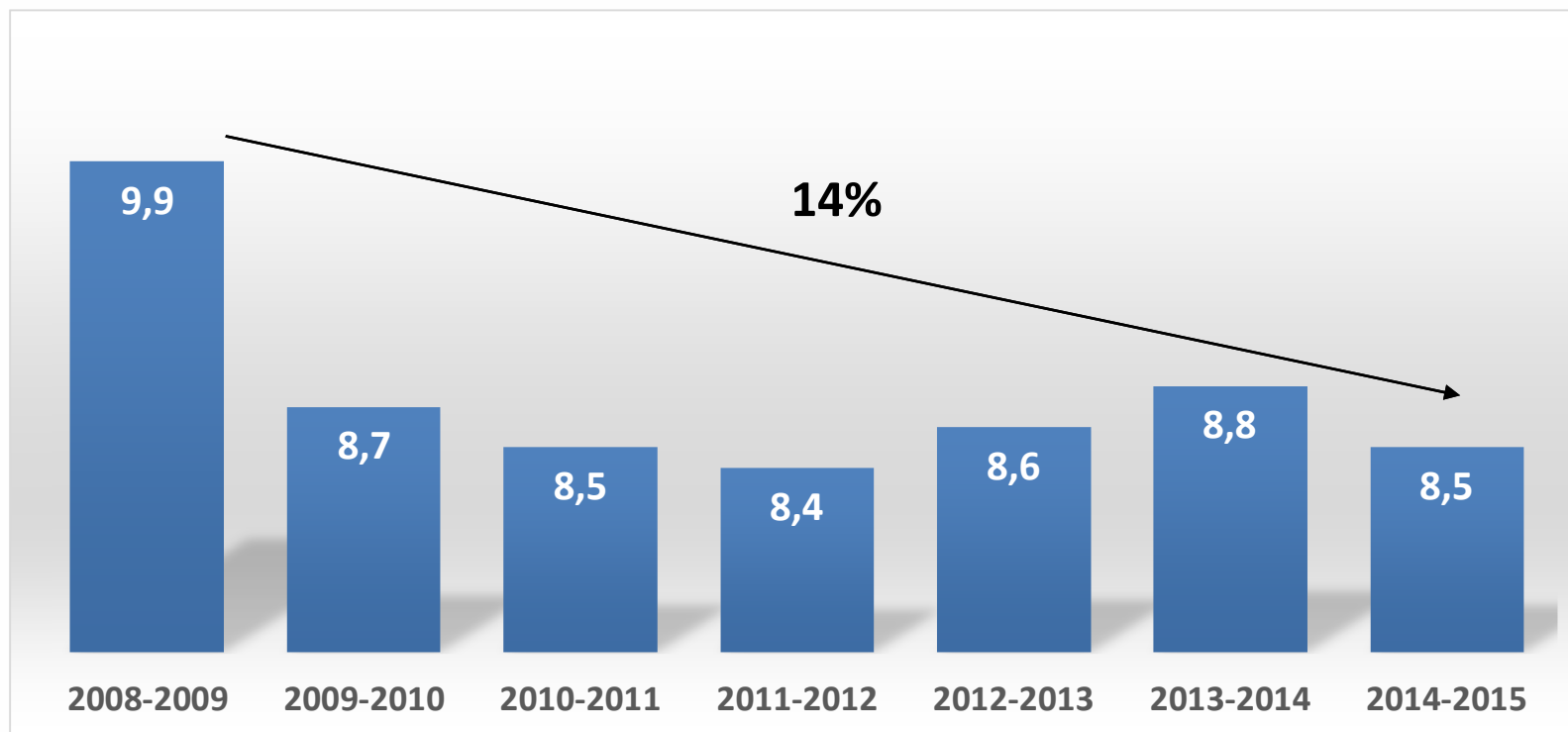
## Production des chirurgies électorives (17 - 23 %)



Source des données : SIMASS



## Délai d'attente moyen en semaines (ÉLECTIVES)



Source des données : SIMASS

# Radio-oncologie (année 1)

- Un FAA en place depuis deux années : 2015-2016 et 2016-2017

$$\text{Financement} = \text{Volume} \times \text{Tarif}$$

Mises en traitement (MET)

Min (coût moyen réel, coût moyen provincial)

- Un budget de près de 60 M\$ en 2015-2016 (couvre les coûts directs en RH)
- **Enjeux :**
  - Les coûts de l'entretien de l'équipement (GBM vs services achetés)
  - Lourdeur des MET
  - Encourager l'avancement technologique



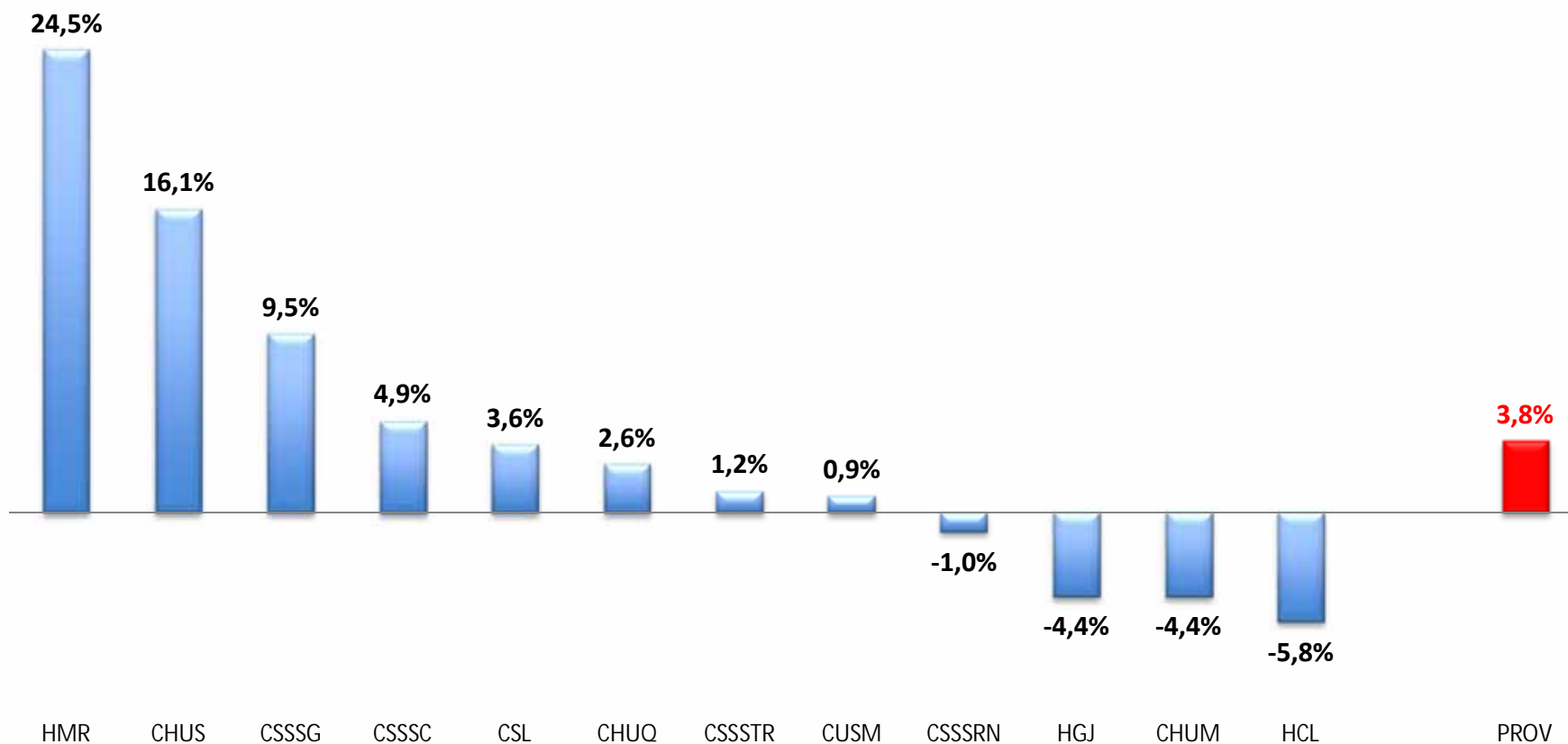
## Radio-oncologie (année 2)

- Tarification selon un coût du premier quartile
- Majoration du tarif (2 %) pour assurer la transition
- Lourdeur des cas : mesurée en heures de traitement (HDT)
- Un budget de près de 80 M\$ en 2016-2017 (couvre l'ensemble des coûts directs)
- Initiation des travaux pour les indicateurs de performance



## Indicateur de productivité (2014-2015 à 2015-2016) =

Taux de croissance de production – Taux de croissance des heures travaillées





## Paiement à la performance (PQDCCR)

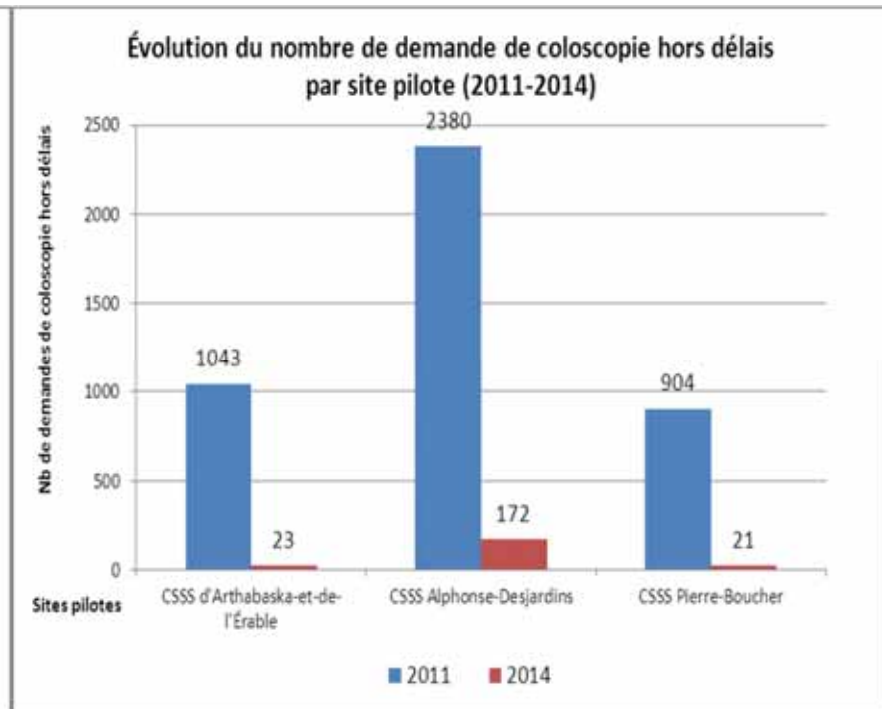
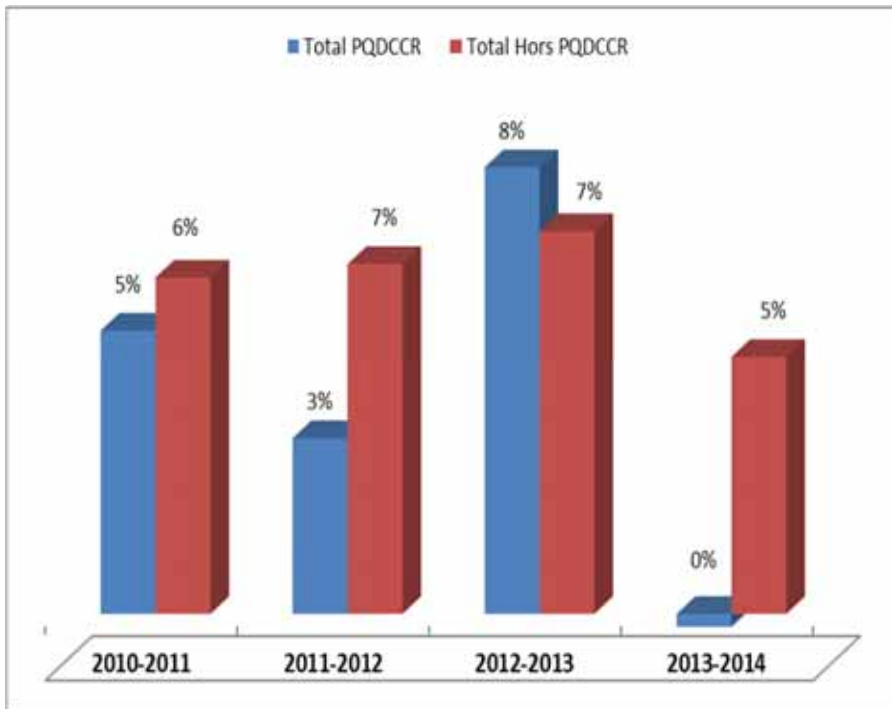
- Le programme québécois de dépistage du cancer colorectal a été initié en fin 2010 pour certains sites pilotes
- **Objectif** : introduire une stratégie permettant de baisser la non pertinence dans cette activité
- Principalement, c'est une démarche clinique :
  - Instaurer un protocole clinique pour la prescription des examens de coloscopies
  - Aménager les listes d'attente
  - Installer un logiciel de suivi clinique
- Deux années après, un financement récurrent est offert aux sites pilotes : un paiement à l'activité conditionnel à des normes de performance



# Résultats

Amélioration de la pertinence  
(baisse des cas non pertinents)

Amélioration de l'accessibilité  
(baisse des cas hors délai)





# Perspectives du FAP au Québec



# Du FAA au FAP

## Étape 1

### Un **FAA** :

- Débuter avec des secteurs fermés (radio-oncologie, imagerie médicale, etc.)
- Inciter à la production
- Encourager à l'efficacité financière
- Converger vers un meilleur coût de production

### Avec :

- Une meilleure qualité de la donnée clinique et financière
- Des données de coût par patient
- Une culture de comparaison

## Étape 2

### Un **FAP** pour des secteurs fermés (radio-oncologie, imagerie médicale, etc.)

- Introduire la dimension de la qualité des soins
- Cibler la totalité du parcours des soins
- Utiliser des données de coûts par patient
- Assurer une meilleure transparence et équité





# Le FAP au Québec

Quatre volets du FAP :

- La révision de la reddition de comptes et de la charte comptable unifiée (SI-GFA)
- Les besoins du Contrôleur des finances et du MFQ
- Le coût par parcours de soins et services (CPSS) et outils de gestion
- **Le financement et l'étalonnage**



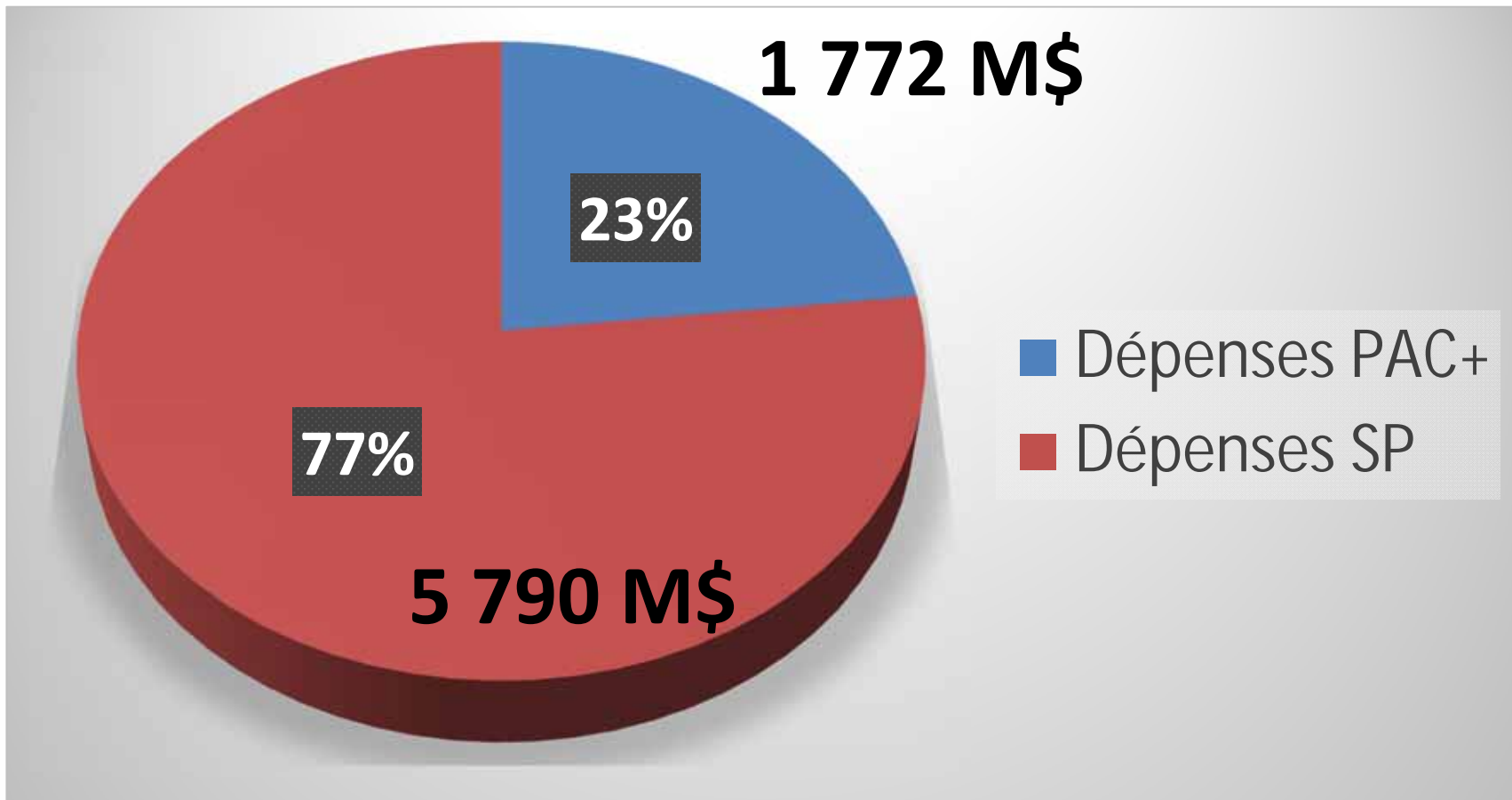
# Du PAC au PAC+



## Élargissement du programme d'accès à la chirurgie (PAC +)

- Élargir le financement à l'activité à l'ensemble de la production chirurgicale à partir de 2017-2018
- Introduire les dimensions de l'accès et de la qualité des soins
- Établir une gestion intégrée du programme et une stratégie claire à court, moyen et long terme
- Cibler un financement de l'épisode de soins à long terme

## Estimation du budget du PAC+ (coûts directs 2013-2014)





## Estimation du budget du PAC+

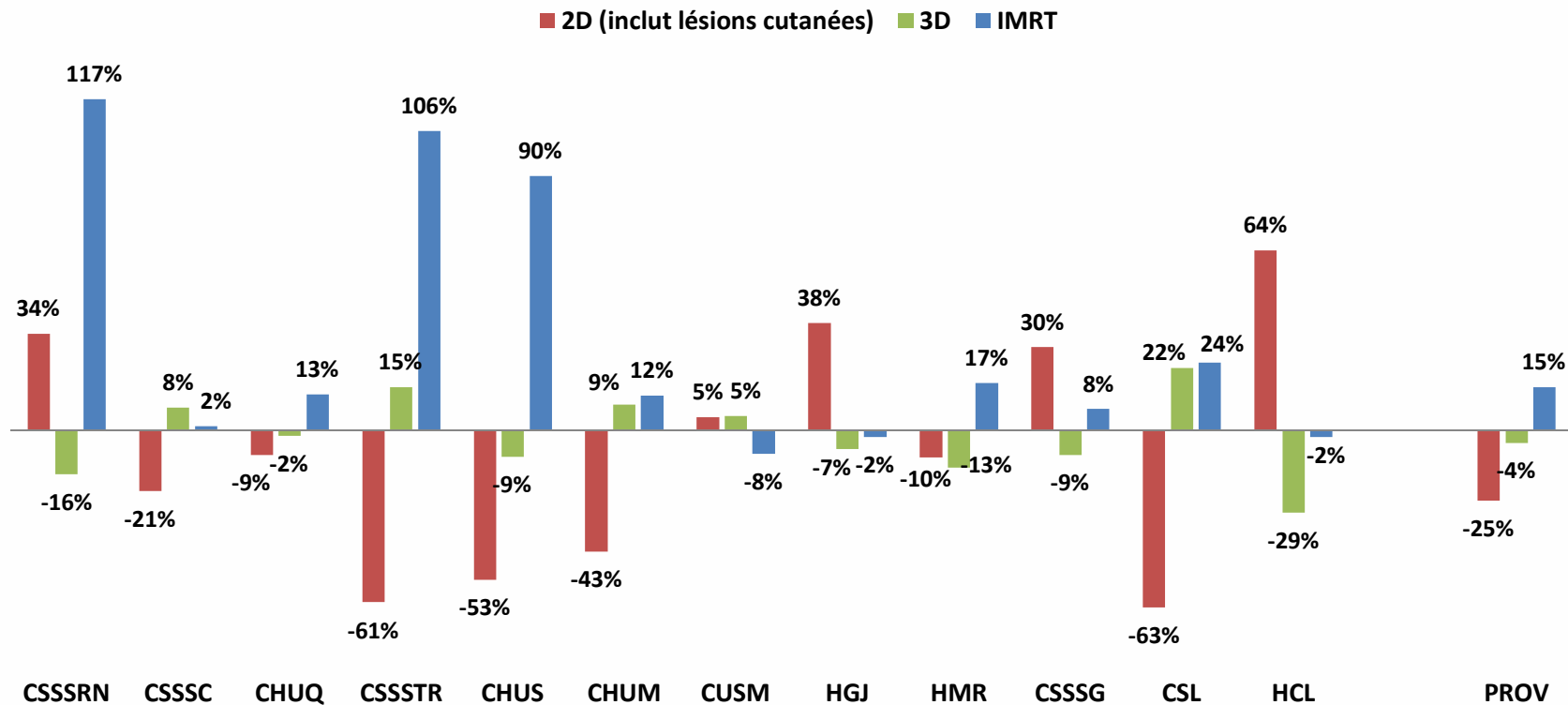
- Cette étape constitue une transition vers le modèle du coût par parcours de soins et services (CPSS)
- Approche descendante : basée sur les meilleures données disponibles
- Il peut y avoir des écarts avec les résultats du modèle CPSS (approche ascendante) variables par établissement
- La prise en considération du biais de la modélisation (une marge d'erreur) lors de la transition



# Radio-oncologie

# Enjeux de la qualité (selon la technique)

Taux de croissance des pourcentages des techniques utilisées 2016-2017 vs 2015-2016





# Radio-oncologie

- Résultats après le premier exercice :
  - Amélioration de l'efficacité de plusieurs centres (en augmentant la production ou en contrôlant les coûts)
  - Incitation aux établissements à cibler les zones d'inefficacité et proposer des pistes d'amélioration
  - Implication des médecins dans ce processus d'amélioration
  - Meilleure qualité des données
- Des ajustements du modèle pour le prochain exercice (2017-2018) sont en cours d'analyse (tarif unique, indicateurs de performance)





# Imagerie médicale



# Imagerie médicale

- Les coûts représentent près de 490 M\$ (2014-2015)
- L'importance de revoir la pertinence et la pratique médicale de cette activité
  - Un rapport sur la pertinence de cette activité a été demandé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
- Financement selon un tarif optimal, juste et équitable
- Implantation d'un modèle de FAP dont l'objectif est :
  - D'améliorer la pertinence
  - D'améliorer l'efficacité financière
  - D'encourager une meilleure pratique
  - D'assurer une intégration et une continuité des services



# Imagerie médicale

Des enjeux au niveau de certains facteurs à prendre en considération :

- La nature des services à couvrir
- La lourdeur des services à couvrir
- La notion d'équipe minimale
- La taille des établissements
- Le statut de l'établissement (enseignement)
- L'éloignement de l'établissement



Des travaux sont en cours pour l'implantation de ce modèle de financement en 2017-2018



# Coût par parcours de soins et services (CPSS)



## Un système de coût de revient élargi à la province

- Le coût par patient est très important pour le passage d'un financement historique (FH) à un FAP
- Il est aussi important pour un meilleur système de tarification (précision) et comme outil d'analyse des zones d'inefficience pour les établissements
- **Préalable** : information clinique et financière fiable et disponible rapidement
- Quelques établissements ont leurs propres coûts par patient



## Le projet de CPSS

- Calcul du coût par patient selon une approche ascendante (différent du coût moyen)
- Une base de données financières mais aussi cliniques
- Procédure d'appel d'offres en cours afin de déterminer le fournisseur de ce logiciel
- Couvrira à court terme la courte durée : admis, chirurgie d'un jour et ambulatoire
- Tableaux de bord pour l'analyse de la performance



# Enjeux du FAP au Québec



# Enjeux

- D'une façon générale :
  - Le FAP est une culture et non seulement un financement selon le volume de l'activité
  - Il nécessite des préalables
    - Systèmes d'information
    - Gestion du changement
    - Analyse de la performance
  - Ce levier donne de meilleurs résultats dans des systèmes ayant une marge de progression en performance et en productivité
  - N'est pas la solution unique en allocation des ressources et difficilement applicable dans certains programmes-services (exemple : Santé Publique)





## L'argent suit le patient mais ...

- Un enjeu
  - Vu le contexte géographique du Québec (régions éloignées et coûts fixes)
  - Vu le déplacement budgétaire relativement à certaines contraintes (contrat d'entretien des équipements, conventions collectives, conventions locales, etc.)
  - Vu la structure des services : il existe des particularités liées à l'enseignement, à l'éloignement, à l'équipe minimale, etc.
- Ce qui nécessite une période d'adaptation

# Un risque financier

$$\text{Financement} = \text{Volume} \times \text{Tarif}$$

- Un financement dans un budget fermé implique
  - d'ajuster le tarif
  - ou d'ajuster le volume
- Le contexte budgétaire actuel impose des contraintes (enveloppe fermée)
- La modification du financement dans un contexte de restriction budgétaire constitue un défi pour les décideurs et les analystes

## Conclusion

- Un risque financier pour le MSSS et les établissements par rapport au budget global



## Une culture de traitement et de l'analyse de la donnée

- Se baser sur les données probantes afin
  - De définir les stratégies
  - D'effectuer le suivi de la méthodologie
  - De prévenir les problématiques et d'apporter des solutions
  - Mais aussi pour se comparer...
- Éléments importants
  - Avoir une donnée fiable et disponible en temps opportun
  - Obtenir l'expertise pour traiter cette donnée
- Une culture d'évaluation et d'ajustement en conséquence



## Conclusion

- Le FAP est un levier qui peut contribuer à l'atteinte des objectifs d'amélioration de la qualité, de l'accès et de l'efficacité financière
- C'est une démarche d'équité et de transparence qui doit être effectuée dans le cadre de la consultation des différentes parties prenantes (réseau, professionnels, patients, etc.)
- Le FAP est possible même dans le contexte budgétaire actuel
- Ce n'est pas seulement le FAA
- Le FAP est un élément de toute une stratégie de changement et ne peut fonctionner seul





# QUESTIONS ... COMMENTAIRES ...

