



PERSPECTIVE ET RÉFLEXION SUR LES OUTILS NÉCESSAIRES À L'IMPLANTATION D'UN FINANCEMENT AXÉ SUR LE PATIENT AU QUÉBEC

RAPPORT FINAL

Juillet 2013

Édition

Rédaction : Anne Lemay

Collaborateurs : Guylaine Allard, Isabelle Aumont, Luce Boucher, Catherine Gervais

Édition et mise en page : Anne Pépin

Distribution

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Direction de la performance et de la qualité

505, boul. de Maisonneuve Ouest,

Bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2

Tél. : (514) 282-4228

Site web : www.aqesss.qc.ca

© Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2013

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

TABLE DES MATIÈRES

Lexique	5
Remerciements	7
Compréhension du mandat.....	9
Méthodologie	11
Fournir une définition et une explication de ce qu'est un outil de regroupement des cas ou des patients.....	13
Observations et suggestions sur l'outillage actuel et souhaitable.....	19
Les hospitalisations en santé physique	19
Les hospitalisations en santé mentale	24
Les chirurgies d'un jour	26
Les services ambulatoires hospitaliers.....	29
Les soins et services ambulatoires hors hôpital et les soins à domicile	31
Les soins et services en hébergement.....	33
Sommaire des suggestions	35
Conclusion	41
Références.....	43

LEXIQUE

AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et services sociaux
APG	<i>Ambulatory Patient Groups</i>
CCADTC	Classification canadienne des actes diagnostiques et thérapeutiques et chirurgicaux
CCI	Classification canadienne des interventions
CIM	Classification internationale des maladies
CDJ	Chirurgie d'un jour
CPT-4	<i>Current Procedural Terminology (CHC PCS Level I)</i> utilisée aux États-Unis
DRG	<i>Diagnostic Related Groups</i> ou Diagnostics regroupés pour la gestion
GMA+	Groupes de maladies analogues, Version +
HCPCS	<i>Healthcare Common Procedure Coding System (Level I & II)</i> utilisées aux États-Unis
I-CLSC	Intégration CLSC (Système d'information clientèle en CLSC)
Med-Echo	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
NIRRU	Niveau d'intensité relatif des ressources utilisées
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RAI-MH	<i>Resident Assessment Instrument-Mental Health</i>
RIWs	<i>Resources Intensity Weights</i> ou Pondération de l'intensité des ressources calculée par l'ICIS
RUG	<i>Resource Utilization Group</i>
SCIPP	<i>System for Classification in Inpatient Psychiatry</i> ou Classification des hospitalisations psychiatriques
SICHELD	Système d'Information clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée
SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires

REMERCIEMENTS

Ce document a été rédigé par madame Anne Lemay à la demande du comité d'experts sur le financement axé sur le patient, lui-même mandaté par la Gouvernement du Québec. Madame Lemay est directrice de la performance et de la qualité à l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). Elle est également professeure agrégée de clinique à la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Dans la réalisation de ce mandat, madame Lemay est assistée de madame Guylaine Allard et madame Isabelle Aumont, conseillères en gestion de la performance et de l'information à l'AQESSS. Madame Allard est archiviste et madame Aumont est démographe. Toutes deux possèdent une solide expérience en gestion de l'information de l'AQESSS ainsi que sur les outils de regroupement et les mesures de complexité utilisés au Québec.

Madame Lemay tient également à remercier les personnes suivantes pour leur expertise et leur collaboration :

Monsieur Alain Boisvert à la direction de l'information budgétaire du ministère des Finances du Québec, pour son soutien;

Monsieur Normand Lantagne, ainsi que toute son équipe de la direction de l'allocation des ressources du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);

Monsieur Claude Lemay, directeur des affaires du client pour le Québec, et ses collaborateurs à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

COMPRÉHENSION DU MANDAT

Le comité sur le financement axé sur le patient mandaté par le Gouvernement du Québec¹ doit émettre des recommandations sur la façon de modifier le mode d'allocation des ressources aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Actuellement, les établissements sont financés par budget global historique, modifié à la marge avec le recours à un financement à l'activité pour une partie des chirurgies dans le cas des hôpitaux. Compte tenu des problèmes que pose le mode d'allocation actuel², le Gouvernement du Québec souhaite regarder comment implanter un mode de financement axé sur le patient et a mandaté un comité d'experts présidé par madame Wendy Thompson à cet effet³.

Dans le cadre de ses travaux, le comité d'experts a demandé à madame Anne Lemay, directrice de la performance et de la qualité de l'AQESSS de produire un rapport pour soutenir le comité dans l'identification des outils informationnels nécessaires à l'implantation de ce changement.

Ainsi, notre mandat consiste plus précisément à **fournir aux membres du comité d'experts des informations et connaissances sur :**

- a) **les informations de base requises;**
- b) **les outils de regroupement des cas tant hospitalisés, hébergés, qu'ambulatoires;**
- c) **ainsi que sur les outils de mesure de la complexité des cas et ou de coûts associés.**

Ces éléments sont nécessaires pour l'implantation et la gestion d'un mode de financement à l'activité axé sur le patient⁴.

Le comité d'experts a statué sur une durée maximale du mandat d'une vingtaine de jours.

¹ Ministère des Finances du Québec 2012

² Lemay 2012, Castonguay 2013

³ Gouvernement du Québec 2012

⁴ Or, Renaud 2009

MÉTHODOLOGIE

Pour réaliser ce mandat, nous avons effectué des entrevues avec les experts du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ainsi que ceux de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Nous avons aussi consulté la documentation présentée dans notre liste de référence figurant à la fin du rapport. Cette documentation nous a été fournie par le MSSS, par l'ICIS ainsi que par une recherche bibliographique.

Nous avons aussi fait appel aux connaissances acquises par l'auteur et ses collaborateurs ainsi que l'utilisation de l'information et d'outils au Québec et en Ontario.

Pour fournir aux membres du comité d'experts des connaissances sur les aspects étudiés ainsi que pour fournir les recommandations les plus pertinentes et exhaustives possibles, nous avons tenté de documenter les outils pour plusieurs domaines de la santé et des services sociaux. Ainsi nous avons abordé, les secteurs suivants :

- les hospitalisations en santé physique;
- les hospitalisations en santé mentale;
- la chirurgie d'un jour;
- les services ambulatoires hospitaliers;
- les soins et services ambulatoires hors de l'hôpital et les soins à domicile;
- les soins et services en hébergement.

Nous avons présenté, tout d'abord, ce qu'est un outil de regroupement et fait un survol de l'utilisation de tels outils pour le financement des services de santé. Par la suite, nous avons abordé spécifiquement les outils de regroupement et les informations requises pour leur application ainsi que les mesures de complexité qui y sont disponibles et utilisées pour chacun des grands secteurs de soins énoncés précédemment. Pour chacun des secteurs, nous présentons des suggestions pour le Québec associées à des modalités d'implantation.

FOURNIR UNE DÉFINITION ET UNE EXPLICATION DE CE QU'EST UN OUTIL DE REGROUPEMENT DES CAS OU DES PATIENTS

Les premiers outils de regroupement, soit les *Diagnostic Related Groups* ou Diagnostics regroupés pour la gestion (DRG) ont d'abord été utilisés aux États-Unis pour soutenir la gestion hospitalière et pour le paiement des hospitalisations du programme national Medicare⁵. Par la suite, d'autres juridictions ont utilisé des outils de regroupement ou de classification des patients pour documenter les activités des établissements, la clientèle desservie, soutenir la gestion, améliorer la transparence et encourager une meilleure efficacité⁶. Nous identifions ici quelques exemples d'utilisation pour la gestion :

- description des activités cliniques des établissements;
- évaluation de la performance : coûts par cas par catégorie ou pour de plus grands ensembles, analyse des durées de séjours;
- évaluation de la qualité des soins et services : taux de mortalité par catégorie, événements indésirables, taux de réadmission;
- financement des activités, des cas, des épisodes, lorsque pairé avec une mesure de complexité des cas ou de coûts servant à l'élaboration d'une structure tarifaire.

Les outils de regroupement permettent l'obtention de catégories iso-pathologies et iso-ressources. De fait, les motifs de recours à une hospitalisation ou autres types de visites dans des établissements de santé sont très variés. Ils sont aussi variés que le nombre de pathologies ou diagnostics possibles en combinaison avec les traitements médicaux ou chirurgicaux offerts. Cette très grande quantité de possibilités de cas, de traitements ou d'épisodes de nature très différente fait en sorte qu'il est difficile, tant pour la gestion clinique et l'administration que pour la recherche, de s'y retrouver. C'est pour cette raison que des méthodologies de regroupement de cas ou d'épisodes ont été développées.

Ainsi, progressivement, les outils de type DRG ont été utilisés pour le paiement des services des établissements notamment les hôpitaux, les soins de santé mentale, la réadaptation, les

⁵ Fetter et Freeman 1986

⁶ Lemay 2012, Castonguay 2013

services ambulatoires et les services d'urgence.⁷ Le tableau 1 présente un portrait de l'étendue du recours aux outils de regroupement dans différents pays.

TABLEAU 1

	<u>BUDGET GLOBAL</u>	<u>PAR CAS OU À L'ACTIVITÉ</u>	<u>P4P</u> <u>Paiement à la performance</u>
Allemagne	x (1986)	1200 G DRG (2000)	Volume minimal par DRG
Australie	X	AR-DRG (1993) 700 classes AN-DRD (667) sub aigu 1996 VIC-DRG (760)	
Autriche		SIMILI DRG (1995)	
Belgique	x (1994)	APR-DRG	
Canada	X	À la marge, avec le budget global : Ontario, (GMA+) 562 classes; Alberta, (soins prolongés RUG-IV) 1998, 23 classes Réadaptation (RPG) 2006 <i>Inpatient Psychiatry</i> (SCIPP) 2003 Québec APR-DRG SNISA Ambulatoires, 303 classes <i>Day Processus Group</i> , 115 classes avec budget global	Ontario, taux d'infections post-opératoires et temps d'attente liés au financement de certains volumes
Danemark	X	NORD DRG (2000) – transition vers P4P	Complications évitables
Espagne	x (1986)	1000 HCFA DRG (2000) Avec budget global	
États-Unis		DRG (1982); hospitalisations 80 <i>Home Health Resource Groups</i> (HHRG), 1534 classes, 1990 Hébergement (<i>Resource Utilisation Group</i> (RUG) 1987 <i>Inpatient Psychiatric Facility</i> (MS-DRG) 1983, 746 classes Ambulatoire <i>Ambulatory Payment Classification</i> (APC), 850 classes IRF-PAI; réadaptation 2000	Réadmissions, Infections nosocomiales

⁷ Lemay 2012, PCSI 2011, Charlesworth et coll. 2012; CMS 2013

	<u>BUDGET GLOBAL</u>	<u>PAR CAS OU À L'ACTIVITÉ</u>	<u>P4P</u> <u>Paiement à la performance</u>
France	Hôpitaux publics (1983)	2300 GHS (2004) Financement pleinement implanté en 2012 (admissions en médecine, chirurgie et obstétrique) 56 % des dépenses avec budget global	Durée de séjour minimale
Hongrie		DRG avec budget global	
Irlande	X	1000 DRG (1991) 80 % des dépenses hôpital	
Italie	X	HCFA DRG (1995)	
Japon		Étude pilote avec DRG	
Luxembourg	x 1995	À plus long terme	
Norvège	X	(expérience avec quatre (4) CH d'abord) NORD DRG (1997) revu en 2007	
Pays-Bas	X (1983)	DRG ET PAR ÉPISODE	Coordination pour maladies chroniques
Portugal	X	X (1993) 80 % des hôpitaux	Taux de réadmission
République Tchèque		DRG	
Royaume-Uni	X	HRG (1998) Financement en 2002 en Angleterre P4P en cours Financement par segment d'épisodes	Volume, sécurité : événements évitables (<i>non events</i>), réadmissions
Suisse	En transition	AP-DRG	
Suède		NORD-DRG (1992) Avec budget global	
Slovénie		DRG (2003)	
République de Moldavie		AR-DRG Financement à l'activité prévu en janvier 2012 ou 2013 (58)	
Uruguay		UNU-CBG's (2009 (60)	
Hong-Kong		P4P (2008)	
Philippines		UNU-CBG's (2009)	

	<u>BUDGET GLOBAL</u>	<u>PAR CAS OU À L'ACTIVITÉ</u>	<u>P4P</u> <u>Paiement à la performance</u>
Indonésie		UNU-CBG's (2009)	
Malaisie		UNU-CBG's (2009)	
Thaïlande		Thai-DRG	

Les attributs de qualité d'un bon outil de classification sont⁸ :

- principes de classement cohérents et fiables;
- mutuellement exclusifs;
- couvre l'ensemble de l'univers concerné;
- cliniquement significatif;
- homogénéité des ressources;
- obtention de comparaisons adéquates.

Dans certains cas, les outils de regroupement sont assortis de mesure de gravité clinique et de complexité. Ces concepts se définissent respectivement comme suit :

► **Mesure de gravité**

Est le degré de décompensation physiologique ou de perte fonctionnelle d'un système ou d'un appareil d'un organe⁹.

► **Mesure de la complexité**

Il s'agit du niveau de consommation de ressources évalué par le volume et le type de services utilisés lors de l'épisode catégorisé. Ces mesures peuvent être établies par des coûts réels ou par l'application d'un indice de ressources utilisées.

Une tendance générale a été observée à l'effet d'accroître le nombre de catégories et donc la complexité de ces outils et de rendre instable la structure tarifaire¹⁰. Pour cette raison, certains pays ont réduit le nombre de catégories de leurs outils, soit la République Tchèque et les Pays-Bas¹¹. Il existe des différences importantes entre la nature et la portée des outils de

⁸ Schulman 2011

⁹ MSSS 2013a et 3M

¹⁰ Or, Renaud2009

¹¹ Charlesworth et coll. 2012

classification utilisés dans les différentes juridictions ainsi que sur le degré d'implantation. Nous observons aussi que l'application de ces classifications s'étend de plus en plus à d'autres secteurs cliniques que celui des hospitalisations¹².

Le financement associé à ces catégories peut être basé sur un service précis (comme au Québec pour certaines chirurgies), un cas pour un patient donné (une hospitalisation ou une admission) ou sur un épisode de soins plus global couvrant plusieurs services offerts par plusieurs producteurs (par ex. : hôpital et médecins de première ligne ou réadaptation) couvrant un épisode complet de soins et services comme c'est le cas aux Pays-Bas¹³.

De plus en plus, le paiement associé à ces classifications est aussi ajusté pour la performance et ceci, surtout pour les hôpitaux. C'est le cas en Angleterre, avec la *Commissioning Quality and Innovation* qui lie une portion du financement à la qualité, et en Allemagne en fonction des volumes liés à des masses critiques de qualité¹⁴ ainsi qu'aux États-Unis pour les réadmissions¹⁵ et les infections nosocomiales¹⁷⁻¹⁸.

Ceci dit, sans que le paiement soit nécessairement ajusté en fonction des mesures de performance et de qualité, les outils de regroupement ont permis dans plusieurs juridictions, dont au Québec, d'évaluer la performance et la qualité. Voici certains exemples d'application des outils de regroupement pour la mesure de la performance et de la qualité :

► **Évaluation de la performance**

- coûts par cas, par catégorie ou pour de plus grands ensembles;
- analyse des durées de séjour;
- évaluation des coûts de la non-qualité.

► **Évaluation de la qualité des soins et services**

- mesure de taux de mortalité par diagnostic standardisés ou non par la gravité;
- évaluation de l'incidence des événements indésirables;
- évaluation des taux de réadmission;
- pertinence ou justesse des services.

¹² ICIS 2013; Charlesworth et coll. 2012, Sutherland, J.M. 2011, BC-HSPO 2013

¹³ Castonguay 2013, Charlesworth et coll. 2012

¹⁴ Charlesworth et coll., 2012

¹⁵ CMS 2013

¹⁶ Averill, R.F. et autres 2009

¹⁷ Or, Renaud 2009

¹⁸ Sutherland, J.M. 2011

OBSERVATIONS ET SUGGESTIONS SUR L'OUTILLAGE ACTUEL ET SOUHAITABLE

Dans cette section, pour chacun des secteurs du système de soins pour lesquels pourrait s'appliquer le financement à l'activité, nous avons présenté :

- 1) la nature des informations nécessaires à la documentation des clientèles et à l'élaboration d'outils de regroupement et les recommandations ou suggestions à cet effet;
- 2) le recours ou non à un outil de regroupement et les recommandations à cet effet; et
- 3) le recours à une mesure de la complexité des cas et les recommandations à cet effet.

Les hospitalisations en santé physique

A. Les informations nécessaires à la documentation des clientèles

Le Québec dispose de la banque Med-Echo qui décrit les caractéristiques des patients hospitalisés et des services offerts à chacun de ceux-ci. La nature des données est adéquate et jusqu'à un certain point, la base est ajustable.

L'enjeu se situe au niveau de la qualité de l'information. Le MSSS ne fait pas de validation systématique de la qualité de ces informations^{19 20}. Cependant, il est connu que dans certains cas les informations sont incomplètes, conséquence d'une mise en code sommaire et de pratiques variables de documentation et de mise en code. De plus, les données sont rendues disponibles **trop tardivement** ce qui fait qu'habituellement la banque de données complète n'est rendue disponible qu'environ un (1) an après la fin de l'exercice. Cette problématique a aussi été rapportée en Colombie-Britannique²¹. Ce délai rend donc difficile l'exploitation de données très récentes. Dans un contexte de financement à l'activité, il serait problématique d'avoir accès à une information datant d'au moins un (1) an.

¹⁹ Entrevue tenue avec l'équipe du ministère de la Santé et des Services sociaux

²⁰ Sutherland J.M. et coll. 2013

²¹ Rongve I. 2013

Suggestions pour les données de base

Suggestion 1

Effectuer des audits réguliers de la qualité de l'information du fichier Med-Echo à partir d'un échantillonnage aléatoire en continu. Nous suggérons de porter une attention particulière sur le diagnostic principal, les autres diagnostics, les événements indésirables, les interventions chirurgicales et les traitements non chirurgicaux, le type de soins, le service de soins palliatifs, la destination du patient.

Suggestion 2

S'assurer que les établissements disposent des effectifs d'archivistes nécessaires pour réduire les délais d'accès à l'information et la production d'information de qualité sur la clientèle hospitalisée.

B. Le recours à un outil de regroupement

Le MSSS a utilisé de depuis 1985 plusieurs versions des *Diagnosics Related Groups (DRG)* américains²². Il utilise depuis 2006 la version 24.0 des *All-Patient Refined-DRG* qui comprend 314 classes et 1258 sous-classes. Puisque ces DRG sont divisés en quatre (4) niveaux de gravité, nous avons accès actuellement à 1258 catégories d'hospitalisations, dont deux (2) APR-DRG d'erreurs de regroupement (955 et 956).

Le niveau de gravité est établi en fonction des pathologies du patient, de son âge, des traitements reçus et de l'interaction entre ces différents facteurs. Le niveau de gravité clinique octroyé est spécifique à chacun des APR-DRG. Autrement dit, pour chaque APR-DRG, la méthodologie de classement des cas par niveau de gravité tient compte d'un algorithme formé de pathologies, de l'âge, du sexe et du traitement qui lui est propre. La comparaison des niveaux de gravité clinique d'un APR-DRG à l'autre n'est donc pas valide. Par exemple, un accouchement d'un niveau de gravité 3 n'est pas comparable à un infarctus aigu du myocarde de niveau 3. Dans le premier cas, l'âge a un impact différent que dans le deuxième.

²² MSSS 2013a

Niveau 1 : Gravité faible
Niveau 2 : Gravité modérée
Niveau 3 : Gravité sévère
Niveau 4 : Gravité extrême

Notons que les APR-DRG incluent aussi quatre (4) sous-classes de risque de mortalité. Le risque de mortalité, comme la gravité clinique est définie en fonction des pathologies (nature et nombre) et des traitements reçus. Le niveau de gravité et le taux de mortalité peuvent être utilisés pour calculer des indicateurs standardisés (par ex. : taux de mortalité, durée de séjour, taux de réadmission). Le MSSS n'a jamais utilisé les classes de mortalité. Il est donc difficile de se prononcer sur l'adéquation de cette mesure avec les données du Québec à ce moment-ci.

Le problème avec l'utilisation des APR-DRG est le recours à des codifications de diagnostics et de traitements différentes de celles du Québec et des États-Unis. De fait, les APR-DRG sont construits avec la classification des diagnostics CIM-9-CM utilisée aux États-Unis et la classification des procédures CIM9-CM procedure, tandis qu'au Québec, à l'instar du Canada, les diagnostics sont codés en CIM-10-CA et les procédures avec la classification de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) la CCI qui a remplacé la CCADTC.

Ainsi, malgré le recours à une table de transcodage qui traduit les codes utilisés au Québec en fonction des codes utilisés par les APR-DRG américains, cela peut occasionner des problèmes de qualité de regroupement surtout pour les traitements. La version 30 des APR-DRG, maintenant détenue par le MSSS depuis quelques mois, réduirait les différences de codes de diagnostics (CIM-10), mais pas celles des codes de traitements (PCS versus CCI).

L'ICIS mentionne d'ailleurs que la CCI, étant une codification composite, l'appariement avec d'autres classifications peut être difficile²³.

Notons que l'ICIS produit pour toutes les provinces du Canada des GMA+ comme outil de regroupement qui comprend 562 catégories d'hospitalisations. Cette version est utilisée depuis plusieurs années. De plus, en 2007, l'ICIS et le MSSS ont entrepris une évaluation des méthodologies de regroupement des données du Québec avec les APR-DRG et les GMA²⁴. Ces tests ont permis d'établir que les données Med-Echo du Québec pouvaient être regroupées en GMA+, ce qui a permis d'inclure les données du Québec dans l'évaluation des cas pondérés selon la méthodologie canadienne.

²³ ICIS 2013

²⁴ MSSS 2013c; ICIS 2011

Suggestions pour l'outil de regroupement

Suggestion 3

Effectuer une validation exhaustive de la table de transcodage utilisée pour l'application des APR-DRG afin d'identifier puis résoudre si possible des problèmes potentiels importants dans la qualité des regroupements.

Ou

Suggestion 4

Utiliser les GMA+ canadiens pour le regroupement des hospitalisations en santé physique avec les codifications que nous utilisons au Québec. L'inconvénient, par rapport à l'utilisation des APR-DRG, est la perte de la mesure de gravité. Par contre, il est possible, à l'instar de l'ICIS, d'inclure une mesure de la gravité clinique dans la méthodologie d'élaboration de l'indice de complexité et celle du calcul des durées de séjour attendues.

C. Mesure de complexité des cas regroupés

La plupart des juridictions utilisent des indices de complexité associés à chacun des regroupements pour l'analyse de la performance et ou le paiement des hôpitaux. Dans les autres provinces canadiennes, avant 2000, l'indice canadien de complexité des cas, le RIWs (*Resource Intensity Weights*) était calculé en ayant recours aux données de facturation du Maryland. Par la suite, des données de coûts par hospitalisation ont été transmises par des hôpitaux canadiens de différentes provinces à l'ICIS pour calculer le RIWs. Au Canada, le paiement des hôpitaux s'effectue selon les modalités décidées par les provinces. Le RIWs ou/et sa variante ontarienne, le PAC-10, constituent cependant des références intéressantes pour déterminer le financement par cas des hôpitaux²⁵.

Aux États-Unis, conformément au *Social Security Act*, la majorité des hôpitaux sont financés depuis 1983 par le programme *Medicare* avec un tarif déterminé prospectivement basé sur l'évaluation moyenne des ressources nécessaires pour traiter les patients du DRG²⁶. Le paiement est basé sur deux (2) composantes soit, une liée à la main-d'oeuvre et d'autres types de ressources. La composante de main-d'oeuvre est ajustée au taux horaire applicable dans la région de l'hôpital. De plus, si l'hôpital a un statut d'enseignement, il reçoit un paiement forfaitaire pour chaque cas qui correspond au financement des coûts indirects de l'enseignement. Le paiement est ajusté en fonction du ratio du nombre de résidents par lit.

²⁵ ICIS, 2013

²⁶ CMS, 2013

Finalement, pour les cas très coûteux qui sont considérés comme des cas extrêmes (*Outliers*), le tarif est majoré afin de protéger les hôpitaux contre des pertes financières occasionnées par ces cas très coûteux.

En France, des évaluations de coûts avec un échantillon entre 45 et 50 hôpitaux publics ont été utilisées pour l'application du financement à l'activité, l'approche T2A²⁷.

Au Québec, le MSSS utilise un fichier de facturation des hôpitaux du Maryland pour créer l'indice de complexité NIRRU. Cette approche qui a été abandonnée par l'ICIS comporte les problèmes méthodologiques suivants²⁸ :

- La structure de facturation ne suit pas nécessairement celle des ressources utilisées et inclut l'amortissement et la marge de profit. De plus, le ratio charges sur coûts est variable d'un APR-DRG à l'autre. À noter cependant que les données canadiennes intègrent aussi les amortissements dans les dépenses par centre d'activité.
- Malgré un ajustement pour la durée de séjour, les pratiques sont différentes, car la configuration du réseau est très différente. La structure de cas est d'ailleurs différente au Québec par rapport au Maryland notamment à cause du recours plus important à des soins post-hospitaliers dans le deuxième cas.

Dans tous les cas, la connaissance des coûts est essentielle pour lier le paiement aux meilleures pratiques ainsi qu'aux ressources correspondantes²⁹.

Suggestions pour la mesure de la complexité

Suggestion 5

À l'instar des autres provinces canadiennes, il serait fortement souhaitable d'utiliser des informations sur les coûts réels au Québec et au Canada, de plus essentielles pour certains établissements à vocation spécifique. L'ICIS a utilisé avec succès ces coûts pour son RIWs et l'indice ontarien Pac-10.

²⁷ Or, Renaud 2009

²⁸ Lemay A, Handfield D., Mireault J. 1999

²⁹ Castonguay 2013, Lemay 2012

Suggestion 6

Plusieurs hôpitaux du Québec ont pris l'initiative de se doter eux-mêmes de coûts par patient et donc par APR-DRG. 14 établissements (8 CSSS, 2 CHU, 2 CHA, 2 Instituts) disposent de coûts. En 2012, 187 000 épisodes de courte durée ont été documentés³⁰. Un rapport (Rapport Orange) financé par certains membres de l'AQESSS sera disponible bientôt présentant une analyse des coûts, des comparaisons inter-hôpital et par rapport aux coûts par cas calculés avec le NIRRU.

Nous suggérons que le MSSS utilise cet échantillon de données de coûts pour élaborer sa mesure de complexité en conjonction avec les données antérieures.

Les hospitalisations en santé mentale

A. Les informations nécessaires à la documentation des clientèles

Le Québec utilise la banque Med-Écho décrivant les caractéristiques des patients et des services offerts pour documenter les hospitalisations en santé mentale. La nature des données est adéquate et jusqu'à un certain point, la base est ajustable.

L'enjeu se situe, ici aussi, au niveau de la **qualité de l'information**. Le MSSS ne fait pas de vérification systématique de la qualité de l'information. Il est cependant connu que, dans certains cas, les informations soient incomplètes ou non valides à cause de la mise en code sommaire et variable. De plus, rappelons que les données sont rendues disponibles **trop tardivement** pour une prise de décision s'appuyant sur données reflétant le plus possible la situation actuelle.

Enfin, le cadre informationnel Med-Echo est très exhaustif et comprend plusieurs champs qui ne sont pas pertinents pour la documentation des hospitalisations en santé mentale. À cet effet, il existe des cadres informationnels plus adaptés à ce type d'hospitalisations.

Suggestions pour les données de base

Suggestion 7

Effectuer des audits de qualité de l'information sur les hospitalisations en santé mentale à partir d'échantillonnages aléatoires en continu.

³⁰ Handfield D., Mireault J. 2012

Suggestion 8

S'assurer d'avoir les effectifs d'archivistes requis dans les établissements ayant la responsabilité d'hospitalisations en santé mentale.

Suggestion 9

Regarder l'opportunité de coder avec le DSM-IV ou V, rendu disponible récemment, soit une classification des diagnostics spécifique à la santé mentale.

Suggestion 10

Pour les hôpitaux à vocation psychiatrique : utiliser un cadre informationnel plus sommaire. À cet égard, le RAI-MH utilisé par l'Ontario devrait être une option à envisager.

B. Le recours à un outil de regroupement

Le Québec utilise les DRG américains, actuellement version APR-DRG 24, pour les cas du CMD-19 des hôpitaux généraux et spécialisés. Par contre, nous savons que ce regroupement des hospitalisations n'est pas adéquat pour la santé mentale³¹. D'ailleurs pour cette raison, l'ICIS a développé une classification spécifique à ce genre de cas, soit la *System for Classification in Inpatient Psychiatry (SCIPP)*.

Suggestion

Suggestion 11

Évaluer la faisabilité d'utiliser l'outil de regroupement développé par l'ICIS pour les hospitalisations en santé mentale soit la *System for Classification in Inpatient Psychiatry (SCIPP)* pour la clientèle adulte.

³¹ CMS 2013

C. Mesure de complexité des cas regroupés

Le MSSS ne dispose d'aucune mesure de complexité pour les établissements en santé mentale. Par contre, certaines années, il calcule un NIRRU pour le CMD-19 en utilisant la même méthodologie que pour les hospitalisations en santé physique.

Suggestion

Suggestion 12

À l'instar des autres provinces canadiennes, il serait fortement souhaitable d'utiliser des informations sur les coûts réels des hospitalisations en santé mentale, disponibles au Canada et au Québec. D'autant plus que plusieurs (14) établissements du Québec ont pris l'initiative de se doter eux-mêmes d'évaluation de coûts par patient y compris les hospitalisations de santé mentale. Le recours à des données canadiennes serait intéressant pour les établissements à vocation spéciale (pédopsychiatrie, psychiatrie légale). Sinon, regarder l'opportunité d'appliquer le SCIPP pondéré pour les jours d'hospitalisation.

Les chirurgies d'un jour

A. Les informations nécessaires à la documentation des clientèles

Autre utilisation que le programme d'accès à la chirurgie

Le Québec a recours à la banque Med-Écho qui décrit les caractéristiques des patients et des services offerts pour les chirurgies d'un jour (type de soins 27). La nature des données est adéquate et jusqu'à un certain point, la base est ajustable. L'enjeu se situe, ici aussi, au niveau de la qualité de l'information et des délais d'accès aux données. Le MSSS ne fait pas d'audit de qualité des données Med-Echo, mais il est connu que dans certains cas les informations sont incomplètes et non valides à cause de la mise en code sommaire et variable.

Programme d'accès à la chirurgie

Le programme d'accès à la chirurgie, consiste à financer un volume et un éventail convenu de chirurgies et notamment de chirurgies d'un jour, pour chacun des établissements concernés et ceci sur la base d'un tarif déterminé par le MSSS. Considérant que les données Med-Echo sont disponibles trop tardivement et que la qualité des données pouvait laisser à désirer (nombre de cas différents selon le rapport financier AS-471 et Med-Echo) en plus d'un problème potentiel de pertinence du recours aux hospitalisations plutôt qu'à la chirurgie d'un jour, le MSSS a décidé d'utiliser les données de facturation de la RAMQ.

Si la banque de données de la RAMQ documente le paiement des actes médicaux tels que facturés par les médecins eux-mêmes, elle ne permet pas de documenter les pathologies et l'ensemble des services aux patients caractérisant les épisodes de chirurgie de jour et celles avec hospitalisations non seulement au bloc opératoire, mais pour tous les secteurs de l'hôpital mis à contribution (services diagnostiques et thérapeutiques, soins infirmiers, réadaptation). Il a aussi été mentionné qu'il peut être difficile d'identifier l'établissement où la chirurgie a lieu et que certains services ne sont pas documentés si non rémunérés à l'acte³². De plus, les établissements qui doivent rendre des comptes sur les activités de chirurgie n'ont pas accès aux informations sur la facturation et ne peuvent pas en assurer l'adéquation par rapport aux activités chirurgicales de l'établissement.

Suggestions

Suggestion 13

Effectuer des vérifications systématiques de la qualité de l'information de la banque Med-Echo pour les chirurgies d'un jour à partir d'échantillonnages aléatoires en continu et recourir à cette source d'information plutôt qu'à celle de la RAMQ.

Suggestion 14

Utiliser des indicateurs de pertinence du recours à l'hospitalisation en chirurgie pour évaluer la performance des établissements à cet égard.

B. Le recours à un outil de regroupement

Autre utilisation que pour le programme d'accès à la chirurgie

Le MSSS regroupe les chirurgies d'un jour avec les APR-DRG. Il est fort probable que le transcodage de la CCI à la CIM9-CM procedure provoque comme pour les hospitalisations en santé physique des problèmes dans la qualité de la classification des cas. L'ICIS a créé une classification pour les services ambulatoires, la SNISA qui est basée sur la CCI. Cet outil permet de documenter les activités ambulatoires et d'en évaluer la performance.

³² Sutherland, J. M. et coll. 2013

Suggestion

Suggestion 15
Regarder l'opportunité de classer les chirurgies d'un jour avec l'outil de regroupement SNISA de l'ICIS.

C. La mesure de complexité des cas regroupés

Le MSSS utilisait jusqu'à tout récemment le fichier de facturation des hôpitaux du Maryland pour créer l'indice de complexité NIRRU de chirurgie d'un jour (CDJ). Cette approche comporte des problèmes méthodologiques que nous avons identifiés précédemment.

Pour les données 2011-2012, l'indice de complexité sera calculé en utilisant en partie des données du Canada (banque SNISA et la banque de données de coûts canadienne (CPCD) de l'ICIS) si moins de 50 cas sont documentés avec l'échantillon du Québec et en partie les données de coûts par patients des six (6) CSSS de la région du Saguenay-Lac-St-Jean³³. Il s'agit d'une **amélioration appréciable**.

Suggestions

Suggestion 16
À l'instar des autres provinces canadiennes, il serait fortement souhaitable d'utiliser des informations sur les coûts réels des chirurgies d'un jour calculés au Québec et au Canada. D'autant plus que plusieurs établissements du Québec (14) ont pris l'initiative de se doter eux-mêmes de coûts par patient et donc par APR-DRG.

Suggestion 17
Nous suggérons d'élargir l'échantillon de coûts par cas en ayant recours aux données de tous les établissements volontaires au Québec. En 2012, près de 76 000 CDJ avaient des coûts par patient documentés³⁴.

³³ MSSS 2013e

³⁴ Handfield, Mireault 2012

Suggestion 18

Ces informations devraient être utilisées pour le financement du programme d'accès à la chirurgie.

Les services ambulatoires hospitaliers

A. Les informations nécessaires à la documentation des clientèles

Le Québec dispose des rapports financiers AS-471 et statistiques AS-478 pour documenter les volumes de services offerts dans chacun des centres d'activités ambulatoires (urgence, clinique externe, hémato-oncologie, médecine de jour, endoscopie, etc.). La nature des données permet de documenter les volumes par unité de mesure spécifique à chacun des centres d'activités. Dans ces systèmes, aucune information ne décrit les diagnostics de chacun des patients ainsi que le détail des services offerts pour chacun d'eux (recours aux plateaux techniques, services professionnels, etc.). Pour les informations actuellement disponibles, l'enjeu se situe en partie au niveau de la qualité de l'information (le MSSS ne fait pas d'audit de qualité), mais surtout concernant **l'absence de données cliniques nécessaires pour utiliser un outil de regroupement** satisfaisant pour documenter les clientèles et évaluer la performance et la qualité.

Pour documenter les diagnostics et les traitements à l'urgence, le MSSS a recours aux données de facturation médicale de la RAMQ. Ces données sont adéquates pour la facturation d'actes produits par les médecins, **mais pas pour documenter l'épisode à l'urgence** et identifier la pathologie des patients.

Suggestions

Suggestion 19

À l'instar de l'Ontario et d'autres provinces canadiennes, recourir à un cadre normatif informationnel documentant les diagnostics et les services utilisés et un système d'information adapté pour les services ambulatoires (qui pourrait être alimenté par les systèmes d'urgence existants pour ce secteur).

Suggestion 20

Les épisodes de soins ambulatoires de certains secteurs devraient être priorités tels que l'hémato-oncologie, l'endoscopie, la médecine de jour et certaines cliniques externes.

B. Le recours à un outil de regroupement

Pour l'urgence des hôpitaux, le MSSS utilise une adaptation du *Ambulatory Patient Group (APG)* américains. Pour tous les autres secteurs ambulatoires, aucun outil de regroupement n'est utilisé.

Suggestion

Suggestion 21

À l'instar de l'Ontario et d'autres provinces canadiennes, recourir à la SNISA qui comprenant 22 catégories majeures ambulatoires et applicables à l'urgence et aux autres services ambulatoires.

C. La mesure de complexité des cas regroupés

Pour obtenir un indice de complexité des cas pour les urgences, le MSSS utilise les données du Maryland pour calculer un NIRRU-urgence appliqué aux *Ambulatory Patient Group (APG)*. Pour les autres secteurs que l'urgence et les chirurgies d'un jour, aucune mesure de complexité des épisodes de soins n'est utilisée. Des mesures de complexité sont calculées par type de services à partir de coûts unitaires moyens de certains établissements par centre d'activité. Puisque ces coûts peuvent être très grandement attribuables à la complexité des cas qui n'est pas prise en compte dans ces indicateurs, avoir recours à ces mesures comme mesure standard de complexité des cas désavantage les établissements traitant les patients les plus complexes.

Suggestion

Suggestion 22

À l'instar de l'Ontario et d'autres provinces canadiennes, utiliser des indices de complexité basés sur les coûts réels par patient puis par SNISA. Des données de coûts québécois et d'autres provinces (CPCD) pourraient être utilisées pour le calcul des indices de complexité des différents secteurs.

Les soins et services ambulatoires hors hôpital et les soins à domicile

A. Les informations nécessaires à la documentation des clientèles

Depuis 1999, le Québec dispose de la banque I-CLSC qui documente pour tous les services ambulatoires offerts par les CLSC, les diagnostics ou problèmes liés aux motifs d'intervention et les services offerts. Un identifiant unique permet de connaître pour un même patient l'utilisation effectuée dans tous les secteurs y compris pour les soins à domicile.

Un système efficace de gestion du système a été conçu avec pilote à tous les niveaux (local, régional et national). Par contre, cette fonction a été quelque peu délaissée ce qui a pu entraîner des problèmes de qualité de l'information.

Suggestion

Suggestion 23

Le système I-CLSC est très intéressant, mais il faut mettre en place des mécanismes d'assurance qualité de l'information selon l'esprit du projet au départ.

B. Le recours à un outil de regroupement

Aux États-Unis, les *Home Health Resource Groups (HHRG)* comprenant 80 catégories sont utilisés pour la classification des patients recevant des soins à domicile. Ce regroupement a été élaboré à partir d'une très importante recherche conduite entre 1997 à 1999. Le paiement correspondant est attribué pour une période de 60 jours.

L'outil SMAF pour l'évaluation de la clientèle en perte d'autonomie comprenant 29 classes, est utilisé pour les soins à domicile pour la clientèle long terme (PALV) dans certaines régions du Québec et l'utilisation débute dans d'autres régions. Des outils semblables sont utilisés aux États-Unis (*Outcome and Assessment Information Set (OASIS)*) et ailleurs au Canada (RUG-III)³⁵.

Au Québec, aucun outil de regroupement n'est actuellement utilisé pour la clientèle ambulatoire. Seuls les profils SMAF sont utilisés pour regrouper la clientèle en perte d'autonomie à domicile documentée avec I-CLSC.

³⁵ ICIS 2013

Suggestions

Suggestion 24

Évaluer la faisabilité de recourir aux SNISA de l'ICIS comprenant 22 catégories majeures ambulatoires pour les services ambulatoires.

Suggestion 25

Recourir dans tout le réseau à l'outil SMAF comprenant 29 catégories pour la clientèle avec perte d'autonomie recevant des soins à domicile.

C. La mesure de complexité des cas regroupés

Aucune mesure de complexité des cas n'est utilisée pour la clientèle ambulatoire hors des hôpitaux, notamment celle des CLSC. Par contre, pour la clientèle en perte d'autonomie l'outil ISO-SMAF est disponible au Québec pour définir le profil de besoins et estimer le niveau attendu de ressources pour la clientèle. Cet outil fournit une mesure de la complexité des services à rendre compte tenu des besoins de soins évalués avec l'outil SMAF. Cependant, cet outil n'est pas systématiquement utilisé et pas toujours appliqué de la même façon selon les régions.

Suggestions

Suggestion 26

Étendre l'utilisation des ISO-SMAF pour la clientèle PALV et prendre des mesures pour que l'outil soit utilisé adéquatement pour les soins à domicile PALV.

Suggestion 27

Pour les autres services ambulatoires, développer des données de coûts par épisode du Québec et du Canada et les associer à l'outil de classification retenu.

Les soins et services en hébergement

A. Les informations nécessaires à la documentation de la clientèle

L'outil d'évaluation SMAF pour l'évaluation de la clientèle en perte d'autonomie est utilisé lors de l'admission en hébergement (sauf pour Montréal et Québec qui utilisent le nombre d'heures soins requis). Par contre, suite à l'admission du patient en hébergement, sauf exception, nous ne disposons d'aucune information sur la condition de la clientèle ainsi que sur les services dispensés.

Le système SICHELD qui devait décrire les épisodes d'hébergement n'a pas produit les effets attendus faute de mise en place du cadre informationnel adéquat.

Suggestion

Suggestion 28

Il est nécessaire de se doter d'un cadre d'information sur la clientèle hébergée tel que le MDS 2.0 rendu disponible par l'ICIS ou encore avoir recours au système SICHELD de façon systématique.

B. Le recours à un outil de regroupement

Aucun outil de regroupement n'est actuellement utilisé pour la clientèle hébergée. Les profils SMAF sont utilisés pour classer la clientèle en perte d'autonomie à l'admission sauf exception (Estrie), mais par la suite, aucun outil n'est utilisé durant l'épisode d'hébergement. Ailleurs au Canada, les RUG-III rendus disponibles par l'ICIS sont utilisés.

Suggestion

Suggestion 29

Évaluer la faisabilité de recourir aux RUG-III de l'ICIS ou encore aux ISO-SMAF si les SMAF sont mis à jour régulièrement dans l'épisode d'hébergement.

C. La mesure de complexité des cas regroupés

Actuellement aucune mesure de complexité des patients n'est systématiquement utilisée. Pour la clientèle en perte d'autonomie l'outil ISO-SMAF est disponible au Québec pour établir le

niveau attendu de ressources à utiliser par la clientèle. Par contre, cet outil n'est pas systématiquement utilisé et pas toujours appliqué de la même façon selon les régions.

Suggestion

Suggestion 30

Étendre l'utilisation des ISO-SMAF et prendre des mesures pour que l'outil soit utilisé adéquatement pour la clientèle hébergée et que la mesure de complexité soit régulièrement mise à jour.

SOMMAIRE DES SUGGESTIONS

Suggestion 1

Effectuer des audits réguliers de la qualité de l'information du fichier Med-Echo à partir d'un échantillonnage aléatoire en continu. Nous suggérons de porter une attention particulière sur le diagnostic principal, les autres diagnostics, les événements indésirables, les interventions chirurgicales et les traitements non chirurgicaux, le type de soins, le service de soins palliatifs, la destination du patient.

Suggestion 2

S'assurer que les établissements disposent des effectifs d'archivistes nécessaires pour réduire les délais d'accès à l'information et la production d'information de qualité sur la clientèle hospitalisée.

Suggestion 3

Effectuer une validation exhaustive de la table de transcodage utilisée pour l'application des APR-DRG afin d'identifier puis résoudre si possible des problèmes potentiels importants dans la qualité des regroupements.

Suggestion 4

Utiliser les GMA+ canadiens pour le regroupement des hospitalisations en santé physique avec les codifications que nous utilisons au Québec. L'inconvénient, par rapport à l'utilisation des APR-DRG est la perte de la mesure de gravité. Par contre, il est possible, à l'instar de l'ICIS, d'inclure une mesure de la gravité clinique dans la méthodologie d'élaboration de l'indice de complexité et celle du calcul des durées de séjour attendues.

Suggestion 5

À l'instar des autres provinces canadiennes, il serait fortement souhaitable d'utiliser des informations sur les coûts réels au Québec et au Canada, de plus essentielles pour certains établissements à vocation spécifique. L'ICIS a utilisé avec succès ces coûts pour son RIWs et l'indice ontarien Pac-10.

Suggestion 6

Plusieurs hôpitaux du Québec ont pris l'initiative de se doter eux-mêmes de coûts par patient et donc par APR-DRG. 14 établissements (8 CSSS, 2 CHU, 2 CHA, 2 Instituts) disposent de coûts. En 2012, 187 000 épisodes de courte durée ont été documentés. Un rapport (Rapport Orange)

financé par certains membres de l'AQESSS sera disponible bientôt présentant une analyse des coûts, des comparaisons inter-hôpital et par rapport aux coûts par cas calculés avec le NIRRU.

Nous suggérons que le MSSS utilise cet échantillon de données de coûts pour élaborer sa mesure de complexité en conjonction avec les données antérieures.

Suggestion 7

Effectuer des audits de qualité de l'information sur les hospitalisations en santé mentale à partir d'échantillonnages aléatoires en continu.

Suggestion 8

S'assurer d'avoir les effectifs d'archivistes requis dans les établissements ayant la responsabilité d'hospitalisations en santé mentale.

Suggestion 9

Regarder l'opportunité de coder avec le DSM-IV ou V, rendu disponible récemment, soit une classification des diagnostics spécifique à la santé mentale.

Suggestion 10

Pour les hôpitaux à vocation psychiatrique : utiliser un cadre informationnel plus sommaire. À cet égard, le RAI-MH utilisé par l'Ontario devrait être une option à envisager.

Suggestion 11

Évaluer la faisabilité d'utiliser l'outil de regroupement développé par l'ICIS pour les hospitalisations en santé mentale soit la *System for Classification in Inpatient Psychiatry (SCIPP)* pour la clientèle adulte.

Suggestion 12

À l'instar des autres provinces canadiennes, il serait fortement souhaitable d'utiliser des informations sur les coûts réels des hospitalisations en santé mentale, disponibles au Canada et au Québec. D'autant plus que plusieurs (14) établissements du Québec ont pris l'initiative de se doter eux-mêmes d'évaluation de coûts par patient y compris les hospitalisations de santé mentale. Le recours à des données canadiennes serait intéressant pour les établissements à vocation spéciale (pédopsychiatrie, psychiatrie légale). Sinon, regarder l'opportunité d'appliquer le SCIPP pondéré pour les jours d'hospitalisation.

Suggestion 13

Effectuer des vérifications systématiques de la qualité de l'information de la banque Med-Echo pour les chirurgies d'un jour à partir d'échantillonnages aléatoires en continu et recourir à cette source d'information plutôt qu'à celle de la RAMQ.

Suggestion 14

Utiliser des indicateurs de pertinence du recours à l'hospitalisation en chirurgie pour évaluer la performance des établissements à cet égard.

Suggestion 15

Regarder l'opportunité de classer les chirurgies d'un jour avec l'outil de regroupement SNISA de l'ICIS.

Suggestion 16

À l'instar des autres provinces canadiennes, il serait fortement souhaitable d'utiliser des informations sur les coûts réels des chirurgies d'un jour calculés au Québec et au Canada. D'autant plus que plusieurs établissements du Québec (14) ont pris l'initiative de se doter eux-mêmes de coûts par patient et donc par APR-DRG.

Suggestion 17

Nous suggérons d'élargir l'échantillon de coûts par cas en ayant recours aux données de tous les établissements volontaires au Québec. En 2012, près de 76 000 CDJ avaient des coûts par patient documentés.

Suggestion 18

Ces informations devraient être utilisées pour le financement du programme d'accès à la chirurgie.

Suggestion 19

À l'instar de l'Ontario et d'autres provinces canadiennes, recourir à un cadre normatif informationnel documentant les diagnostics et les services utilisés et un système d'information adapté pour les services ambulatoires (qui pourrait être alimenté par les systèmes d'urgence existants pour ce secteur).

Suggestion 20

Les épisodes de soins ambulatoires de certains secteurs devraient être priorisés tels que l'hémato-oncologie, l'endoscopie, la médecine de jour et certaines cliniques externes.

Suggestion 21

À l'instar de l'Ontario et d'autres provinces canadiennes, recourir à la SNISA qui comprenant 22 catégories majeures ambulatoires et applicables à l'urgence et aux autres services ambulatoires.

Suggestion 22

À l'instar de l'Ontario et d'autres provinces canadiennes, utiliser des indices de complexité basés sur les coûts réels par patient puis par SNISA. Des données de coûts québécois et d'autres provinces (CPCD) pourraient être utilisées pour le calcul des indices de complexité des différents secteurs.

Suggestion 23

Le système I-CLSC est très intéressant, mais il faut mettre en place des mécanismes d'assurance qualité de l'information selon l'esprit du projet au départ.

Suggestion 24

Évaluer la faisabilité de recourir aux SNISA de l'ICIS comprenant 22 catégories majeures ambulatoires pour les services ambulatoires.

Suggestion 25

Recourir dans tout le réseau à l'outil SMAF comprenant 29 catégories pour la clientèle avec perte d'autonomie recevant des soins à domicile.

Suggestion 26

Étendre l'utilisation des ISO-SMAF pour la clientèle PALV et prendre des mesures pour que l'outil soit utilisé adéquatement pour les soins à domicile PALV.

Suggestion 27

Pour les autres services ambulatoires, développer des données de coûts par épisode du Québec et du Canada et les associer à l'outil de classification retenu.

Suggestion 28

Il est nécessaire de se doter d'un cadre d'information sur la clientèle hébergée tel que le MDS-2.0 rendu disponible par l'ICIS ou encore avoir recours au système SICHELD de façon systématique.

Suggestion 29

Évaluer la faisabilité de recourir aux RUG-III de l'ICIS ou encore aux ISO-SMAF si les SMAF sont mis à jour régulièrement dans l'épisode d'hébergement.

Suggestion 30

Étendre l'utilisation des ISO-SMAF et prendre des mesures pour que l'outil soit utilisé adéquatement pour la clientèle hébergée et que la mesure de complexité soit régulièrement mise à jour.

CONCLUSION

À la demande du comité d'experts sur le financement axé sur le patient, nous avons abordé dans ce document les outils informationnels disponibles et requis pour l'implantation d'un financement à l'activité pour six (6) familles de clientèles du système de santé et services sociaux du Québec. À l'instar de ce qui avait été souligné par une étude financée par l'Agence de Montréal plus tôt cette année³⁶, nous ne pouvons que constater que plusieurs projets de développement de cadres informationnels doivent être entrepris pour permettre l'implantation d'un financement à l'activité dans le système de santé et services sociaux du Québec.

Là où des cadres informationnels existent, il est nécessaire de mettre en place des mécanismes rigoureux d'assurance qualité de l'information. Cette mesure serait utile non seulement pour le financement axé sur le patient, mais aussi pour la gestion des épisodes de soins et l'amélioration de la performance et de la qualité.

Peu de secteurs disposent d'une catégorisation de la clientèle permettant l'application de mesures correspondantes de la complexité des cas qui sont nécessaires à l'élaboration de grilles tarifaires pour le financement. C'est seulement pour les clientèles hospitalisées en santé physique et les chirurgies d'un jour que des mesures de complexité sont disponibles et qui pourraient être utilisables pour le financement à l'activité en conjonction avec d'autres paramètres comme des indicateurs de qualité et de performance. Cependant, ces mesures de complexité sont encore calculées à partir de données de facturation américaines plutôt qu'à partir de mesures de coûts réels dans le contexte québécois ou canadien. Il est donc nécessaire d'avoir recours aux données de coûts par épisode disponibles au Québec et dans les autres provinces. Pour ce faire, le ministère de la Santé et des Services sociaux peut compter sur l'expertise et le capital informationnel de 14 établissements québécois qui se sont dotés d'une méthodologie d'évaluation et de gestion des coûts des épisodes de soins. De plus, l'ICIS avec lequel le MSSS a déjà une collaboration pourrait aussi fournir une expertise très intéressante, non seulement dans l'utilisation de données de coûts par épisode pour le financement à l'activité, mais aussi dans l'utilisation de différents outils de description des clientèles et de regroupement de celles-ci.

Enfin, mentionnons les difficultés occasionnées par des contraintes du cadre légal québécois pour jumeler des banques de données afin de permettre de reconstituer des épisodes de soins lorsque le patient a un continuum mettant à contribution plus d'un établissement. Actuellement, il est pratiquement impossible de reconstruire de tels épisodes ce qui ne permet pas l'application d'un financement par épisode complet. Si techniquement cette reconstitution est réalisable, sans une modification du cadre légal, il est impossible de connaître les trajectoires

³⁶ Sutherland J.M. et coll., 2013

des clientèles à l'instar de ce qui est fait, par exemple en Ontario, pour le financement des services.

Ainsi, pour modifier le paiement des établissements en ayant recours à un financement à l'activité axé sur le patient, les conditions de succès suivantes s'avèrent incontournables :

- Doter tous les secteurs clientèles d'un cadre informationnel adéquat.
- Effectuer des activités régulières d'assurance qualité de l'information.
- Identifier et appliquer à chacun de ces secteurs des outils reconnus de regroupement des clientèles.
- Appliquer des mesures de complexité des catégories de clientèles élaborées à partir d'évaluation de coûts réels québécois ou canadiens par épisode.
- Avoir recours à un identificateur patient unique pour reconstituer des trajectoires patients à travers des épisodes s'étant déroulés dans plusieurs établissements et ceci au moyen d'un cadre légal et réglementaire adéquat.

RÉFÉRENCES

AVERILL, R.F., et autres. « *Redesigning the Medicare Inpatient PPS to reduce Payments to Hospitals with High Readmission Rates* », *Health Care Financing Review*, vol. 30, n° 4, Summer 2009, p. 1-15.

CASTONGUAY, J. *Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux : Rapport de projet*, CIRANO, 2013, 176 p.

CENTER FOR MEDICAID AND MEDICARE SERVICES. [<http://www.cms.gov/>] (Consulté le 23 juillet 2013).

CHARLESWORTH, A., DAVIES, A., et DIXON, J. « *Reforming payment for health care in Europe to achieve better value: Research Report for the Nuffield Trust* », KPMG, 2012, 40 p.

DÉSILETS, Martine. « Méthode de pondération de la lourdeur de la clientèle du programme de santé physique admise en courte durée (NIRRU) », dans les 51^{es} journées de perfectionnement de l'Association québécoise des archivistes médicales (Saint-Hyacinthe, 19 et 20 mai 2011).

DUBUC, N., HÉBERT et autres. « *Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: The ISO-SMAF profiles* », *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 42, n° 2, March 2006, p. 191-206.

FETTER, R. B., et FREEMAN, J. L. « *Diagnosis Related Groups : Product line Management within hospitals* », *The Academy of Management Review*, vol. 11, n° 1, January 1986, p. 41-54.

FRIES, B. E., et autres. « Refining a Case-Mix Measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (RUG-III) », *Medical Care*, vol. 32, n° 7, July 1994, p. 668-685.

HANFIELD, D., et MIREAULT J. «Présentation sur le projet d'évaluation des coûts par patient», à l'invitation de l'AQESSS (Montréal, 2012).

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Mandat du comité d'experts sur le financement axé sur le patient*, [En ligne] [<http://www.santefinancementactivite.gouv.qc.ca/groupe-dexperts/mandat/>] (consulté le 24 juillet 2013).

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Étude comparative des méthodologies de regroupement GMA+ et APR-DRG*, Ottawa, ICIS-CIHI, 2011, 18 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. «*Introduction to CIHI Case Mix Methodologies: February 6*» dans *Présentation effectuée à l'équipe de l'AQESSS* (Montréal, 2013).

LEMAY, Anne. *Allocation des ressources aux établissements de santé et services sociaux : Pistes et balises pour implanter le financement à l'activité*, Montréal, AQESSS, 2012, 33 p.

LEMAY, A, HANDFIELD, D., et MIREAULT, J. *Évaluation de la valeur prédictive de l'indice d'intensité des ressources par épisode de soins construit à partir de la structure de facturation de l'État du Maryland*, Montréal, AHQ, 1999, 97 p.

MINISTÈRE DES FINANCES ET DE L'ÉCONOMIE. *Discours sur le budget*, Québec,

MDEIE, 20 mars 2012.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013a). *Cadre normatif. APR-DRG, 2010-2011. Annexe : Les APR-DRG. Description des APR-DRG version 24.0*, Québec, MSSS, 2013, 22 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2013b) *Cadre normatif. APR-DRG, 2010-2011. Annexe 7, Calcul du NIRRU*, Québec, MSSS, 2013, p. 169-174.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2013c). *Comparaison APR-DRG vs GMA. Texte pour le rapport du comité du groupe de travail sur le financement axé sur le patient. Texte transmis par Normand Lantagne*, Québec, MSSS, 2013.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2013d). *Comparaison de l'indice de lourdeur des hospitalisations (admis) du Québec calculé à partir de la base de données canadienne sur les coûts par patient. Étude réalisée par le Service de l'allocation des ressources du MSSS à l'aide des données de l'ICIS*, Québec, MSSS, 2012.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2013e). *Révision des lourdeurs de chirurgie d'un jour à partir des données canadiennes et québécoises de coûts par patient*, Québec, MSSS, mars 2013.

OR, Z., et RENAUD, T. *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Enseignement de la théorie économique et des expériences étrangères. IRDES DT N° 23*, mars 2009, 24 p.

PATIENT CLASSIFICATION SYSTEM INTERNATIONAL (PCSI). Dans *27^e Conférence* (Montréal, septembre 2011).

ROBERTSON, N., NIELSEN, B., et MILLAR, K. « Établissements des coûts par patient. Institut canadien d'information sur la santé », *présentation* (6 février 2013).

RONGVE, I. « Financement axé sur les patients en Colombie-Britannique », *Présentation* (2013).

SCHNEIDER, R., HUSSEY, P.S., et SCHNYDER, C. « Payment Reform. Analysis of Models and Performance Measurement Implications », *Rand Health Quarterly*, vol. 1, n° 1, Spring 2011, 7 p.

SCHULMAN, C. « An overview of the international experience in sub-acute classification development », dans *National Casemix and Activity Based Funding Conference 2011* (Gold Coast City, 3-7 octobre 2011).

SUTHERLAND, J. M. *Mécanismes de financement des hôpitaux : aperçu et options pour le Canada*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2011, 26 p.

SUTHERLAND, J. M., REPIN, N., et CRUMP, R. T. « *Funding Health and Social Care in Montreal, Quebec: A review of the Methods and the Potential Role of Incentive* ». *Canadian Foundation for Health Care Improvement*, 2013, 58 p.



T 514 842-4861 www.aqesss.qc.ca
505, BOULEVARD DE MAISONNEUVE OUEST
BUREAU 400, MONTRÉAL (QUÉBEC) H3A 3C2