



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

Direction générale des finances, des immobilisations et du budget

# ***Financement axé sur les patients***

## ***suivi des travaux***

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

Le 3 février 2017

Québec 

# Plan de la présentation

## Imagerie médicale

- Stratégie
- Analyse des coûts
- Prochaines étapes

## Chirurgie

- Suivi des travaux



# Imagerie médicale

# Stratégie

## Démarche efficience

- Planter une méthodologie de FAA selon le min (coût réel, coût moyen)
- Enjeu : pertinence

- Améliorer l'efficience financière

- Planter un FAP

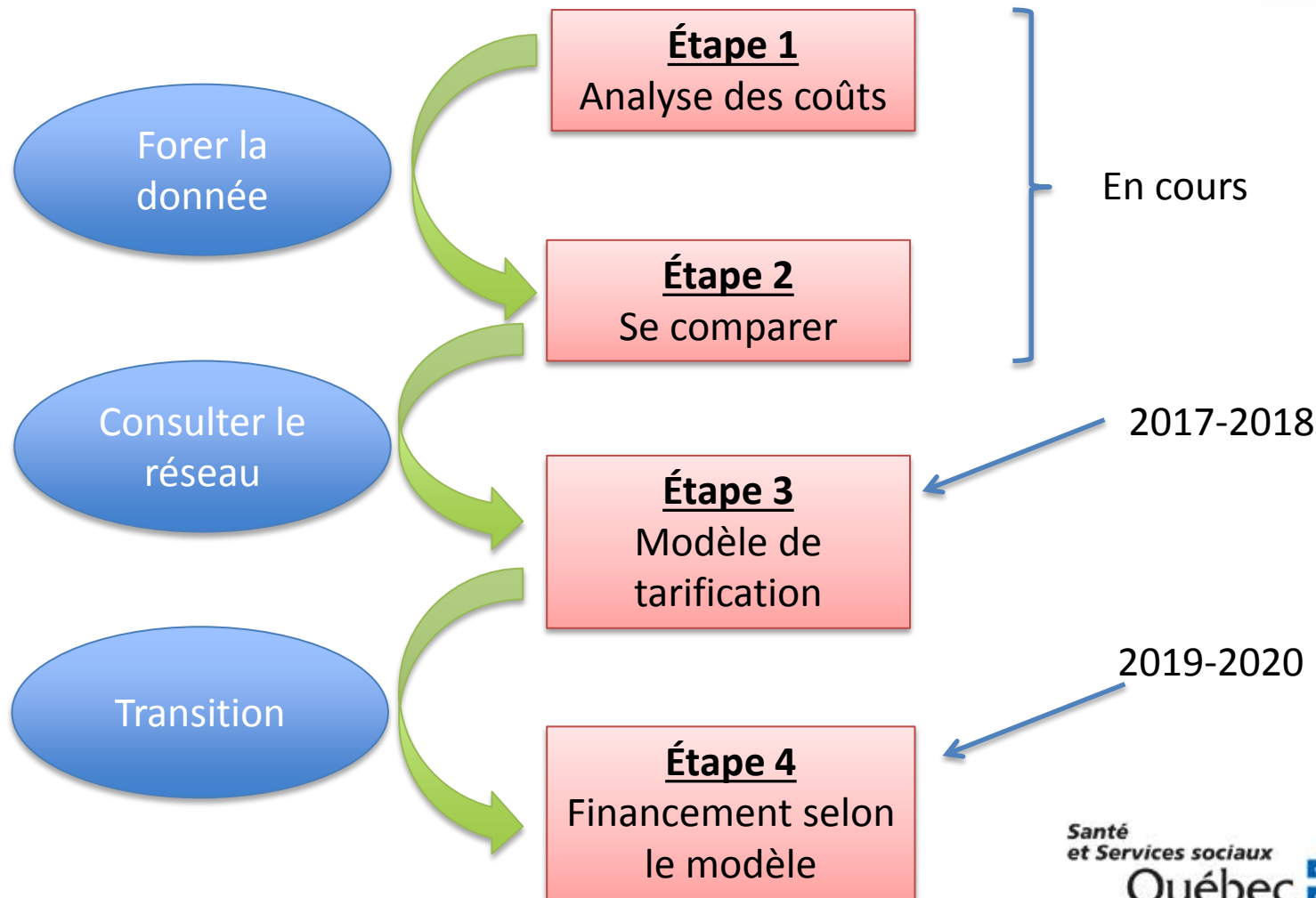
## Démarche pertinence

- Analyse de la pertinence
  - Analyser certains indicateurs de pertinence
  - Mise en place d'un comité clinique pour établir des protocoles cliniques, s'il y a lieu

- Intégrer les travaux de l'INESSS

- Implantation des protocoles cliniques et des systèmes d'information, s'il y a lieu

# Démarche proposée pour l'efficience



# Démarche proposée pour la pertinence

- Analyse des données
  - RAMQ
  - AS471
  - AS478
  - Autres
- Comité conjoint DGSSMU-INESSS
- Chantiers de pertinence dans le RSSS : automne 2017
- Faire état de l'utilisation des protocoles cliniques dans le RSSS : expériences gagnantes

# Analyse des coûts



# Analyse des données financières et statistiques

- Les coûts représentent près de 490 M\$ (2014-2015)
- **Centres d'activités :**
  - radiologie générale, tomodensitométrie, mammographie, ultrasonographie, résonnance magnétique, lithotripsie, angioradiologie, médecine nucléaire et TEP
- Analyse selon les **UTP** et selon les **procédures**
- Prise en compte de l'ensemble des coûts
- Principal constat :
  - Variabilité des coûts à travers les établissements et les années pour différentes raisons :
    - productivité, imputation des coûts, pratique médicale, organisation clinique



# 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

## Étape 1

- 1) Analyser les coûts de chaque sous centre d'activité (UTP)
- 2) Délimiter les montants pour **enseignement** ou **spécialisation** selon un modèle statistique (nombre de résidents)

## Étape 2

- 1) Définir le tarif à l'activité qui sera le même pour tout établissement et qui servira à calculer le financement à l'activité

## Étape 3

- 1) Définir, EN PLUS du tarif à l'activité, les particularités de chaque établissement liés à la taille (effet de Masse Critique)

# Équipe minimale (masse critique)

## Principe

- Ce sont les coûts supplémentaires (au tarif à l'activité) à supporter par un établissement n'ayant pas les volumes suffisants pour maximiser son coût de revient

## Démarche

- Définir le seuil ( $S_1$ ) à partir duquel il n'y a plus d'impact de la masse critique
- Calculer un montant fixe pour ces établissements

# Transition

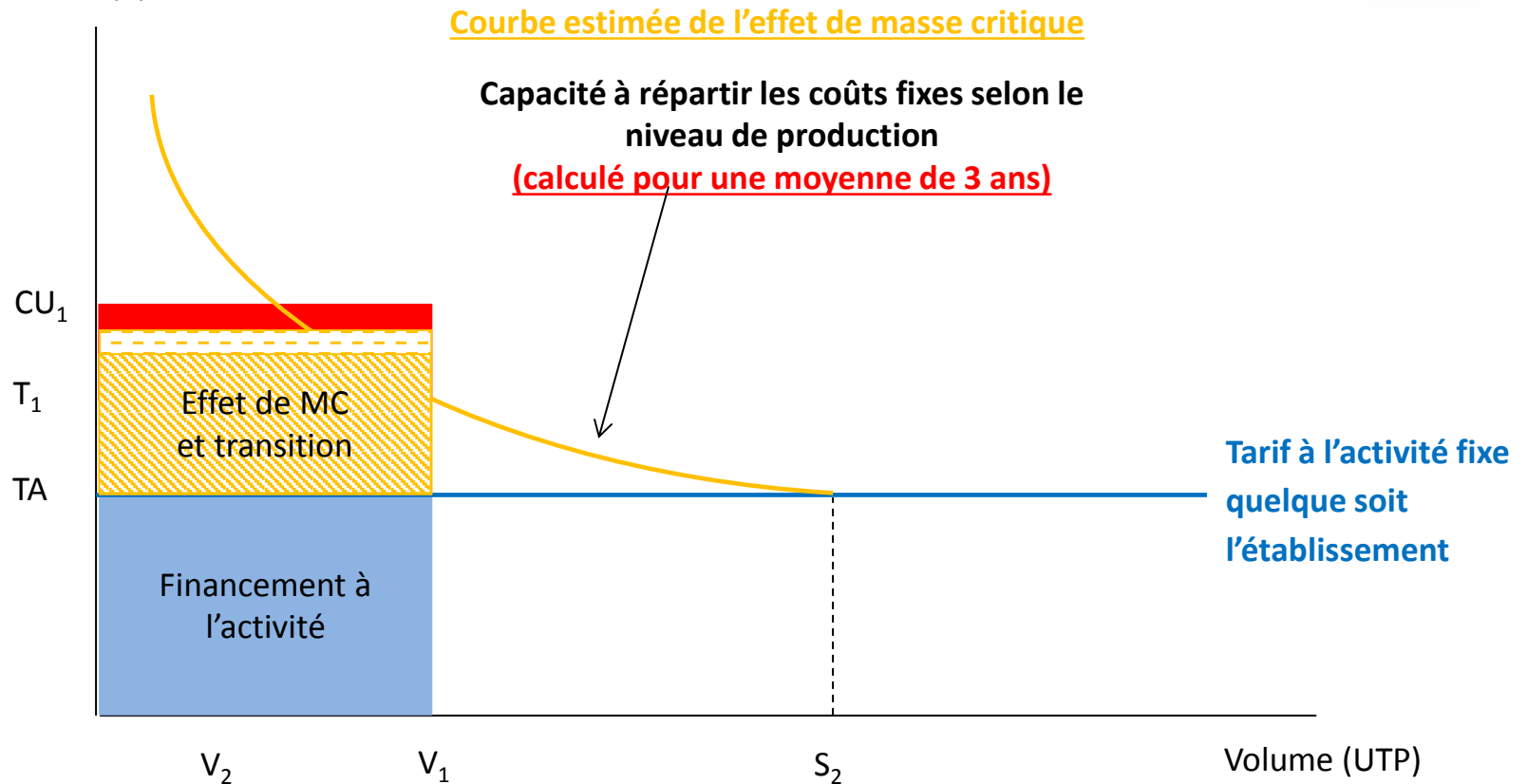
Afin de permettre au réseau de gérer le changement.

**Il est proposé sur une période de trois ans:**

- Tarif à l'Activité ( $T_A$ ) fixe
- Effet de Masse critique (MC) fixe
- Effet enseignement ou spécialisation fixe
- Transition sur le montant d'Inefficiency, s'il y a lieu :
  - à cause de l'imprécision de l'ET
  - éventuels erreurs données (exemple barème des UTP)
  - interprétation des coûts

# Transition

Coût unitaire (\$)



Effet de l'enseignement ou de la spécialisation  
isolé et intégré dans le budget récurrent

# Prochaines étapes

# À venir ..

## Démarche d'efficience

- Diffusion des données dans le réseau (données de coûts)
- Améliorer la reddition de comptes (suivi des volumes, mise à jour UTP, audit interne)
- Consulter certains experts pour expliquer les écarts
- Proposer un scénario de financement (pour avril 2017)
- Proposer une méthode afin d'assurer la transition (pour les 3 prochaines années)
- Organiser des séances d'information avec le réseau

# À venir ..

## Démarche de pertinence

- Explorer des indicateurs pour suivre la pertinence
- Consulter des experts sur la pertinence
  - INESSS
  - MSSS
  - RSSS
- Mise en place d'un groupe de travail clinique sur la pertinence





# Chirurgie

## Suivi des travaux

# Élargissement du PAC (vers le PAC +)

- Élargir le financement à l'activité à l'ensemble de la production chirurgicale
- 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

# Tarification

- Tarifer selon des groupes de chirurgies (lourdeur)
- Les groupes de chirurgies FAP :
  - sont en lien avec les DRG, s'il y a lieu
  - définissent le plateau technique utilisé
  - sont plus détaillés que ceux du PAC

| DRG | Nom                                      | Plateau                           | Code | Groupe |
|-----|--|-----------------------------------|------|--------|
| 20  | Craniotomie, avec traumatisme            | admis                             | .1   | 20.1   |
| 73  | Opérations sur l'oeil sauf sur l'orbite  | chirurgie d'un jour               | .3   | 73.3   |
| 109 | Prothèse cochléaire                      | mixte admis - chirurgie d'un jour | .2   | 109.2  |
| 26  | Autres opérations sur le système nerveux | externe                           | .4   | 26.4   |
|     |  | mixte chirurgie d'un jour-externe | .5   |        |

# 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

# Univers clinique

- **Solution :**

- Travailler sur un univers clinique bien circonscrit et défini (DRG, codes CCI)
- Tarifier en première étape selon la réalité du case mix
- Tarifier selon une meilleure pratique médicale du plateau technique

- **Proposition :** Une première version de la table des groupes PAC+ est presque finalisée

- À finaliser par un groupe de travail du comité consultatif

# Données de Med-Écho

Med-Écho

Admis

Chirurgie d'un jour

Chirurgie

Médecine

Chirurgie

Médecine

Retenu  
pour  
le FAP

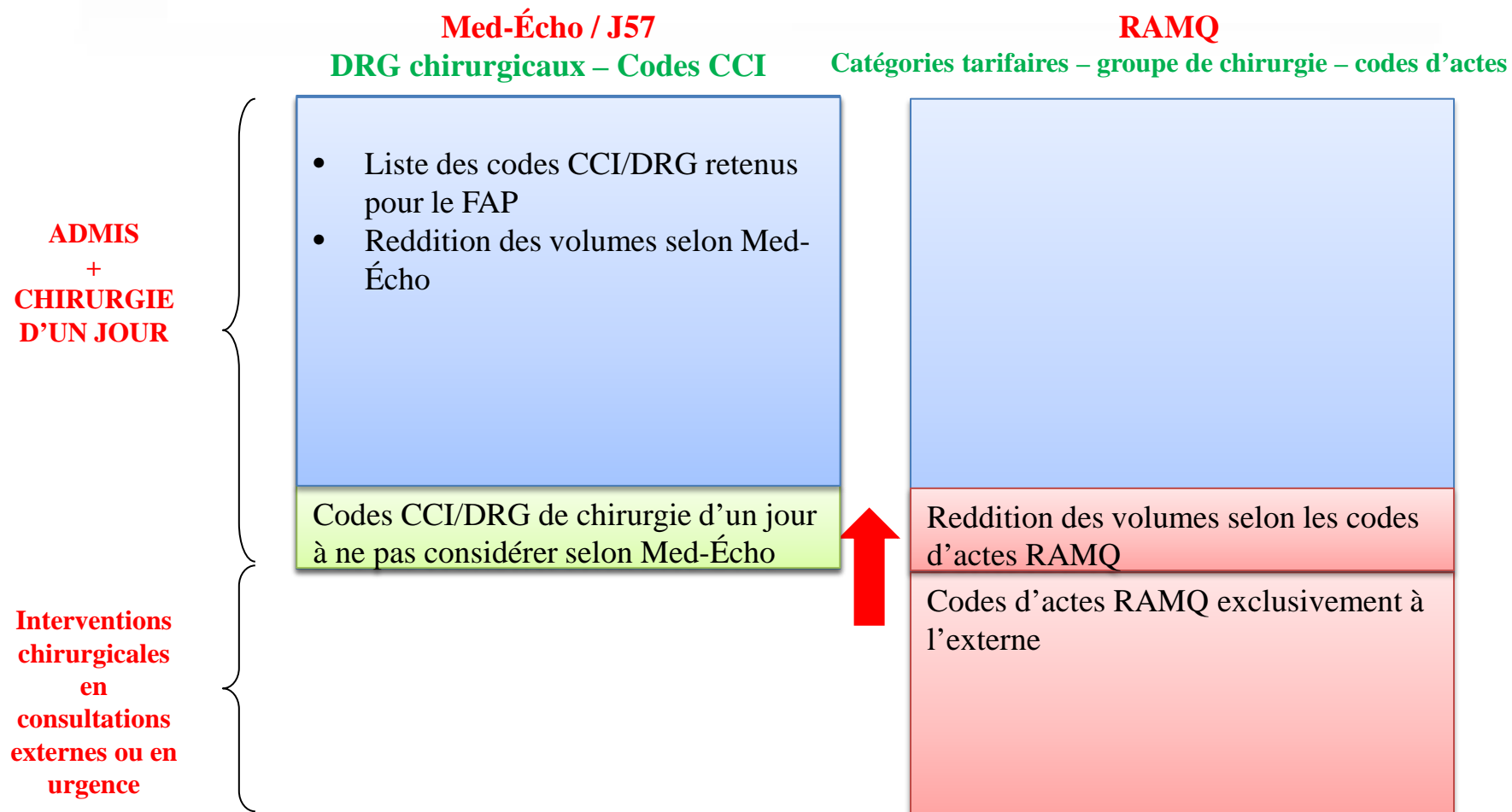
Tous les DRG  
chirurgicaux  
(Sauf 740)

Accouchements  
par voie  
vaginale  
(DRG 560)

Seulement les  
codes CCI /  
DRG retenus  
par le groupe de  
travail

Présence  
d'anesthésiologiste

# Med-Écho vs RAMQ (Chirurgies)



# Estimation du budget du FAP

- 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 (contour financier)
- 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



## Autres enjeux

- Tarification de la fourniture coûteuse
- Tarification des épisodes à actes multiples
- Coûts particuliers (enseignement, spécialisation, recherche, éloignement, etc.)
- Autres budgets ou démarches d'efficiencia : radio-oncologie, imagerie médicale, laboratoires, coloscopies, etc.

## Prochaines étapes

- Finaliser l'univers clinique à l'aide de Med-Écho/J57 et les données de la RAMQ
- Valider cet univers avec des experts cliniques
- Finaliser l'estimation du budget de chirurgie en 2017-2018
- Calculer les lourdeurs et les tarifs par groupe de chirurgie
- Présenter une première simulation pour les cas admis et de la chirurgie d'un jour
- Réfléchir à un processus de transition
- Analyser l'univers des inscrits



*Merci*

