



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



CERTIFIÉ ISO 9001



12-2518

Projet : *Focus groups* sur l'appréciation de l'approche de financement par activité utilisée par le MSSS

N° de mandat :

12-2518

N° DE RÉVISION/ VALIDATION	DOCUMENT	DATE	PAR	REMARQUES
1	Rapport préliminaire	2012-09-14	Michel Théberge Dany Savard	
2	Rapport final	2012-10-09	Michel Théberge Dany Savard	Johanne Lucie Côté, collaboratrice à la rédaction

Table des matières

REMERCIEMENTS 1

1. Mandat 2

2. Implantation du mode de financement par activité 2

 2.1 Valeur ajoutée du modèle 2

 2.2 Préoccupations associées au modèle 3

 2.3 Conditions de succès pour l'implantation 6

CONCLUSION 9

Annexe I Liste des participants

REMERCIEMENTS

Nous remercions sincèrement l'ensemble des participants qui ont assisté aux trois *focus groups* organisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous espérons que leurs commentaires fourniront aux membres du groupe d'experts les réponses attendues.

Nos remerciements vont également à monsieur Normand Lantagne, Directeur de l'allocation des ressources par intérim au ministère de la Santé et des Services sociaux pour sa précieuse collaboration.

1. MANDAT

En lien avec les travaux du groupe d'experts responsable de l'implantation progressive du mode de financement par activité au ministère de la Santé et des Services sociaux, des consultations ont été réalisées auprès des représentants de certains établissements et des agences des régions sociosanitaires de Chaudière-Appalaches, du Bas-Saint-Laurent, de Lanaudière, des Laurentides, de Laval, de la Montérégie, de Montréal et de Québec.

La démarche visait à mettre en lumière la valeur ajoutée, les préoccupations et les conditions de succès recensées durant la première phase d'implantation de ce modèle dans un secteur spécifique, soit en chirurgie.

2. IMPLANTATION DU MODE DE FINANCEMENT PAR ACTIVITÉ

Cette section présente les principaux éléments identifiés par les participants aux trois groupes de discussion. Les informations colligées concernent le mode de financement par activité pour le secteur de la chirurgie.

2.1 Valeur ajoutée du modèle

Les principaux éléments à valeur ajoutée qui ont été mentionnés sont décrits ci-après.

Efficiences

- L'indexation du financement proposé dans le nouveau modèle pourrait être favorable à l'augmentation de la productivité d'un bloc opératoire puisque des effets sur la révision des pratiques, l'amélioration des processus et la détermination des choix technologiques ont été constatés.
- L'exercice aurait permis d'évaluer, dans certains établissements, la faisabilité d'augmenter le nombre de chirurgies (diminution des listes d'attente) et de recourir à un plateau technique mieux adapté à la réalisation de chirurgies mineures (ex. : cataractes).

Paramètres du nouveau modèle

- Le fait de recourir à 10 variables d'évaluation pour le financement par activité comparativement à 4 dans l'ancien modèle est considéré comme un ajustement pertinent.
- Plusieurs pensent que l'ancienne méthode favorisait la production des chirurgies les plus payantes. La nouvelle méthode ne semble pas soutenir un type de chirurgie au détriment d'un autre.
- L'indexation des coûts de production d'une chirurgie est une opportunité appréciée.

- Certains établissements examinent déjà la possibilité d'utiliser ce modèle théorique de financement pour d'autres secteurs d'activité.
- Le MSSS et les agences se réfèreraient déjà au mode de financement par activité pour l'évaluation des plans fonctionnels et techniques. Ils recourraient également à cette méthode lorsqu'il est nécessaire de prévoir un nouveau financement en vue de l'accroissement d'une offre de soins et de services d'un secteur donné.

2.2 Préoccupations associées au modèle

Les divers aspects relevés par les intervenants des groupes de discussion sont présentés ci-dessous.

Connaissance du modèle

- Selon la majorité des établissements, le cadre de référence sur le mode de financement par activité ne fournit pas suffisamment d'explications relativement à la méthodologie d'application. Qui plus est, les différences et les impacts probables entre l'ancien modèle de financement et le mode de financement par activité sont méconnus.
- La mauvaise compréhension du modèle empêche de bien répondre aux questionnements des conseils d'administration, des comités de direction et des médecins.
- En général, les médecins sont favorables avec le nouveau modèle, mais ils ne comprennent pas la méthodologie inhérente à son application.
- Les dirigeants et gestionnaires ne maîtrisent pas suffisamment bien les diverses modalités associées au nouveau mode de financement, ce qui rend difficile la diffusion des informations auprès des cliniciens et des médecins.

Soutien du MSSS et des établissements

- Des agences n'ont pas été en mesure d'expliquer correctement les scénarios de financement retenus pour l'année financière 2011-2012. Les informations obtenues du MSSS étaient trop partielles.

Règles d'application du modèle de financement ou d'attribution

- Certaines agences ont réparti les allocations en chirurgie selon les modalités de l'ancienne méthode d'allocation bien que le budget reçu ait été constitué par le MSSS selon un financement par activité chirurgicale.
- D'autres agences auraient partiellement appliqué le modèle de financement par activité lors de la première phase d'implantation en chirurgie. Elles n'auraient pas travaillé avec les mêmes balises de base inscrites au cadre de référence du MSSS. Par exemple, quelques-unes ont bonifié les sommes reçues du MSSS afin de permettre une meilleure adaptation des établissements au nouveau modèle (période de transition). Ces différentes procédures ont eu

pour effets de générer des commentaires quant à la transparence et l'équité du processus.

- D'autres agences ont conservé une partie des sommes reçues en chirurgie afin de soutenir des activités connexes telles que la réadaptation post-intervention.
- Certains établissements et des agences ne comprennent pas les raisons qui ont permis un rehaussement de leur financement en chirurgie.
- Des intervenants craignent l'émergence de problèmes d'ordre médicaux en lien avec le financement ou non de certaines chirurgies et la rémunération des autres médecins spécialistes (pédiatrie, gastroentérologie, etc.).

Disparités régionales

- Le modèle ne peut être appliqué sans distinctions dans les différents types d'établissements, soit les centres hospitaliers universitaires, les CSSS et les établissements en région rurale ou éloignée.
- La disparité régionale des établissements est à prendre en compte puisque la production en chirurgie est tributaire du plan d'effectifs médicaux, du plan de main-d'œuvre, des mouvements de clientèle, de l'accès aux équipements spécialisés, du budget octroyé, etc.
- Il demeure difficile pour les petits établissements sans surspécialités de voir la valeur ajoutée de ce modèle.
- Le paiement à la surproduction serait « difficilement applicable » pour les petits établissements.

Banques de données et systèmes d'information

- Les agences et les établissements ont beaucoup de difficultés à consolider les données RAMQ-SIMASS-OPERA. Les groupes déplorent qu'il n'y ait pas un tableau d'équivalence entre les catégories RAMQ et les interventions SIMASS et OPERA afin de pouvoir établir des projections de financement avec exactitude.
- Le nouveau mode de financement se fait à partir des informations brutes des banques de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), lesquelles sont en lien avec la rémunération des médecins et les APR-DRG (NIRRU).
 - Provenant de la facturation des médecins, ces données sont difficilement vérifiables par les établissements.
 - Certains intervenants méconnaissent les paramètres de classification de ces banques de données.
 - Il existe une disparité entre les données disponibles dans les établissements et celles de la RAMQ. Il y aurait des erreurs de codification des données. Par exemple, on y retrouve l'identification de certaines chirurgies inscrites au nom d'un établissement alors que ce type de chirurgie n'y est pas pratiqué.

Certains actes médicaux qui se pratiquent maintenant en radiologie plutôt que dans une salle de chirurgie ne sont également pas compilés.

- Les établissements notent un délai de plus de 6 mois pour obtenir les informations en chirurgie. De plus, les données de la RAMQ sont produites trimestriellement alors que les établissements fonctionnent à partir de 13 périodes financières.
- Il y a une crainte que l'on utilise les données des systèmes d'information à des fins autres que celles pour lesquelles elles ont été colligées.

Effets sur les activités chirurgicales et les listes d'attente

- Les directions d'établissements sont favorables, mais préoccupées par ce mode de financement. On se questionne quant à la capacité de réaliser les volumes d'activité attendus. On craint un effet pervers, à savoir la possibilité de limiter, partiellement ou totalement, les chirurgies peu ou pas financées.
- La nouvelle méthode ne devrait pas être perçue comme un outil de gestion des listes d'attente, c'est-à-dire pour le financement de la surproduction chirurgicale.
- Le programme de financement par activité n'aurait pas permis de réduire les listes d'attente pour une chirurgie oncologique.
- Il faut s'assurer de ne pas financer la non-qualité.

Appréciation du prix de revient d'une intervention

- Les difficultés associées au prix de revient concernent :
 - la qualité des informations inscrites dans les banques de données;
 - le respect des critères d'inscription lors de la saisie des données;
 - la disponibilité des informations comparatives dans un délai minimal;
 - la mesure du coût total de l'ensemble de continuums de soins de la chirurgie à la réadaptation ou la convalescence;
 - la considération des coûts des fournitures spécialisées (ex. : cœur mécanique);
 - les coûts supplémentaires associés à des ententes particulières pour la rémunération de certains médecins;
 - le processus d'analyse et de comparaison des données avec celles du manuel de gestion financière;
 - les paramètres et la méthode de calcul pour convenir des coûts.
- Lors de l'application du modèle de financement, le recours aux données des années 2002-2003 pour établir un prix de revient de base a été jugé inapproprié puisque les pratiques médicales, les technologies ainsi que les fournitures utilisées ont grandement évolué.

- Une interrogation demeure, est-ce que la complexité des cas est bien représentée dans le calcul du financement dans le nouveau modèle?
- Les coûts fixes demeurent lorsque certains établissements composent avec des pénuries de personnel (médecins, infirmières ou autres) et qu'il y a une baisse de la production en chirurgie. Cela n'est pas considéré dans la méthodologie de calcul du prix de revient et d'attribution du budget alloué.
- En rehaussant les heures d'ouverture de certains blocs opératoires lors du démarrage du programme, il y aurait eu une augmentation du nombre de chirurgies mineures réalisées. Après vérification, les coûts de revient par chirurgie auraient été plus élevés que le financement obtenu. Le recours aux heures supplémentaires et à la main-d'œuvre indépendante expliqueraient en partie la situation.
- Des modes de financement similaires auraient été utilisés pour financer d'autres centres d'activité, dont la clinique d'insuffisance rénale, la maternité et la néonatalogie.

Pourcentage des chirurgies financées par activité

- Certains établissements n'ont pas fait cette mesure. D'autres notent un taux variant entre 7 % et 20 %.
- Le taux de financement par activité a atteint pour les régions :
 - des Laurentides : 22 % en 2010-2011,
 - de Lanaudière : 28 % en 2010-2011 et 18 % en 2011-2012.

2.3 Conditions de succès pour l'implantation

Les principaux éléments à retenir comme condition de succès à l'implantation d'un financement à l'activité sont indiqués subséquentement.

Efficiences

- Valider la pertinence de questionner la mission de certains établissements avant d'introduire un financement par activité.
- Examiner les opportunités de complémentarité entre les établissements préalablement à la mise en place du financement par activité, et ce, pour chaque programme-service.
- Se questionner sur l'organisation des soins et des services et les possibilités d'intégration dans les cas de faibles volumes d'activité afin de considérer les effets du maintien d'une masse critique sur le développement des expertises cliniques et l'assurance du recours aux bonnes pratiques.
- Revoir le nombre de programmes-services étant donné qu'il est difficile d'agencer de manière logique et cohérente les activités de quelques programmes distincts.

- Poursuivre les actions pour diminuer les durées moyennes de séjour dans les centres hospitaliers.
- Réaliser une analyse globale de tous les programmes-services afin de prévoir les revenus potentiels de l'année financière en cours et prédire ceux de l'année suivante.
- Se référer aux besoins populationnels et non aux volumes d'activité antérieurs d'un établissement pour établir les budgets.

Contrôle des listes d'attente

- Concevoir le modèle de financement par activité (chirurgie et autres) en fonction des besoins de l'ensemble de la population du Québec, et non, à partir d'un objectif lié à la diminution des listes d'attente.
- Prévoir une vision élargie des facteurs en lien avec le contrôle des listes d'attente laquelle ne se limite pas au trio *accès, productivité et gestion des listes d'attente*.
- Maintenir des cibles dans les ententes de gestion sinon les coûts risquent d'augmenter sans cesse, même avec le nouveau modèle de financement.

Gestion de l'épisode de soins

- Envisager des solutions pour arrimer le financement du nombre de chirurgies avec les problématiques reliées à la disponibilité des lits et les durées de séjour à l'urgence. La gestion hospitalière ne peut se faire pas en silo.
- Introduire dans la méthode des moyens pour prendre en compte les cas atypiques, dont les procédures particulières réalisées dans un bloc opératoire et l'intensité d'un épisode de soins qui diffèrent selon l'âge et la situation de santé d'une personne.
- Tenir compte des changements organisationnels tels que l'arrivée des sages-femmes dans les blocs obstétricaux lesquelles ne facturent pas à la RAMQ, mais qui devront être comptabilisés éventuellement dans le financement par activité.
- Se questionner sur le lien entre la rémunération des médecins versus les meilleures pratiques et le financement par catégories APR-DRG.

Système d'information

- Se doter d'un plan d'amélioration des systèmes d'information qui permettent l'accès à des données uniformes et de qualité pour toutes les régions du Québec, et ce, selon un délai en lien avec les exigences de la gestion des budgets d'un établissement.
- Mettre en place les mesures permettant aux établissements d'obtenir un état de situation de leurs résultats dans les délais requis et en vue d'assurer les suivis budgétaires au moment opportun.

Implantation du financement par activité

- Prévoir un plan détaillé d'application de cette nouvelle méthode de financement selon un calendrier établi sur 3 à 5 ans.
- Prévoir un plan de communication, un modèle de transition clair et aider monétairement à cette transition.
- Préciser davantage les règles d'application du modèle de financement par activité pour éviter des modalités d'implantation trop diversifiées.
- Se référer aux établissements qui ont réussi à calculer des coûts de revient en chirurgie ou autres domaines afin de déterminer des balises de référence pour le MSSS, les agences et les autres organisations.
- Identifier les éléments qui ont constitué un prix de revient d'une activité.
- Conserver dans la mesure du possible la base budgétaire des établissements lors de l'implantation du modèle.

CONCLUSION

Le modèle de financement par activité implique des changements majeurs pour les agences de la santé et des services sociaux et les établissements. Les participants aux groupes de discussion ont fait ressortir des éléments essentiels pour la poursuite de l'implantation d'un tel projet.

D'une part, des particularités relatives à l'organisation des soins et des services, la gestion d'un épisode de soins, le contrôle des listes d'attente, l'efficacité des secteurs d'activité d'une organisation, la qualité des banques de données et leur exploitation par des systèmes d'information performants ainsi que les disparités régionales ont fait l'objet des échanges.

Une gestion de projet rigoureuse, des personnes dédiées à sa réalisation, un plan de communication adapté, des échéanciers réalistes, des mécanismes de consultation honnêtes et transparents, voilà des conditions mentionnées et souhaitées par les interlocuteurs.

Bref, les participants approuvent en général les orientations prises, mais souhaiteraient des ajustements afin de permettre un déploiement harmonieux, mais également que le mouvement engendré se poursuive auprès de l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.



ANNEXE I – Liste des participants

Groupe de discussion Québec (groupe 1)
Liste des participants

Rencontre du 7 septembre 2012, de 13 h 30 à 16 h 30
Au Ministère de la Santé et des Services sociaux
1005, chemin Sainte-Foy, rez-de-chaussée, salle RC60, Québec

Nom du participant	Profil	Désigné par
Monsieur Denis Bélanger Conseiller cadre de direction évaluation, qualité, ingénierie, performance, prévention des infections Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)	Clinique	AQESSS
Monsieur Sébastien Blais Coordonnateur - Optimisation des processus de la performance Institut universitaire de cardiologie et pneumologie du Québec (Hôpital Laval)	Financier	AQESSS
Monsieur Laval Demers Directeur des ressources financières CSSS Alphonse-Desjardins	Financier	AQESSS et Agence
Madame Julie Mathieu Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches	Financier	Agence

Remarque : Stéphane Langlois, directeur a délégué Julie Mathieu

Nom du participant	Profil	Désigné par
Dr Michel Y. Pelletier Médecin-conseil, Direction des affaires médicales, universitaires, des services de santé et hospitaliers Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent	Clinique	Agence du Bas-Saint-Laurent
Monsieur Richard Pineau Conseiller en optimisation Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent	Financier	Agence du Bas-Saint-Laurent
Madame France Proulx Directrice des ressources financières et matérielles Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent	Financier	Agence du Bas-Saint-Laurent

Groupe de discussion Montréal (groupe 2)
Liste des participants

Rencontre du 6 septembre, de 9 h à 12 h
À l'Agence de Montréal
3725, rue Saint-Denis, salle 422, Montréal

Nom du participant	Profil	Désigné par
Monsieur Frédéric Abergel Directeur par intérim de la direction des affaires cliniques, médicales et universitaires Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	Clinique	Agence de Montréal
Monsieur Alain Bouchard Directeur des ressources financières Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Financier	AQESSS
Madame Lyne Boudreau Adjointe au directeur, Suivi de la performance et gestion de l'information Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR)	Financier	AQESSS
Madame Liette Dubois Direction des affaires administratives Agence de la santé et des services sociaux de Laval	Financier	Agence de Laval
Madame Rachel Lamarre Direction des affaires médicales et de la santé physique Agence de la santé et des services sociaux de Laval	Clinique	Agence de Laval

Nom du participant	Profil	Désigné par
Monsieur François Lemoyne Directeur des finances, de la performance, de l'optimisation et des ententes de gestion Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	Financier	Agence de Montréal
Monsieur Claude Paradis Directeur de la direction de la performance médico-économique Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	Financier	AQESSS
Dre Ewa Sidorowicz Directrice des services professionnels Centre universitaire de santé McGill (CUSM)	Clinique	AQESSS
Monsieur René Synnett Direction des finances CSSS de Laval	Financier	Agence de Laval
Madame Louise Villeneuve Directrice adjointe au programme santé physique CSSS du Sud-Ouest-Verdun	Clinique	AQESSS
Remarque : Francine Trudeau a délégué Louise Villeneuve		
Monsieur Laurent D. Ziri Directeur des ressources financières Hôpital général juif	Financier	AQESSS

**Groupe de discussion Périphérie de Montréal (groupe 3)
Liste des participants**

**Rencontre du 6 septembre 2012, de 13 h 30 à 16 h 30
Au Ministère de la Santé et des Services sociaux
201, boulevard Crémazie Est, rez-de-chaussée, salle RC04, Montréal**

Nom du participant	Profil	Désigné par
Madame Josée Ayotte Conseillère en gestion financière CSSS du Nord de Lanaudière	Financier	AQESSS
Madame Micheline Bossé Directrice du programme santé physique et des services hospitaliers CSSS des Sommets	Clinique	AQESSS
Madame Julie Boucher Directrice régionale de la santé physique et directrice régionale des affaires médicales par intérim Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides	Clinique	Agence des Laurentides
Madame Marie-Ève Brunelle Conseillère en planification Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	Clinique	Agence de Montérégie
Madame Sophie Doucet Directrice générale CSSS du Haut-Saint-Laurent	Financier	AQESSS

Nom du participant	Profil	Désigné par
Madame Kathleen Dulac Infirmière, chef du bloc opératoire CSSS du Nord de Lanaudière	Clinique	AQESSS
Madame Diane Gosselin Coordonnatrice, Direction des ressources financières, immobilières et des services-conseils en technologies Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	Financier	Agence de Montérégie
Monsieur Benoit Valiquette Directeur général adjoint au développement organisationnel et à la transformation CSSS du Sud de Lanaudière	Clinique	AQESSS



Québec

1175, av. Lavigerie, bureau 440, Québec (Québec) G1V 4P1
T 418 657-4547 **F** 418 657-4761

Montréal

440, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 1700, Montréal (Québec) H2Z 1V7
T 514 393-4563 **F** 514 393-4598

Courriel : conseillers@cim-conseil.qc.ca
Internet : www.cim-conseil.qc.ca