



## Ministère de la Santé et des Services sociaux

Direction générale des finances, des immobilisations et du budget

# ***Le financement axé sur le patient (FAP) : suivi des travaux (suite)***

*Équipe FAP (Méthodologies de financement) :*

*Radio-Oncologie* : Kossi-Thomas Golo

*Chirurgie* : Julien Boudreault et Marie-Josée Paré

*Imagerie Médicale* : Adèle Wendpouiré Bouda

*Coloscopie* : Marie-Josée Paré

*Direction des politiques de financement et de l'allocation des ressources*

Le 16 février 2018

Québec 

# Plan de la présentation

- Financement 2016-2017 et 2017-2018
  - PAC
  - Coloscopies
  - IRM et TDM
- FAP en 2018-2019
  - Chirurgie
  - Imagerie médicale
  - Coloscopie

# Financement PAC 16-17

# PAC 2016-2017

- Changement de système de facturation de la RAMQ (SYRA) : délais supplémentaires
- Le « Règlement final » a été finalisé et les lettres ont été envoyées aux établissements
- Programme incluant le paiement pour les activités suivantes :
  - les chirurgies
  - les injections intravitréennes pour DMLA
  - et les coloscopies supplémentaires.

# Financement imagerie 16-17 et 17-18 (TDM-IRM)

# Données RAMQ

- Délimiter les codes d'actes pour IRM et TDM
- Réconciliation avec les autres sources de données : rapport statistique et rapport financier
- Des écarts dus à :
  - des erreurs de comptabilisation
  - des pratiques différentes pour l'imagerie cardiaque
  - la date de facturation
- Fichier RAMQ ajusté
- Disponible sur l'intranet ministériel

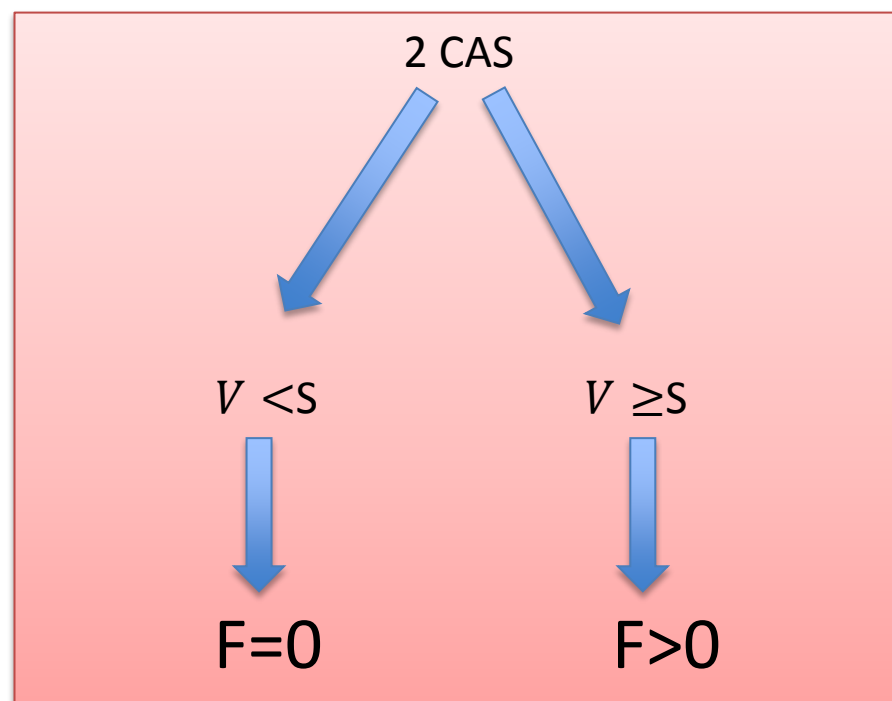
<http://www.intranetreseau.rtss.qc.ca/index.php?finance-axe-sur-le-patient>

## 2016-2017

- Pour IRM et TDM
- Financement à **l'activité partiel** : financement du volume supplémentaire
- Selon les données du fichier de rémunération à l'acte de la RAMQ
- Le seuil est le volume de 2015-2016
- Tarifs : **95\$ par examen IRM** et **55\$ par examen TDM**
- Ajustements au seuil pour les budgets *non récurrents* en 2015-2016

# Modèle de FAA (pour 2016-2017 et 2017-2018)

- **Le seuil (s)** est défini par le volume de 2015-2016 selon les données de la RAMQ.
- Les volumes de 2016-2017 ( $V_{16-17}$ ) et celui de 2017-2018 ( $V_{17-18}$ ) sont calculés selon les données de la RAMQ.
- Le financement **(F) = (V-S) x Tarif**
- **Financement alloué = 0 si  $(F_{TDM-IRM}) \leq 0$**
- **Un tarif unique :**
  - 95\$ par examen IRM
  - 55\$ par examen TDM*Les tarifs seront indexés en 2017-2018.*



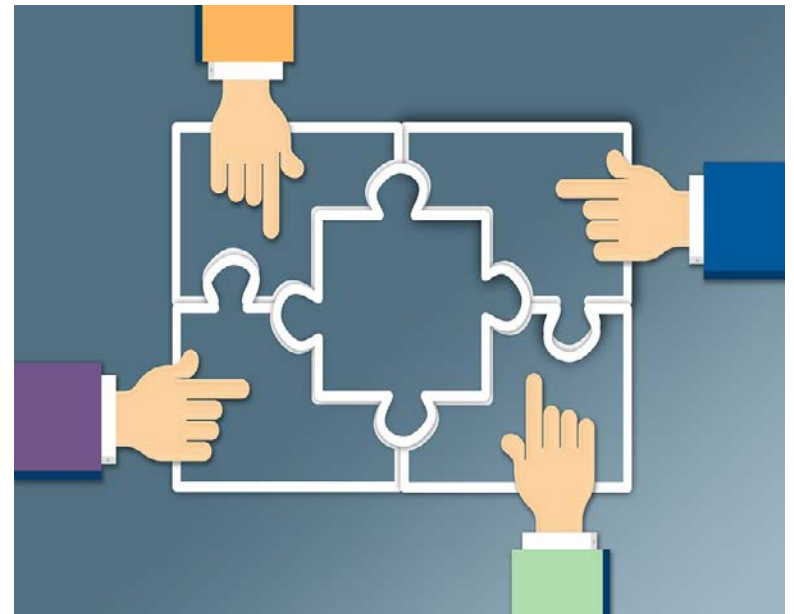


## Résultats IRM et TDM (2016-2017)

Région	Nom de l'établissement	Financement TDM	Financement IRM	Financement global	Financement global alloué
1	CISSS du Bas-Saint-Laurent	130 955 \$	59 850 \$	190 805 \$	190 805 \$
2	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	402 875 \$	9 975 \$	412 850 \$	412 850 \$
3	CHU de Québec – UL	400 950 \$	649 800 \$	1 050 750 \$	1 050 750 \$
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	(7 260 \$)		(7 260 \$)	0 \$
3	IUCPQ – UL	52 910 \$	(101 555 \$)	(48 645 \$)	0 \$
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	378 565 \$	149 055 \$	527 620 \$	527 620 \$
5	CIUSSS de l'Estrie – CHUS	183 590 \$	614 540 \$	798 130 \$	798 130 \$
6	CHU Sainte-Justine	(2 915 \$)	(11 305 \$)	(14 220 \$)	0 \$
6	CHUM	179 245 \$	178 220 \$	357 465 \$	357 465 \$
6	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	56 705 \$	(193 705 \$)	(137 000 \$)	0 \$
6	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	194 645 \$	97 470 \$	292 115 \$	292 115 \$
6	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	85 305 \$	302 005 \$	387 310 \$	387 310 \$
6	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	84 975 \$	34 675 \$	119 650 \$	119 650 \$
6	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	271 315 \$	133 190 \$	404 505 \$	404 505 \$
6	CUSM	(6 528 \$)	(784 432 \$)	(790 961 \$)	0 \$
6	ICM	56 320 \$	(16 340 \$)	39 980 \$	39 980 \$
7	CISSS de l'Outaouais	440 \$	74 195 \$	74 635 \$	74 635 \$
8	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	20 185 \$	25 175 \$	45 360 \$	45 360 \$
9	CISSS de la Côte-Nord	7 040 \$	12 160 \$	19 200 \$	19 200 \$
10	CRSSS de la Baie-James	24 090 \$		24 090 \$	24 090 \$
11	CISSS de la Gaspésie	10 505 \$	70 300 \$	80 805 \$	80 805 \$
11	CISSS des Îles	13 475 \$	1 710 \$	15 185 \$	15 185 \$
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	257 565 \$	260 205 \$	517 770 \$	517 770 \$
13	CISSS de Laval	389 895 \$	68 685 \$	458 580 \$	458 580 \$
14	CISSS de Lanaudière	465 465 \$	230 375 \$	695 840 \$	695 840 \$
15	CISSS des Laurentides	(158 785 \$)	12 540 \$	(146 245 \$)	0 \$
16	CISSS de la Montérégie-Centre	156 475 \$	92 435 \$	248 910 \$	248 910 \$
16	CISSS de la Montérégie-Est	506 330 \$	132 905 \$	639 235 \$	639 235 \$
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	194 975 \$	182 115 \$	377 090 \$	377 090 \$

## 2017-2018

- Le même modèle qu'en 2016-2017
- Les montants seront indexés
- Débuter les travaux sur les indicateurs de performance : en collaboration avec la DGSSMU et la DGIIP
- Consulter le réseau sur la démarche clinique et de performance

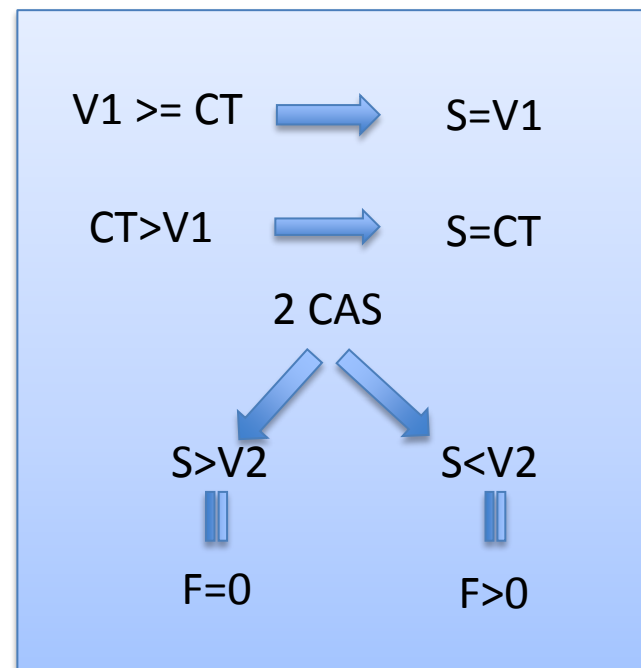


# Imagerie médicale 2018-2019

# Modèle de FAA (2018-2019 avec la Capacité Théorique)

Financement des cas supplémentaires selon les volumes RAMQ 2015-2016 (V1) et la CAPACITÉ THÉORIQUE (CT).

- Le seuil (s) est défini par le **MAXIMUM** entre V1 et CT
- Le seuil est comparé au volume RAMQ 2016-2017 (V2) pour déterminer s'il y a financement.
- Le financement **(F) = (V2-S) x Tarif**
- Un tarif unique indexé :
  - 95\$ par examen IRM
  - 55\$ par examen TDM



# Simulation avec les données de 2016-2017

- Un sondage a été envoyé afin de recueillir l'information nécessaire au calcul de la capacité théorique ainsi que la productivité réelle (taux d'ouverture)

**[14 exam (8h jr) + 14 exam (8h soir)] X nbre appareils x 340 jrs x 75%**

- Faire une première simulation avec les données 16-17
- Envoyer aux établissements

# Chirurgie

# Univers clinique

- Utilisation de la :
  - BD Med-Écho pour la définition de l'univers clinique (admis et chirurgie d'un jour) et la reddition des volumes
  - BD RAMQ pour la définition de l'univers clinique (externes) et la reddition des volumes
- Plusieurs raisons :
  - Financer l'épisode de soins
  - Disponibilité de la donnée (pour l'établissement)
  - Lien direct avec les lourdeurs
- **Enjeux :**
  - Transférable en chirurgie d'un jour
  - L'univers des chirurgies ambulatoires (frontière Med-Écho)

# Univers clinique

- **Solution :**

- Travailler sur un univers clinique bien circonscrit et défini à l'avance (DRG, codes CCI)
- Tarifier selon une meilleure pratique médicale du plateau technique (80-20%)
  - 80% et plus en admis : un cas d'admis
  - 80% et plus en chirurgie d'un jour : un cas de chirurgie d'un jour
- Tarifier en première étape selon la réalité du case mix
  - Exemple : un seul groupe dont la lourdeur est une moyenne pondérée

- **Proposition :** Une première version de la table des groupes FAP est finalisée
  - En collaboration avec un groupe de travail (MSSS-Réseau)



# Groupe de travail – FAP chirurgie

- **Membres**

- 1 clinicien (DGFIB)
- 2 archivistes (DGIIP)
- 1 infirmière (HMR)

- **Mandat**

Valider et finaliser l'univers clinique du FAP en chirurgie

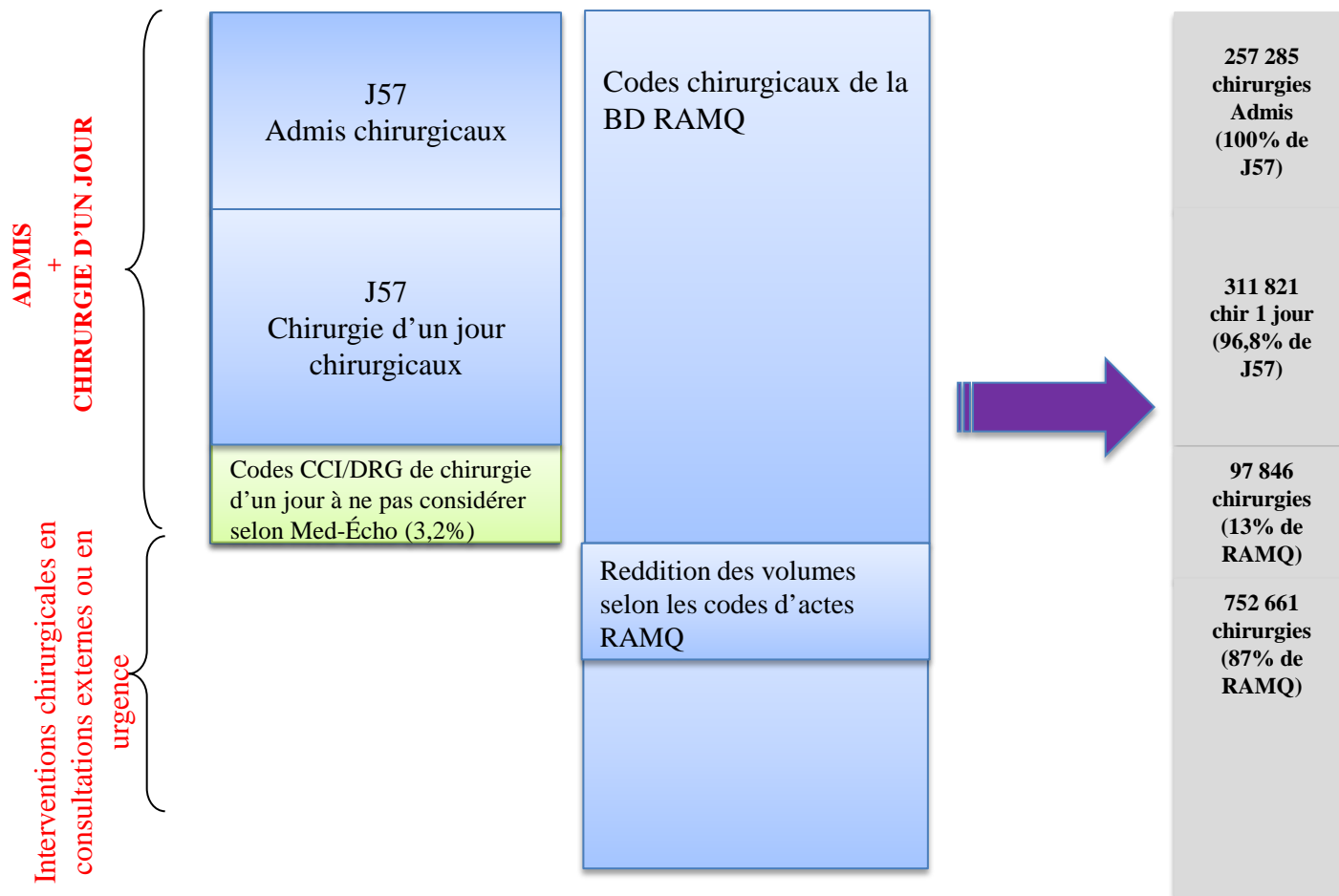
- Finaliser les tables de correspondance nécessaires aux travaux
- Valider les codes des plateaux techniques pour les groupes de chirurgie
- Définir les codes CCI/DRG qui peuvent être déclarés en chirurgie d'un jour ou en externe

# Med-Écho vs RAMO (Chirurgies) – 2015-2016

**Med-Écho / J57**  
**DRG chirurgicaux – Codes CCI –**  
**Traitor1**

**RAMQ**  
**Catégories tarifaires –**  
**groupe de chir – codes d'actes**

**Calcul des volumes FAP**



# Table des groupes FAP

DRG	Description DRG	Gr FAP	Analyse	Proportion admis/chir 1jr	Type de soins	Remarque	Admis	Chir 1 jr
21	Craniotomie, sans traumatisme	21.1	Prendre volume de Med Echo, 100% des cas sont en Admis.		Admis		2287	14
22	Dérivation ventriculaire	22.1	Prendre volume de Med Echo, 100% des cas sont en Admis.		Admis		347	4
23	Opérations sur la moelle épinière	23.1	Prendre volume de Med Echo, 100% des cas sont en Admis.		Admis		494	24
24	Opérations sur les vaisseaux extracrâniens	24.1	Prendre volume de Med Echo, 100% des cas sont en Admis.		Admis		1553	44
26	Autres opérations sur le système nerveux	26.3	Prendre volume de Med Echo. seulement les cas en Chir 1 jr. Exclure code commencent par "1BN72"	95%/5%	Chir 1 jr	1BN72 : (Tunel carpien)	486	965
		26.4	Prendre volume dans RAMQ pour le code " 2383"		Ambulatoire	2383 : (Tunel carpien)		13400
70	Opérations sur l'orbite	70.2	Prendre la moyenne de tous les cas (chir 1jr et admis)	30%/70%	Mixte		262	122
73	Opérations sur l'oeil sauf sur l'orbite	73.2	Prendre seulement les codes suivant : ("1CC85HAU7K", "1CC85LAXXH", "1CC85LAXXK", "1CD53LAKS", "1CD53LAKT", "1CJ52LAQB", "1CJ52LASJ", "1CM89HA", "1CM89HAG2", "1CM89HAV0", "1CM89HB", "1CM89HBG2", "1CM89HBV0", "1CM89LL", "1CM89LLG2", "1CM89LLV0", "1CM89PF", "1CM89PFG2", "1CM89PFV0", "1CN59LAAD", "1CN59LAGX", "1CN59LAGY", "1CJ52LAAG", "1CJ52LAHB", "1CJ52LALP", "1CN59LA	100%	Chir 1 jr	Haute Gravité	292	7495
		73.3	Prendre volume de Med Echo. 100% des cas sont en chir 1 jr Exclure code commencent par "1CM35HA" et dans la liste suivante : ("1CC85HAU7K", "1CC85LAXXH", "1CC85LAXXK", "1CD53LAKS", "1CD53LAKT", "1CJ52LAQB", "1CJ52LASJ", "1CM89HA", "1CM89HAG2", "1CM89HAV0", "1CM89HB", "1CM89HBG2", "1CM89HBV0", "1CM89LL", "1CM89LLG2", "1CM89LLV0", "1CM89PF", "1CM89PFG2", "1CM89PFV0", "1CN59LAAD", "1CN59LAGX", "1CN59LAGY", "1CJ52LAAG", "1CJ52LAHB", "1CJ52LALP", "1CN59LA	100%	Chir 1 jr	Base Gravité 1CM35HA : (Injection intravitréenne par injection (à l'aiguille))	374	107282
		73.4	Prendre le volume dans RAMQ avec le code : "7331" (DMLA)		Ambulatoire	7331 : (DMLA)		48565
89	Opérations majeures sur les os du crâne ou de la face	89.1	Prendre volume de Med Echo, 100% des cas sont en Admis.		Admis		1005	188
90	Opérations majeures sur le larynx ou la trachée	90.1	Prendre volume de Med Echo, 100% des cas sont en Admis.		Admis		176	9
91	Autres opérations majeures sur la tête ou le cou	91.1	Prendre volume de Med Echo, 100% des cas sont en Admis.		Admis		111	3
92	Opérations sur les os de la face, sauf opérations majeures sur le crâne ou la face	92.2	Prendre la moyenne de tous les cas (chir 1jr et admis)	40%/60%	Mixte		988	622

# Autres enjeux

## Objectif :

- Mise en place d' un système de tarification équitable dans le cadre des orientations gouvernementales
- Une transparence totale au niveau des méthodologies de tarification et de financement
- Assurer un meilleur contrôle budgétaire au niveau :
  - du MSSS
  - des établissements

# Autres enjeux

- Tarification selon le niveau de gravité au besoin
  - Analyser les écarts de lourdeurs par gravité
  - Faire des groupes de chirurgie distincts au besoin
- Tarification de la fourniture coûteuse
  - Élaborer une liste de fournitures coûteuses en concertation avec un groupe clinique et le comité consultatif
  - Tarification selon des groupes différenciés
- Ajustement pour les cas atypiques
  - Sur reddition de volume
  - Selon les catégories d'atypie définies par le MSSS

# Autres enjeux

- Autres ajustements
  - Ajuster sur reddition de volumes
  - Cas de traumatologie tertiaire, dons d'organes, interventions multiples
- Coûts particuliers (enseignement, spécialisation, recherche et éloignement)
  - Définir ces coûts
  - Assigner un budget récurrent
  - Pédiatrie inclus dans spécialisation
  - Indexer et ajuster au besoin
- Autres budgets ou démarches d'efficience : radio-oncologie, imagerie médicale, laboratoires, coloscopies, etc.
  - Considérer ces particularités dans le calcul de la lourdeur
  - S'assurer de ne pas oublier certains points

## Prochaines étapes

- Finaliser l'univers clinique à l'aide de Med-Écho/J57 et les données de la RAMQ : **Complété**
- Valider cet univers avec des experts cliniques : **Complété**
- Finaliser l'estimation du budget de chirurgie en 2016-2017 : **En cours**
- Calculer les lourdeurs et les tarifs par groupe de chirurgie : **En cours**
- Présenter une première simulation pour les cas admis et de la chirurgie d'un jour : **En cours**
- Réfléchir à un processus de transition
- Analyser l'univers des inscrits : **Complété (à valider)**
- Définir des indicateurs de performance pour le suivi du programme : **En cours**

# Planification des travaux

- Objectif :
  - rencontre à la mi-mars pour présenter les résultats de la simulation (comité consultatif)
  - Validation des orientations
    - Année de simulation : 2018-2019
    - Année d'application : 2019-2020
  - Diffusion des résultats de la simulation dans le réseau au cours de l'année 2018-2019



# Coloscopies 2018-2019

# Calendrier

2016-2017	Financement du volume additionnel (seuil = volume 2014-2015)
2017-2018	Conservation de la méthodologie de 2016-2017 ⇒ Financement selon les volumes supplémentaires ⇒ Tarifs indexés
2018-2019	Implantation de la nouvelle méthodologie ⇒ Financement conditionnel à la performance ⇒ Volume d'endoscopies par salle par jour $\geq 12$
2019-2020	Perfectionnement de la méthodologie ⇒ Intégration des données sur les listes d'attente

# Tarifs 2016-2017

Code RAMQ	Description	Catégorie tarifaire	Tarif
<b>00700</b>	Coloscopie avec coloscope long : côlon transverse incluant l'endoscopie	3.12	46 \$
<b>00703</b>	Coloscopie avec coloscope long : côlon descendant	3.12	46 \$
<b>00697</b>	Coloscopie avec coloscope long : côlon ascendant incluant l'endoscopie	3.22	200 \$
<b>20039</b>	Coloscopie et intubation caecale pour confirmation diagnostique, suite à un examen de RSOSi +	3.22	200 \$
<b>20042</b>	Coloscopie avec recherche de dysplasie dans les cas de maladies inflammatoires intestinales (MII) de plus de 10 ans d'évolution	3.32	522 \$

# Méthodologie

## 1 - Classification des installations

- Petites installations  $\Rightarrow$   $< 1500$  coloscopies + 1 seule salle digestive
- Grandes installations  $\Rightarrow$   $\geq 1500$  coloscopies

## 2 - Calcul des seuils de coloscopies (S)

- Fichier de rémunération à l'acte – Données 2014-2015

## 3 - Calcul des volumes de coloscopies (V)

- Fichier de rémunération à l'acte – Données préliminaires 2016-2017

## 4 - Calcul du financement par installation

- Validation des critères selon la classe de l'installation

Critère	Variable	Cible
<b>Productivité</b>	Volumes d' endoscopies par salle par jour (VolSalJr)	$\geq 12$
<b>Volumétrie</b>	Volumes de coloscopies	$\geq S$

- Calcul des montants



## 5 - Calcul du financement par établissement

- Agrégation de ces installations

# Comparaison des méthodes

## PQDCCR - Simulation Financement - Méthode 2017-2018

### Comparaison des méthodes de financement

Méthode actuelle			Méthode proposée		
Critère	Financement		Type installation	Critère	Financement
V $\geq$ S (64)	Fin $\geq$ 0		Petites (23)	V $\geq$ S	Fin $\geq$ 0
			Grandes (14)	VolSalJr $\geq$ 12 V $\geq$ S	Fin $\geq$ 0
			Grandes (26)	VolSalJr < 12 V $\geq$ S	Fin = 0
V < S (29)	Fin < 0		Petites (12)	V < S	Fin < 0
			Grandes (5)	VolSalJr $\geq$ 12 V < S	Fin = 0
			Grandes (12)	VolSalJr < 12 V < S	Fin < 0

# Démarche de performance

- Mise en place d'un comité pour la sélection des indicateurs de performance selon **les besoins**
- Validation avec le comité clinique (table des répondants)
- Introduction des indicateurs



# Prochaines étapes

- Automatiser la saisie des données d'accessibilité (délais d'attente) avec GESTRED (disponible dès 2018-2019)
- Importance de comparer l'offre et la demande : nombre d'endoscopies par salle par jour versus nombre de cas en attente
- Travaux pour l'intégration des données sur les listes d'attente
  - Disponibilité
  - Qualité
  - Amélioration

