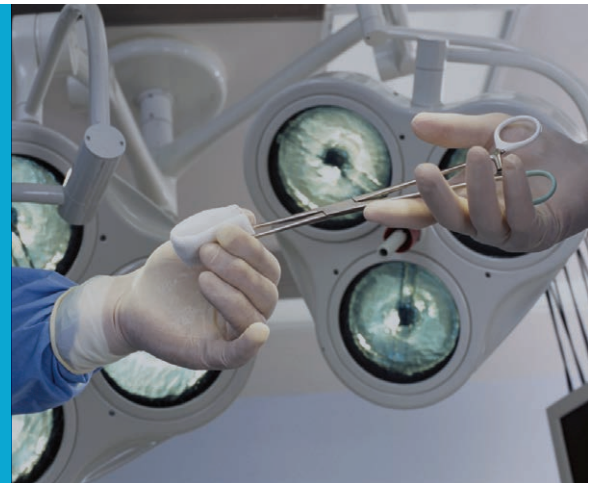


# L'ACCÈS AUX SERVICES CHIRURGICAUX

Un programme  
élargi et intégré



Groupe d'experts  
pour un financement  
axé sur les patients

# L'ACCÈS AUX SERVICES CHIRURGICAUX

Un programme  
élargi et intégré

Groupe d'experts  
pour un financement  
axé sur les patients



Le générique masculin n'est utilisé que pour alléger le texte.

## **Document technique 1**

L'ACCÈS AUX SERVICES CHIRURGICAUX – Un programme élargi et intégré  
Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Février 2014

ISBN 978-2-550-69947-7 (Imprimé)

ISBN 978-2-550-69948-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2014

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Sommaire.....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : Une opportunité de changement.....</b>	<b>7</b>
<b>1. Le programme actuel d'accès à la chirurgie .....</b>	<b>9</b>
1.1 Le fonctionnement du programme et les ressources qui lui sont allouées.....	9
1.2 Les résultats cliniques atteints .....	13
1.3 Les raisons du changement.....	19
<b>2. Une approche intégrée pour mieux financer la chirurgie .....</b>	<b>21</b>
2.1 Un meilleur arrimage avec les grandes orientations du système de santé .....	22
2.2 Une démarche qui s'inscrit dans une stratégie nationale de la chirurgie .....	26
2.3 Une étroite collaboration entre les responsables cliniques et les administrateurs .....	28
2.4 Le financement d'une trajectoire de soins .....	30
2.5 Une approche évolutive .....	31
<b>DEUXIÈME PARTIE : Les détails cliniques et financiers du PAC+ .....</b>	<b>33</b>
<b>3. L'univers clinique couvert.....</b>	<b>35</b>
3.1 Les actes couverts .....	35
3.2 Les établissements admissibles .....	38
3.3 La trajectoire du patient : une démarche structurée .....	40
3.4 Les notions de qualité et de pertinence .....	43
<b>4. Les considérations financières .....</b>	<b>47</b>
4.1 Les coûts par cas.....	48
4.2 L'enveloppe budgétaire du programme .....	51
4.3 La détermination du tarif .....	53
4.4 Le suivi des volumes.....	56
4.5 Les questions de financement et de gouvernance .....	58
<b>TROISIÈME PARTIE : La gestion du changement et des risques .....</b>	<b>61</b>
<b>5. L'implantation du changement.....</b>	<b>63</b>
5.1 Une gestion intégrée et transparente.....	63
5.2 L'importance de la période de transition.....	66
5.3 Une stratégie de communication et de collaboration.....	70
5.4 Un suivi et une évaluation de l'initiative .....	72

<b>6. La gestion des risques .....</b>	<b>73</b>
6.1 Donner aux établissements les moyens de s'adapter .....	73
6.2 Maintenir un contrôle budgétaire.....	75
6.3 Gérer les risques opérationnels .....	77
<b>7. Les recommandations du groupe d'experts .....</b>	<b>79</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>83</b>
<b>Annexe I : Établissements admissibles .....</b>	<b>85</b>
<b>Annexe II : Méthodologie retenue pour l'évaluation des coûts du programme .....</b>	<b>87</b>
<b>Annexe III : Outil de gestion intégrée.....</b>	<b>95</b>
<b>Annexe IV : Méthodologie retenue pour l'estimation du tarif .....</b>	<b>97</b>
<b>Annexe V : Indicateurs de performance .....</b>	<b>99</b>
<b>Annexe VI : Lexique .....</b>	<b>101</b>

## SOMMAIRE

Il était du mandat du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients de proposer des initiatives concrètes pour appliquer ce modèle de financement dans le système de santé québécois. L'élargissement du Programme d'accès à la chirurgie (PAC+), qui est proposé en vue d'une implantation permanente, est l'une des trois directions prioritaires retenues par le groupe d'experts.

Le secteur chirurgical a déjà expérimenté le financement en fonction de l'activité dans le cadre du Programme d'accès à la chirurgie (PAC), implanté au Québec en 2004-2005 avec pour objectif de réduire les temps d'attente en chirurgie. Ce programme a donné des résultats intéressants au cours des dernières années, mais dans sa forme actuelle il a atteint une certaine limite quant à sa capacité à améliorer l'accès aux soins, les gains d'efficacité sont limités, car il est trop partiel, et il est impératif de le mettre en lien avec des objectifs de qualité.

C'est ce qui amène le groupe d'experts à recommander l'élargissement du Programme d'accès à la chirurgie dès 2014-2015, et à suggérer de faire du PAC+ l'une des directions prioritaires pour l'implantation du financement axé sur les patients au Québec.

Les recommandations du groupe d'experts visent ainsi à faire évoluer le Programme d'accès à la chirurgie afin de mieux l'arrimer aux grandes orientations d'un système de santé performant que sont l'accès aux soins, la pertinence et la qualité des soins, l'équité et l'efficacité dans la prestation de services.

L'approche recommandée pour atteindre cet objectif s'articule autour des points centraux suivants :

- inclure dans la formule de financement des considérations de qualité et d'accès aux soins;
- à terme, financer la totalité de la trajectoire de soins, et effectuer ce financement sur la base de la trajectoire complète de soins d'un patient plutôt que sur la base de chacune de ses étapes;
- élargir l'étendue du programme afin qu'il couvre la quasi-totalité de la production chirurgicale;
- se doter d'une stratégie nationale de la chirurgie afin d'accroître l'efficacité et la cohérence des actions;
- adopter une approche pragmatique et implanter le PAC+ graduellement, en commençant l'expérience en utilisant les données et les conditions existantes, et en effectuant de nouvelles transformations au fur et à mesure que les conditions nécessaires seront mises en place.

### **□ Principaux paramètres du PAC+**

Le PAC+ se distingue du PAC sur plusieurs dimensions.

#### **■ Les aspects cliniques**

Le PAC+ couvre l'ensemble des chirurgies, alors que le PAC couvre seulement les volumes supplémentaires par rapport à une base historique.

- Ceci permet de favoriser une meilleure gestion des services pour les établissements, autant dans la dimension clinique qu'administrative, et de prévenir certains effets indésirables, comme la priorisation de certains types de chirurgies au détriment d'autres chirurgies.

Certaines chirurgies qui étaient exclues du PAC, comme les chirurgies cardiovasculaires, sont incluses dans le PAC+.

Un seuil minimal de production annuelle de 1 000 cas pondérés est retenu pour déterminer l'admissibilité des établissements au PAC+, alors que le PAC ne prévoit pas de volume minimal de production de chirurgie pour qu'un établissement soit admissible.

- Le seuil minimal de production est proposé dans le but d'éviter que la prestation de services d'établissements de petite taille moins adaptés à ce mode de financement ne soit fragilisée.
- Les établissements ne répondant pas à ce critère continuent d'être financés selon une approche historique, mais des mécanismes de performance incluant des dimensions de qualité et de pertinence pourront être introduits pour ces établissements.

À terme, le financement devrait couvrir la trajectoire de soins complète du patient. Ceci diffère du PAC, où seule la chirurgie en tant que telle est financée, excluant certains soins en aval et en amont. Afin de favoriser une transition harmonieuse, l'implantation du financement de la trajectoire du patient se fera cependant en trois étapes :

- financement de l'épisode de soins de la chirurgie – de l'admission à la sortie de l'hôpital<sup>1</sup> (simulation en 2014-2015 et introduction du financement en 2015-2016);
- financement de la trajectoire dans l'hôpital – de la préadmission à la sortie de l'hôpital (2016-2017);
- financement de la trajectoire de soins complète – interétablissements (2017-2018).

Enfin, afin de favoriser la pertinence et la qualité des soins, les notions de qualité et d'accès aux soins seront prises en compte dans les tarifs, ce qui n'est pas fait actuellement dans le PAC.

## ■ Les considérations financières

La connaissance des coûts par cas joue un rôle crucial dans le cadre du financement axé sur les patients. Elle sert de base à l'élaboration des tarifs. D'abord basés sur le coût moyen de chacun des groupes de chirurgies, les tarifs prendront progressivement en compte les notions de qualité.

- Par ailleurs, le PAC+ utilise 150 catégories de tarifs, alors que le PAC n'en utilisait que 16, ce qui offre notamment davantage de points de comparaison pour les établissements et leur permet de recevoir une compensation financière reflétant mieux les coûts encourus pour leur production chirurgicale.

Le financement d'un établissement pour ses activités chirurgicales est donné par le produit du volume des chirurgies effectuées et du tarif établi au niveau national pour chaque type de chirurgie, plutôt que déterminé selon une base historique.

- Le suivi des volumes, nécessaire dans ce mode de financement, se fait en utilisant les outils disponibles pour suivre les volumes à court terme, tout en poursuivant le développement pour obtenir une information plus précise.

Bien que le financement des établissements soit fonction du tarif et des volumes réalisés, du point de vue du système, le PAC+ est conçu pour fonctionner dans un contexte d'enveloppe fermée déterminée par le gouvernement.

---

<sup>1</sup> Le terme hôpital est employé dans la description de la trajectoire de soins, mais les autres types d'établissements effectuant des chirurgies sont aussi visés par le programme.

## ■ L'implantation du changement

Afin de favoriser une implantation harmonieuse des transformations proposées, le groupe d'experts propose :

- de mettre en place une gestion intégrée de l'initiative en créant une équipe de gestion de projet et en ancrant le PAC+ dans une stratégie nationale de la chirurgie;
- de s'assurer de la transparence des processus et des changements méthodologiques, autant pour les cliniciens que pour les administrateurs;
- d'employer des mécanismes de transition pour plusieurs aspects du programme (financement de la trajectoire du patient, tarifs, gestion de la performance, production de données cliniques et financières, etc.);
- d'adopter une stratégie pour impliquer le réseau dans l'élaboration des paramètres du programme et assurer une communication efficace avec les différents acteurs concernés;
- d'élaborer une stratégie de suivi et d'évaluation des résultats et la lancer en parallèle au développement de l'initiative elle-même.

## ■ La gestion des risques

L'introduction d'un mode de financement axé sur les patients peut engendrer des risques, à la fois cliniques et financiers. Le PAC+ prévoit donc des mesures pour :

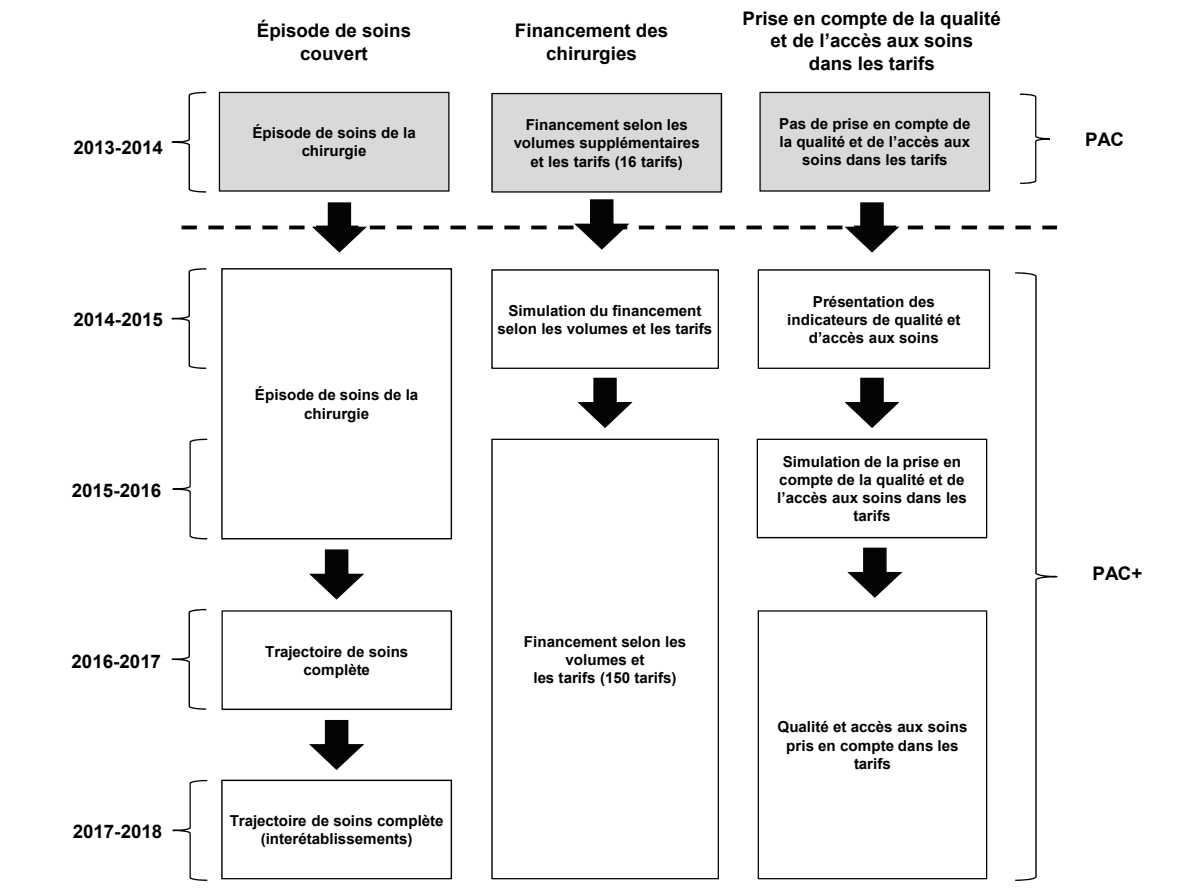
- donner aux établissements les moyens de s'adapter;
- maintenir un contrôle budgétaire;
- mitiger les risques opérationnels.

Ces éléments s'ajoutent à ceux déjà prévus pour favoriser la pertinence et la qualité des soins.

## □ Calendrier d'implantation du PAC+

Suivant l'approche recommandée par le groupe d'experts, l'implantation du PAC+ se fera sur plusieurs années.

**Synthèse de l'implantation graduelle du PAC+**



## INTRODUCTION

À l'occasion du discours sur le budget du 20 mars 2012, le gouvernement a manifesté une volonté claire d'explorer le financement axé sur les patients et a mis en place le Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients<sup>2</sup>. Cette démarche vise, d'une part, à proposer des moyens pour mettre en œuvre le financement axé sur les patients dans le réseau de la santé afin d'en améliorer l'accès, la qualité, l'équité et l'efficacité et, d'autre part, à déterminer des initiatives concrètes dans le secteur de la santé et des services sociaux où ce financement s'appliquera.

En établissant un lien direct entre les soins prodigués et leur financement, ce mode de financement vise à mieux utiliser les fonds consacrés à la santé pour offrir de meilleurs soins de santé aux patients à partir de l'enveloppe budgétaire déterminée par le gouvernement. Cette méthode de financement exige des données complètes et fiables sur les coûts des soins prodigués et sur les résultats obtenus afin d'appuyer la prestation, l'organisation et la gestion des soins de santé. Avec le financement axé sur les patients, il est possible de bonifier la gestion des établissements et la répartition de l'enveloppe budgétaire entre les établissements en vue de mieux répondre aux besoins de la population.

- Les patients reçoivent de meilleurs soins de santé lorsque le financement est rattaché à l'accès et à la qualité des soins, en raison de la disponibilité d'une meilleure information sur l'incidence des soins prodigués sur la santé des patients.
- L'activité des établissements est rapportée sous une forme beaucoup plus ventilée, fournissant une information précieuse à ceux qui financent et prodiguent les soins.
- L'information sur les diagnostics et les procédures s'améliore également, le paiement reçu par les établissements étant fonction de la gravité des cas et de la rigueur du codage effectué.
- Les établissements sont encouragés à améliorer leur système de comptabilisation des coûts par patient dans le but de poursuivre l'amélioration de leur performance.

Ces renseignements permettent aussi de comparer l'expérience des patients et les résultats sur leur santé, ainsi que les processus de dispensation des soins. L'introduction de cette méthode facilite les comparaisons de performance pour ce qui est des coûts, de l'efficacité, de l'accès et de la qualité. Ces comparaisons peuvent être effectuées dans un même établissement, ou entre établissements, fournissant des informations précieuses pour améliorer la qualité et l'efficacité des services offerts.

Déjà, au cours des dernières années, des actions ont été posées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin d'amorcer un virage vers un financement davantage orienté vers le patient. Parmi celles-ci, le Programme d'accès à la chirurgie (PAC) est sans contredit la plus significative. Il est donc naturel que l'élargissement du programme constitue l'une des directions prioritaires en matière de financement axé sur les patients.

Cette initiative est présentée dans la perspective qu'elle soit implantée dès 2014-2015, et de façon permanente. Dans ce contexte, en plus de traiter des objectifs et des principes guidant l'élargissement du Programme d'accès à la chirurgie (PAC+), ce fascicule aborde aussi certaines considérations opérationnelles.

---

<sup>2</sup> Le groupe d'experts avait initialement pour nom « Groupe d'experts sur le financement à l'activité ». Lors du discours sur le budget 2013-2014 de novembre 2012, le mandat du groupe d'experts a été élargi et son nom, modifié.

En particulier, ce document vise à présenter concrètement et à documenter :

- les objectifs atteints au cours des dix dernières années par le PAC;
- la façon dont le programme peut être arrimé avec les grandes orientations de l'ensemble du système de santé;
- les bénéfices que ces changements visent à apporter aux patients;
- la proposition proprement dite, c'est-à-dire les objectifs et les modalités d'application et de transition nécessaires pour faire du PAC+ une véritable initiative en matière de financement axé sur les patients;
- les éléments clés d'un changement réussi, soit l'approche pour l'implanter et la gestion des risques y étant associés;
- les principales recommandations du groupe d'experts à ces égards.

**PREMIÈRE PARTIE  
UNE OPPORTUNITÉ DE CHANGEMENT**



# 1. LE PROGRAMME ACTUEL D'ACCÈS À LA CHIRURGIE

## 1.1 Le fonctionnement du programme et les ressources qui lui sont allouées

Le PAC a été implanté au Québec en 2004-2005. Il a été introduit avec l'objectif premier d'augmenter les volumes de certaines chirurgies pour réduire les temps d'attente. Son financement couvre le volume de chirurgies supplémentaires par rapport à 2002-2003. Il ciblait initialement les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte, en raison notamment des problèmes d'accès observés pour ces chirurgies. Afin d'éviter que l'accroissement de la production pour ces chirurgies se fasse au détriment d'autres activités chirurgicales, d'autres types de chirurgies ont rapidement été intégrés au programme.

De fait, ce programme a contribué au cours des dix dernières années à une réduction significative des délais d'attente pour plusieurs types de chirurgies. Bien que ce programme ait connu des changements et des révisions par le MSSS au fil des ans, il n'a jamais fait l'objet d'une évaluation externe pour analyser l'atteinte des objectifs et les potentiels effets pervers ou indésirables du programme.

### □ Son fonctionnement

Pour chaque type de chirurgie et pour chacun des établissements participants, le PAC finance les chirurgies supplémentaires, soit le volume de chirurgies dépassant le volume produit par l'établissement en 2002-2003.

Les chirurgies couvertes par le PAC sont classées par catégories de coûts.

À chaque catégorie correspond un tarif, établi en fonction de l'intensité de l'utilisation des ressources dans cette catégorie et du coût unitaire moyen pour l'exercice financier de référence retenu. Le coût unitaire est établi à partir des coûts directs et indirects, après en avoir exclu les coûts liés à l'enseignement et à la recherche, à l'éloignement, ainsi qu'à la pédiatrie.

La catégorisation des chirurgies est basée essentiellement sur la déclaration d'activités faite par les médecins à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Un coût et un tarif sont associés à chaque catégorie en fonction du niveau moyen de ressources utilisées par diagnostics regroupés pour la gestion (DRG)<sup>3</sup>.

Tous les établissements produisant des actes de chirurgie participent au programme. En tout, pour l'année financière 2012-2013, on comptait cent établissements participants.

De manière générale, le financement des établissements participants est le produit du tarif établi et du nombre de chirurgies supplémentaires par rapport à 2002-2003 réalisées dans l'exercice financier visé. Pour chaque établissement, la résultante peut être positive ou négative, selon la variation des volumes. Elle vient s'ajouter ou se soustraire au financement de base de la production chirurgicale, lequel demeure appuyé sur une approche de type historique.

Les établissements réalisant ces chirurgies supplémentaires à un coût inférieur au coût moyen sont récompensés pour leur efficacité, alors que ceux dont les coûts sont supérieurs à la moyenne sont encouragés à réduire leurs coûts de manière à les ramener à la moyenne.

---

<sup>3</sup> Plus précisément, le niveau moyen de ressources utilisées par diagnostics regroupés pour la gestion (DRG) permet d'établir une pondération pour chaque catégorie de coûts. Le tarif pour une catégorie de coûts donnée est obtenu en multipliant le coût unitaire par la pondération pour cette catégorie.

Ce financement additionnel pour les chirurgies est alloué à la région productrice. La responsabilité de la répartition des allocations budgétaires par établissement a été déléguée aux agences de la santé et des services sociaux, ces dernières devant établir la méthode de paiement pour les établissements. L'expérience indique toutefois que le déploiement du PAC dans les régions n'a pas été uniforme, la différence dans les objectifs ayant notamment entraîné des résultats différents.

### Évolution des tarifs du PAC

Le programme était constitué initialement de cinq tarifs, soit ceux pour les chirurgies ciblées, auxquels s'ajoutent les tarifs distincts pour les chirurgies d'un jour et celles requérant une hospitalisation.

En 2011-2012, les recommandations du comité de révision des actes de chirurgie ont amené certains changements dans l'établissement des tarifs.

Les principaux constats du comité furent les suivants :

- Seules les chirurgies effectuées au bloc opératoire sont considérées dans l'attribution du financement. Il y a donc encouragement à réaliser des chirurgies au bloc pour bénéficier de ce financement alors que dans certains cas, un autre plateau technique aurait pu s'avérer plus efficient.
- Il existe des iniquités dans le financement en raison de l'accroissement des déclarations de chirurgies dans des blocs de services pour certains établissements.
- Certaines chirurgies antérieurement réalisées en chirurgie d'un jour ont été transférées en chirurgie avec hospitalisation pour bénéficier d'un financement supplémentaire.
- Le nombre de catégories de coûts est insuffisant pour bien refléter le coût réel des chirurgies.

Depuis 2011, le suivi des volumes s'effectue à partir des données de rémunération de la RAMQ, assurant une utilisation plus efficiente des ressources, particulièrement du bloc opératoire. Cette base de données permet de couvrir un plus large éventail de chirurgies, dont celles effectuées dans des blocs de services. De plus, de nouvelles catégories de coûts ont été introduites, sans effectuer de distinction de statut entre les cas en hospitalisation et ceux en services ambulatoires, portant le nombre total de catégories de coûts à seize.

Cette nouvelle méthodologie donne une meilleure appréciation de l'ensemble de l'activité chirurgicale quel que soit l'endroit où elle est réalisée. Elle incite les établissements à utiliser le bon plateau technique dans l'exécution de l'intervention chirurgicale et permet de prendre en considération l'évolution des pratiques médicales.

## □ L'évolution des volumes de production

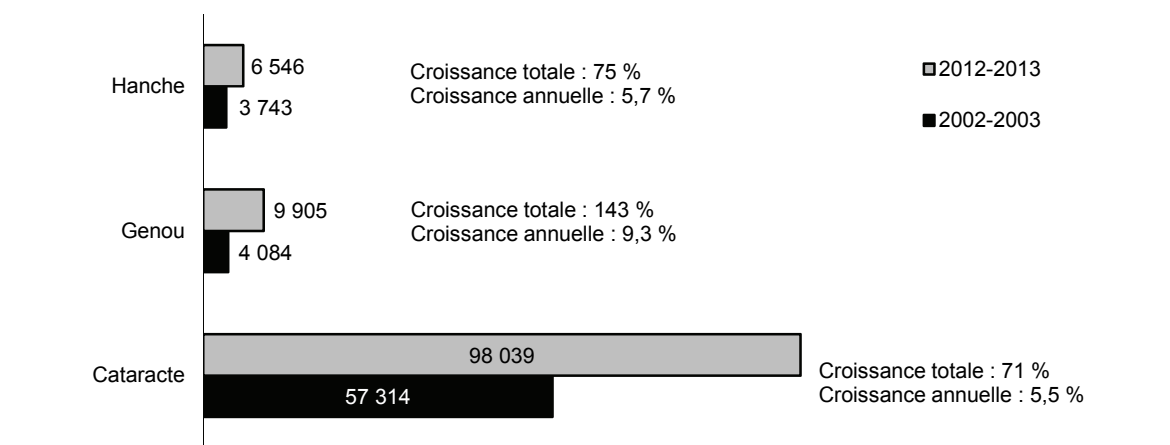
Les chirurgies couvertes par le PAC ont connu une progression de 22 % entre 2002-2003 et 2012-2013, soit un rythme annuel de croissance de 2,0 %.

Pour certains types de chirurgies, l'augmentation est plus élevée, notamment celles couvertes par une garantie d'accès<sup>4</sup>. Ainsi, entre 2002-2003 et 2012-2013 :

- le nombre de chirurgies de la hanche a augmenté de 3 743 à 6 546, soit un accroissement de 75 %, ce qui représente une croissance annuelle de 5,7 % en moyenne;
- le nombre annuel de chirurgies du genou s'est accru de 143 %, passant de 4 084 à 9 905, un rythme de croissance de 9,3 % en moyenne par année;
- les chirurgies de la cataracte ont quant à elles connu une augmentation de 71 %, leur nombre passant de 57 314 à 98 039, soit une croissance annuelle moyenne de 5,5 %.

GRAPHIQUE 1

### Croissance du volume pour certains types de chirurgies entre 2002-2003 et 2012-2013 (volumes en unités, croissance en pourcentage)



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

<sup>4</sup> En réponse à l'arrêt de juin 2005 de la Cour suprême du Canada sur l'affaire Chaoulli c. Québec (Procureur général), le gouvernement a instauré progressivement une garantie d'accès aux services dans le système public.

## □ Les ressources financières allouées au programme

Cette augmentation de la production chirurgicale a entraîné une augmentation du financement alloué au programme, qui est passé de quelque 29 millions de dollars en 2004-2005 à près de 250 millions de dollars en 2011-2012.

- Le PAC constituant une stratégie d'augmentation de la production chirurgicale, la croissance des dépenses du programme doit être mise en relation avec l'accroissement du volume de production chirurgicale, et non interprétée comme une augmentation des coûts de production unitaires.

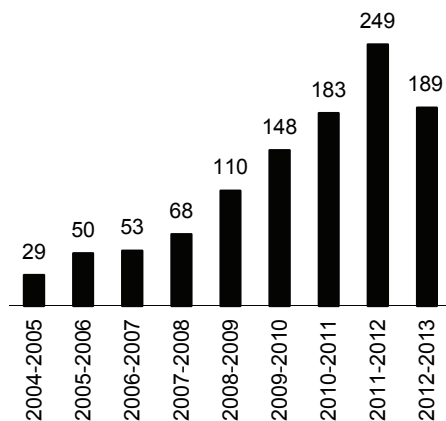
En 2012-2013, les dépenses du programme ont diminué en raison principalement d'une réduction des tarifs liée au retrait des coûts indirects. Pour cette année, les dépenses se sont ainsi établies à 189 millions de dollars, qui s'ajoutent au financement de base de la production chirurgicale.

Les montants alloués au PAC représentaient 3 % du budget du programme de la santé physique en 2012-2013.

GRAPHIQUE 2

### Évolution des dépenses du PAC entre 2004-2005 et 2012-2013

(en millions de dollars)

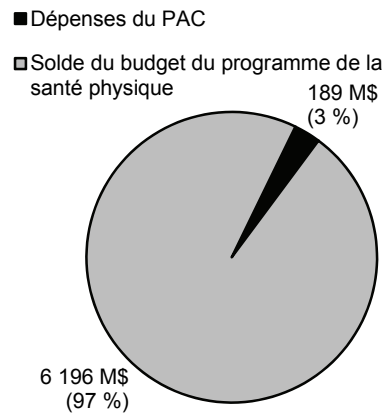


Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

GRAPHIQUE 3

### Dépenses du PAC par rapport au budget du programme de la santé physique en 2012-2013

(en pourcentage et en millions de dollars)



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

## 1.2 Les résultats cliniques atteints

Des progrès significatifs ont été enregistrés depuis 2002-2003 au regard de l'accès aux services médicaux et hospitaliers, ce qui se reflète entre autres au niveau de la diminution importante des délais d'attente en chirurgie orthopédique, notamment celles de la hanche et du genou.

- Même s'il y a plus de patients inscrits pour une chirurgie d'une année à l'autre, ces derniers attendent moins longtemps pour leur chirurgie.

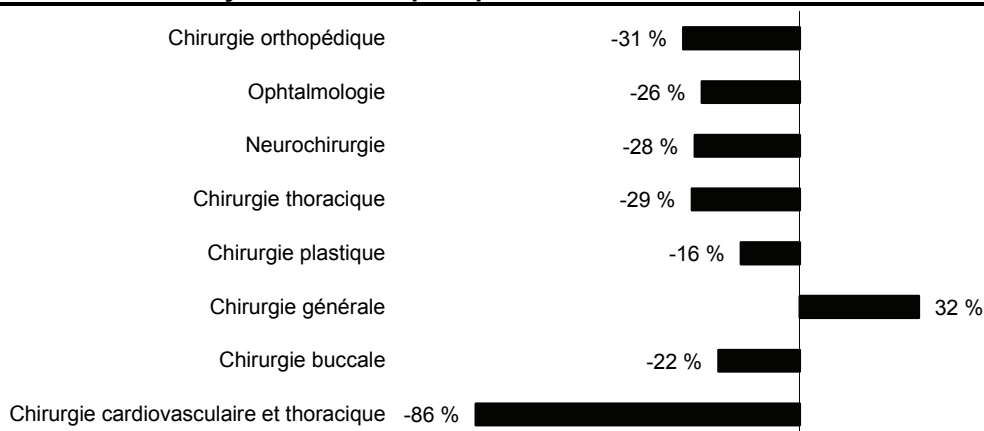
### □ Une diminution des délais d'attente

Les différentes spécialités de la chirurgie affichent une baisse du délai moyen d'attente entre 2008-2009 et 2011-2012.

La chirurgie cardiovasculaire et thoracique a connu la plus forte baisse (-86 %), suivie de la chirurgie orthopédique (-31 %), qui comprend les chirurgies de la hanche et du genou.

GRAPHIQUE 4

#### **Évolution des délais moyens d'attente par spécialité entre 2008-2009 et 2011-2012<sup>(1)</sup>**



Note : Bien que les délais pour les chirurgies générales aient augmentés, ils demeurent en-deçà de trois mois.

(1) Période retenue en raison de la disponibilité des données.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

## □ Des durées de séjour en baisse

La durée moyenne de séjour dans plusieurs spécialités chirurgicales a diminué depuis 2002-2003.

- C'est notamment le cas des chirurgies orthopédiques (-11 %), générales (-14 %) et buccales (-16 %).

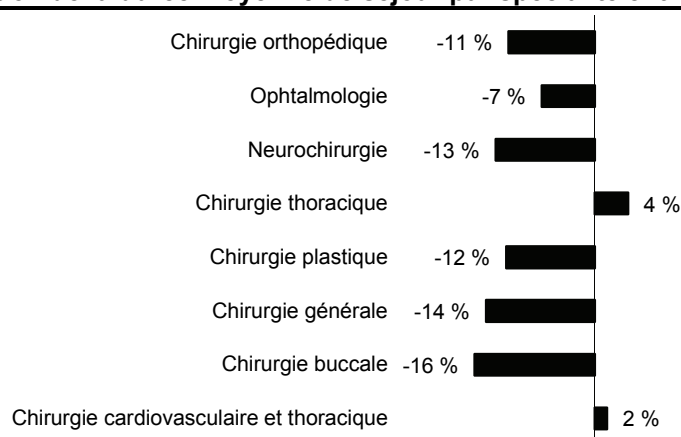
Ces résultats témoignent de gains d'efficacité dans la réalisation des chirurgies au cours de la dernière décennie.

- En plus des bénéfices que la réduction des durées de séjour engendre pour les patients, ces gains de productivité permettent une amélioration de la performance financière des établissements de santé. En raison de la disponibilité des données, il est cependant difficile de quantifier l'évolution des coûts par cas sous-jacente à l'amélioration de la performance financière des établissements.

Les incitatifs financiers mis en place dans le cadre du PAC ont contribué à générer ces gains d'efficacité, conjointement à d'autres facteurs tels que l'amélioration des pratiques médicales et les progrès technologiques.

GRAPHIQUE 5

### Évolution de la durée moyenne de séjour par spécialité entre 2002-2003 et 2010-2011<sup>(1)</sup>



(1) Période retenue en raison de la disponibilité des données.  
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

## ❑ Les limites du programme actuel

### ■ Certaines personnes attendent encore trop longtemps

Plusieurs facteurs pourraient expliquer pourquoi il est difficile de faire perdurer la réduction des délais d'attente dans le temps. En effet, l'incidence de l'augmentation du volume de chirurgies sur l'amélioration de l'accès à celles-ci tend à diminuer avec le temps si l'augmentation de la production n'est pas accompagnée d'une amélioration des processus organisationnels.

— Les résultats du PAC n'échappent pas à ce constat. Les volumes de production additionnels ne suffisent plus à répondre complètement à la hausse de la demande.

Ainsi, malgré ces progrès, certaines personnes attendent toujours trop longtemps pour avoir accès aux services. L'augmentation, au cours des dernières années, du nombre de patients dont la durée d'attente pour une chirurgie dépasse les délais établis témoigne de cet enjeu d'accessibilité et d'équité.

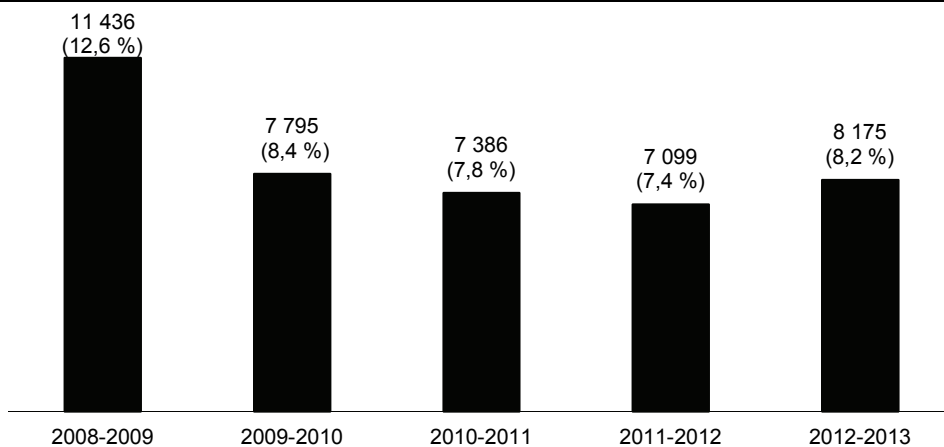
— Entre 2008-2009 et 2012-2013, le nombre de patients en attente depuis plus d'un an est passé de 11 436 à 8 175.

— En outre, en 2012-2013, 8,2 % des patients en attente d'une chirurgie l'étaient depuis plus d'un an.

GRAPHIQUE 6

### Évolution du nombre de patients en attente depuis plus d'un an entre 2008-2009 et 2012-2013<sup>(1)</sup>

(en nombre et en pourcentage)



(1) Période retenue en raison de la disponibilité des données.  
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

## ■ Un accès qui demeure variable d'une région à l'autre

Par ailleurs, l'accès à la chirurgie présente des disparités à travers le Québec. Malgré les résultats significatifs dans l'augmentation des volumes de production chirurgicale, le nombre de personnes en attente depuis plus de six mois pour une chirurgie est très variable d'une région à l'autre.

À titre d'exemple, une lecture de la situation au 11 janvier 2014 montrait que dans la région de Montréal, 36 % des personnes en attente d'une chirurgie d'un jour attendaient depuis plus de six mois (8 003 personnes).

— Cette proportion était plutôt de 15 % en Montérégie (1 079 personnes) et de 32 % dans la région de la Capitale-Nationale (2 068 personnes).

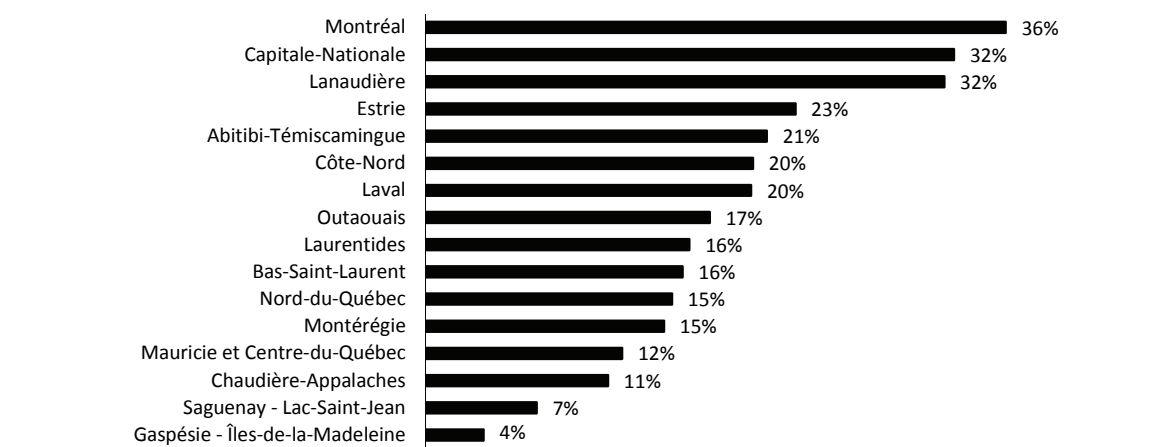
Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces écarts interrégionaux dans l'accès, notamment la disponibilité des salles d'opération et des médecins spécialistes. Il existe également d'importantes disparités d'utilisation du financement alloué aux régions, alors que certaines agences n'ont pas adopté entièrement les paramètres prévus par le programme et ont utilisé leur propre méthode de financement en fonction de leur stratégie pour augmenter les volumes de chirurgies.

— L'ensemble de ces facteurs peut engendrer des différences dans les résultats pour les patients.

À cet égard, le groupe d'experts est d'avis qu'une configuration du financement davantage orientée vers le patient contribuera à réduire ces écarts.

GRAPHIQUE 7

### Proportion des patients en attente depuis plus de six mois pour une chirurgie d'un jour<sup>(1)</sup>



(1) État de situation au 11 janvier 2014.

Source : Données du système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS).

## ■ L'absence de suivi et de contrôle de la qualité

Le programme actuel n'emploie pas d'indicateurs de qualité pour déterminer le paiement versé aux établissements pour les chirurgies additionnelles réalisées.

Les expériences de financement en fonction de l'activité ailleurs dans le monde indiquent cependant l'importance de mesurer la qualité, au même titre que le suivi des volumes réalisés. La mesure de la qualité permet d'évaluer la pertinence de la production chirurgicale, tout en assurant qu'elle soit effectuée avec une préoccupation constante pour la sécurité du patient.

Par conséquent, la pertinence et la qualité des soins devraient pouvoir être mesurables dans le domaine de la production chirurgicale.

Bien que des travaux soient en cours au MSSS pour doter le Ministère et le réseau d'un système de suivi de la performance pour le secteur de la chirurgie, le PAC ne prévoit pas de mesures ou d'incitatifs au maintien de la qualité et de la pertinence des soins, notamment parce que :

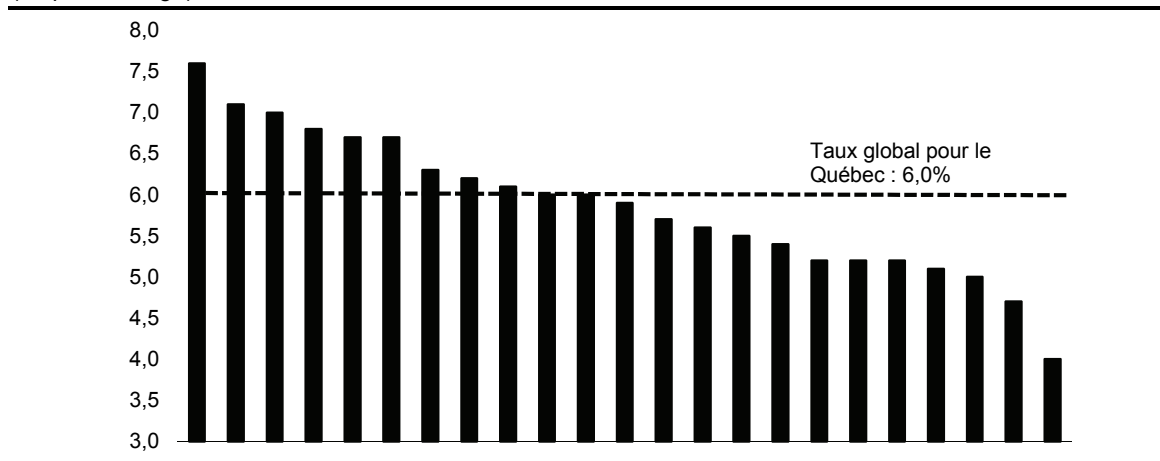
- ces instruments de mesure n'étaient pas disponibles au moment de son implantation;
- le PAC ne couvre que certains volumes de production, et non la totalité de ceux-ci.

Or, la qualité des soins chirurgicaux dispensés varie considérablement entre les établissements, ce qui témoigne de la nécessité d'effectuer un suivi et un contrôle de la qualité.

- La variabilité des taux de réadmission dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux reflète bien les variations de qualité entre les établissements.

GRAPHIQUE 8

### Taux de réadmission dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux dans les grands hôpitaux communautaires<sup>(1)</sup> du Québec en 2010-2011<sup>(2)</sup> (en pourcentage)



Note : Afin de favoriser les comparaisons, l'indicateur employé est un taux « ajusté selon les risques », c'est-à-dire que les résultats ont été estimés en tenant compte des caractéristiques des patients (sexe, âge et comorbidités pertinentes).

(1) Les grands hôpitaux communautaires sont ceux qui répondent à deux des trois critères suivant : 1 : Plus de 8 000 cas de patients hospitalisés, 2 : Plus de 10 000 cas pondérés, 3 : plus de 50 000 jours-présence des patients hospitalisés.

(2) Période retenue en raison de la disponibilité des données.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

## **Les succès et limites du PAC : le point de vue du milieu à travers des *focus groups***

En 2012, à la demande du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients, une démarche d'évaluation du PAC a été entreprise. Elle avait pour objectif d'amener des représentants du réseau de la santé et des services sociaux à réfléchir, notamment par l'entremise de groupes de discussion et de consultation (*focus groups*), aux aspects cliniques et financiers du PAC<sup>5</sup>.

Les principales forces et lacunes du programme identifiées par ces groupes sont présentées ci-dessous.

### **Volet clinique**

- Le programme, surtout depuis sa bonification en 2011, encourage à recourir au plateau technique le mieux adapté à la chirurgie et a conduit à une meilleure organisation des services.
- La compréhension du modèle a encouragé, dans certains cas, des établissements à le reproduire pour d'autres activités.
- Les systèmes d'information actuels n'offrent pas les mécanismes nécessaires pour la réconciliation, la vérification et la compréhension des données cliniques et financières de la chirurgie. Les établissements ne disposent donc pas de moyens suffisants pour analyser la qualité et l'efficacité des interventions réalisées.
- Les lacunes quant à la disponibilité de l'information méthodologique du programme en rendent difficile la diffusion aux différents intervenants du réseau.
- L'absence de suivi de la qualité des soins, par la mise en place d'indicateurs et de cibles de résultats, ne permet pas d'évaluer adéquatement le programme.
- La possibilité que les établissements limitent partiellement ou totalement les chirurgies moins adéquatement financées ou utilisent la pratique la moins coûteuse même lorsqu'elle est moins appropriée augmente les risques d'effets pervers sur la pratique.

### **Considérations financières**

- Les ressources financières mises à la disposition des établissements ont permis d'accroître la production.
- Les pratiques médicales ayant considérablement évolué depuis dix ans, l'utilisation de l'année 2002-2003 comme seuil de détermination des volumes additionnels n'est plus adéquate.
- Dans certains cas, les coûts de production se sont avérés plus élevés que le financement prévu, en raison des paramètres utilisés par le MSSS pour déterminer le remboursement par intervention et des solutions employées par les établissements pour augmenter la production<sup>6</sup>.
- Il existe d'importantes disparités dans l'allocation du financement entre les régions, alors que certaines agences n'adhèrent pas aux paramètres de financement prévus par le programme et utilisent leurs propres méthodes.
- Les paramètres tarifaires sont désuets et ne prennent pas suffisamment en compte les réalités particulières de certains établissements.

<sup>5</sup> Voir : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Focus groups sur l'appréciation de l'approche de financement par activité utilisée par le MSSS*, Rapport final, 10 octobre 2012.

<sup>6</sup> Plusieurs établissements ne disposant pas d'informations précises sur les coûts par intervention réalisée, ce constat est suggéré par la comparaison du total des dépenses engagées par les établissements et de l'ensemble du financement reçu.

### 1.3 Les raisons du changement

Le PAC a constitué un pas dans la bonne direction pour favoriser l'accès à la chirurgie. Il a été l'un des instruments utilisés pour accroître les volumes de chirurgies et réduire les délais d'attente pour la majorité des types de chirurgies, en contribuant notamment à diminuer la proportion de cas en attente depuis trop longtemps.

Cependant, dans sa forme actuelle, ce programme a atteint une certaine limite quant à sa capacité à améliorer l'accès de la population aux services chirurgicaux.

- La demande pour ce type de services continue de croître, accentuant la pression sur le système. L'expertise et l'expérience acquises depuis l'instauration du programme ont préparé le terrain pour de nouveaux développements.

De plus, comme l'ont mentionné les participants aux groupes de discussion et de consultation, le groupe d'experts estime qu'il est impératif que le programme soit mis en lien avec des objectifs de qualité.

- Pour aller plus loin et orienter davantage le programme vers des objectifs de qualité, il est nécessaire de couvrir l'ensemble de la production, et non seulement la production excédentaire.

Par ailleurs, d'autres considérations que celles rattachées à la qualité suggèrent également que le PAC est trop partiel.

- Notamment, les gains sont limités lorsque les incitatifs à améliorer l'efficacité ne concernent que les volumes de chirurgies supplémentaires. La couverture de l'ensemble de la production chirurgicale est un élément clé pour ajuster l'offre de production vers les lieux les plus appropriés et améliorer l'efficacité dans la prestation des services.

- Ainsi, pour maximiser les gains d'efficacité dans le domaine de la chirurgie, l'ensemble de l'activité chirurgicale doit être assujéti aux mêmes modalités de financement.

Afin de mieux l'arrimer avec les grandes orientations du système de santé, le PAC devrait être élargi et mis en lien avec des objectifs de qualité. Le PAC+ devrait ainsi constituer l'une des initiatives concrètes suggérées pour l'implantation du financement axé sur les patients au Québec.

La suite du document présente la proposition du groupe d'experts à cet égard, soit de se donner « *une vision du financement axé sur les patients : une première initiative concrète à travers le PAC+* ».

#### Recommandation 1

Élargir le Programme d'accès à la chirurgie, faire du PAC+ l'une des initiatives concrètes suggérées pour l'implantation du financement axé sur les patients au Québec et mettre le programme en lien avec des objectifs de qualité.



## 2. UNE APPROCHE INTÉGRÉE POUR MIEUX FINANCER LA CHIRURGIE

En réponse aux limites du PAC ainsi qu'à certaines préoccupations exprimées par le milieu quant à ce dernier, le groupe d'experts sur le financement axé sur les patients propose un élargissement du programme, le PAC+, couvrant la totalité de la production chirurgicale.

Il est possible et souhaitable de faire évoluer le Programme d'accès à la chirurgie afin de mieux l'arrimer aux grandes orientations d'un système de santé performant que sont :

- l'accès aux soins;
- la pertinence et la qualité des soins;
- l'équité;
- l'efficacité dans la prestation de services<sup>7</sup>.

Par rapport aux budgets globaux et historiques, les modèles de financement axés sur les patients peuvent susciter des changements positifs sur ces dimensions<sup>8</sup>.

Au-delà des aspects financiers, le programme devra constituer un incitatif à l'amélioration de la gestion et de l'organisation des services. Il doit par ailleurs inclure une méthodologie de suivi de la performance des établissements et encourager une approche participative entre les cliniciens et les gestionnaires du réseau.

Plusieurs principes influencent l'approche qui est adoptée pour atteindre ces objectifs, soit :

- la définition d'une vision globale, au moyen d'une stratégie nationale de la chirurgie;
- une collaboration étroite entre les responsables cliniques et les administrateurs;
- l'adoption d'une perspective évolutive dans l'implantation du programme pour en arriver au financement de la trajectoire de soins complète.

Malgré le potentiel d'amélioration que représente le financement axé sur les patients, des risques peuvent être associés à l'introduction de ce nouveau mode de financement<sup>9</sup>. Le groupe d'experts en est conscient, et a donc porté une attention particulière à la gestion des risques. La section 6 de ce document traite de ces questions.

### Recommandation 2

Arrimer le PAC+ aux grandes orientations d'un système de santé performant que sont l'accès aux soins, la pertinence et la qualité des soins, l'équité et l'efficacité dans la prestation de services.

<sup>7</sup> Le groupe d'experts a développé au cours de ses travaux un cadre de référence pour définir les dimensions de la performance d'un système de santé. Ce dernier diffère du cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du MSSS sur quelques aspects, mais l'essence de ces cadres de référence est similaire.

<sup>8</sup> Se référer au rapport stratégique pour plus de détails.

<sup>9</sup> Le rapport stratégique présente de façon plus étoffée les risques associés au financement axé sur les patients. Certains de ces risques sont aussi présentés dans le document suivant : Jason M. SUTHERLAND et autres, *Examen du rôle potentiel des incitations financières dans le financement des services de santé au Canada*, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, décembre 2012, [En ligne], [<http://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/reports/Reviewing-Financial-Incentives-Sutherland-F.pdf?sfvrsn=0>].

## 2.1 Un meilleur arrimage avec les grandes orientations du système de santé

Plus qu'une expérience pilote pour l'implantation du financement axé sur les patients dans le système de santé québécois, le PAC+ proposé par le groupe d'experts vise un meilleur arrimage des soins dans le domaine chirurgical aux grandes orientations du système de santé.

### □ L'accès aux soins

L'accès aux soins est l'une des principales dimensions de la performance du système de santé et de services sociaux. Bien qu'il en existe plusieurs définitions dans la littérature, il est généralement compris ainsi :

- l'accès aux soins se définit comme l'adéquation entre les besoins de la population et l'utilisation du système de soins. Dans ce contexte, les besoins de la population sont établis en fonction de ses caractéristiques sociodémographiques, et l'utilisation du système de soins s'entend comme la prise en charge effective des patients<sup>10</sup>.

Ceci se traduit, au niveau individuel, par l'obtention des soins requis dans un délai optimal.

Lorsqu'appliqué à la chirurgie, le groupe d'experts retient pour le concept d'accès :

- qu'il s'agit pour un patient d'obtenir le service requis dans le meilleur délai possible;
- que pour assurer cet accès, des standards d'accès doivent avoir été établis en fonction des délais médicalement requis ou de ceux convenus aux plans administratif et médical.
  - Par exemple, un accès à la chirurgie oncologique est médicalement requis à l'intérieur d'un délai de 28 jours. Quant à la chirurgie de la cataracte, le MSSS a établi qu'un patient devrait être opéré à l'intérieur d'un délai de six mois.

Les résultats atteints par le PAC donnent une indication du potentiel qu'offre l'élargissement du programme. Introduire un financement axé sur les patients pour l'ensemble de la chirurgie permettra non seulement de poursuivre en ce sens, mais aussi d'influencer d'autres aspects du système de santé, notamment la pertinence et la qualité des soins.

---

<sup>10</sup> Voir, par exemple : Lu Ann ADAY et Ronald ANDERSEN, « A framework for the study of access to medical care », *Health Services Research*, 1974, vol. 9, p. 208-220.

## □ La pertinence et la qualité des soins

Pour le groupe d'experts, l'accès à un service pertinent et de qualité doit être assuré.

La pertinence peut être définie comme étant la combinaison des bons soins, au bon patient, au bon moment et au bon endroit<sup>11</sup>.

Ainsi, lorsqu'il est question de qualité des soins chirurgicaux, le groupe retient les trois dimensions suivantes<sup>12</sup> :

- les services de santé sont fondés, dans la mesure du possible, sur des données probantes rigoureuses scientifiques ou issues de la recherche;
- le patient ne doit pas subir d'effets néfastes découlant des soins, ni être exposé à des risques inutiles;
- les services de santé sont offerts dans le cadre d'un partenariat entre les praticiens et le patient, avec bienveillance, empathie et sensibilité aux besoins, aux valeurs et aux préférences du patient.

La pertinence et la qualité des soins devraient pouvoir être mesurables dans le domaine de la production chirurgicale. Or, le PAC ne prévoit pas de mesures ou d'incitatifs au maintien de la qualité et de la pertinence des soins, notamment parce que :

- ces instruments de mesure n'étaient pas disponibles au moment de son implantation;
- le PAC ne couvre que certains volumes de production, et non la totalité de ceux-ci.

Il faut maintenant faire de la mesure de la pertinence et de la qualité une obligation. Cette obligation implique de mesurer l'ensemble de la production chirurgicale, un passage obligé pour contribuer à l'équité dans l'accès aux services.

---

<sup>11</sup> Voir, par exemple : ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, *Les médecins prennent l'initiative de définir la pertinence en soins de santé*, 21 août 2013, [En ligne], <http://www.amc.ca/medecins-prennent-initiative-definir-pertinence>.

<sup>12</sup> Le concept de qualité est présenté de façon plus exhaustive dans le fascicule sur le financement aux meilleures pratiques, à la page 3. Le fascicule sur la qualité présente une définition plus large de la qualité, comprenant des dimensions de capacité du système, d'équité et d'accès. Les deux dernières dimensions sont ici présentées séparément.

## □ L'équité

L'équité dans le domaine de la santé s'articule principalement autour de deux dimensions :

- l'équité pour les patients implique que les services de santé sont répartis en fonction des besoins des patients, sans égard à leur lieu de résidence ou à leur condition<sup>13</sup>. Elle réfère donc à une équité d'accès, dans le respect des standards de qualité et de pertinence;
- l'équité de traitement dans le financement d'un même service, permettant aux établissements d'offrir des services comparables pour un financement équivalent<sup>14</sup>.

En élargissant le financement axé sur les patients à l'ensemble de la production chirurgicale, le groupe d'experts estime qu'il est possible de diriger le financement là où le patient a choisi d'être soigné.

## □ L'efficacité dans la prestation des services

L'efficacité dans la prestation des soins de santé peut être définie comme la production d'un service de qualité, pertinent, et offert au meilleur coût possible<sup>15</sup>.

L'efficacité dans les soins évolue constamment, en raison de l'amélioration des connaissances cliniques et financières d'une part, et des technologies médicales d'autre part.

L'implantation d'un système de financement axé sur les patients permet aux agences et aux établissements de disposer d'informations supplémentaires sur les processus cliniques et les coûts.

- Ces informations sont à la fois une condition nécessaire et un incitatif à l'amélioration de l'efficacité dans la prestation des services.

---

<sup>13</sup> Voir, par exemple : Joseph KUTZIN, *Politique de financement de la santé : un guide à l'intention des décideurs*, Organisation mondiale de la santé, 2008, p. 5-7.

<sup>14</sup> Voir, par exemple : Gaétan LÉVESQUE, *Mode d'allocation des ressources financières 2006-2007 aux hôpitaux du Québec pour les patients hospitalisés et en chirurgie d'un jour par le ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2007, [En ligne], <http://www.oiaq.org/documents/file/mode-allocation-ressources-hopitaux.pdf>.

<sup>15</sup> Voir, par exemple : AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, *Health Care Efficiency Measures: Identification, Categorization, and Evaluation: Final Report*, Rockville, MD, 2008.

## Le potentiel des gains d'efficience : une illustration concrète

Des gains d'efficience sont constatés lorsque des établissements parviennent à réduire le coût pour offrir un service de qualité égale ou supérieure. Le graphique ci-dessous illustre les gains pour le Québec lorsque, pour un service de même qualité, les établissements ayant des coûts de production élevés parviennent à ramener ce coût au niveau moyen à travers les établissements.

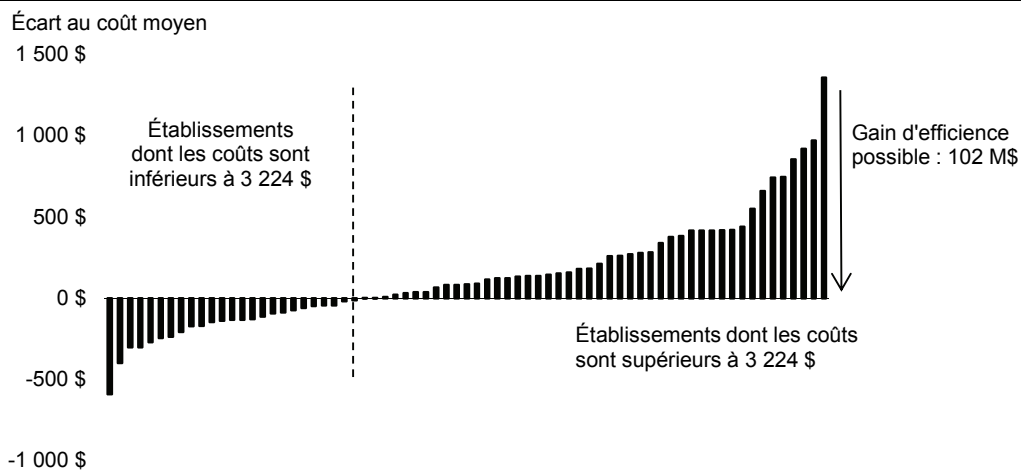
À titre d'exemple, le potentiel des gains d'efficience peut être illustré à partir du modèle d'efficience du MSSS pour les clientèles admise et en chirurgie d'un jour.

Pour l'exercice financier 2011-2012 :

- le coût moyen ajusté<sup>1</sup> par cas pondéré dans les 74 établissements offrant des services chirurgicaux pour ces clientèles s'élevait à 3 224 \$;
- 46 établissements, représentant 55 % de l'activité chirurgicale pour les clientèles admises et en chirurgie d'un jour<sup>2</sup>, avaient un coût moyen supérieur à celui de l'ensemble des établissements.

Ainsi, si le coût moyen par chirurgie dans ces établissements avait pu être ramené au coût moyen global, des gains d'efficience d'environ 102 millions de dollars auraient été réalisés. Ce montant représente 3,5 % du total des dépenses associées à l'activité chirurgicale pour les clientèles admises et en chirurgie d'un jour.

### Illustration des gains d'efficience possibles dans la prestation des services – 2011-2012



Source : Calculs du groupe d'experts à partir de données de 2011-2012 tirées du modèle d'efficience du ministère de la Santé et des Services sociaux.

- 1 Les coûts observés ajustés correspondent aux coûts observés desquels on soustrait les coûts liés à l'enseignement et auxquels on ajoute des coûts liés à l'éloignement et à la pédiatrie.
- 2 L'activité chirurgicale est calculée en fonction des cas pondérés.

## 2.2 Une démarche qui s'inscrit dans une stratégie nationale de la chirurgie

Au cours des dernières années, plusieurs mesures ont été mises de l'avant pour améliorer l'accès et réduire les délais d'attente en chirurgie.

- Certaines chirurgies pour lesquelles de longs délais d'attente étaient observés ont été priorisées.
- Des standards d'accès ont été progressivement introduits pour l'ensemble des activités chirurgicales afin de soutenir les mesures d'amélioration de l'accès.
- Un système d'information a été mis en place par le MSSS pour suivre les délais d'attente et les services rendus<sup>16</sup>.
- Des changements législatifs ont été introduits pour préciser les responsabilités d'accès au sein des établissements et les obligations à respecter<sup>17</sup>.
- Plus récemment, des efforts ont été faits pour optimiser l'utilisation des blocs opératoires et améliorer les processus au sein des établissements afin d'accroître la fluidité des soins et leur efficacité (processus d'amélioration continue *lean*).
- En parallèle, le PAC a été introduit pour soutenir financièrement la production chirurgicale additionnelle.

Pour accroître l'efficacité et la cohérence des actions, il est souhaitable de franchir une nouvelle étape en se dotant d'une stratégie nationale de la chirurgie.

Par ailleurs, la majorité des expériences fructueuses d'implantation d'un financement axé sur les patients pointent vers l'importance de déterminer des objectifs clairs sur lesquels sont alignés des incitatifs financiers.

Des objectifs comme réduire l'attente ou assurer la qualité, l'équité et l'efficience, offrent des orientations générales. Cependant, il est aussi nécessaire de définir des objectifs plus précis. Par exemple, les questions suivantes doivent être abordées :

- Quels sont les besoins les plus pressants en chirurgie dans la population, maintenant et à moyen terme?
- Quels seraient les taux appropriés d'utilisation des services?
- Quelle reconfiguration des services peut être attendue à la suite des changements des modèles de services, de la demande et des technologies médicales?

Une stratégie nationale de la chirurgie aiderait à mettre de l'avant ces questions essentielles, et à y apporter des réponses, permettant ainsi de mieux orienter les efforts dans le domaine chirurgical.

---

<sup>16</sup> Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2007, un mécanisme pour gérer l'accès aux chirurgies non urgentes est utilisé dans toutes les régions du Québec. Le Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS) permet de suivre l'évolution des listes d'attente de ces chirurgies pour l'ensemble du Québec et l'atteinte des cibles pour chacun des hôpitaux.

<sup>17</sup> Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (L.Q. 2006, chapitre 43).

### **Une démarche s'inscrivant dans une stratégie nationale de la chirurgie**

La stratégie nationale de la chirurgie a pour objet :

- de déterminer les objectifs poursuivis par le système de santé en chirurgie;
- de définir les standards d'accès et de qualité et de les réviser périodiquement;
- de préciser les mesures à mettre de l'avant pour soutenir la pertinence des services;
- de proposer les outils d'évaluation de qualité et de mesure de performance à mettre en place pour suivre, mesurer et adapter les services rendus à la population;
- d'intégrer les modes de financement afin qu'ils appuient les objectifs prioritaires;
- de faire les liens appropriés avec les plans d'effectifs et de mettre de l'avant les priorités de formation de la main-d'œuvre adaptées à l'évolution des connaissances et des modes d'organisation;
- de permettre une gestion intégrée des activités reliées à la poursuite des objectifs en matière de systèmes d'information clinique et administrative, d'immobilisations et d'équipement;
- de développer les outils de reddition de compte et d'information à la population sur les services en chirurgie.

Le groupe d'experts voit dans la stratégie nationale de la chirurgie une opportunité additionnelle de rapprocher et concerter les efforts des responsables cliniques et des administrateurs dans la poursuite des objectifs d'accès, de qualité, d'équité et d'efficience en chirurgie.

#### **Recommandation 3**

Se doter d'une stratégie nationale de la chirurgie pour accroître l'efficacité et la cohérence des actions dans le domaine chirurgical.

## 2.3 Une étroite collaboration entre les responsables cliniques et les administrateurs

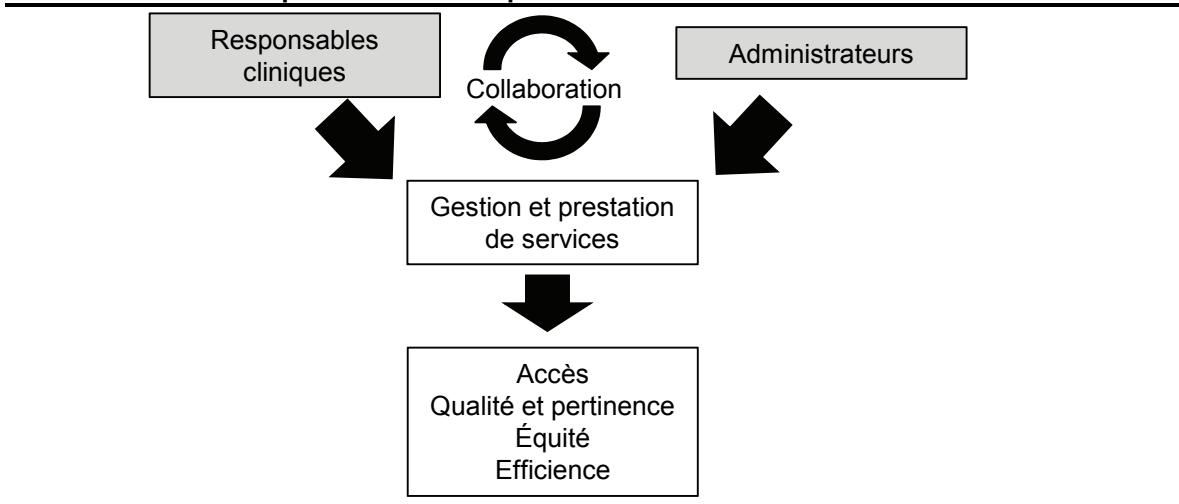
L'existence d'une véritable collaboration entre le clinique et l'administratif est l'une des premières conditions de réussite dans l'implantation d'un financement axé sur les patients. Ce mode de gestion partagée est essentiel à l'atteinte des objectifs du financement axé sur les patients. C'est pourquoi le groupe d'experts est d'avis que les modifications à apporter dans la gestion de la production chirurgicale au Québec doivent contribuer à accroître la collaboration entre les responsables cliniques et les administrateurs. Ainsi :

- les cliniciens devraient faire partie intégrante de la gestion de la qualité et des coûts des services offerts;
- les cliniciens comme les gestionnaires devraient avoir accès à des systèmes d'information clinique et financière transparents, ainsi qu'aux informations pertinentes concernant les coûts;
- l'atteinte des résultats devrait faire l'objet d'une imputabilité partagée entre cliniciens et gestionnaires.

La collaboration administrative entre les responsables cliniques et les administrateurs se fait déjà à quelques endroits dans le réseau. Cette pratique doit être généralisée pour en maximiser les impacts, une vision d'ailleurs partagée par plusieurs acteurs du milieu. Elle constitue l'une des conditions de succès de l'implantation, la gestion et l'évaluation du PAC+.

ILLUSTRATION 2

### La cohérence des responsabilités clinique et administrative



## Cohérence des responsabilités cliniques et administratives : un exemple concret

Au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), la collaboration entre les responsables cliniques et les administrateurs est vécue à deux niveaux.

D'abord, la directrice des services infirmiers et le directeur des services professionnels dirigent en partenariat les services cliniques et sont par conséquent responsables des programmes clientèles. C'est une gestion partagée où tous les dossiers d'organisation de services sont assumés conjointement.

La responsabilité de tous les programmes leur revient; peu de dossiers sont sous la responsabilité d'un seul. Les décisions sont prises à deux et les orientations sont soutenues par les deux au nom de la Direction interdisciplinaire des services cliniques. Ils assument par ailleurs la responsabilité de lever les contraintes liées aux programmes-services et s'assurent que les développements sont axés sur la planification stratégique.

« Nos programmes-clientèles sont également en cogestion. Nous en avons onze, incluant trois programmes de plateaux (pharmacie, imagerie et laboratoires). Les volets stratégiques, tactiques et opérationnels sont sous la responsabilité des deux. Nous visons principalement l'organisation des services et leur développement. »

Tous les programmes participent à la décision lors des achats majeurs d'équipements en chirurgie.

« Comme codirecteurs, nous nous sommes donné une structure favorisant des rencontres régulières avec chaque programme-clientèle et une structure pour rencontrer tous les programmes au même moment. On prend les décisions par consensus. »

Finalement, les chefs clinico-administratifs et les chefs médicaux sont sur le même pied.

« On vise aussi dans un futur proche à soutenir le développement des compétences des tandems afin de les outiller à faire des analyses complètes à deux, à décider à deux et à soutenir la même décision ou orientation. »

Source : Stéphane Tremblay, M.D., FRCPC, MBA, directeur des services professionnels et codirecteur des services cliniques, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

## 2.4 Le financement d'une trajectoire de soins

Les soins reçus par un patient recevant une chirurgie s'étendent bien au-delà des procédures en salle d'opération. Un patient reçoit plusieurs services, qui constituent une trajectoire de soins<sup>18</sup>.

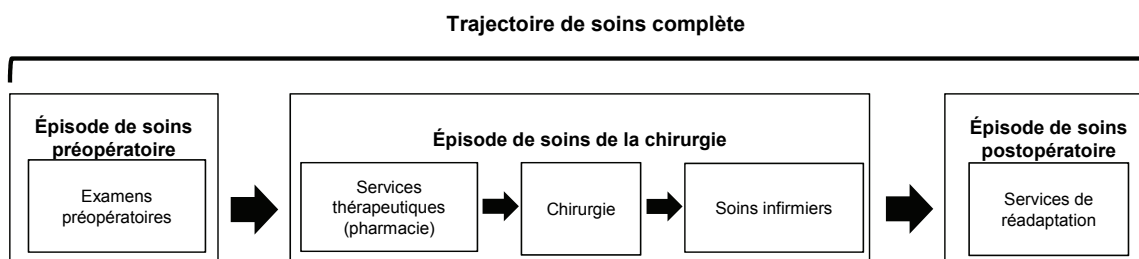
- Avant même d'être admis à l'hôpital, le patient a souvent effectué ses examens préopératoires en service ambulatoire, souvent dans un centre de médecine de jour (épisode de soins préopératoire).
- Entre l'admission d'un patient à l'hôpital et sa sortie, une multitude de services sont prodigués en plus des services au bloc opératoire, comme des soins infirmiers et des tests de laboratoire (épisode de soins de la chirurgie).
- Après leur sortie de l'hôpital, plusieurs patients continuent de bénéficier de services en lien avec leur chirurgie, tels que des services de réadaptation, qui peuvent être reçus dans des centres de réadaptation ou à domicile (épisode de soins postopératoire).

La continuité tout au long de la trajectoire de soins, ainsi qu'une meilleure coordination entre les différents professionnels intervenant dans cette trajectoire, sont essentielles à l'amélioration des soins pour les patients.

Les incitatifs financiers doivent favoriser cette coordination et cette continuité, et c'est pourquoi le financement doit se faire sur la base de la trajectoire complète de soins d'un patient, plutôt que sur la base de chacune de ses étapes. Ainsi, au terme de sa mise en œuvre graduelle<sup>19</sup>, le PAC+ financera la totalité de la trajectoire de soins.

ILLUSTRATION 3

### Représentation d'une trajectoire de soins



### Recommandation 4

À terme, financer la totalité de la trajectoire de soins selon les modalités du financement axé sur les patients, et effectuer ce financement sur la base de la trajectoire complète de soins d'un patient plutôt que sur la base de chacune de ses étapes.

<sup>18</sup> Il existe plusieurs modes d'organisation et de prestation des soins. Le groupe d'experts a choisi de se référer à la forme la plus générale. Par exemple, bien que le terme hôpital soit employé dans la description de la trajectoire de soins, les autres types d'établissements réalisant des chirurgies sont aussi visés par le programme.

<sup>19</sup> Se référer à la section 5, notamment à l'illustration de la section 5.2 pour une présentation plus détaillée de cette implantation graduelle.

## 2.5 Une approche évolutive

### □ L'importance d'une transformation graduelle

L'implantation du financement axé sur les patients dans le domaine chirurgical implique des changements à plusieurs niveaux dans le système.

- Les intervenants concernés (MSSS, agences, établissements et unités de soins) peuvent avoir à modifier leurs façons de faire.
- La production et l'utilisation méthodique d'une quantité accrue d'informations en comparaison au mode de financement actuel sont requises.
- Dans un système complexe comme celui de la santé, un changement dans une composante aura un impact sur les autres. Par exemple, si les volumes de chirurgies augmentent, une pression additionnelle s'exercera sur les services de réadaptation, à la fois à l'intérieur et hors des établissements.

Pour que ces changements se fassent de façon harmonieuse, il est crucial :

- de laisser aux différents intervenants le temps de s'adapter au programme et de se l'approprier;
- de prendre en compte :
  - la méthode actuelle d'allocation des ressources,
  - les caractéristiques actuelles des systèmes d'information clinique et financière,
  - la disponibilité des données pour les cliniciens et les administrateurs,
  - la capacité organisationnelle d'introduire les changements requis;
- d'effectuer un suivi des résultats du programme pendant son implantation afin de s'assurer que ces derniers correspondent aux objectifs, et procéder à des ajustements lorsqu'ils sont nécessaires.

Dans ce contexte, il est pertinent d'adopter une approche pragmatique et d'implanter le PAC+ graduellement, en utilisant d'abord les données et les conditions existantes pour ensuite introduire des transformations à mesure que les conditions nécessaires seront mises en place.

- Ce faisant, les différents intervenants disposeront du temps requis pour le développement des outils nécessaires au nouveau système et de s'y adapter.

## □ Une implantation progressive de plusieurs aspects du programme

Le groupe d'experts propose d'implanter le PAC+ sur plusieurs années. Cette implantation pluriannuelle se fait à plusieurs niveaux :

- introduction progressive du nouveau mode de financement et recours à des mesures de transition pour faciliter l'adaptation du réseau au nouveau système;
- élargissement progressif de la trajectoire de soins couverte;
- prise en compte graduelle de la performance et de la qualité dans le tarif;
- raffinement graduel dans la nature des données utilisées à mesure que l'information clinique et financière sera développée.

Par ailleurs, à travers des mécanismes de suivi et d'évaluation, le programme devrait évoluer de manière continue pour mieux répondre aux grandes orientations du système de santé.

Les étapes de cette implantation graduelle du financement axé sur les patients dans le domaine de la chirurgie sont présentées de façon plus détaillée à la section 5.2 du présent document.

### Recommandation 5

Adopter une approche pragmatique et implanter le PAC+ graduellement, en commençant l'expérience en utilisant les données et les conditions existantes, et en effectuant de nouvelles transformations à mesure que les conditions nécessaires seront mises en place.

**DEUXIÈME PARTIE  
LES DÉTAILS CLINIQUES ET FINANCIERS DU PAC+**



### 3. L'UNIVERS CLINIQUE COUVERT

L'univers clinique couvert par le PAC+ diffère de celui du PAC à plusieurs égards, que ce soit par rapport aux actes couverts, aux établissements admissibles ou à l'épisode de soins couvert.

#### 3.1 Les actes couverts

Le PAC+ couvre l'ensemble des chirurgies pour permettre de :

- favoriser une meilleure gestion des services pour les établissements, autant dans la dimension clinique qu'administrative;
- prévenir certains effets indésirables, comme la priorisation de certains types de chirurgies au détriment d'autres chirurgies.

Ultimement, cette initiative est susceptible de se traduire par de meilleurs résultats de santé pour les patients.

Le PAC+ couvre donc la quasi-totalité des chirurgies, incluant la cardiologie tertiaire, l'hémodynamie et l'électrophysiologie interventionnelle. Lorsqu'exceptionnellement un secteur ne peut être couvert en raison de coûts très élevés ou d'un volume de chirurgies trop faible, par exemple pour les greffes et les transplantations, le financement se poursuivra sur une base historique. En termes financiers, le PAC+ devrait représenter, en 2014-2015, le quart (24 %) de l'ensemble des dépenses estimées du programme de la santé physique. Il s'agit d'une augmentation considérable puisqu'en 2012-2013, le PAC ne représentait que 3 % de l'ensemble des dépenses dans ce domaine.

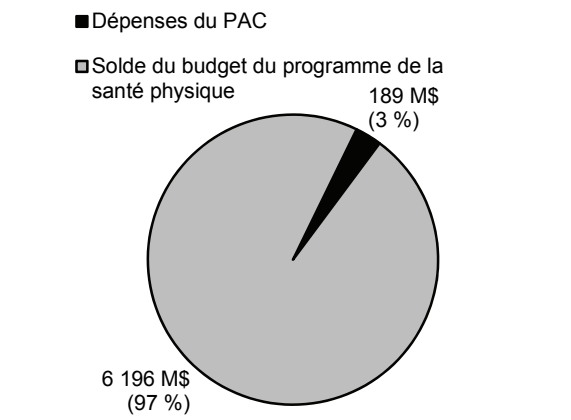
#### Recommandation 6

Couvrir l'ensemble des chirurgies afin de favoriser une meilleure gestion des services pour les établissements et de prévenir certains effets indésirables, comme la priorisation de certains types de chirurgies au détriment d'autres chirurgies.

GRAPHIQUE 9

#### Dépenses du PAC par rapport au budget du programme de la santé physique en 2012-2013

(en pourcentage et en millions de dollars)

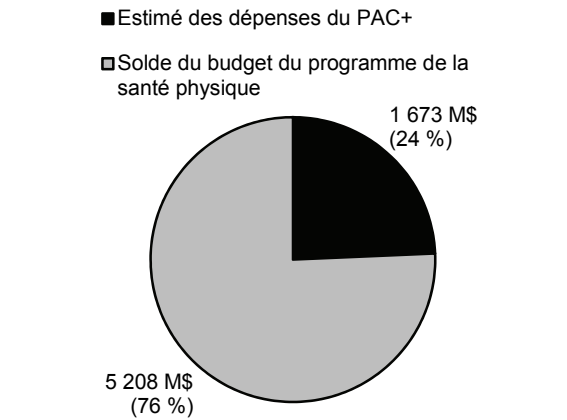


Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

GRAPHIQUE 10

#### Estimation de l'enveloppe budgétaire du PAC+ par rapport au budget du programme de la santé physique en 2014-2015

(en pourcentage et en millions de dollars)



Source : Estimation du groupe d'experts à partir de données du ministère de la Santé et des Services sociaux.

## ❑ La catégorisation des cas de chirurgie

Le coût des soins prodigués variant considérablement selon leur nature, la catégorisation des cas de chacun des patients en fonction des services qu'ils ont reçus constitue une des étapes cruciales du financement axé sur les patients. Ce faisant, il devient possible d'accorder à l'établissement un financement reflétant le coût des services prodigués.

- Actuellement, les chirurgies incluses dans le PAC sont regroupées dans seize grandes catégories de coûts. Ce nombre est insuffisant pour tenir compte des particularités et de la variété des services offerts en chirurgie.

Les experts privilégient une nouvelle méthode de catégorisation des cas de chirurgie. La catégorisation des chirurgies se fera en combinant deux types d'information, présentés plus en détail dans l'encadré de la page suivante :

- le regroupement des chirurgies, basé sur les codes d'acte de la base de données sur la rémunération des médecins (RAMQ);
- la lourdeur des cas de chirurgie<sup>20</sup>, basée sur les regroupements de cas par APR-DRG.

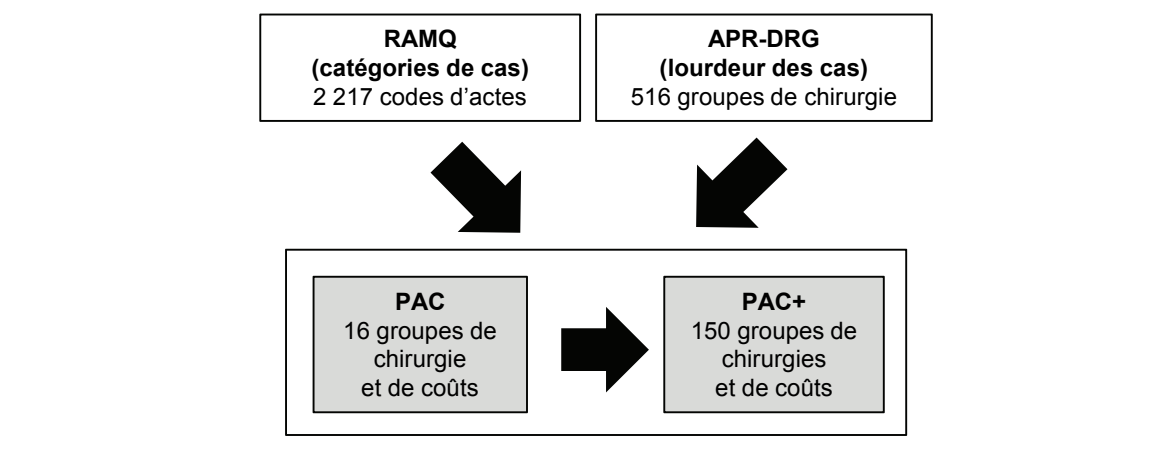
Dans le cadre du PAC+, l'utilisation de cette méthode donne environ 150 groupes de chirurgies. Il s'agit d'un nombre suffisant pour regrouper des codes d'actes réputés homogènes, à la fois du point de vue clinique que de celui de l'utilisation des ressources. La méthodologie de classification est présentée plus en détail à l'annexe IV.

L'établissement de ces 150 groupes de chirurgies permettra d'évaluer le volume de la production chirurgicale et le coût des interventions réalisées de manière adéquate.

Cette catégorisation doit être établie par le MSSS. Sujette à une révision annuelle, elle doit être rendue disponible aux établissements avant le début de chaque année financière.

### ILLUSTRATION 4

#### Catégorisation des chirurgies dans le PAC+



<sup>20</sup> La lourdeur d'un cas réfère à l'intensité de l'utilisation des ressources qu'il requiert.

## Bases de données cliniques utilisées dans le cadre du PAC+

### **La base de données de la RAMQ**

La base de données administratives sous la responsabilité de la RAMQ a été mise en place aux fins de la rémunération des médecins dans le réseau de santé. Ainsi, elle contient des codes d'actes pour chacun des traitements pouvant être offerts par les médecins.

- Dans le cadre du PAC+, cette base sera utilisée pour catégoriser les actes chirurgicaux couverts par le programme et faire le suivi des volumes, pour ensuite fournir le remboursement en conséquence aux établissements.

### **La base de données MED-ÉCHO**

MED-ÉCHO<sup>(1)</sup> est une banque provinciale de données cliniques et administratives servant principalement à recueillir des renseignements sur les séjours à l'hôpital selon les interventions, les diagnostics et les services utilisés pour les caractéristiques différenciées des patients. Elle a été instaurée pour soutenir la recherche et la surveillance épidémiologique.

- Cette banque contient des données détaillées sur la nature des hospitalisations de courte durée et des chirurgies d'un jour. Elle renseigne également sur le type et la quantité de services fournis à chaque patient. La codification des données est assurée par les archivistes médicaux des établissements.

Les données soumises à MED-ÉCHO sont classées en fonction d'un système de groupes de malades, l'APR-DRG. Ce système de classification international et reconnu assigne à chaque patient un diagnostic regroupé pour la gestion (DRG) et un niveau de gravité.

Il existe quatre niveaux distincts de gravité, allant de faible à élevé. Le niveau de gravité est assigné en fonction d'une combinaison de facteurs, soit les diagnostics principaux et secondaires, les interventions réalisées et l'âge du patient. La classification en niveaux de gravité permet de mieux évaluer les ressources nécessaires au traitement d'un patient.

- Dans le cadre du PAC+, MED-ÉCHO servira à évaluer la lourdeur des cas.

### **La base de données SIMASS**

La banque SIMASS, le Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés, est une base de données sur les listes d'attente pour les différentes chirurgies. Le système de classification de la banque est basé sur la Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCA), en apportant certaines modifications méthodologiques pour s'adapter au changement de la pratique médicale. La banque SIMASS est mise à jour continuellement et permet d'assurer en temps réel le suivi des volumes de chirurgies réalisées.

- La banque SIMASS servira au suivi en temps réel des volumes de chirurgies et au suivi des listes d'attente dans le PAC+.

### **Autres sources d'information**

Finalement, d'autres bases de données seront également utilisées. Ainsi, la base I-CLSC (Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC), qui fournit des données sur les services dispensés en CSSS, servira au suivi des soins à domicile postopératoires, alors que SIPAD (Système d'information pour les personnes ayant une déficience), qui contient des données sur les services de réadaptation, servira au suivi de ces services offerts dans les centres de réadaptation.

(1) Banque de données ministérielles MED-ÉCHO (Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière) du ministère de la Santé et des Services sociaux.

## 3.2 Les établissements admissibles

Tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ayant une mission hospitalière n'ont pas les mêmes caractéristiques.

- Certains peuvent être très spécialisés et réaliser des volumes élevés pour quelques chirurgies spécifiques, alors que d'autres, de petite taille, offrent une grande diversité de chirurgies, mais dans de plus faibles volumes.

Plusieurs études suggèrent qu'il est nécessaire d'établir un critère de « volume minimal » pour déterminer les établissements admissibles au PAC+. En effet, certains établissements ayant des volumes trop faibles ne sont pas adaptés à ce type de financement.

Il est cependant important de rappeler que leur rôle est essentiel à l'accès aux services pour la population, particulièrement dans les régions à faible densité de population.

### □ Un seuil minimal de production annuelle de 1 000 cas pondérés

Pour être admissibles, les établissements devront avoir un volume de production chirurgicale annuelle d'au moins 1 000 cas pondérés.

Le choix de ce seuil est motivé par deux raisons :

- l'application du mode de financement proposé à des établissements avec des volumes de production inférieurs risquerait de fragiliser l'offre de services dans ces établissements;
- le seuil minimal de production annuelle de 1 000 cas pondérés est également employé dans d'autres États et territoires.

Ce seuil permet de rejoindre un nombre suffisamment important d'activités, soit 52 établissements et plus de 97 % de la production chirurgicale<sup>21</sup>.

- La pondération d'un cas reflète l'intensité d'utilisation de ressources pour ce type d'actes, calculée selon la lourdeur de l'acte en question (NIRRU).
- L'utilisation de la lourdeur est nécessaire pour relativiser les différents types de chirurgies.

Les établissements offrant des activités chirurgicales sans atteindre ce seuil d'admissibilité continueront d'être financés selon une approche historique, mais des mécanismes de performance incluant des dimensions de qualité, de pertinence et de sécurité pourront être introduits afin de s'assurer de l'amélioration de la performance dans ces établissements.

#### Recommandation 7

Adopter un seuil annuel de 1 000 cas pondérés pour déterminer les établissements admissibles, et continuer de financer les établissements offrant des activités chirurgicales sans atteindre ce seuil d'admissibilité selon une approche historique, tout en prévoyant des mécanismes de performance incluant des dimensions de qualité, de pertinence et de sécurité.

<sup>21</sup> Un seuil plus bas aurait forcé l'inclusion d'établissements à faibles volumes présentant des caractéristiques particulières et étant moins adaptés au type de financement proposé.

ILLUSTRATION 5

**Estimation du volume annuel pondéré**

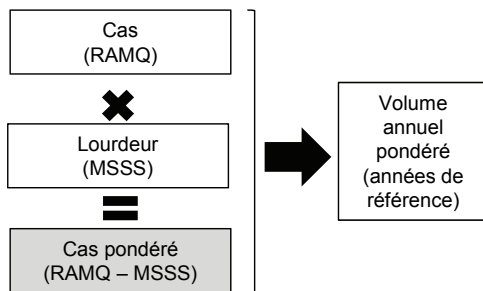
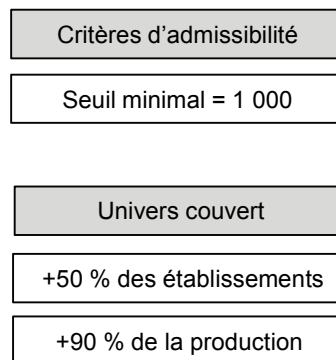


ILLUSTRATION 6

**Incidence du seuil minimal de production**



**Le NIRRU : un outil mesurant la lourdeur des cas aux fins de la catégorisation des cas de chirurgie**

Le niveau d'intensité relatif des ressources utilisées (NIRRU) est la mesure employée par le MSSS pour quantifier la lourdeur des cas.

Un NIRRU est attribué à chaque type d'acte médical, soit chaque APR-DRG, en fonction des ressources médicales employées pour le traitement d'un cas représentatif. Ainsi, plus un APR-DRG est intensif quant à l'utilisation des ressources médicales, plus le NIRRU associé sera élevé.

Les NIRRU sont actuellement estimés à partir de données du Maryland ajustées par le MSSS à la réalité québécoise de prestation des soins<sup>1</sup>.

- Dans le cadre du PAC+, les NIRRU sont utilisés pour évaluer l'utilisation des ressources dans les 150 groupes de chirurgies employés pour catégoriser les cas.

<sup>1</sup> La méthodologie détaillée du calcul du NIRRU est disponible à l'annexe 7 du cadre normatif du fichier de performance hospitalière et peut être consultée sur l'espace informationnel du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'adresse <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=VYt0lChyVX4=&j=7p8eWWFQyK4=>.

### 3.3 La trajectoire du patient : une démarche structurée

Le groupe d'experts propose d'implanter progressivement l'orientation du financement de l'ensemble de la trajectoire du patient, de façon à ce que le financement couvre la trajectoire de soins complète d'ici 2017-2018.

Cette mise en œuvre progressive permettra que se fasse en parallèle la modernisation des systèmes d'information clinique et financière, le financement axé sur les patients reposant sur l'usage de ces systèmes.

L'implantation du financement de la trajectoire du patient se fera en trois étapes<sup>22</sup> :

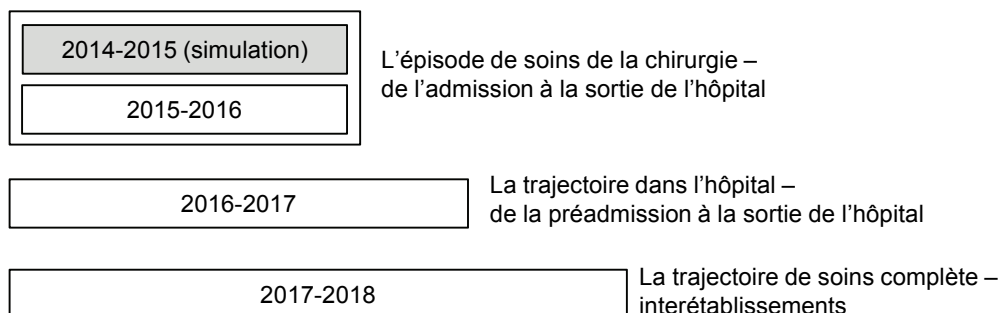
- financement de l'épisode de soins de la chirurgie – de l'admission à la sortie de l'hôpital (simulation en 2014-2015 et introduction du financement en 2015-2016);
- financement de la trajectoire dans l'hôpital – de la préadmission à la sortie de l'hôpital (2016-2017), ce qui comprend l'épisode de soins préopératoire et celui de la chirurgie;
- financement de la trajectoire de soins complète – interétablissements (2017-2018), ce qui comprend l'épisode de soins préopératoire, celui de la chirurgie et l'épisode de soins postopératoire.

Le passage de l'une de ces étapes à l'autre dépend notamment de la disponibilité et de la qualité des données et la liaison et de l'échange d'information basée sur les patients d'un établissement à l'autre.

ILLUSTRATION 7

#### Évolution vers un financement de la trajectoire de soins complète

---



<sup>22</sup> La section 5.2 de ce document présente plus en détail l'approche de mise en œuvre progressive.

## ❑ **L'épisode de soins de la chirurgie – de l'admission à la sortie de l'hôpital (2014-2016)**

La première étape consiste à financer l'épisode de soins de la chirurgie, soit l'ensemble des soins prodigués à un patient venant à l'hôpital pour une chirurgie, de son admission jusqu'à sa sortie de l'établissement (soins infirmiers, chirurgie, tests de laboratoire, etc.).

Cette première étape requiert la catégorisation des chirurgies selon les 150 groupes proposés et l'attribution d'un tarif<sup>23</sup> à chacun des groupes.

### ■ **Année de simulation pour le financement de l'épisode de soins de la chirurgie (2014-2015)**

L'année 2014-2015 sera une année de simulation pour le financement, c'est-à-dire que les établissements seront informés du paiement qu'ils auraient reçu pour financer l'épisode de soins de la chirurgie, sans qu'il n'y ait d'implications financières.

### ■ **Financement de l'épisode de soins de la chirurgie (2015-2016)**

À compter de 2015-2016, les modalités de financement du PAC+ s'appliqueront.

## ❑ **La trajectoire dans l'hôpital – de la préadmission à la sortie de l'hôpital (2016-2017)**

La deuxième étape consiste à financer l'ensemble de la composante hospitalière de la trajectoire de soins. À la différence de la première phase, les soins prodigués à un patient avant son admission à l'hôpital sont ainsi couverts par le programme. Ainsi, la trajectoire de soins couverte s'échelonne de la préadmission à l'hôpital (soins ambulatoires) jusqu'à la sortie de l'établissement.

Cette deuxième étape prévoit les travaux suivants :

- le jumelage de plusieurs bases de données cliniques afin de pouvoir couvrir l'ensemble de la trajectoire de soins;
- l'identification des coûts rattachés aux trajectoires de soins complètes;
- l'établissement des modes de paiement lorsque plusieurs établissements fournissent des services au sein d'une même trajectoire de soins.

---

<sup>23</sup> Le mode de détermination des tarifs est présenté à la section 4.3 du document.

## □ La trajectoire de soins complète – interétablissements (2017-2018)

La troisième et dernière étape est celle du financement de la trajectoire de soins complète à travers différents établissements.

- Par exemple, les services de réadaptation postopératoires, reçus dans un centre de réadaptation ou à domicile, seront couverts par le financement du PAC+ dans cette dernière étape.

Le financement de l'ensemble de la trajectoire de soins supportera l'évolution du patient dans cette trajectoire et favorisera la coordination entre les différents établissements de façon à ce qu'elle soit fluide.

Le jumelage des diverses bases de données entrepris dans la seconde étape permettra de mettre en lien les informations cliniques et financières relatives aux différents actes de la trajectoire de soins.

- Par exemple, il sera nécessaire d'associer aux bases de données couvrant les soins prodigués à l'hôpital les bases de données couvrant les services de réadaptation, que ces derniers soient prodigués à domicile ou dans un centre de réadaptation.

Le calcul du coût total de la trajectoire et la détermination du tarif prendra ainsi en compte des informations tirées de plusieurs bases de données jumelées.

### Recommandation 8

Implanter le financement de la trajectoire du patient graduellement, en trois étapes s'échelonnant de 2014-2015 à 2017-2018.

### 3.4 Les notions de qualité et de pertinence

Des indicateurs permettant de mesurer l'évolution de la pertinence et de la qualité, incluant des considérations d'accès et de services couverts, devraient être introduits au PAC+. Selon les orientations retenues par le groupe d'experts, un indicateur est choisi à partir des critères suivant :

- son lien avec un secteur ou un acte qui présente des lacunes dans l'accès ou la qualité;
- sa fiabilité et la capacité du réseau à induire un changement dans la sphère couverte par cet indicateur;
- la rapidité avec laquelle l'aspect qu'il vise peut être défini et mesuré.

Par ailleurs, pour atténuer le plus possible les effets indésirables du changement dans le mode de financement de la production chirurgicale, les paramètres tarifaires doivent être accompagnés de conséquences financières en lien avec les résultats obtenus par rapport à ces indicateurs.

Ainsi, les tarifs du PAC+ seront ajustés pour tenir compte des dimensions de qualité et d'accès aux soins. Puisque ces ajustements seront basés sur les indicateurs retenus, les établissements seront davantage mobilisés dans l'atteinte des résultats souhaités.

#### □ Les indicateurs retenus

##### ■ Indicateurs de qualité des soins

Quatre indicateurs ont été retenus pour la qualité des soins :

- le taux de réadmission, pour l'ensemble de l'activité chirurgicale ou par intervention;
- le taux de mortalité hospitalière;
- le taux d'infections postopératoires;
- le taux d'orientation à la sortie (domicile, soins de longue durée, etc.), qui reflète la qualité des soins offerts ainsi que l'efficacité de l'organisation des services intra et interétablissements. Cet indicateur doit cependant être approché avec prudence, puisque certains facteurs hors du contrôle des établissements peuvent introduire un biais dans l'explication de son évolution.

##### ■ Indicateurs d'accès aux services

Deux indicateurs sont retenus afin de couvrir la dimension d'accès aux services : le délai d'attente moyen et la proportion des cas hors délai.

Le délai d'attente moyen reflète, de façon générale, l'efficience de l'établissement quant à l'organisation de ses services et des priorités chirurgicales. La proportion des cas hors délai reflète le taux de patients inscrits pour une chirurgie dont la durée d'attente dépasse les délais prescrits. Cet indicateur permet de suivre l'évolution des cas hors délai et reflète généralement l'efficacité du processus de gestion de la liste d'attente. Les cibles suivantes sont retenues, lesquelles respectent les critères déjà mis en œuvre par le MSSS :

- six mois pour les chirurgies orthopédiques;
- 28 jours pour la chirurgie oncologique;
- un an pour les autres chirurgies.

Les cibles précédentes s'appliqueront lors de l'implantation du PAC+. Elles sont appelées à évoluer en fonction des décisions prises dans le cadre de la stratégie nationale de la chirurgie. Pour certaines chirurgies, notamment les chirurgies cardiaques, les délais varient selon l'urgence et la gravité des cas et les indicateurs d'accès devront en tenir compte.

### ❑ **Mécanisme de paiement basé sur les indicateurs de qualité et d'accès**

Afin d'atténuer le risque que le nouveau mode de paiement ait des effets indésirables sur la qualité et l'accès aux soins, la compensation financière reçue par les établissements sera influencée par les résultats obtenus pour les indicateurs décrits précédemment.

Ceci permettra de reconnaître les efforts nécessaires aux établissements pour maintenir des pratiques exemplaires, et contribuera à les mobiliser dans l'atteinte des standards de qualité et d'accès ainsi que leur dépassement<sup>24</sup>.

### ❑ **Autres outils pour favoriser la pertinence et la qualité des soins**

#### ■ **Évaluation des processus cliniques**

Les indicateurs de résultats décrits précédemment rendent compte de la qualité des soins offerts par les établissements. Ils doivent toutefois être accompagnés d'indicateurs sur les processus cliniques pour limiter les biais d'estimation pouvant fausser la mesure.

La création de protocoles cliniques est une exigence de l'évaluation des processus cliniques. Or, pour préparer le financement selon la trajectoire de soins, l'élaboration de trajectoires cliniques standardisées est déjà prévue dans le cadre du PAC+, ce qui fournira une base pour l'évaluation des processus cliniques. Comme mentionné plus tôt dans le document, les experts recommandent que l'élaboration de ces trajectoires cliniques standardisées se fasse par des comités cliniques chapeautés par l'INESSS.

Ces comités cliniques pourront également se pencher sur la question des seuils minimaux, aussi connus sous le nom de seuils de sécurité, tant sur le plan de la qualité que de l'accessibilité. En effet, certaines études tendent à démontrer que pour certaines interventions spécialisées, un faible volume annuel de cas peut compromettre la qualité des soins rendus<sup>25</sup>. De plus, les données servant à assurer un seuil sécuritaire de soins permettront de soutenir l'organisation des services.

#### ■ **Suivi de la pertinence**

Le suivi de la pertinence est nécessaire afin de freiner la « course à l'activité », c'est-à-dire l'incitatif pour un établissement de réaliser le plus grand nombre de chirurgies possible afin d'accroître son budget total. Deux outils sont retenus pour assurer un suivi de la pertinence.

- Le niveau attendu de production chirurgicale, un outil devant être développé par le MSSS<sup>26</sup>, fournira aux agences et aux établissements une référence de production pour certains types de chirurgies.
- La comparaison interétablissements offrira aux établissements une référence pour juger du niveau de pertinence de leur production chirurgicale.

<sup>24</sup> Le mécanisme d'ajustement des tarifs en fonction des indicateurs de qualité et d'accès est décrit plus en détail à la section 4.3 du présent document.

<sup>25</sup> Voir, par exemple : David R. URBACH, *Volume and Outcome in Healthcare : Implications for Health Policy*, ICES Report, septembre 2004.

<sup>26</sup> Cet outil est décrit à la section 5.1 ainsi qu'à l'annexe III du présent document.

## ■ Outil de comparaison interétablissements de la qualité des soins

Un outil devra être utilisé afin que les établissements puissent facilement comparer entre eux les résultats atteints quant à la qualité des soins fournis. Il existe plusieurs programmes de suivi et d'amélioration de la qualité remplissant cette fonction.

À titre d'exemple, le NSQIP<sup>27</sup> est une base de données qui porte sur 135 mesures de qualité des soins qui ont une définition précise et uniforme pour tous les établissements participants, ce qui facilite les comparaisons. De plus, l'accessibilité des données permet aux établissements participants d'évaluer leur performance par rapport aux autres.

En plus du NSQIP, le groupe d'experts a identifié cinq autres outils potentiels permettant de comparer la qualité entre les établissements<sup>28</sup>. Le choix de l'outil à retenir est laissé aux autorités compétentes du MSSS.

### Recommandation 9

Prendre en compte les dimensions de la qualité et de l'accès aux soins dans le programme.

---

<sup>27</sup> « American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program ».

<sup>28</sup> Ces outils sont décrits dans : Tony TAYLOR et David MATHESON, *A Surgical Quality Improvement Program for BC: Choosing a Surgical Measurement Tool*, BC Patient & Quality Council, juin 2009.



## 4. LES CONSIDÉRATIONS FINANCIÈRES

L'introduction d'un programme visant à revoir en partie le financement des établissements du réseau de la santé et des services sociaux nécessite de prendre en compte au préalable plusieurs considérations de nature financière.

Avec le PAC+, le financement reçu par les établissements est fonction d'un tarif et du volume de chirurgies réalisé. L'implantation d'un tel système ne peut donc être faite qu'après réflexion sur la méthode employée pour fixer les tarifs, l'évaluation des coûts par cas, les modalités de financement des établissements, les outils de suivi des volumes de chirurgies et la détermination de l'enveloppe budgétaire du programme.

Dans cette perspective, la proposition du groupe d'experts pour l'élargissement du Programme d'accès à la chirurgie couvre les aspects suivants :

- les coûts par cas;
- l'enveloppe budgétaire du programme;
- la détermination du tarif;
- le suivi des volumes;
- les questions de financement et de gouvernance.

## 4.1 Les coûts par cas

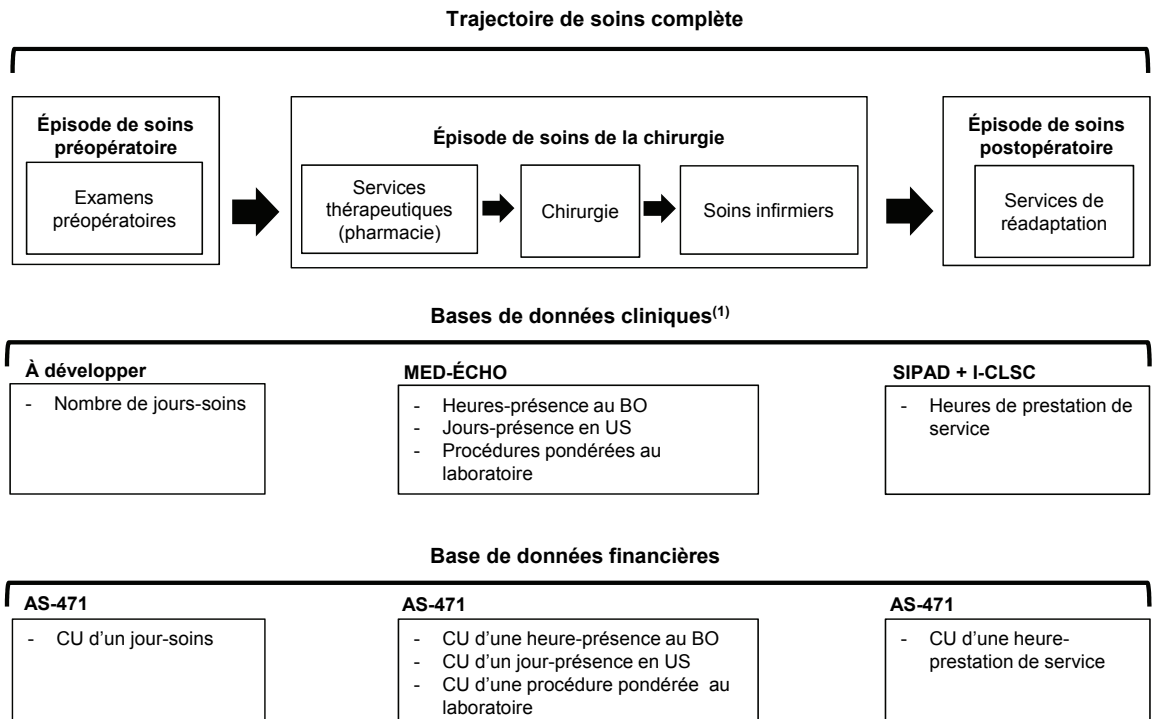
Dans un système de santé de l'envergure de celui du Québec, la mise en place d'un système national de coûts par cas fournit un outil de gestion privilégié pour mieux connaître et améliorer la prestation des soins. La mise en place du PAC+ nécessite de connaître les coûts par cas à tous les niveaux du système de santé : MSSS, agences et établissements. Pour cette raison, le PAC+ prévoit développer l'évaluation des coûts par cas.

Le groupe d'experts retient l'approche dite descendante pour établir les coûts par cas pour le PAC+. Selon cette approche, le coût moyen par bénéficiaire de services est obtenu en divisant le coût d'un centre d'activités par le nombre de patients y ayant été traités. L'approche descendante est utilisée pour évaluer les coûts qui servent ensuite à la détermination des tarifs.

Cependant, cette approche ne permet pas à l'établissement d'identifier précisément les coûts pour chacun des patients qu'il traite. À terme, l'évaluation du coût par cas pourrait évoluer vers une utilisation de l'approche dite ascendante afin d'obtenir une information plus précise que celle obtenue à l'aide de l'approche descendante.

ILLUSTRATION 8

### Rôle des données cliniques et financières dans la détermination des coûts par cas pour la trajectoire de soins du patient



**Légende :** BO : bloc opératoire; US : unité de service; CU : coût unitaire; AS-471 : rapport financier des établissements.

(1) Les bases de données cliniques présentées dans le graphique contiennent des informations sur la lourdeur des cas et sont utilisées dans l'évaluation des coûts par cas, qui entre en jeu dans la détermination des tarifs. D'autres bases de données cliniques sont aussi utilisées dans le cadre du PAC+. Par exemple, pour catégoriser les actes couverts, la base de données de la RAMQ est utilisée conjointement à MED-ÉCHO. Pour effectuer le suivi des volumes à court terme, ce sont les données de la RAMQ et de SIMASS qui sont utilisées (à moyen terme, une migration vers MED-ÉCHO pourrait être effectuée).

## □ L'approche ascendante : un complément nécessaire

L'approche ascendante consiste en la comptabilisation, pour chaque patient, du coût des soins reçus au cours d'une trajectoire de soins, c'est-à-dire de l'entrée à la sortie du système de santé<sup>29</sup>.

Dans le cadre du PAC+, la méthode ascendante, comme complément à l'approche descendante, présente deux principaux avantages.

- Elle offre, par échantillonnage, un portrait plus précis de la réalité des dépenses des établissements pour chaque cas traité.
- Elle permettrait de remplacer les données du Maryland actuellement utilisées dans le calcul des NIRRU par des données du Québec.

De plus, pour les établissements, l'approche ascendante bonifie les données de gestion, ce qui favorise l'amélioration de l'efficacité des traitements.

La mise en place d'une approche d'évaluation des coûts selon la méthode ascendante est souhaitable, voire nécessaire, en raison de la grande précision de l'information ainsi obtenue. Le groupe d'experts est cependant conscient qu'il s'agit d'un processus coûteux qui demande une adaptation importante dans les processus des établissements.

La décision de procéder par une approche ascendante est directement liée à la disponibilité des moyens pour moderniser les systèmes d'information.

- Si ces moyens sont disponibles, le groupe d'experts recommande que l'approche ascendante soit préconisée.

### Recommandation 10

Considérer d'abord l'approche descendante<sup>30</sup> des coûts par cas, mais viser une approche ascendante dans la mesure où il est possible de la développer, l'approche ascendante étant considérée comme un complément nécessaire.

<sup>29</sup> Voir page 60 du fascicule sur les ressources informationnelles pour la description détaillée de l'approche ascendante pour le système de coûts par cas.

<sup>30</sup> La section 6 du fascicule sur les ressources informationnelles présente en détail les objectifs d'un système national de coûts par cas, les approches d'évaluation de ces coûts par cas et les méthodes actuellement employées au Québec. Le fascicule sur les ressources informationnelles présente aussi la recommandation du groupe d'experts pour l'instauration d'une approche unique et d'une méthodologie standardisée de coût par cas pour les établissements et la recommandation du groupe d'experts pour les bonifications à apporter à cette méthodologie comme outil national de gestion disponible pour l'ensemble des établissements.

### **Préalables à l'implantation d'un système de coûts par cas selon la méthode ascendante**

Avant d'implanter un système de coûts par cas selon la méthode ascendante, les bases de données cliniques devront d'abord être réaménagées afin de gérer l'information relative à un tel système.

- La mise en place d'un système de coûts par cas nécessitera des investissements dans les bases de données financières et cliniques.

Par la suite, un cadre de référence pour le calcul des coûts par cas devra nécessairement être élaboré. En effet, il importe que les données soient comparables d'un établissement à l'autre, c'est-à-dire qu'elles soient calculées selon une même méthodologie.

- C'est pourquoi, si cette option est retenue, le MSSS devrait assumer le leadership dans l'élaboration d'un cadre de référence pour la mise en place d'une approche ascendante de coûts par cas. Ce cadre servira de norme pour l'implantation des coûts par cas et permettra d'obtenir une information standardisée.

## 4.2 L'enveloppe budgétaire du programme

Malgré le nouveau mode de remboursement des établissements pour les chirurgies réalisées, le PAC+ opérera dans un contexte d'enveloppe fermée déterminée par le gouvernement.

En conséquence, afin d'appliquer le financement axé sur les patients à l'ensemble de la production chirurgicale, une estimation préalable de la portion de l'enveloppe récurrente relative aux chirurgies couvertes par le PAC+ est nécessaire.

Afin de financer le PAC+ :

- l'argent actuellement consacré à la chirurgie sera récupéré;
- ces montants seront intégrés dans l'enveloppe budgétaire du PAC+;
- les déficits des établissements ne seront pas pris en compte dans le calcul du budget actuel de la chirurgie.

Ainsi, l'enveloppe budgétaire du PAC+ sera basée sur l'actuel budget total de la chirurgie. Cette enveloppe sera estimée à partir du contour financier des années de référence retenues. Une indexation sera effectuée pour obtenir une estimation de l'enveloppe 2014-2015.

### Coûts à inclure dans le calcul de l'enveloppe budgétaire du PAC+

Le PAC+ couvre les coûts de fonctionnement, qui comprennent les dépenses liées au personnel, par exemple le salaire des infirmières, les dépenses d'administration et le matériel à usage unique. Ces coûts sont assumés entièrement par les établissements.

Le groupe d'experts est conscient qu'une part significative de la rémunération des médecins est associée aux activités chirurgicales. Or, la rémunération des médecins impliqués dans ces activités, principalement des chirurgiens et des anesthésistes, fait l'objet d'ententes négociées entre le gouvernement et la Fédération des médecins spécialistes du Québec et administrées par la RAMQ; elle n'est donc pas couverte par le PAC+.

Par ailleurs, les coûts des immobilisations, qui comprennent l'acquisition et le maintien en état des bâtiments, équipements et matériel de longue durée des établissements de santé, font aussi l'objet d'ententes particulières. Ils ne sont également pas couverts par le PAC+.

L'intégration de ces types de coûts dans le programme nécessiterait une révision majeure de l'approche comptable employée par le MSSS. Au niveau des immobilisations, notamment, si cette orientation venait à être adoptée, une méthodologie devrait être développée afin d'effectuer une répartition des coûts des immobilisations dans les coûts par cas.

### Défis d'évaluation de l'enveloppe budgétaire

L'évaluation des coûts du programme pose certains défis<sup>31</sup> :

- l'obtention de l'adhésion du réseau à la méthodologie de calcul retenue;
- l'obtention d'une information détaillée sur les coûts de prestation des chirurgies;

---

<sup>31</sup> La réponse à ces défis est davantage développée dans la troisième partie du présent document.

- la capacité des établissements à gérer les budgets de la chirurgie en fonction d'un financement provenant de coûts moyens par unité de soins;
- la gestion des éventuels dépassements de coûts par rapport à l'enveloppe estimée du programme, ces dépassements pouvant être occasionnés par des fluctuations dans les volumes de chirurgies.

### **□ Hypothèses retenues pour la détermination de l'enveloppe budgétaire**

Certaines hypothèses doivent être retenues afin d'obtenir une évaluation de l'enveloppe budgétaire couvrant le spectre entier des coûts de fonctionnement. Elles réfèrent notamment au partage des coûts des centres d'activités qui ne sont pas exclusifs aux chirurgies. Ces règles de partage seront définies après consultation avec le réseau de la santé.

Afin de valider les orientations retenues dans les règles de partage, le groupe d'experts appuie le MSSS, qui a mis en place un comité d'experts des questions financières, composé de représentants de l'ensemble du réseau. Les travaux, déjà amorcés, prévoient un processus consultatif qui s'articulera autour des actions suivantes :

- la tenue d'une rencontre avec des représentants des agences et des établissements afin de présenter une version préliminaire des règles de partage et de recueillir les commentaires des participants;
- la possibilité de publier les règles de partages sur le site Internet du PAC+, offrant aux établissements un accès en tout temps à ces dernières.

Les hypothèses de partage retenues visent à préciser le contour de la chirurgie dans l'enveloppe totale des soins de santé.

Finalement, comme mentionné précédemment, pour les établissements dont les activités de chirurgie sont déficitaires, le montant de ce déficit ne sera pas considéré dans le calcul de l'enveloppe du PAC+<sup>32</sup>.

#### **Recommandation 11**

Assurer la gestion du PAC+ dans un contexte d'enveloppe fermée déterminée par le gouvernement.

---

<sup>32</sup> La méthodologie proposée pour le calcul de l'enveloppe budgétaire du PAC+ est présentée à l'annexe II du présent document.

### 4.3 La détermination du tarif

Un tarif se définit comme le montant versé par le gouvernement en contrepartie des soins offerts à un patient. Appliqué au PAC+, le tarif correspond au remboursement fait aux établissements pour chaque chirurgie pratiquée.

#### ☐ Un tarif pour chaque groupe de chirurgies

Un tarif sera déterminé pour chacun des 150 groupes de chirurgies du PAC+. Ils ont été constitués en fonction de la lourdeur de l'acte et de l'approche choisie pour dispenser le service (patient admis en établissement, chirurgie d'un jour ou ambulatoire, etc.).

Le remboursement en fonction du tarif est versé à l'établissement après la prestation du service au patient.

Cette méthode requiert l'utilisation d'une table de correspondance entre les « DRG-Codes d'actes », provenant de la base de données de la RAMQ et employés pour faire le suivi des volumes, et les « DRG-Groupes de chirurgies », employés pour déterminer les remboursements versés aux établissements. Cette correspondance peut être réalisée à court terme. La documentation relative aux 150 groupes de chirurgies et aux tarifs sera publiée au cours de l'année 2014-2015.

À terme, une intégration des bases de données MED-ÉCHO et de la RAMQ rendrait possible la fixation des tarifs en fonction des DRG et de la gravité des cas. Les informations disponibles dans les banques de données actuelles de la RAMQ sont toutefois insuffisantes pour calculer un tarif par APR-DRG, c'est-à-dire pour chaque DRG, en tenant compte du niveau de gravité du cas traité.

#### ☐ Des tarifs calculés selon un coût moyen

Pour les premières années d'implantation du PAC+, les tarifs seront basés sur le coût moyen de chacun des groupes de chirurgies.

— Par exemple, pour obtenir le tarif d'une chirurgie de la hanche, il s'agira de calculer la moyenne des coûts pour réaliser une opération de la hanche pour l'ensemble des établissements participant au PAC+.

Le tarif devrait tenir compte des orientations retenues pour l'épisode de soins couvert.

L'utilisation du coût moyen doit être envisagée comme une mesure de court terme. À plus long terme, l'objectif devrait être d'avoir recours à des tarifs légèrement inférieurs au coût moyen, afin de procurer des incitatifs à l'amélioration de l'efficacité<sup>33</sup>.

#### ☐ Des tarifs à l'échelle provinciale

Un tarif provincial sera considéré pour chaque groupe de chirurgies. Ainsi, un même tarif de base s'appliquera par groupe de chirurgies pour tous les établissements participant au PAC+. Ceux-ci seront calculés à partir des lourdeurs (NIRRU) pour chaque type de chirurgie.

La méthodologie d'élaboration du tarif reflète également la lourdeur pour un même groupe de chirurgies dans chaque établissement. Un ajustement du financement sera fait en fonction d'un indice de gravité moyenne, calculé pour chaque groupe de chirurgies de chaque établissement.

---

<sup>33</sup> Ultiment, les tarifs devraient refléter les coûts de prestation d'un soin optimal. À ce sujet, voir le fascicule sur le financement aux meilleures pratiques.

Pour permettre de remplir adéquatement les objectifs poursuivis par l'introduction du PAC+, les tarifs devront être uniformes pour une même chirurgie, quel que soit le lieu de dispensation des services. Ceci implique que certains coûts particuliers devront être pris en compte distinctement.

Finalement, dans leur rôle d'allocation des budgets aux établissements, les agences devront utiliser le tarif déterminé au niveau national. Une concertation avec les agences de la santé et des services sociaux sera donc nécessaire dans l'application de cette règle.

### ■ **Compensation pour certains coûts particuliers**

Un système de financement axé sur les patients juste et équitable doit prendre en considération l'aspect particulier de certains établissements.

Conséquemment, dans le cadre du PAC+, les coûts attribuables aux particularités de certains établissements seront considérés comme des coûts particuliers. Ces coûts sont :

- les coûts d'enseignement;
- les coûts d'éloignement par rapport aux centres surspécialisés;
- les coûts liés à la spécialisation des établissements.

Les coûts particuliers ne seront pas inclus dans l'enveloppe budgétaire du PAC+. Ils continueront à être financés dans le budget global des établissements.

Les experts recommandent que la méthodologie actuelle d'examen des coûts particuliers se poursuive.

### □ **Mécanisme de paiement en fonction des indicateurs de qualité et d'accès**

Les tarifs du PAC+ seront établis de façon à favoriser une amélioration de l'efficacité dans la prestation des chirurgies. Toutefois, il est impératif que l'amélioration de l'efficacité soit réalisée tout en maintenant ou en améliorant les standards actuels de qualité des soins fournis.

Ainsi, un mécanisme doit être introduit dans le remboursement reçu par les établissements pour chaque chirurgie afin que celui-ci soit ajusté en fonction de l'atteinte ou non de certaines cibles pour les indicateurs. Ce mécanisme tiendra compte du contexte d'enveloppe budgétaire fermée pour le PAC+ et de la nécessité de gérer le risque de détérioration de la qualité des soins ou de leur accès.

Les paiements basés sur les indicateurs dans le PAC+ doivent être effectués de façon à rendre compte de la qualité des soins et de l'accès aux soins en fonction de l'atteinte des indicateurs choisis. Cette composante pourrait s'élever à environ 5 %, ce qui est la norme dans la majorité des autres systèmes de financement axé sur les patients ailleurs dans le monde qui emploient un tel mécanisme.

Les paiements selon l'atteinte des indicateurs s'effectueront à l'intérieur de l'enveloppe du PAC+.

TABLEAU 1

**Exemple des effets des ajustements en fonction des indicateurs de qualité et d'accès**

	Cible <sup>(1)</sup>	Résultat	Atteinte de la cible	Valeur des ajustements	Calcul du tarif
<b>Tarif de base pour la chirurgie</b>					<b>5 700 \$</b>
<b>Indicateurs de qualité et d'accès</b>					
– Taux de réadmission	5 %	4 %	Oui	60 \$	60 \$
– Taux de mortalité hospitalière	0,2 %	0,1 %	Oui	60 \$	60 \$
– Taux d'infections postopératoires	2 %	3 %	Non	60 \$	—
– Taux d'orientation à domicile à la sortie	80 %	86 %	Oui	60 \$	60 \$
– Délai d'attente	180 jours	125 jours	Oui	60 \$	60 \$
– Proportion de cas hors délai	10 %	12 %	Non	60 \$	—
<b>TARIF POUR LA CHIRURGIE</b>					<b>5 940 \$</b>

(1) Les cibles sont présentées à titre illustratif seulement. Elles peuvent varier entre les différentes spécialités chirurgicales.

## ❑ Implantation

L'introduction du PAC+ entraînera un changement important dans la manière dont les établissements participants sont financés. À cet égard, une démarche sera entreprise avec des experts cliniques afin de suivre et d'évaluer l'implantation de la tarification selon les 150 groupes de chirurgies pour éviter les biais ou les effets pervers qui pourraient survenir dans la pratique médicale.

### Recommandation 12

D'abord, baser les tarifs sur le coût moyen de chacun des groupes de chirurgies, et les faire évoluer de façon à ce qu'ils prennent progressivement en compte les notions de qualité.

## 4.4 Le suivi des volumes

Le suivi des volumes joue un rôle clé dans un cadre de financement axé sur les patients.

- Pour le MSSS, ce suivi permet de dresser le portrait du nombre de chirurgies effectuées par région.
- Pour les agences, il permet de déterminer le financement à accorder aux établissements en fonction du volume de chirurgies réalisées. Il permet également de faire le lien entre l'offre de services et les besoins d'une région.
- Pour les producteurs de services, il permet principalement de prévoir les revenus découlant de leur production chirurgicale.

Le suivi des volumes pose cependant certains défis en raison des exigences informationnelles qui y sont associées.

### □ Utilisation de l'information disponible à court terme

L'implantation du PAC+ doit tenir compte du niveau d'information disponible et de sa qualité.

À court terme, la base de données sur la rémunération à l'acte de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sera utilisée afin de faire le suivi des volumes de chirurgies. Les données de la RAMQ couvrent un univers large, ce qui a l'avantage de limiter les effets de substitution, et sont disponibles assez rapidement comparativement à d'autres bases de données.

Il sera essentiel de comparer l'information tirée de la base de données de la RAMQ avec celle d'autres bases de données telles que MED-ÉCHO et SIMASS à des fins de validation.

Bien que les données de la RAMQ soient suffisantes pour entreprendre l'initiative, le suivi des volumes pourrait être amélioré si la base de données de la RAMQ était mise en relation avec des données complémentaires<sup>34</sup>. Ceci permettrait :

- d'accroître la quantité et la qualité de l'information disponible;
- de valider les informations et de compléter la base de données de la RAMQ.

### ■ Le suivi des volumes par les agences et les établissements

Actuellement, les établissements et les agences n'ont pas accès aux données désagrégées de la RAMQ. Or, ce niveau de détail est indispensable pour le PAC+ afin d'analyser l'évolution de la production chirurgicale d'une année à l'autre et de permettre aux établissements de se comparer entre eux.

La solution proposée à court terme afin de permettre aux établissements et aux agences de mieux suivre leur volume de production consiste à utiliser la banque SIMASS.

- La banque SIMASS est disponible en temps réel pour le MSSS, les agences et les établissements, les données étant accessibles de 7 à 10 jours après la fin de la période en question.
- La base de données SIMASS ne couvre pas la totalité des chirurgies du PAC+, mais elle en couvre néanmoins une bonne partie.

---

<sup>34</sup> Voir à ce sujet le fascicule sur les ressources informationnelles dans le secteur de la Santé et des Services sociaux.

Une table de correspondance entre les données de SIMASS et les données de la RAMQ devra être créée afin que le suivi des volumes avec SIMASS par les agences et les établissements leur permette de faire le lien avec le financement.

- Certaines agences avaient commencé à faire des démarches pour établir cette table de correspondance; le MSSS a maintenant pris le leadership de ce développement.

### **□ Migration possible vers une information plus précise**

À terme, l'utilisation de la base de données MED-ÉCHO serait souhaitable compte tenu de la richesse de ses données cliniques et de sa compatibilité avec le système de classification APR-DRG et les NIRRU, qui sont utilisés dans le calcul des tarifs.

Or, la base de données MED-ÉCHO présente certaines limites dans sa forme actuelle<sup>35</sup> :

- la difficulté au niveau de l'interprétation de la définition de la chirurgie d'un jour, ce qui peut créer des biais de déclaration;
- la non-disponibilité d'une banque de données cliniques pour la clientèle ambulatoire;
- les délais pour produire les données, ces dernières étant disponibles de huit à neuf mois après la fin d'un exercice financier.

Compte tenu de la richesse de la base de données MED-ÉCHO, la solution à court terme de se baser sur les données de la RAMQ doit être accompagnée d'actions pour pallier les lacunes de MED-ÉCHO. En parallèle avec l'implantation du PAC+, des travaux devront donc être faits pour :

- mettre à jour le cadre normatif de MED-ÉCHO et offrir de la formation aux archivistes médicaux afin de les appuyer dans leur travail;
- revoir les processus internes dans les établissements pour faciliter la saisie des informations de la chirurgie simultanément dans toutes les banques de données requises;
- introduire des audits fréquents pour la codification et la saisie de données;
- mettre en place une stratégie pour rendre disponibles plus rapidement les données de la banque MED-ÉCHO<sup>36</sup>.

Ainsi, à moyen terme, une transition vers MED-ÉCHO comme base de données principale pour effectuer le suivi des volumes de production chirurgicale sera réévaluée.

#### **Recommandation 13**

Utiliser les outils disponibles pour suivre les volumes à court terme, tout en poursuivant le développement pour obtenir une information plus précise.

<sup>35</sup> La section 4 du fascicule sur les ressources informationnelles présente les principales lacunes de l'information clinico-administrative du secteur de la santé.

<sup>36</sup> Les travaux énoncés ici s'inscrivent dans un projet de développement plus large de l'information clinico-administrative décrit à la page 76 du fascicule sur les ressources informationnelles.

## 4.5 Les questions de financement et de gouvernance

### ❑ Financer en fonction des volumes produits et des tarifs

Pour le budget du PAC+ tout comme pour le reste du budget de la santé physique :

- l'allocation de l'enveloppe entre les régions se fera selon le mode d'allocation actuel mis en place par le MSSS;
- les agences régionales auront la responsabilité de répartir la portion de l'enveloppe leur étant attribuée entre les établissements de leur région.

Le mode de répartition de l'enveloppe du PAC+ entre les établissements diffère cependant du mode de répartition employé pour le reste du budget de la santé physique.

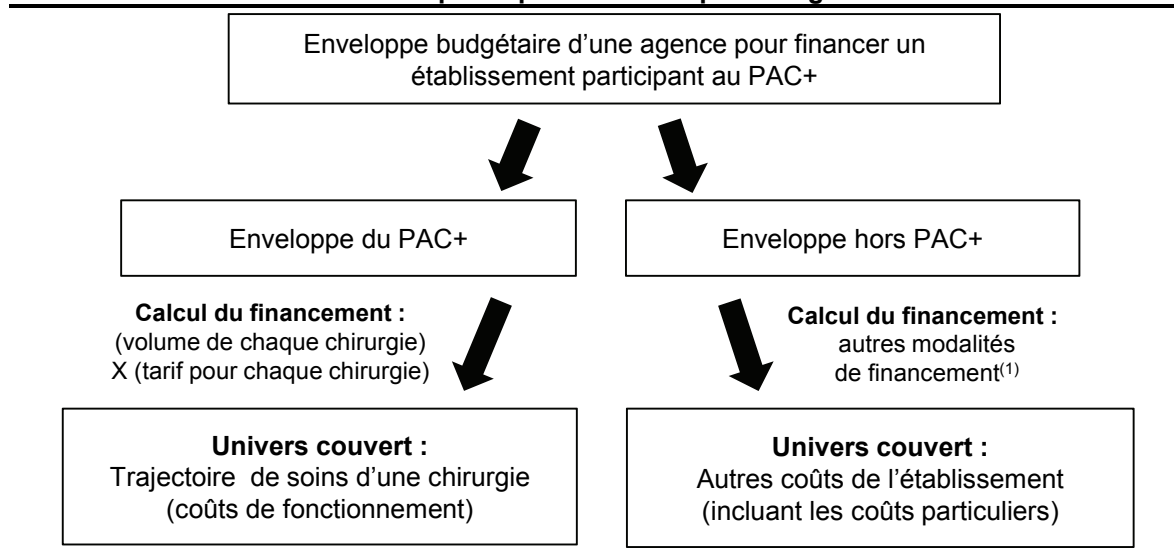
Avec le PAC+, le financement d'un établissement pour ses activités chirurgicales<sup>37</sup> est donné par le produit du volume des chirurgies effectuées et du tarif établi au niveau national pour chaque type de chirurgie, plutôt que déterminé selon une base historique.

- Le volume de chirurgies réalisées par chaque établissement est le fruit d'une discussion entre les établissements et les agences et fait partie intégrante de l'entente de gestion.
- Le tarif pour chaque chirurgie est cependant déterminé au niveau national et est appliqué par les agences sans modification.

L'approche adoptée pour prendre en compte les coûts particuliers et le seuil d'admissibilité établi pour participer au programme diminuent de beaucoup les risques que le tarif ne soit pas représentatif du coût engagé par les établissements.

ILLUSTRATION 9

#### Financement des établissements participant au PAC+ par les agences



(1) Les autres modalités de financement peuvent par exemple référer à des budgets historiques avec des composantes de performance.

<sup>37</sup> Plus précisément, ce sont les coûts de fonctionnement des trajectoires de soins pour les chirurgies couvertes par le PAC+, à l'exception des coûts attribuables aux particularités des établissements (éloignement, spécialisation, enseignement).

## ■ Conciliation de fin d'année

Le financement est accordé aux établissements en début d'année financière, en fonction des volumes de chirurgies convenus entre les établissements et les agences. Or, comme les volumes réalisés en cours d'année peuvent dévier de ceux convenus initialement, une conciliation doit être faite en fin d'année.

En fin d'année financière, le financement est donc estimé à nouveau en utilisant les informations disponibles sur les volumes de production réalisés en cours d'année et en prenant en compte l'atteinte des objectifs d'accès et de qualité. Le financement reçu par l'établissement est alors ajusté à la hausse ou à la baisse.

Afin d'éviter que ces ajustements budgétaires n'impactent significativement l'année financière subséquente, il est important d'effectuer un suivi des volumes de production afin de pouvoir ajuster le plus précisément possible le financement dans l'année financière en cours.

## □ Une saine gouvernance nécessaire à l'introduction de ce type de financement

La gestion par le MSSS de l'enveloppe budgétaire du PAC+ et la gestion par les agences régionales des volumes de chirurgies dans les établissements d'une région devront respecter deux règles :

- « l'argent suit le patient »;
- respect des standards d'accès et de qualité.

La première règle vise l'arrimage entre les services prodigués dans un établissement ou une région et le financement reçu.

- Elle doit être appliquée dans le respect des modes d'organisation et de hiérarchisation des services déterminés au niveau régional et national.

La seconde règle est directement en lien avec la responsabilité des agences et du MSSS d'assurer l'équité d'accès pour l'ensemble de la population.

- Elle implique notamment que l'ensemble de la chirurgie doit faire l'objet d'un suivi afin d'éviter des effets pervers de sélection de clientèle, soit un accaparement par certains types de chirurgie des ressources d'un établissement ou d'une région au détriment d'autres services essentiels pour la population desservie.

### Recommandation 14

Financer les activités chirurgicales des établissements en fonction du produit du volume des chirurgies effectuées et du tarif établi au niveau national pour chaque type de chirurgie, plutôt que selon une base historique.

**Les agences de la santé et des services sociaux :  
une contribution significative au bon fonctionnement du programme**

Ce nouveau mode de financement pour les chirurgies couvertes par le PAC+ donne aux agences la responsabilité de déterminer les volumes de production chirurgicale avec les établissements, leur donnant ainsi la marge de manœuvre nécessaire pour effectuer un meilleur arrimage entre l'offre de services des établissements et les besoins de la population.

En effet, bien que les tarifs soient déterminés au niveau central, la répartition des volumes par les agences leur donne l'opportunité de jouer un rôle clé dans l'organisation et la hiérarchisation des services.

Pour planifier la production chirurgicale régionale, les agences devront :

- estimer les besoins de la population du territoire;
- faire le suivi de l'offre chirurgicale;
- tenir compte de la réalité des établissements.

**TROISIÈME PARTIE**  
**LA GESTION DU CHANGEMENT ET DES RISQUES**



## 5. L'IMPLANTATION DU CHANGEMENT

L'implantation du financement axé sur les patients dans le domaine de la chirurgie est une démarche ambitieuse; elle implique une transformation des processus en place à tous les paliers du système et couvre plusieurs volets (clinique, financier et informationnel).

Dans ce contexte, le groupe d'experts porte une attention particulière à la gestion du changement.

La stratégie recommandée pour favoriser une implantation harmonieuse des transformations proposées s'articule autour de plusieurs points :

- une gestion intégrée, rendue possible par une équipe de gestion de projet et l'ancrage du PAC+ dans une stratégie nationale de la chirurgie, et une transparence des processus et des changements méthodologiques, autant pour les cliniciens que pour les administrateurs;
- la mise en place de mécanismes de transition pour plusieurs aspects du programme (financement de la trajectoire du patient, tarifs, gestion de la performance, production de données cliniques et financières, etc.);
- une stratégie pour impliquer le réseau dans l'élaboration des paramètres du programme et assurer une communication efficace avec les différents acteurs concernés;
- un suivi et une évaluation de l'initiative.

### 5.1 Une gestion intégrée et transparente

#### Une équipe de gestion de projet

Afin que les changements proposés dans le cadre du PAC+ puissent s'opérer de façon ordonnée, les experts estiment qu'une équipe de gestion de projet est nécessaire pour :

- communiquer la vision du PAC+ et de la stratégie nationale de la chirurgie dans laquelle le programme s'inscrit;
- s'assurer de la diffusion des informations relatives au programme dans l'ensemble du réseau;
- servir de référence privilégiée aux acteurs des paliers régional et local du système, afin qu'ils puissent faire part de leurs questions, de leurs préoccupations et de leurs suggestions par rapport au programme;
- chapeauter les initiatives de consultation avec le réseau;
- favoriser la coordination entre les différents intervenants au niveau central;
- coordonner le suivi et l'évaluation du programme.

## ❑ Des outils de suivi et de gestion de la production chirurgicale pour tous les paliers du système

Comme mentionné précédemment, les experts recommandent qu'une perspective plus globale de la chirurgie soit adoptée par l'élaboration d'une stratégie nationale de la chirurgie, et que le PAC+ s'inscrive dans cette stratégie.

En plus d'établir les objectifs à atteindre en chirurgie et de préciser les rôles des divers intervenants du réseau dans l'atteinte de ces objectifs, cette stratégie comprendra des outils de suivi et de gestion de la production chirurgicale pour le réseau.

Ces outils devront permettre :

- d'estimer les besoins chirurgicaux de la population par établissement, et donc la production attendue par établissement;
- d'évaluer les capacités de production chirurgicale des établissements<sup>38</sup>;
- d'effectuer un suivi de la production chirurgicale et des délais d'attente.

Ces informations constituent pour le MSSS, les agences et les établissements une référence pour appuyer la gestion de la production chirurgicale.

- Elles aident notamment à mettre en lumière certaines problématiques relatives à l'accès et peuvent ainsi servir de point de départ pour comprendre les sources des écarts entre l'offre et la demande pour les chirurgies et apporter des pistes de solution<sup>39</sup>.

Les outils existants pourront être utilisés, et de nouveaux outils pourront être développés lorsque nécessaire.

### Recommandation 15

Mettre en place une gestion intégrée de l'initiative en créant une équipe de gestion de projet et en ancrant le PAC+ dans une stratégie nationale de la chirurgie.

<sup>38</sup> L'évaluation de la capacité de production des établissements se fait en utilisant, entre autres, des données sur la disponibilité des médecins (données provenant de CONSOM (Consommation et offre normalisée des services offerts par les médecins)) et sur le nombre de chirurgies par médecin (données provenant de SIMASS).

<sup>39</sup> Les outils de suivi et de gestion de la production chirurgicale sont présentés plus en détail à l'annexe III du présent document.

## □ Une implantation et une gestion transparente du PAC+

Le manque de transparence est l'une des faiblesses identifiées du programme actuel d'accès à la chirurgie : une attention particulière est donc portée à la transparence dans l'implantation et la gestion du PAC+.

Ce souci de transparence concerne l'information présentée au réseau de la santé ainsi que celle présentée à la population.

- Les étapes d'implantation du PAC+ sont claires, tant pour leur contenu que pour leur échéancier.
- Les critères d'admissibilité pour les établissements sont connus et justifiés.
- Les tarifs sont déterminés au niveau central, après concertation avec un comité d'experts quant aux questions cliniques et financières, et la méthodologie employée pour déterminer ces tarifs est divulguée.
- Les agences sont invitées à faire preuve de transparence dans le processus de détermination des volumes de production avec les établissements, et les résultats de ces échanges seront inscrits dans les ententes de gestion.
- Le réseau de la santé est consulté pour déterminer les règles de partage permettant de déterminer l'enveloppe budgétaire du programme.
- Les objectifs de qualité et d'accès sont définis par des indicateurs, et la prise en compte de ces indicateurs dans le tarif est définie clairement.
- Les mesures de transition prévues pour limiter les risques financiers pour les établissements et les agences seront communiquées à l'ensemble du réseau avant le début de l'implantation du programme, et les modifications à ces mesures issues des révisions annuelles du programme seront diffusées chaque année.
- Un suivi et une évaluation du programme sont prévus.
- Un site Internet dédié au PAC+ présentera les informations relatives à la production chirurgicale, les estimations de financement et plusieurs indicateurs, comme ceux relatifs à l'accès aux services et à la qualité des soins<sup>40</sup>.

### Recommandation 16

S'assurer de la transparence des processus et des changements méthodologiques, autant pour les cliniciens et les administrateurs que pour la population.

<sup>40</sup> Se référer à la section 5.3 pour de plus amples renseignements sur la stratégie de communication.

## 5.2 L'importance de la période de transition

L'introduction du financement axé sur les patients dans le domaine de la chirurgie présente plusieurs défis, notamment parce que le PAC+ a une portée beaucoup plus importante que le PAC.

Le tableau ci-dessous illustre quelques-unes des différences entre le PAC et le PAC+ et aide à apprécier les changements à apporter.

TABLEAU 2

### Synthèse des principaux paramètres du PAC et du PAC+

	PAC	PAC+
<b>Volumes de chirurgies couverts</b>	Volumes de chirurgies supplémentaires par rapport à 2002-2003	Pour les types de chirurgie couverts, couverture de l'ensemble de la production chirurgicale
<b>Types de chirurgie couverts</b>	Majorité des chirurgies (exclut certaines chirurgies comme la cardiologie tertiaire)	Quasi-totalité des chirurgies (inclut notamment la cardiologie tertiaire)
<b>Seuil minimal de production</b>	—	1 000 cas pondérés
<b>Établissements admissibles</b>	Totalité des établissements réalisant des chirurgies <sup>(1)</sup>	52 établissements
<b>Enveloppe budgétaire<sup>(2)</sup></b>	189 M\$	1 673 M\$
<b>Catégorisation des chirurgies aux fins de l'attribution de tarifs</b>	16 groupes de chirurgies (16 tarifs)	150 groupes de chirurgies (150 tarifs)
<b>Reconnaissance des coûts particuliers</b>	—	Reconnaissance des coûts particuliers liés à l'enseignement, à la spécialisation et à l'éloignement

(1) À quelques rares exceptions près, tous les établissements réalisant des chirurgies sont admissibles au PAC.

(2) En raison de la disponibilité des données, pour le PAC, c'est l'enveloppe budgétaire de 2012-2013 qui figure au tableau, alors que pour le PAC+, c'est l'estimation de l'enveloppe budgétaire pour 2014-2015 qui est présentée.

## ❑ **Épisode de soins couvert**

À l'heure actuelle, les préalables à l'implantation du financement de la trajectoire de soins complète ne sont pas tous satisfaits.

- Les données cliniques actuelles, n'étant pas jumelées à travers l'ensemble de la trajectoire de soins, ne permettent pas de suivre avec précision le cheminement d'un patient depuis sa préadmission jusqu'aux soins après sa sortie de l'hôpital.
- De plus, seul l'épisode de soins de l'admission à la sortie de l'hôpital est bien connu en ce qui a trait aux ressources requises pour prodiguer les soins nécessaires (lourdeur du cas) : ces données ne sont pas disponibles pour les activités ambulatoires, les centres de réadaptation et les soins à domicile, notamment.
- Par ailleurs, il est présentement complexe de rattacher les données financières à chacune des parties du continuum de soins.
- Enfin, les trajectoires cliniques standardisées, sur lesquelles repose le financement des trajectoires de soins, doivent être développées.

C'est pourquoi les experts proposent une implantation en trois étapes, permettant aux divers paliers du réseau de mettre en place les conditions nécessaires pour parvenir au financement de la trajectoire de soins complète.

## ❑ **Financement des chirurgies**

Le groupe d'experts propose que la première année d'implantation du PAC+, 2014-2015, soit une année de simulation.

- Pour cette première année, les tarifs seront annoncés, mais le financement des chirurgies continuera de se faire selon le mode d'allocation actuel. Le PAC se poursuivra donc en 2014-2015.
- Cette année de simulation permettra aux divers paliers de se familiariser avec les paramètres du PAC+ et de développer en parallèle l'information clinique et financière essentielle au nouveau système. Elle permettra par ailleurs aux établissements d'ajuster leurs processus avant l'introduction du nouveau mode de financement.

À compter de 2015-2016, les tarifs seront utilisés pour déterminer le financement reçu par les établissements. Cette étape marquera l'entrée en vigueur du PAC+.

## ❑ **Prise en compte de la qualité et de l'accès aux soins dans les tarifs**

La prise en compte de la qualité des soins et de l'accès à ces derniers dans les tarifs se fera en trois étapes.

- En 2014-2015, première année du PAC+, les indicateurs retenus pour mesurer l'accès et la qualité seront présentés, et les résultats des établissements pour ces indicateurs seront publiés.
- L'année 2015-2016 sera une année de simulation : sans qu'il n'y ait de conséquences financières, les établissements seront informés des implications financières qu'auraient eues les résultats obtenus pour les indicateurs de qualité et d'accès si ces derniers avaient été pris en compte dans les tarifs.

- À compter de 2016-2017, l'atteinte des objectifs de qualité et d'accès sera prise en compte dans le remboursement aux établissements basé sur les tarifs, de façon à ce que ces conséquences financières favorisent la pertinence des soins, leur qualité, et l'accès à ceux-ci<sup>41</sup>.

Cette implantation graduelle est essentielle puisque les établissements ne disposent pas tous d'informations équivalentes sur la qualité et l'accès aux soins dans leur établissement.

En rendant l'information disponible, la première étape donne aux établissements des outils pour mesurer la qualité de leur prestation de service, alors que la seconde étape les incite à accroître cette qualité tout en respectant leur capacité d'adaptation.

### **□ Développement parallèle des systèmes d'information clinique et financière**

Le groupe d'experts propose d'adopter une approche pragmatique en ce qui a trait aux exigences informationnelles du financement axé sur les patients, en partant des données disponibles dans l'immédiat et en développant les systèmes d'information clinique et financière en parallèle.

Ainsi, les données de la RAMQ seront utilisées dans l'immédiat pour effectuer le suivi des volumes, ces derniers répondants aux principales exigences informationnelles de ce suivi.

- La possibilité d'intégrer ces données à une base complémentaire ou de migrer vers MED-ÉCHO pour effectuer le suivi des volumes sera examinée en cours d'expérience.

Dans le même esprit, pour ce qui est de la détermination des coûts par cas, c'est l'approche dite descendante décrite à la section 4.1 qui sera utilisée, en raison de son applicabilité immédiate.

- La possibilité de migrer vers l'approche ascendante, plus précise, pour l'évaluation des coûts par cas sera examinée ultérieurement.

#### **Recommandation 17**

Employer des mécanismes de transition pour plusieurs aspects du programme (financement de la trajectoire du patient, tarifs, gestion de la performance, production de données cliniques et financières, etc.).

<sup>41</sup> Pour plus d'information sur les indicateurs et la façon dont ils seront pris en compte dans le tarif, se référer aux sections 3.4 et 4.3.

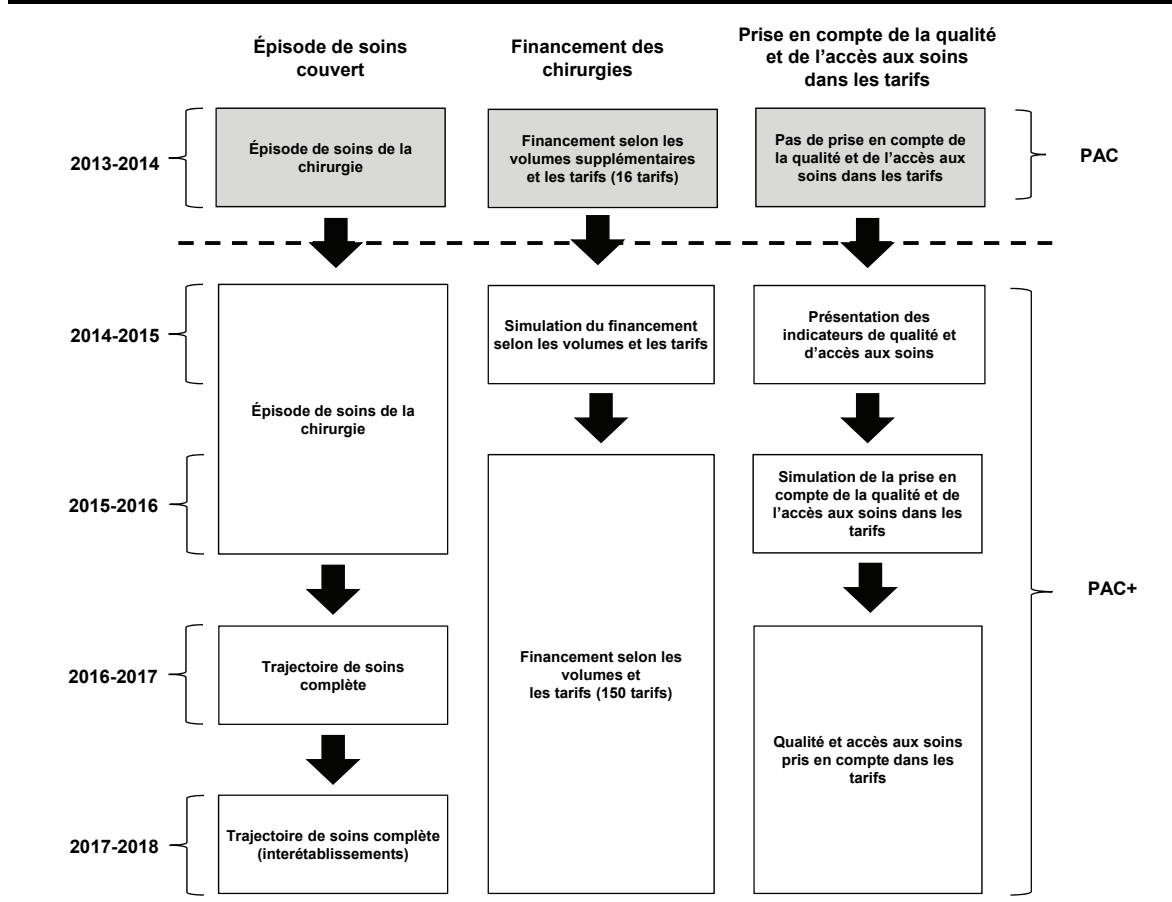
## □ Synthèse de l'implantation graduelle

Afin que l'élargissement du Programme d'accès à la chirurgie se fasse de façon harmonieuse, l'implantation du PAC+ se fera de façon évolutive, et ce, à plusieurs niveaux :

- l'épisode de soins couvert;
- les étapes de financement des chirurgies;
- la prise en compte de la qualité et de l'accès aux soins dans les tarifs.

ILLUSTRATION 10

### Synthèse de l'implantation graduelle du PAC+



Note : Comme mentionné précédemment, les systèmes d'information clinique et financière seront développés en parallèle et les systèmes et bases de données utilisés pour le PAC+ évolueront donc dans le temps. Cette évolution ne se faisant pas selon un calendrier défini, elle n'est cependant pas présentée dans le graphique ci-dessus.

### 5.3 Une stratégie de communication et de collaboration

L'implantation réussie du financement axé sur les patients nécessite que tous les acteurs concernés partagent une vision commune, que les paramètres soient bien compris de tous, que le réseau s'approprie le programme et que les acteurs disposent des outils nécessaires pour jouer leur rôle. À cette fin :

- le réseau sera consulté pour lui permettre de collaborer à l'élaboration de certains paramètres du programme;
- une stratégie de communication et de formation sera mise en place pour véhiculer dans tout le réseau les informations sur la méthodologie du PAC+ et le processus d'implantation du programme.

#### La collaboration, essentielle à l'atteinte des objectifs du programme

Le réseau et des partenaires externes seront consultés dans l'élaboration et la détermination des principaux paramètres du programme :

- la stratégie nationale de la chirurgie;
- les trajectoires cliniques standardisées;
- les règles de partage qui permettront de déterminer l'enveloppe budgétaire du programme;
- les tarifs;
- la stratégie de suivi et d'évaluation du PAC+.

#### La communication et la formation

L'information à véhiculer dans le réseau est pluridimensionnelle.

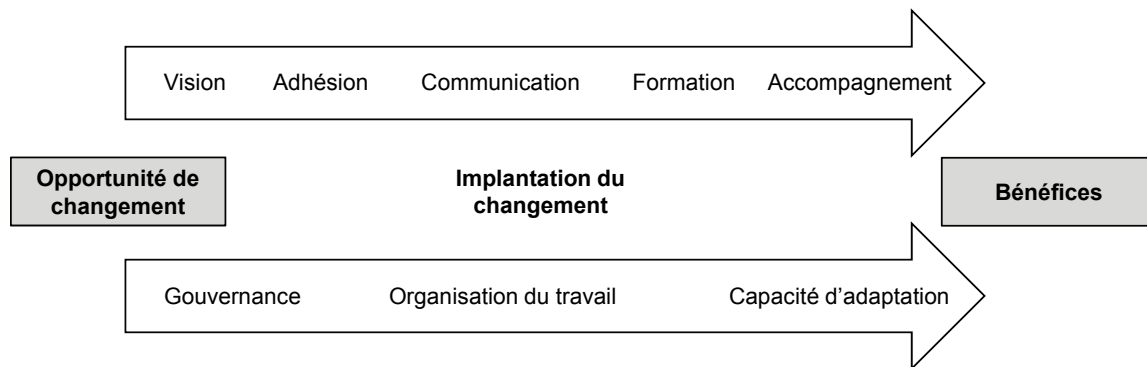
- D'abord, il est nécessaire que la vision qui sous-tend le PAC+, la stratégie nationale de chirurgie et le mode de collaboration entre les responsables cliniques et les administrateurs, soit présentée.
- Ensuite, la méthodologie du programme doit être expliquée : chirurgies couvertes, estimation de l'enveloppe budgétaire, trajectoire de soins, tarifs, indicateurs d'accès et de qualité retenus, calendrier d'implantation du programme, etc.
- Enfin, afin de permettre une amélioration de la gestion pour les établissements et les agences et de favoriser une plus grande transparence, les résultats du programme quant à la production chirurgicale et aux indicateurs d'accès et de qualité des soins doivent être diffusés.

Les experts proposent de recourir à plusieurs outils pour diffuser ces informations et donner au réseau les moyens de contribuer à la réussite du programme :

- un site Internet mis en ligne avant le démarrage de l'initiative comprenant notamment un forum de discussions et permettant de répondre aux requêtes;
- des tournées et séances d'information pour les agences et les établissements, ainsi que pour certains professionnels devant s'approprier de nouveaux outils ou ayant à accomplir de nouvelles tâches, comme les archivistes médicaux;
- une participation active du réseau aux activités de transferts de connaissances.

**Éléments d'une stratégie de communication efficace**

---



**Recommandation 18**

Adopter une stratégie pour impliquer le réseau dans l'élaboration de paramètres du programme et assurer une communication efficace avec les différents acteurs concernés.

## 5.4 Un suivi et une évaluation de l'initiative

L'élaboration d'une stratégie de suivi et d'évaluation des résultats devrait être lancée en parallèle au développement de l'initiative elle-même.

Pour le groupe d'experts, l'élaboration de cette stratégie incombe aux responsables cliniques et aux gestionnaires, parties prenantes et imputables des résultats de l'initiative. En ce sens, elle devrait être établie par le MSSS, après consultation de différents intervenants du réseau, en vue de les aider à :

- suivre et évaluer régulièrement les résultats du PAC+ et l'efficacité des modes de gestion du programme;
- s'ajuster aux variations de l'importance de la production chirurgicale des établissements d'une année à l'autre et aux transformations de l'offre de services;
- prendre des décisions éclairées, au moment opportun, quant aux mesures nécessaires pour recentrer le programme sur ses objectifs, le cas échéant;
- disposer d'une information crédible et pertinente pour appuyer l'évaluation.

En plus de couvrir l'évaluation des impacts financiers et cliniques du PAC+, la stratégie de suivi et d'évaluation des résultats devrait englober les procédures de comparaison des établissements entre eux, ainsi que les procédures d'autoévaluation des établissements.

Les experts estiment que cette stratégie doit faire partie de l'évaluation de la performance du système de santé.

### **□ Le contenu du cadre d'évaluation**

La raison d'être et les objectifs du PAC+ devraient être au cœur du cadre d'évaluation. Pour chaque indicateur retenu pour le cadre d'évaluation, ce dernier doit prévoir :

- les cibles à atteindre au regard des grands objectifs du système de santé que sont l'accès, la qualité, la pertinence, l'équité et l'efficience;
- les données requises à la mesure de l'indicateur, leur provenance, la méthode et la fréquence de leur collecte;
- l'assignation des responsabilités pour la collecte et l'analyse des données et les systèmes d'information supportant l'évaluation.

Par ailleurs, les ressources affectées au suivi et à l'évaluation du programme doivent être spécifiées dès le début de l'initiative.

#### **Recommandation 19**

Élaborer une stratégie de suivi et d'évaluation des résultats et la lancer en parallèle au développement de l'initiative elle-même.

## 6. LA GESTION DES RISQUES

L'introduction d'un mode de financement axé sur les patients peut engendrer des risques, à la fois cliniques et financiers. C'est pourquoi le groupe d'experts retient trois leviers principaux pour faire contrepoids aux risques pouvant compromettre l'atteinte des résultats visés par le PAC+. Ces trois leviers sont :

- donner aux établissements les moyens de s'adapter;
- maintenir un contrôle budgétaire;
- gérer les risques opérationnels.

Le groupe d'experts reconnaît aussi l'importance de gérer les risques associés à la qualité et à la pertinence des soins. L'approche recommandée pour favoriser la pertinence et la qualité des soins, notamment la prise en compte de ces aspects dans les tarifs, a été présentée à la section 3.4 du présent document.

### 6.1 Donner aux établissements les moyens de s'adapter

L'introduction du PAC+ entraînera des changements à plusieurs niveaux pour les établissements participants. L'un des plus manifestes est qu'en début d'année, les établissements ne pourront connaître avec certitude leur budget provenant des chirurgies.

Pour le groupe d'experts, il importe que le changement dans le mode de financement de la chirurgie n'affecte pas le financement global des établissements d'une manière qui pourrait toucher la qualité et l'accessibilité des soins, notamment dans les domaines autres que la chirurgie.

Rappelons qu'une période de transition a été proposée pour l'implantation du PAC+<sup>42</sup>. Les différentes composantes du réseau seront ainsi à même de se familiariser avec le nouveau contexte et de réaliser une planification budgétaire conséquente.

Par ailleurs, une stratégie de communication, telle que celle proposée par le groupe d'experts demeure un élément clé de la réussite de l'initiative du PAC+, notamment pour la compréhension des établissements quant aux facteurs qui influent sur leur financement. Les établissements seront ainsi en mesure d'apporter des améliorations à leurs processus.

#### **□ Une limitation nécessaire des conséquences financières**

Malgré les mesures déjà mentionnées, le groupe d'experts est d'avis qu'une mesure supplémentaire est nécessaire afin de prendre en considération les capacités financières des établissements à absorber des modifications dans leur financement.

Ainsi, des limites d'adaptation seront fixées après consultation avec les agences. Ces limites seront établies de telle manière qu'un établissement ne pourra voir son financement global varier de plus d'un certain niveau à la suite de l'introduction du PAC+. Cette mesure sera cependant transitoire.

Des mesures de limite des conséquences financières sont déjà en application dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces mesures évitent des chutes trop marquées du financement des établissements et des agences qui pourraient affecter les services à la population.

Par exemple, des mesures de transition ont été mises en place en 2011 à la suite de modifications à certains paramètres du PAC. Ces mesures visaient à atténuer les écarts de financement résultant des modifications introduites.

---

<sup>42</sup> Les différentes composantes de cette période de transition ont été présentées plus en détail à la section 5.2.

- Ces mesures prévoient une introduction progressive des conséquences financières résultant de l'introduction des nouveaux paramètres entre 2011-2012 et 2013-2014. La pleine prise en compte des modifications aux paramètres du PAC ne sera en vigueur qu'en 2014-2015.

Le groupe d'experts est d'avis qu'il est nécessaire de s'appuyer sur l'expérience acquise dans l'utilisation de ce type de mesures de transition.

- Par exemple, les variations budgétaires pour les établissements pourraient temporairement être limitées à 3 % de l'enveloppe pour la chirurgie lors de la première année de l'implantation du PAC+ et à 5 % par la suite.
- Lorsque considérée par rapport à l'enveloppe budgétaire du PAC+, une variation de 5 % est équivalente aux gains d'efficacité potentiels mesurés à partir des écarts au coût moyen.

#### **Limitation des conséquences financières : l'exemple de l'Allemagne**

Lors de l'introduction d'un système de financement axé sur les patients, l'Allemagne a mis en place deux mesures transitoires de limitation des conséquences financières pour les établissements.

Premièrement, entre 2005 et 2010, les tarifs de base des établissements ont été ajustés graduellement vers des tarifs de base nationaux. En 2005, le tarif de base applicable à un établissement était fixé à 15 % à partir du tarif de base national. La proportion restante du tarif de base d'un établissement était basée sur les données propres à cet établissement.

La part du tarif national dans les tarifs de base des établissements a été majorée progressivement (35 % en 2006, 55 % en 2007 et 75 % en 2008), pour atteindre 100 % en 2009.

Deuxièmement, les réductions budgétaires ont été limitées. La limite s'élevait à 1 % en 2005 par rapport au budget de 2004. En 2009, la limite est passée à 3 % par rapport au budget de 2008. À partir de 2010, les réductions budgétaires n'étaient plus limitées.

#### **Recommandation 20**

Donner aux établissements les moyens de s'adapter, en limitant de façon transitoire les conséquences financières.

## 6.2 Maintenir un contrôle budgétaire

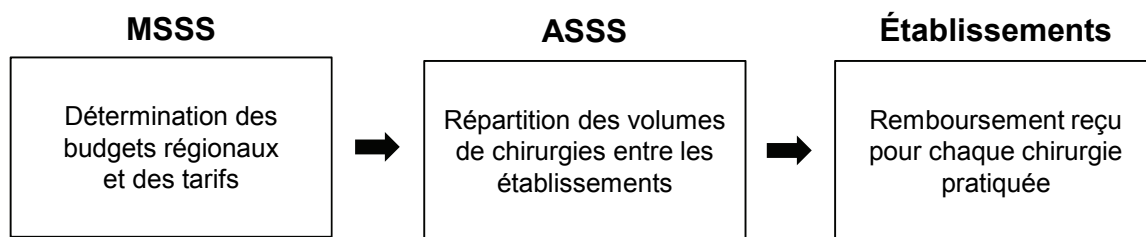
L'introduction du financement axé sur les patients peut avoir pour conséquence d'augmenter les budgets consacrés à la santé, en raison de l'augmentation des volumes de soins<sup>43</sup>. Dans certains cas, la hausse des volumes était l'un des effets recherchés de l'implantation du financement axé sur les patients.

Un des défis du PAC+ sera d'assurer un contrôle budgétaire adéquat, à la fois pour le MSSS et pour les agences. Des mesures garantissant que les dépenses de santé respectent les budgets alloués globalement au secteur doivent donc être envisagées.

ILLUSTRATION 12

### Mode de répartition de l'enveloppe du PAC+

---



#### □ Un contrôle budgétaire par le MSSS

Le groupe d'experts est conscient qu'un des défis du PAC+ est que le financement devra être assuré dans une enveloppe fermée. Le MSSS devra donc estimer un niveau de production attendue afin de moduler les paramètres du programme.

La hausse prévue des volumes sera prise en compte dans la détermination de l'enveloppe budgétaire du programme afin de limiter le risque d'accroissement incontrôlé des coûts du programme.

L'estimation de la production attendue par région sera mise en relation avec les volumes observés pour intervenir s'il y avait des écarts significatifs.

Des mesures seront mises en place par le MSSS afin d'éviter que les modifications au financement de la chirurgie n'entraînent des variations budgétaires importantes pour les régions. Le MSSS devra maintenir son objectif de financement basé sur des critères d'équité d'accès (mode d'allocation) et éviter la croissance des écarts régionaux de ressources que pourrait engendrer l'introduction du PAC+.

Finalement, pour limiter les écarts de volumes dans les établissements, ceux-ci seront inscrits dans les ententes de gestion. De plus, des outils de suivi des volumes seront fournis aux établissements.

---

<sup>43</sup> Voir, par exemple : Jason M. SUTHERLAND et autres, *Examen du rôle potentiel des incitations financières dans le financement des services de santé au Canada*, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, décembre 2012, [En ligne], [<http://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/reports/Reviewing-Financial-Incentives-Sutherland-F.pdf?sfvrsn=0>].

## □ Le contrôle budgétaire par les agences

Le contrôle budgétaire par les agences s'effectue par la détermination des volumes de production avec les établissements. Les résultats de ces échanges sont inscrits dans les ententes de gestion, ce qui assure une reddition de comptes et l'imputabilité quant aux résultats, une étape essentielle à une saine gestion des fonds publics.

Pour les assister dans ce mandat, elles pourront utiliser les outils de suivi et de gestion de la production chirurgicale décrits à la section 5.1 du document et à l'annexe III.

En effet, avec ces outils, des références de production populationnelle par établissement sont estimées et comparées avec d'autres indicateurs comme l'offre de services et les délais d'attente afin d'établir des fourchettes de production.

- Ces fourchettes seront utilisées par les agences afin de répartir la production chirurgicale au sein de leur région.

### Recommandation 21

Définir et mettre en place des mesures pour maintenir un contrôle budgétaire.

## 6.3 Gérer les risques opérationnels

Le financement axé sur les patients est une initiative nouvelle pour le Québec, mais implantée depuis plusieurs années dans certains autres pays. Les expériences étrangères ainsi que les études réalisées sur ces dernières mettent en lumière certains risques opérationnels associés au financement axé sur les patients<sup>44</sup>.

Les deux éléments suivants devront être pris en compte dans l'implantation du PAC+ :

- le risque de surcodification;
- le risque de sélection des patients.

### □ Risque de surcodification

La codification est l'opération par laquelle un établissement rapporte le traitement d'un patient en fonction des caractéristiques du cas traité. Cette codification est nécessaire à l'attribution d'un groupe de chirurgies, à partir duquel l'établissement reçoit un remboursement basé sur un tarif.

La surcodification se produit lorsqu'un établissement transmet une information inexacte donnant droit à un remboursement plus élevé que le tarif normalement applicable au cas traité.

Présentement, seules des comparaisons générales de la gravité des cas traités par les établissements permettent d'estimer les enjeux liés à la surcodification. Il y a par ailleurs peu de conséquences ou ajustements financiers lorsqu'une surcodification est détectée.

De nouvelles mesures seront établies dans le cadre du PAC+ afin de limiter les risques de surcodification.

### ■ Contrôle de la surcodification dans le PAC+

Avant même le début de l'initiative concrète du PAC+, une mise à jour du cadre de référence de MED-ÉCHO est suggérée. Cette action a pour but de clarifier les critères de codification afin que ceux-ci reflètent mieux la pratique médicale, et de clarifier les zones grises.

La mise à jour de MED-ÉCHO rendra également l'interprétation de certaines consignes plus objective pour les archivistes. De plus, des programmes de formation et de soutien seront offerts aux archivistes afin de favoriser une codification adéquate des cas.

Dès la première année du PAC+, des tests statistiques seront effectués de façon aléatoire afin de valider la codification. Dans cette première étape, il n'y aura pas de conséquences financières rattachées aux tests, qui serviront à informer les établissements.

Dans une seconde étape, des processus d'audit seront introduits. Des conséquences financières pourront être rattachées aux résultats des audits. Les audits seront soit ciblés en fonction des résultats des tests statistiques, soit aléatoires.

---

<sup>44</sup> Voir, par exemple : Joanne CASTONGUAY, *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux*, Rapport de projet, CIRANO, mars 2013.

## ❑ Risque de sélection des patients

Les groupes de chirurgie du PAC+ sont des regroupements de codes d'actes réputés homogènes du point de vue clinique et de celui de l'utilisation des ressources.

- Or, cela ne signifie pas que chacun des cas attribués à un groupe de chirurgie nécessite l'emploi de la même quantité de ressources médicales.

Ainsi, un système de remboursement comme le PAC+ qui comprend un tarif de base unique pour chaque groupe de chirurgie est équitable dans la mesure où ces variations sont aléatoires et ne sont pas associées à un type particulier de patients ou d'établissements.

Dans le cas contraire, un risque de sélection des patients est à prévoir. Elle peut se produire lorsque les établissements sont en mesure d'identifier des patients pour lesquels les besoins en ressources médicales sont plus élevés que la moyenne des cas du même groupe de patients. Les établissements sont incités à repousser la prise en charge de ces cas, auxquels des coûts plus élevés sont associés.

Certaines des caractéristiques déjà mentionnées du PAC+ permettront de mitiger le risque de sélection des patients.

- L'ajustement du tarif selon la gravité moyenne des cas d'un établissement fournira un remboursement plus élevé aux établissements qui traitent les cas plus coûteux. Un remboursement en lien avec les coûts de traitement diminue fortement les risques de voir un cas coûteux ne pas être traité.
- Les coûts particuliers (enseignement, éloignement par rapport aux centres surspécialisés et spécialisation) seront pris en compte et continueront d'être financés dans le budget global des établissements.
- Finalement, la prise en compte dans les tarifs d'un indicateur pour les patients hors délai améliore l'incitatif à ne pas repousser trop longtemps le traitement d'un cas plus complexe.

### Recommandation 22

Mitiger les risques opérationnels de surcodification et de sélection des patients.

## 7. LES RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS

Le groupe d'experts émet plusieurs recommandations pour implanter le financement axé sur le patient dans le domaine chirurgical en vue d'améliorer l'accès aux soins, la pertinence et la qualité des soins, l'équité et l'efficacité dans la prestation de services.

Ces recommandations peuvent être regroupées par thématique :

- les principes généraux de l'approche recommandée;
- les aspects cliniques du PAC+;
- les considérations financières;
- l'implantation du changement;
- la gestion des risques.

### Les principes généraux de l'approche recommandée

#### Recommandation 1

Élargir le Programme d'accès à la chirurgie, faire du PAC+ l'une des initiatives concrètes suggérées pour l'implantation du financement axé sur les patients au Québec et mettre le programme en lien avec des objectifs de qualité.

#### Recommandation 2

Arrimer le PAC+ aux grandes orientations d'un système de santé performant que sont l'accès aux soins, la pertinence et la qualité des soins, l'équité et l'efficacité dans la prestation de services.

#### Recommandation 3

Se doter d'une stratégie nationale de la chirurgie pour accroître l'efficacité et la cohérence des actions dans le domaine chirurgical.

#### Recommandation 4

À terme, financer la totalité de la trajectoire de soins selon les modalités du financement axé sur les patients, et effectuer ce financement sur la base de la trajectoire complète de soins d'un patient plutôt que sur la base de chacune de ses étapes.

#### Recommandation 5

Adopter une approche pragmatique et implanter le PAC+ graduellement, en commençant l'expérience en utilisant les données et les conditions existantes, et en effectuant de nouvelles transformations à mesure que les conditions nécessaires seront mises en place.

### Les aspects cliniques du PAC+

#### Recommandation 6

Couvrir l'ensemble des chirurgies afin de favoriser une meilleure gestion des services pour les établissements et de prévenir certains effets indésirables, comme la priorisation de certains types de chirurgies au détriment d'autres chirurgies.

### Recommandation 7

Adopter un seuil annuel de 1 000 cas pondérés pour déterminer les établissements admissibles, et continuer de financer les établissements offrant des activités chirurgicales sans atteindre ce seuil d'admissibilité selon une approche historique, tout en prévoyant des mécanismes de performance incluant des dimensions de qualité, de pertinence et de sécurité.

### Recommandation 8

Implanter le financement de la trajectoire du patient graduellement, en trois étapes s'échelonnant de 2014-2015 à 2017-2018.

### Recommandation 9

Prendre en compte les dimensions de la qualité et de l'accès aux soins dans le programme.

## **Les considérations financières**

### Recommandation 10

Considérer d'abord l'approche descendante des coûts par cas, mais viser une approche ascendante dans la mesure où il est possible de la développer, l'approche ascendante étant considérée comme un complément nécessaire.

### Recommandation 11

Assurer la gestion du PAC+ dans un contexte d'enveloppe fermée déterminée par le gouvernement.

### Recommandation 12

D'abord, baser les tarifs sur le coût moyen de chacun des groupes de chirurgies, et les faire évoluer de façon à ce qu'ils prennent progressivement en compte les notions de qualité.

### Recommandation 13

Utiliser les outils disponibles pour suivre les volumes à court terme, tout en poursuivant le développement pour obtenir une information plus précise.

### Recommandation 14

Financer les activités chirurgicales des établissements en fonction du produit du volume des chirurgies effectuées et du tarif établi au niveau national pour chaque type de chirurgie, plutôt que selon une base historique.

## **L'implantation du changement**

### Recommandation 15

Mettre en place une gestion intégrée de l'initiative en créant une équipe de gestion de projet et en ancrant le PAC+ dans une stratégie nationale de la chirurgie.

### Recommandation 16

S'assurer de la transparence des processus et des changements méthodologiques, autant pour les cliniciens et les administrateurs que pour la population.

#### Recommandation 17

Employer des mécanismes de transition pour plusieurs aspects du programme (financement de la trajectoire du patient, tarifs, gestion de la performance, production de données cliniques et financières, etc.).

#### Recommandation 18

Adopter une stratégie pour impliquer le réseau dans l'élaboration de paramètres du programme et assurer une communication efficace avec les différents acteurs concernés.

#### Recommandation 19

Élaborer une stratégie de suivi et d'évaluation des résultats et la lancer en parallèle au développement de l'initiative elle-même.

### **La gestion des risques**

#### Recommandation 20

Donner aux établissements les moyens de s'adapter, en limitant de façon transitoire les conséquences financières.

#### Recommandation 21

Définir et mettre en place des mesures pour maintenir un contrôle budgétaire.

#### Recommandation 22

Mitiger les risques opérationnels de surcodification et de sélection des patients.



# ANNEXES



## ANNEXE I : ÉTABLISSEMENTS ADMISSIBLES

Le tableau ci-dessous présente la liste des établissements admissibles au PAC+ en fonction du seuil minimal de production de 1 000 cas pondérés. Le nombre de cas bruts ainsi que le nombre de cas pondérés sont présentés pour chaque établissement, en fonction des données de 2011-2012.

Groupe	Région	Code	Nom du centre hospitalier	Nb – Bruts	Nb – Pond.
1	9	13160395	CSSS de Sept-Îles	3 984	1 362,20
1	16	11044591	CSSS La Pommeraie	4 827	1 655,70
1	12	11044500	CSSS de Montmagny-L'Islet	5 251	2 041,90
1	8	11044468	CSSS Les Eskers de l'Abitibi	4 646	2 526,10
2	8	11044484	CSSS de la Vallée-de-l'Or	3 445	1 088,60
2	8	11044476	CSSS de Rouyn-Noranda	3 931	1 114,50
2	9	11044351	CSSS de Manicouagan	4 262	1 153,00
2	15	11044013	CSSS des Sommets	3 320	1 155,90
2	2	11044187	CSSS Domaine-du-Roy	4 689	1 644,50
2	4	11044385	CSSS de l'Énergie	5 144	1 674,20
2	16	11044567	CSSS Pierre-de-Saurel	4 424	1 788,60
2	12	11044492	CSSS de la région de Thetford	5 003	1 955,60
2	1	11044104	CSSS de Rivière-du-Loup	4 950	1 998,90
2	2	11044179	CSSS de Lac-Saint-Jean-Est	5 803	2 116,60
2	12	11044526	CSSS de Beauce	6 212	2 328,50
2	16	12399044	CSSS de la Haute-Yamaska	7 157	2 499,40
2	6	11044278	CSSS d'Ahuentsic et Montréal-Nord	7 874	2 579,10
2	6	11044229	CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle	9 047	2 927,40
2	4	11044120	CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	9 854	3 540,00
2	6	11044286	CSSS du Cœur-de-l'Île	6 401	3 840,10
2	4	11044377	CSSS Drummond	10 957	4 004,50
3	16	11044575	CSSS du Suroît	7 103	2 842,80
3	16	11044583	CSSS Jardins-Roussillon	10 640	3 535,50
3	1	11044096	CSSS de Rimouski-Neigette	9 529	3 582,20
3	15	11044443	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	8 659	3 623,60
3	6	11044211	CSSS de l'Ouest-de-l'Île	9 206	3 646,40
3	6	11044237	CSSS du Sud-Ouest-Verdun	7 418	3 710,50
3	16	11044609	CSSS Richelieu-Yamaska	11 554	3 798,10
3	6	12420774	Hôpital Santa Cabrini	7 787	4 029,30
3	16	11044542	CSSS Haut-Richelieu-Rouville	11 898	4 459,30
3	14	11044203	CSSS du Sud de Lanaudière	13 175	5 068,50
3	14	11044435	CSSS du Nord de Lanaudière	13 557	5 209,10
3	6	12745725	Centre hospitalier de St. Mary	17 751	6 766,10
3	16	11044534	CSSS Pierre-Boucher	19 872	7 868,20
3	15	11044450	CSSS de Saint-Jérôme	23 845	8 369,20
3	4	11044898	CSSS de Trois-Rivières	19 587	9 018,20
3	13	11044344	CSSS de Laval	24 570	9 549,30
3	7	11044419	CSSS de Gatineau	22 694	10 311,90
4	6	12694659	Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	14 423	5 238,90
4	12	11044872	CSSS Alphonse-Desjardins	13 583	6 031,00
4	16	11044930	CSSS Champlain-Charles-Le Moyne	17 645	7 789,50
4	2	11044195	CSSS de Chicoutimi	17 661	8 330,90
4	6	12934659	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	23 858	10 489,30
4	6	12431656	Institut de cardiologie de Montréal	10 533	10 657,20
4	6	12685608	Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis (L')	24 046	11 900,20
4	6	12475976	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	17 749	13 336,70
4	3	13623616	Inst. univ. de cardiologie et de pneumologie de Qc	12 956	13 824,00
4	3	11044914	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec	35 696	14 550,90
4	5	11042264	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	31 170	15 598,50
4	3	11042371	Centre hospitalier universitaire de Québec	40 498	21 386,20
4	6	12599213	Centre universitaire de santé McGill	46 606	24 712,70
4	6	11042918	Centre hospitalier de l'Université de Montréal	43 222	26 236,40
<b>Nombre total</b>				<b>741 076</b>	<b>339 088,60</b>
<b>Nombre avec pond. &gt; 1 000</b>				<b>709 672</b>	<b>330 465,70</b>
<b>Proportion</b>				<b>95,80 %</b>	<b>97,50 %</b>



## ANNEXE II : MÉTHODOLOGIE RETENUE POUR L'ÉVALUATION DES COÛTS DU PROGRAMME

Le budget du PAC+ est établi à partir de la part du budget du programme de la santé physique liée aux chirurgies.

- Seuls les coûts directs liés aux chirurgies sont considérés, par exemple le salaire des infirmières. Les coûts indirects, tels que les coûts administratifs des centres d'activités et le coût des immobilisations, ne sont pas couverts.
- Les coûts associés à la rémunération des médecins ne sont pas inclus dans le budget du PAC+.
- Les coûts particuliers, notamment les coûts liés à la spécialisation, aux activités d'enseignement et à l'éloignement, ne sont pas compris dans l'enveloppe du PAC+.

### □ Contour financier utilisé pour calculer l'enveloppe budgétaire du programme

Le contour financier des ressources consacrées aux soins de santé et aux services sociaux est principalement construit à partir du rapport financier des établissements (AS-471)<sup>45</sup> et de renseignements sur la répartition des volumes par clientèle contenus dans le rapport statistique (AS-478).

Pour calculer le budget de la chirurgie pour la première année du PAC+, le contour financier de l'année financière la plus représentative est retenu comme référence.

- L'estimation de l'enveloppe budgétaire est effectuée pour la première année du programme et devra être analysée périodiquement, par exemple selon une fréquence triennale, pour apporter les corrections requises.

La méthodologie de calcul de l'enveloppe budgétaire repose sur l'identification des coûts associés à la production chirurgicale parmi les différents programmes et types de clientèle du contour financier.

### ■ Ventilation des coûts par programme

Pour un centre d'activités donné, le contour financier permet d'identifier les coûts attribuables à chacun des neuf programmes de services et des deux programmes de soutien actuels<sup>46</sup>.

Le budget du PAC+ ne couvrant que les coûts directs de la chirurgie, seuls les coûts relatifs au programme de la santé physique, appelés contour financier de la santé physique, sont utilisés dans le calcul de l'enveloppe budgétaire du PAC+.

Au sein du contour financier de la santé physique, en plus d'être ventilés par centre d'activités, les coûts peuvent être ventilés par type de clientèle en suivant certaines hypothèses.

---

<sup>45</sup> Cette banque de données du ministère de la Santé et des Services sociaux est constituée à partir des renseignements fournis par les établissements publics et les établissements privés conventionnés dans leur rapport financier annuel (formulaire AS-471).

<sup>46</sup> Se référer à l'illustration de la page suivante pour la présentation des onze programmes.

## ■ Ventilation des coûts par clientèle et par activité

Les coûts associés au programme de la santé physique sont ventilés par clientèle et peuvent être attribuables à des activités chirurgicales ou médicales.

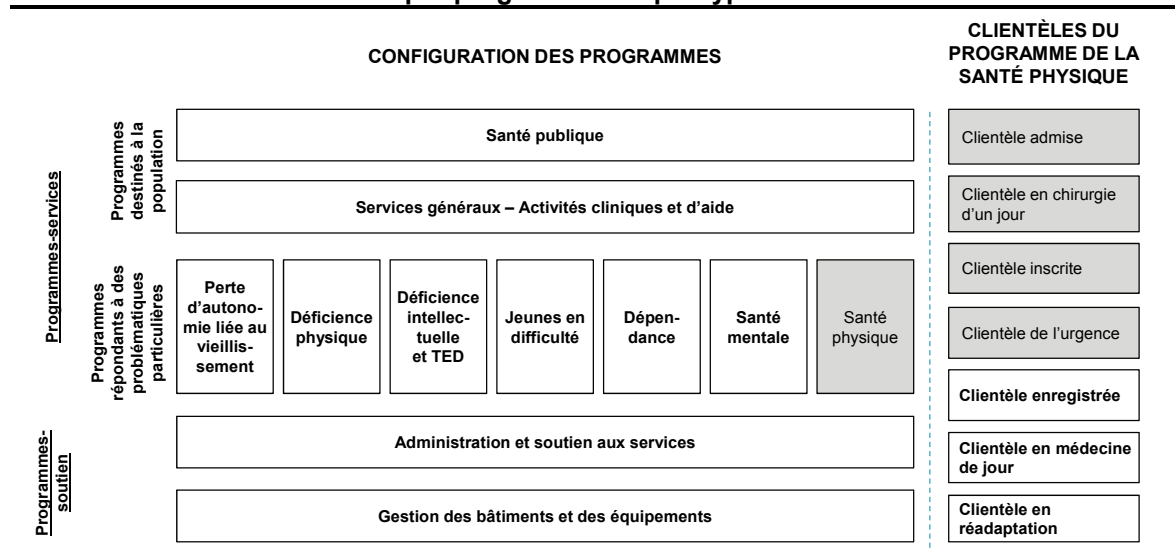
On fait l'hypothèse que les coûts liés à la production chirurgicale se retrouvent dans les quatre types de clientèle suivants :

- clientèle admise;
- clientèle inscrite;
- clientèle de l'urgence;
- clientèle en chirurgie d'un jour<sup>47</sup>.

Pour chacun de ces types de clientèle, il faut isoler les coûts attribuables à des activités chirurgicales. La suite de cette annexe présente les hypothèses et règles de partage utilisées à cette fin.

ILLUSTRATION 13

### Structure du contour financier par programmes et par type de clientèle



<sup>47</sup> Il existe trois autres types de clientèle, mais ces dernières ne sont pas considérées compte tenu de l'hypothèse selon laquelle les coûts de l'activité chirurgicale ne se retrouvent pas, dans un premier temps, dans ces catégories de clientèle. À titre informatif, ces autres types de clientèle sont : clientèle enregistrée, clientèle en médecine de jour et clientèle en réadaptation.

## □ Clientèle admise

Pour chaque centre d'activités ou chaque groupe de centre d'activités, la proportion des coûts attribuables à la chirurgie pour les patients admis doit être obtenue.

Cette proportion est calculée à partir de la formule suivante :

$$\frac{\text{Total de la pondération attribuable à la chirurgie pour les patients admis}}{\text{Total des cas pondérés pour les patients admis}}$$

Le total des cas pondérés des patients admis d'un centre d'activités est obtenu en additionnant chaque cas de la clientèle admise, pondéré par sa lourdeur.

- La lourdeur est donnée par le NIRRU, qui est basé sur les données du Maryland et adapté au contexte québécois<sup>48</sup>.

Le total de la pondération attribuable à la chirurgie pour les patients admis est obtenu à partir de la décomposition du NIRRU par catégories de coûts (exemple : soins infirmiers, bloc opératoire, etc.).

- Le NIRRU est réparti pour chaque DRG selon les différentes catégories de coûts en utilisant le détail des données du Maryland.
- Il faut ensuite établir des correspondances entre les centres d'activités du Maryland et ceux du Québec, afin de définir des catégories de coûts communes aux deux systèmes. Il est alors possible d'utiliser cette répartition par catégories de coûts du NIRRU pour un DRG donné.

Une correspondance est obtenue pour 27 centres ou groupes de centres d'activités québécois, soit 20 centres d'activité et 7 groupes de centres, couvrant 39 des 48 centres d'activités du contour financier de la santé physique pour la clientèle admise.

## ■ Calcul des coûts

La proportion des coûts attribuables à la chirurgie pour la clientèle admise doit être calculée pour chacun des 20 centres d'activités et des 7 groupes de centres d'activités.

Elle est ensuite appliquée aux coûts pour la clientèle admise afin d'obtenir les coûts associés à la chirurgie pour cette clientèle.

- Pour les 20 centres d'activités pour lesquels une proportion propre au centre est calculée, la proportion est appliquée aux coûts de la clientèle admise du centre.
- Pour les 19 centres faisant partie des 7 groupes de centres d'activités pour lesquels une proportion a été calculée par groupe de centres et non pas par centre d'activités, la proportion calculée pour le groupe est appliquée aux coûts de la clientèle admise du centre.
- Pour les 9 centres pour lesquels aucune proportion n'a été obtenue, la proportion est estimée en comparant la répartition des coûts par catégories dans ces centres avec la répartition prévalant dans les centres pour lesquels une proportion a été calculée.

---

<sup>48</sup> Se référer à la section 3.2 pour plus d'information sur les NIRRU et le concept de lourdeur.

### Exemple de calcul pour l'estimation de la proportion des coûts attribuable à la chirurgie pour la clientèle admise d'un établissement

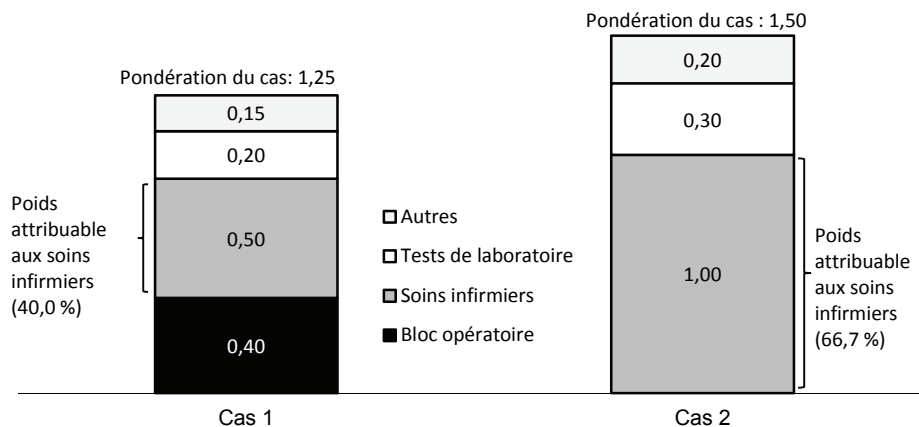
Pour calculer la proportion des coûts attribuable à la chirurgie pour la clientèle admise d'un établissement, il faut disposer de deux informations pour toutes les admissions, soit :

- la lourdeur du cas, qui reflète le niveau d'utilisation des ressources pour ce cas;
- une répartition de la lourdeur du cas par catégories de coûts.

Par exemple, supposons qu'un établissement ne compte que deux cas dans sa clientèle admise. Le premier cas a une lourdeur de 1,25 et le second cas, une lourdeur de 1,50. Dans cet établissement, le coût associé à chacun de ces cas est réparti entre les différentes catégories de coûts de la façon suivante :

- pour le premier cas, les coûts associés aux soins infirmiers représentent 40,0 % du coût. La pondération de ce cas attribuable aux soins infirmiers est donc de 0,50, soit 40,0 % de la pondération totale de 1,25;
- pour le second cas, les coûts associés aux soins infirmiers représentent 66,7 % du coût. La pondération de ce cas attribuable aux soins infirmiers est donc de 1,00, soit 66,7 % de la pondération totale de 1,50.

#### Répartition de la lourdeur de deux cas types par catégories de coûts



On peut alors calculer la proportion des coûts attribuable à la chirurgie en soins infirmiers pour les patients admis de cet établissement.

- Le numérateur est la somme des pondérations attribuables à la chirurgie pour ces deux cas, et le dénominateur est la somme des pondérations totales pour ces deux cas. Cette proportion est donc :

$$\frac{0,50}{0,50+1,00} = \frac{0,50}{1,50} = 0,33$$

Ainsi, 33,3 % des coûts des soins infirmiers pour les patients de la clientèle admise dans cet établissement sont attribuables à la chirurgie. Il est alors aisé de calculer de la même façon les coûts attribuables à la chirurgie pour la clientèle admise pour tous les centres ou groupes de centres d'activités.

## ❑ Clientèle inscrite

Contrairement au calcul de la proportion pour la clientèle admise, la proportion des coûts attribuables à la chirurgie pour la clientèle inscrite n'est pas calculée par centre d'activités, mais globalement pour les centres d'activités visés par la chirurgie.

Cette proportion est calculée à partir de la formule suivante :

$$\frac{\text{Total des cas pondérés des chirurgies couvertes par le PAC+ pour les patients inscrits}}{\text{Total des cas pondérés pour les patients inscrits}}$$

Le total des cas pondérés pour la clientèle inscrite d'un centre d'activités est obtenu en additionnant chaque cas inscrit, pondéré par sa lourdeur.

— La lourdeur utilisée est celle calculée par le MSSS pour le modèle de performance des consultations externes.

Le numérateur de cette proportion comptabilise uniquement, parmi la clientèle inscrite, les pondérations des cas couverts par le PAC+.

## ■ Calcul des coûts

La proportion calculée est appliquée à l'ensemble des coûts des centres d'activité reliés à la chirurgie.

## ❑ Clientèle de l'urgence

Tout comme pour la clientèle inscrite, le calcul de la proportion des coûts attribuables à la chirurgie ne se fait pas par centre d'activités, mais globalement pour l'ensemble des centres d'activités visés par cette clientèle.

Cette proportion est donnée par la formule suivante :

$$\frac{\text{Total des cas pondérés des chirurgies couvertes par le PAC+ pour les patients à l'urgence}}{\text{Total des cas pondérés pour les patients à l'urgence}}$$

Le total des cas pondérés des patients à l'urgence d'un centre d'activité est obtenu en additionnant chaque cas à l'urgence, pondéré par sa lourdeur.

— La lourdeur utilisée est celle calculée par le MSSS pour le modèle de performance des urgences.

Le numérateur de cette proportion comptabilise uniquement, parmi la clientèle de l'urgence, les pondérations des cas couverts par le PAC+.

## ■ Calcul des coûts associés à la chirurgie pour la clientèle de l'urgence

La proportion calculée est appliquée aux coûts de la clientèle de l'urgence, afin d'obtenir le total des coûts associés à la chirurgie pour cette clientèle.

## ❑ Clientèle en chirurgie d'un jour

Les coûts pour l'ensemble de la clientèle en chirurgie d'un jour sont attribuables à la chirurgie. Ainsi, aucune proportion n'a à être calculée.

## ❑ L'estimation de l'enveloppe budgétaire du PAC+

L'estimation des coûts associés à la chirurgie couverte par le PAC+ est obtenue en additionnant les coûts calculés pour ces quatre types de clientèle.

Il faut alors soustraire de cette enveloppe les coûts particuliers pour obtenir l'enveloppe budgétaire du PAC+.

## ❑ Calcul des coûts particuliers

La section suivante décrit la méthode d'évaluation des coûts particuliers. Dans le cadre du PAC+, ces coûts sont :

- les coûts d'enseignement;
- les coûts d'éloignement par rapport aux centres surspécialisés;
- les coûts liés à la spécialisation des établissements.

### ■ Coûts d'enseignement

La mission d'enseignement de certains établissements entraîne des coûts de prestation des soins plus importants. En effet, la nécessité de faire participer les médecins résidents aux traitements peut, dans certains cas, se traduire par un processus de décision et de traitement plus long ou par la réalisation de plus d'exams diagnostiques.

Pour les besoins du calcul des coûts d'enseignement, une variable de coûts d'enseignement est définie. Cette variable utilise comme mesure de l'enseignement dans les établissements le nombre de jours de stages pondéré. Cette pondération s'effectue selon deux éléments, soit :

- le domaine de spécialité médicale, pour refléter le fait que l'enseignement est plus coûteux dans certaines spécialités;
- le niveau d'avancement des stages, pour refléter les coûts plus importants dans les stages de niveau débutant que pour les niveaux plus avancés.

Une fois le nombre de jours de stage pondéré déterminé, on applique une relativisation en fonction du nombre d'« équivalents cas ». L'équivalent cas est une méthode de comptabilisation des cas traités par un établissement pour plusieurs types de clientèle.

En résumé, la variable d'enseignement est calculée de la façon suivante :

$$\text{Variable d'enseignement} = \frac{\text{Nombre de jours de stage pondéré} \times 10\,000}{365 \times \text{Nombre d'équivalents cas}}$$

Finalement, le coût d'une unité d'enseignement est déterminé à l'aide d'un modèle économétrique du MSSS. Ce coût est multiplié par la variable d'enseignement pour déterminer le coût par cas d'un établissement lié à l'enseignement :

$$\text{Coût d'enseignement par cas} = \text{Coût unitaire d'enseignement} \times \text{Variable d'enseignement}$$

Le coût total lié à l'enseignement pour un établissement est le produit du coût pour chaque patient et du nombre de cas traités :

$$\text{Coût d'enseignement total} = \text{Coût d'enseignement par cas} \times \text{Nombre de cas traités}$$

## ■ Coûts d'éloignement par rapport aux centres surspécialisés

Les établissements éloignés des centres surspécialisés font face à des dépenses supplémentaires par rapport aux établissements situés à proximité de tels centres, notamment en raison du transport des patients.

Les coûts d'éloignement par rapport aux centres surspécialisés sont calculés sur la base de la distance par rapport aux centres métropolitains de la province : Montréal, Québec et Sherbrooke.

Pour les besoins du calcul des coûts d'éloignement, une variable de distance est définie. Celle-ci correspond à la distance entre un établissement et le centre métropolitain le plus proche, à laquelle on soustrait 150 kilomètres :

$$\text{Variable d'éloignement} = \text{Distance avec centre métropolitain} - 150 \text{ kilomètres}$$

La prime d'éloignement par kilomètre est obtenue à l'aide d'un modèle économétrique du MSSS.

Cette prime d'éloignement est multipliée par la valeur de la variable d'éloignement d'un établissement, ce qui correspond au coût d'éloignement pour chaque cas traité dans celui-ci :

$$\text{Coût d'éloignement par cas (\$)} = \text{Prime d'éloignement (\$/km)} \times \text{Variable d'éloignement (km)}$$

Le coût total d'éloignement pour un établissement est le produit du coût de l'éloignement pour chaque patient par le nombre de cas traités :

$$\text{Coût d'éloignement total} = \text{Coût d'éloignement par cas} \times \text{Nombre de cas traités}$$

## ■ Coûts liés à la spécialisation des établissements

Les établissements spécialisés sont appelés à traiter des cas plus complexes que la moyenne. Ainsi, ils disposent d'équipements et d'effectifs spécialisés, ce qui entraîne des coûts plus importants dans le traitement des cas.

Les coûts liés à la spécialisation sont évalués en fonction de la proportion des patients du niveau d'accès tertiaire en chirurgie, qui reflète le niveau de spécialisation de chaque établissement.

— Le niveau d'accès tertiaire est défini en fonction du niveau d'expertise requis, des ressources humaines et de l'utilisation d'équipements médicaux spécialisés nécessaires à la prestation de soins.

Pour les besoins du calcul des coûts liés à la spécialisation, une variable de spécialisation est définie. Celle-ci correspond à la proportion des patients du niveau d'accès tertiaire en chirurgie :

$$\text{Variable de spécialisation} = \text{Proportion des patients du niveau d'accès tertiaire}$$

Le coût d'une unité de la variable spécialisation est déterminé à l'aide d'un modèle économétrique du MSSS. Le coût par cas de spécialisation est le produit de la variable de spécialisation par le coût unitaire :

$$\text{Coût de spécialisation par cas} = \text{Coût unitaire de spécialisation} \times \text{Variable de spécialisation}$$

Le coût total lié à la spécialisation pour un établissement est le produit du coût pour chaque patient par le nombre de cas traités :

$$\text{Coût de spécialisation total} = \text{Coût de spécialisation par cas} \times \text{Nombre de cas traités}$$



## ANNEXE III : OUTIL DE GESTION INTÉGRÉE

L'objectif de cette démarche est d'offrir des balises cliniques aux différents intervenants du système de santé et de mettre ces balises en relation avec d'autres facteurs influençant la gestion de l'offre de service. Afin d'obtenir des tendances crédibles, un outil de gestion intégrée nécessite des volumes suffisants, comme pour les chirurgies de la hanche du genou et de la cataracte.

L'approche développée passe par deux actions :

- l'estimation d'un volume attendu de production par établissement, en fonction de facteurs populationnels;
- la mise en relation des résultats avec les délais d'attente et avec une mesure de la disponibilité de services des médecins.

### □ Estimation du volume attendu

L'estimation du volume attendu s'effectue en deux étapes :

- l'estimation par territoire de CLSC de la consommation attendue;
- le calcul de la production attendue par établissement à partir de la consommation attendue par territoire de CLSC et du parcours de la clientèle.

### ■ Estimation de la consommation attendue par territoire de CLSC

La consommation attendue est estimée par une relation statistique (régression linéaire) entre le taux de chirurgies pondérées<sup>49</sup> par territoire de CLSC, groupe d'âge et sexe et des variables dichotomiques pour identifier les groupes d'âge et le sexe :

$$\text{Taux de chirurgies} = \sum_{i=1}^n \alpha_i \times \text{Groupe d'âge}_i + \beta \times \text{sexe}$$

où :

- n est le nombre de groupes d'âge différents;
- $\alpha_i$  et  $\beta$  sont les paramètres estimés;
- les groupes d'âge et le sexe sont des variables dichotomiques.

Les données sur la population proviennent des estimations de l'Institut de la statistique du Québec et de Statistique Canada.

### ■ Calcul de la production attendue par établissement

L'information sur la mobilité de la clientèle permet, pour le territoire d'un CLSC, d'estimer la répartition par établissement de la consommation attendue.

- Le total de la production attendue de chirurgies d'un établissement correspond à la somme des productions attendues par territoire de CLSC de cet établissement.

<sup>49</sup> La pondération est effectuée à l'aide des NIRRU.

Le parcours de la clientèle provient de la base de données MED-ÉCHO.

#### ❑ **Mise en relation des résultats**

La mise en relation consiste à comparer les écarts entre la production réelle et la production attendue pour une année donnée et à évaluer les facteurs qui peuvent expliquer ces écarts, soit :

- un indice d'accès aux médecins différent de la moyenne nationale;
- un nombre de chirurgies par médecin différent de la moyenne nationale.

Les informations sur le nombre de chirurgies proviennent de MED-ÉCHO. Les délais d'attente pour les chirurgies ainsi que le nombre de chirurgies par médecin sont tirés de SIMASS, alors que les indices d'accès aux médecins proviennent de la base de données CONSOM<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup> Consommation et offre normalisée des services offerts par les médecins.

## **ANNEXE IV : MÉTHODOLOGIE RETENUE POUR L'ESTIMATION DU TARIF**

La section qui suit présente les étapes de la tarification du PAC+. Un guide sur les tarifs du PAC+ sera élaboré par le MSSS avec la mise en place du programme.

### **☐ Première étape : assignation d'un groupe de chirurgies**

Dans le PAC+, la base de données de la RAMQ servira à l'identification des chirurgies pratiquées. Ainsi, les quelque 2 217 codes d'actes de la RAMQ relatifs à la chirurgie devront être répartis dans les 150 groupes de chirurgies du PAC+.

Pour ce faire, une table de correspondance aux groupes de chirurgies sera établie pour les données de la RAMQ et de MED-ÉCHO. Cette table permettra de faire un lien entre les données de la RAMQ et de MED-ÉCHO.

### **☐ Deuxième étape : attribution des lourdeurs**

Une lourdeur, ou NIRRU, sera attribuée à chaque groupe de chirurgies. Le NIRRU reflète les coûts pour prodiguer les soins. Rappelons que les NIRRU sont calculés à partir des données de coût du Maryland après ajustement à la réalité clinique du Québec.

Le statut des patients sera considéré dans les tarifs. Le tarif des groupes dont les chirurgies sont pratiquées à 90 % et plus en chirurgie d'un jour sera basé sur les coûts de prestation d'une chirurgie d'un jour.

— De façon similaire, le tarif des groupes dont les chirurgies sont pratiquées à 90 % en admission sera basé sur les coûts de prestation d'une chirurgie en admission.

Pour les groupes dont les chirurgies sont pratiquées en chirurgie d'un jour et en admission dans des proportions similaires, un tarif mixte sera déterminé selon la proportion des cas effectués de l'un ou l'autre statut.

### **☐ Troisième étape : calcul des tarifs nationaux des groupes de chirurgie**

Le tarif d'un groupe de chirurgies est obtenu en multipliant le NIRRU associé à ce groupe par le coût de base.

Le coût de base est le coût de prestation d'une hospitalisation moyenne à l'échelle de la province. En d'autres termes, c'est le tarif d'une hospitalisation dont le NIRRU serait exactement égal à 1.

— Le coût de base reflète les orientations ministérielles, comme le choix de couvrir uniquement les coûts de fonctionnement du PAC+. Ce coût fera l'objet d'une révision annuelle.

### **☐ Quatrième étape : ajustement selon le niveau relatif de gravité moyenne**

Pour les établissements, le tarif de chaque groupe de chirurgies reflétera le niveau relatif de gravité moyenne (NRGM) des cas traités. Le NRGM s'appliquera uniquement aux chirurgies en admission.

Le calcul du NRGM s'effectue à l'aide du niveau de gravité moyenne (NGM) des cas traités par un établissement. Pour chaque cas, il y a quatre niveaux de gravité possibles. Le NGM correspond à la moyenne des niveaux de gravité de l'ensemble des cas traités par un établissement au cours d'une année.

Une fois le NGM d'un établissement calculé, il est possible de déterminer son NRGM. Le NRGM correspond à la normalisation du NGM d'un établissement par rapport au NGM moyen de l'ensemble de la province.

Le tarif reçu par un établissement pour chaque chirurgie pratiquée correspond au tarif national pour le groupe de chirurgies associé multiplié par le NRGM de l'établissement.

#### ❑ **Autres ajustements dans les tarifs**

Les tarifs sont déterminés en fonction des NIRRU. Toutefois, il peut arriver que des situations particulières nécessitent des ajustements aux tarifs, de façon à refléter plus adéquatement les coûts de traitement, comme pour la néonatalogie ou les traumatismes multiples.

#### ❑ **Ajustements du tarif aux hausses prévues des volumes et de l'enveloppe budgétaire**

Le financement du PAC+ s'effectue à l'intérieur d'une enveloppe fermée. Le tarif, fixé en début d'année, reflétera les volumes prévus et l'enveloppe budgétaire allouée pour couvrir l'ensemble des volumes de chirurgies.

#### **Exemple de calcul d'un tarif pour une chirurgie de remplacement de la hanche**

##### **Première étape : assignation d'un groupe de chirurgie**

Le code d'acte 2259 correspond à la chirurgie de la hanche dans la base de la RAMQ. Son équivalent dans la base de MED-ÉCHO est le 301. Le groupe de chirurgies du PAC+ est également le 301.

##### **Deuxième étape : attribution de la lourdeur**

Dans cet exemple, le NIRRU associé au groupe de chirurgies 301 est de 2,158.

##### **Troisième étape : calcul du tarif national du groupe de chirurgies**

Prenons par exemple un coût de base de 3 127 \$ en 2014-2015, c'est-à-dire le coût associé à un NIRRU égal à un. En multipliant le coût de base par le NIRRU associé au groupe de chirurgies de remplacement de la hanche (2,158), on obtient le tarif national pour ce groupe de chirurgies.

Celui-ci s'élève donc à 6 748 \$.

##### **Quatrième étape : ajustement selon le niveau relatif de gravité moyenne**

Prenons l'exemple d'un établissement dont le NGM s'élève à 2,1 pour les remplacements de la hanche. Supposons que le NGM pour ces mêmes chirurgies est de 2,0 à l'échelle nationale.

Le NRGM de l'établissement est le rapport entre son propre NGM (2,1) et le NGM national (2,0). Dans cet exemple, le NRGM de l'établissement est donc de 1,05.

Finalement, pour obtenir le tarif auquel l'établissement a droit pour un remplacement de la hanche, il faut multiplier le tarif national du groupe de chirurgies (6 748 \$) par le NRGM de l'établissement pour ce groupe de chirurgies (1,05).

On obtient ainsi un tarif de 7 085 \$ pour un remplacement de la hanche dans cet établissement.

Enfin, un mécanisme doit être introduit dans les tarifs afin que ceux-ci soient ajustés en fonction de l'atteinte ou non de certaines cibles pour des indicateurs de qualité et d'accès. Ce mécanisme est décrit en détail à la section 4.3 du présent document.

## ANNEXE V : INDICATEURS DE PERFORMANCE

### **Qualité**

#### ■ **Taux d'orientation à la sortie**

Plusieurs orientations sont possibles à la sortie d'un établissement (domicile, soins de longue durée, etc.). Le taux d'orientation à la sortie reflète la qualité des soins offerts ainsi que l'efficacité de l'organisation des services intra et interétablissements.

#### ■ **Taux de réadmission**

Cet indicateur mesure le taux de réadmission imprévue dans les 30 jours suivant la sortie après un épisode de soins chirurgicaux pour adulte.

— Il n'y a pas de cible pour cet indicateur à l'heure actuelle. Le taux de réadmission devrait être nul ou proche de zéro.

#### ■ **Taux de mortalité hospitalière**

Cet indicateur mesure le nombre de décès, toutes causes confondues, dans les dix jours suivant une chirurgie majeure.

#### ■ **Taux d'infections postopératoires**

Cet indicateur mesure la part des interventions chirurgicales réalisées au bloc opératoire qui se sont traduites par une infection directement reliée à l'intervention chirurgicale.

### **Accessibilité**

#### ■ **Délai d'attente moyen**

Cet indicateur reflète, de façon générale, l'efficacité de l'établissement quant à l'organisation de ses services et des priorités chirurgicales.

#### ■ **Proportion des cas hors délai**

Cet indicateur reflète le taux de patients inscrits pour une chirurgie dont la durée d'attente dépasse les délais prescrits.

Le concept des « demandes de chirurgies en attente » est celui défini par le mécanisme d'accès aux services spécialisés et surspécialisés<sup>51</sup> et calculé par l'outil informatique SIMASS (Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés et surspécialisés).

Pour les délais, les cibles retenues sont :

- six mois pour les chirurgies orthopédiques;
- 28 jours pour la chirurgie oncologique;
- un an pour les autres chirurgies.

---

<sup>51</sup> Projet de loi 33 sanctionné en décembre 2006 : Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.



## ANNEXE VI : LEXIQUE

**APR-DRG** : Système de classification international qui attribue à chaque patient un diagnostic regroupé pour la gestion (DRG) et un niveau de gravité clinique.

**AS-471** : Rapport financier des établissements.

**ASSS** : Agence de la santé et des services sociaux.

**Cas pondéré** : Cas multiplié par sa lourdeur (NIRRU).

**CONSOM** : Consommation et offre normalisée des services offerts par les médecins.

**Coûts particuliers** : Coûts relatifs à l'enseignement et à la recherche, à l'éloignement par rapport aux centres surspécialisés et à la spécialisation d'un établissement.

**CSSS** : Centre de santé et de services sociaux.

**Gravité clinique** : Quatre niveaux de gravité clinique qui sont assignés selon plusieurs critères : âge, diagnostics secondaires et interactions des maladies.

**I-CLSC** : Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC.

**LSSSS (Loi sur les services de santé et les services sociaux)** : Loi qui établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à atteindre certains objectifs centrés sur les besoins de la population en matière de santé et de services sociaux.

**MED-ÉCHO** : Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière.

**MSSS** : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

**NGM (niveau de gravité moyenne)** : Représente le niveau moyen de la gravité des cas traités dans un établissement par DRG pour une année donnée.

**NIRRU (niveau relatif des ressources utilisées)** : Lourdeur du cas traité.

**Norme clinique standardisée** : Processus clinique établi par des cliniciens et qui montre la bonne pratique pour une activité bien déterminée.

**NRGM (niveau relatif de gravité moyenne)** : Représente l'aspect relatif du niveau moyen de la gravité des cas traités par DRG pour chaque établissement pour une année donnée.

**PAC** : Programme d'accès à la chirurgie.

**PAC+** : Élargissement du Programme d'accès à la chirurgie.

**RAMQ** : Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Seuil minimal de production (SMP)** : Volume de production chirurgicale minimal qui devrait être réalisé par un établissement, lors d'un exercice précédent, afin de pouvoir faire partie des établissements participant au PAC+.

**SIMASS** : Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés et surspécialisés

**SIPAD** : Système d'information pour les personnes ayant une déficience.







