

Publié par : Faculté des sciences de l'administration
Published by: 2325, rue de la Terrasse
Publicación de la: Pavillon Palasis-Prince, Université Laval
Québec (Québec) Canada G1V 0A6
Tél. Ph. Tel. : (418) 656-3644
Télec. Fax : (418) 656-7047

Disponible sur Internet : <http://www4.fsa.ulaval.ca/la-recherche/publications/documents-de-travail/>
Available on Internet
Disponible por Internet :

DOCUMENT DE TRAVAIL 2019-007

Rapport de colloque – Financement axé
sur le patient : quelles considérations
pour le Québec?

Maude LABERGE
Myriam CHAMPAGNE

Mars 2019

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019
Bibliothèque et Archives Canada, 2019

ISBN 978-2-89524-486-8 (PDF)

Rapport de colloque – Financement axé sur le patient : quelles considérations pour le Québec?

Maude Laberge*, Myriam Champagne

Département d'opérations et systèmes de décision, Faculté des sciences de l'administration

*Auteur correspondant : maude.laberge@fsa.ulaval.ca

RÉSUMÉ

Le colloque « Financement des établissements de soins axé sur le patient: quelles considérations pour le Québec? » s'est tenu le 21 novembre 2018 à l'Université Laval. Il avait pour objectif de présenter aux décideurs, aux chercheurs, aux étudiants et aux gestionnaires d'établissements de services de santé les connaissances issues d'expériences étrangères concernant l'introduction du financement axé sur le patient (FAP) dans les établissements de soins. La présentation des expériences françaises, australiennes, ontariennes et québécoises a ainsi permis de mettre en lumière des enjeux récurrents concernant l'implantation de modèles de FAP. L'information recueillie soutiendra l'orientation des prochaines étapes de la réforme du financement des services de santé au Québec.

À la suite des présentations des conférenciers invités, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a présenté trois enjeux prioritaires concernant la transformation du modèle de financement sur lesquels il souhaitait obtenir l'avis des acteurs du réseau de la santé. Les discussions qui ont suivi ont permis d'identifier les points importants pour les participants à propos des modalités de financement des patients, de la prise en considération de la performance et du financement de paniers de services.

Mots clés : Financement axé sur le patient, financement des hôpitaux, financement à l'activité, financement à la performance

Remerciements :

Le projet a reçu une subvention de planification et dissémination des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) au concours du printemps 2018.

Le comité d'organisation tient à remercier la direction des politiques de financement et de l'allocation des ressources au Ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi que Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval pour leur soutien à l'organisation du colloque qui s'est tenu au Carré des affaires de l'Université Laval.

Table des matières

Liste des acronymes	1
Introduction	2
Débroussaillage des mécanismes de financement	3
L'expérience française	5
L'expérience australienne	8
L'expérience ontarienne.....	9
Panel: <i>Integrating quality into funding models</i>	11
Financement axé sur le patient au Québec.....	12
Programme d'accès à la chirurgie.....	12
Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)	13
Programme de radio-oncologie.....	14
Tomodensitométrie (TDM) et imagerie par résonnance magnétique (IRM).....	15
Enseignements tirés	15
Discussions sur l'avenir du financement hospitalier au Québec	15
Enjeux 1 : l'argent suit le patient	16
Enjeux 2 : la prise en considération de la performance dans les modèles de financement.....	17
Enjeux 3 : le financement des paniers de service	17
Conclusion	18
Annexe 1 : Programme de la journée.....	19
Annexe 2 : Biographie des conférenciers	21
Annexe 3 : Comité organisateur	24

Liste des acronymes

CCSSSBJ	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DRG	Diagnosis Related Group
FAA	Financement à l'activité
FAP	Financement axé sur le patient
GHM	Groupe homogène de malades
HBAM	Health-Based Allocation Model
IFROSS	Institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires et sociales
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
LEST	Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous
Med-Écho	Maintenance et exploitation pour des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
NIRRU	Niveau d'intensité relative des ressources utilisées
P4P	Pay for performance
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PQDCCR	Programme québécois de dépistage du cancer colorectal
QBPs	Quality-based Procedures
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RFSS	Réforme du financement du système de santé
T2A	Tarifcation à l'activité
TDM	Tomodensitométrie

Introduction

Contexte et objectifs

Traditionnellement, les provinces canadiennes financent les établissements de soins à partir des impôts et avec un budget global, établi sur une base historique, pour chaque établissement. Le budget global a l'avantage d'être relativement simple administrativement et permet aussi une continuité dans le temps qui facilite la planification pour les établissements. Cependant, ce mode de financement n'offre pas d'incitatifs pour favoriser la productivité des établissements, la recherche d'efficacité, ou l'amélioration de la qualité des soins. Devant une demande et des dépenses croissantes de soins, il est nécessaire de considérer des modes alternatifs de financement. Ainsi, certains décideurs de gouvernements canadiens, particulièrement en Ontario, se sont montrés intéressés à explorer et à tester d'autres modes tels que le financement à l'activité (FAA, *activity-based funding*). Pour sa part, le Québec a implanté des programmes de services avec un mécanisme de financement axé sur le patient (FAP) et considère présentement poursuivre dans cette voie, tout en s'interrogeant sur les effets indésirables potentiels que pourrait entraîner la mise à l'échelle de programmes de FAP dans le système de santé. Alors que des effets pervers du FAP sont connus, il devient nécessaire de réfléchir aux modalités de financement qui permettront de mieux répondre aux priorités du système de santé et aux besoins populationnels.

Le colloque a pour but de permettre aux décideurs, aux chercheurs, et aux gestionnaires d'établissements d'apprendre des expériences étrangères pour participer à la construction du modèle québécois futur. Plus particulièrement, il vise les objectifs suivants :

1. identifier les difficultés éprouvées dans le développement de la méthodologie du système de financement;
2. identifier les défis et les facteurs facilitants dans l'implantation d'un mode de FAP au sein des établissements;
3. comprendre, à la suite de l'implantation d'un mode de FAP, les effets observés, désirables ou non, sur :
 - a. le comportement des établissements,
 - b. l'accès aux soins,
 - c. l'efficacité du système de soins,
 - d. les résultats de santé,
 - e. l'équité de financement et la transparence,
 - f. la gouvernance et l'imputabilité;
4. établir les bases d'une collaboration pour le développement d'un cadre théorique et d'une méthode de financement pour les établissements de soins au Québec.

Ce colloque s'inscrit dans une des priorités du plan stratégique 2015-2019 de l'Institut des services et des politiques de la santé des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), soit le financement et la viabilité du système de santé.

Les thèmes suivants ont été abordés :

1. les mécanismes de financement,
2. l'expérience française;
3. l'expérience australienne;
4. l'expérience ontarienne;
5. le FAP au Québec;
6. l'avenir du financement des soins.

Participation

Le colloque a réuni 115 participants venus des quatre coins du Québec, ainsi que d'autres provinces (Ontario et Nouveau-Brunswick) et d'autres pays (Australie, France et Sénégal). On note entre autres la participation de présidents-directeurs généraux et autres hauts fonctionnaires de plusieurs établissements de soins (p. ex. Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ)), des représentants de différentes directions du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des professeurs et des étudiants aux études supérieures, des représentants d'entreprises privées et d'institutions du domaine des services de santé (p. ex. Institut canadien pour l'information en santé, Power Santé) et des représentants du réseau de la santé (p. ex. Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSSS) de la Maurice-et-du-Centre-du-Québec, CIUSSS de la Capitale-Nationale, Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de l'Abitibi Témiscamingue, IUCPQ, CHU de Sainte-Justine, CHU de Québec).

Débroussaillage des mécanismes de financement

Conférencier : Sébastien Blais, directeur de la performance clinique et organisationnelle au CHU de Québec-Université Laval et à l'IUCPQ

La conférence comprenait trois parties : une présentation des différents concepts reliés au financement des établissements de soins, une explication de la méthodologie de calcul des coûts des soins, et une période de discussion avec l'auditoire sur les enjeux relatifs à l'introduction du FAP au Québec.

Présentation des concepts

Diagnosis related group (DRG) : Ce système de classification est utilisé au Québec ainsi que dans plusieurs pays afin de regrouper les parcours de soins des patients selon des groupes homogènes en termes de coûts, de pathologie et de durée de séjour. Chaque DRG est associé à un niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU), soit le volume de ressources utilisées par les patients de ce groupe.

FAA : L'objectif principal de ce type de financement est d'améliorer l'accès aux services. Il s'attarde au volume et aux tarifs unitaires des soins et ne tient donc compte que de l'augmentation de la production de services, sans questionnement sur leur pertinence. Plus l'établissement est en mesure d'offrir une quantité élevée de soins, plus il aura du financement.

Financement à la performance (P4P) : Ce type de financement a pour objectif principal d'assurer un niveau de qualité acceptable des soins offerts. Des objectifs de performance sont tout d'abord établis et l'établissement se voit par la suite octroyer des bonis ou des pénalités selon les résultats qu'il obtient.

FAP : Ce mode de financement est basé sur le parcours de soins du patient, bien que les limites de début et de fin de ce parcours restent à être définies avec plus de précision. Son objectif est d'améliorer toutes les dimensions de la performance qui ont un effet sur le patient en établissant un lien direct entre les soins qui lui sont prodigués et le financement accordé. Le budget est donc alloué aux établissements selon les cas réels traités. Le FAP peut également englober les autres types de financement tel que le FAA, puisque les activités visées par ce dernier font partie du parcours de soins des patients.

Méthodologie de calcul des coûts des soins

Pour arriver à définir les coûts nécessaires pour financer chaque parcours de soins et recueillir les informations sur les activités réelles des établissements, l'utilisation d'un outil de collecte et de traitement de données est nécessaire. L'outil Power Performance Manager est présentement utilisé pour les projets pilotes au Québec. Il permet de récupérer l'information sur les activités des patients et de reconstruire les parcours de soins. Il permet aussi de produire un rapport avec des informations issues des données financières et cliniques afin de faire un découpage des coûts par patient ou par DRG. En plus de fournir les informations nécessaires au FAP, ce type de système offre un accès à des informations cliniques et financières auparavant inaccessibles. Il donne aussi la possibilité de comparer et de revoir les approches cliniques, de rediriger les ressources disponibles vers les besoins et de donner plus de valeur aux usagers en aidant à accroître la qualité et la pertinence des soins prodigués. Il permet également d'augmenter la transparence en donnant de la crédibilité aux informations utilisées et il aide la prise de décision basée sur des données probantes.

Enjeux relatifs à l'introduction du FAP au Québec

Les membres de l'auditoire ont soulevé plusieurs questions concernant des enjeux relatifs à l'introduction du FAP au Québec.

Gouvernance et imputabilité

Les modes de financement à l'activité ou à la performance requièrent des données non seulement pour mesurer le volume des activités, mais aussi pour établir leurs coûts. La qualité des données utilisées peut ainsi avoir des répercussions sur la performance mesurée des établissements. Si les variations entre ce qui est mesuré et ce qui est réellement accompli sont trop grandes, il y a un risque que le mode de financement ne reflète pas adéquatement les activités réalisées. Il ne serait ainsi pas un outil de gouvernance adéquat.

Afin d'éviter le désalignement entre financement et services produits, il faudrait assurer une saisie uniforme des éléments cliniques. De plus, les indicateurs utilisés doivent pouvoir refléter les activités et la performance des soins offerts, et ce, peu importe l'établissement. Cela est particulièrement important dans les situations où un numéro de dossier n'est pas saisi pour calculer le temps accordé à un soin, comme c'est le cas pour certains professionnels tels que les pharmaciens. Des indicateurs secondaires pourraient alors être utilisés, mais il faudrait les évaluer attentivement pour qu'ils soient le plus représentatifs possible du travail effectué.

Équité de financement et transparence

La collecte d'information, qui est nécessaire à l'implantation du FAP, mène également à des questionnements quant à l'utilisation qui sera faite des données recueillies. La disponibilité des données permettra de transformer la gestion intraétablissement et d'assurer une équité du financement à travers le réseau de la santé. Cependant, la législation rend difficile le partage d'information entre les établissements de soins ou avec d'autres parties. La disponibilité des données permettra aussi d'avancer la recherche, particulièrement dans l'évaluation des services de santé. Cependant, l'accès continuera à se faire de façon encadrée.

Accès aux soins

En termes de capacité, les infrastructures des établissements en région ne peuvent être utilisées comme celles des établissements des grands centres urbains. En effet, comme les établissements en région desservent une moins grande population, leur volume d'activité est généralement plus faible. Cependant, ils doivent tout de même défrayer des coûts fixes similaires afin d'avoir l'équipement et les infrastructures nécessaires pour permettre un accès aux soins aux patients qui en ont besoin. N'étant ainsi pas en mesure d'atteindre les mêmes niveaux d'efficacité que les plus grands établissements, les établissements en région

pourraient être pénalisés et sous-financés par le FAP. L'importance de prendre en compte la sécurité des patients a été mentionnée. Le financement qui est accordé aux établissements en région devrait prendre en compte leur réalité particulière pour permettre la continuité des soins malgré leur plus faible volume d'activités.

Comportement des établissements

Le changement du mode de financement pour le FAP amènera nécessairement des changements de pratiques de gestion. Déjà, des gestionnaires affectés par les projets pilotes ont mentionné que le FAP change leur manière de mener leurs activités quotidiennes. Ils doivent entre autres maintenant gérer selon la performance plutôt que selon les budgets seulement.

De plus, la réussite du FAP passe grandement par l'implication des cliniciens. Ce sont eux qui connaissent le mieux la réalité des parcours des patients. Ils contrôlent également la majorité des activités à l'origine des coûts et saisissent les données médicales dans le système.

Leur collaboration est donc importante tout au long du processus d'implantation et de réalisation du FAP. Elle permettra de les sensibiliser aux coûts associés aux parcours de soins et d'assurer que les données collectées aident à centrer les soins sur les besoins réels des patients.

L'expérience française

La présentation de l'expérience française s'est faite par une conférence suivie d'un panel.

Conférenciers :

- Jean-Baptiste Capgras de l'Institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires et sociales (IFROSS), maître de conférences en science et gestion à l'Université Jean-Moulin et coresponsable du master Management des pôles hospitaliers et des fonctions transversales;
- Marianne Sarazin, praticienne hospitalière et responsable de l'Antenne régionale Rhône Alpes-Auvergne-Réseau Sentinelles.

Jean-Baptiste Capgras et Marianne Sarazin ont retracé l'historique de la tarification à l'activité (T2A), son implantation et son fonctionnement en France.

Historique de la T2A

L'introduction de la T2A s'est faite avec l'objectif général de rétablir le lien entre le financement et l'activité hospitalière pour aider à réduire les iniquités de financement entre les établissements. Le budget global historique qui était auparavant utilisé en France contribuait à créer des inégalités de financement. Il ne tenait pas compte de la pression démographique de chaque région et était sensible au lobbyisme et aux pouvoirs politiques exercés par certaines organisations. Cela avait donc pour conséquence de créer des différences de financement allant jusqu'à plus ou moins 25 % entre deux établissements offrant le même niveau de soins.

La T2A a été un moyen d'amener les organisations à se soucier de la question économique entourant le besoin de productivité. Les établissements publics étaient alors perçus comme inefficients par rapport aux hôpitaux privés à but lucratif. En étant en compétition pour obtenir du financement, ils seraient donc encouragés à augmenter leurs volumes de soins et à contrôler leurs coûts. En parallèle, la réforme devait fournir des outils de gestion et de pilotage des activités aux hôpitaux publics, qui auraient ainsi les moyens et les incitations pour améliorer leur efficacité. Il est également à noter que la T2A ne prévoit pas de mesures des résultats de santé en lien avec le financement.

Implantation de la T2A

La T2A s'applique au financement des hospitalisations à domicile ainsi qu'aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO). Le choix a été fait de ne pas s'attarder à la pertinence des soins offerts dans ce programme, puisqu'il est difficile d'en juger *a posteriori*. Il a plutôt été postulé comme référence que la durée d'hospitalisation devrait être la plus courte possible à condition qu'il y ait une maîtrise du risque médical. Il est également établi que les établissements avaient la capacité d'améliorer leur efficience.

La méthodologie pour établir les tarifs utilise la moyenne des coûts de traitement des patients comme référence. Des groupes homogènes de patients (GHM), l'équivalent en France des DRG utilisés au Québec, ont tout d'abord été créés. Chaque groupe a ensuite été associé à un tarif selon le temps d'hospitalisation moyen nécessaire à son traitement. Dans la pratique, les professionnels saisissent les activités hospitalières dans un système informatique, qui les transforme en codes de traitement associé au GHM. Ce code est finalement associé à un tarif, lequel est accordé à l'établissement pour le traitement du patient. Pour l'instant, il n'y a pas de lien établi avec le dossier du patient qui reçoit les soins.

Certaines particularités existent à propos des tarifs accordés. Il y a une différence entre les montants donnés aux établissements publics et ceux données aux établissements privés pour une même activité hospitalière. Les tarifs pour les hôpitaux privés sont moins élevés, car ils n'incluent pas les services médicaux. Au contraire, les établissements publics emploient les médecins comme salariés et les tarifs incluent les coûts des activités médicales. De plus, des bornes pour la durée de séjour minimum et maximum sont utilisées pour établir une période durant laquelle le tarif accordé couvre toutes les dépenses. Si la durée réelle du séjour d'un patient se situe en dessous de la limite inférieure des bornes, le montant accordé sera ajusté à la baisse. Si, au contraire, le séjour dépasse la limite supérieure de la borne, l'établissement recevra un bonus pour chaque journée supplémentaire.

La T2A se trouve en fait être une clé de répartition d'un budget global. Celui-ci est réparti entre les établissements selon la proportion d'activités réalisées par rapport aux autres établissements. Lors du paiement des activités, les établissements reçoivent en fait un montant inférieur à celui qu'ils devraient recevoir, de manière à ce que le gouvernement ait une réserve prudentielle. S'ils font finalement un nombre d'actes plus élevé que prévu, ils recevront moins de financement par unité. Le budget global n'est ainsi pas dépassé. Ils seront alors responsables d'améliorer leur productivité pour couvrir tous leurs frais. Cela permet un contrôle relatif de l'augmentation des dépenses en santé et augmente la productivité des services.

Fonctionnement en France

En amont de la T2A, la France a mis en place le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Le but était d'intégrer l'information médicale dans les systèmes d'information pour mieux décrire la production en santé. Cela a permis d'obtenir les données nécessaires à l'implantation de la T2A, mais constitue également une fin en soi. Les cliniciens y entrent plusieurs informations sur les soins offerts, ce qui peut aider au suivi des activités dans les différents établissements et vient appuyer les chercheurs dans leur collecte d'information.

Panel de discussion

Membres du panel : Jean-François Botton, directeur général de SAHONA Conseil; Jean-Baptiste Capgras de l'IFROSS; Caryn Mathy, économiste de la santé et professeure à la Haute École d'ingénierie et de gestion du Canton de Vaud; Christophe Pascal, maître de conférences et directeur à l'IFROSS; et Marianne Sarazin, praticienne hospitalière et responsable de l'Antenne régionale Rhône Alpes-Auvergne-Réseau Sentinelles.

Équité de financement et transparence

La T2A a permis d'exercer un levier politique de manière à contrôler les dépenses en santé et à sortir des iniquités des budgets historiques. Elle a mené à une distribution des ressources plus dynamique en lien avec une plus grande équité au niveau du financement des établissements.

La collecte de données requise pour la T2A s'est avérée très pertinente pour la recherche en médecine et en santé. Elle a permis une transparence pour ce qui est de plusieurs données statistiques extraites par le système d'information. Certaines données sont devenues facilement accessibles aux chercheurs et d'autres sont rapportées publiquement. Les panélistes ont soulevé la traçabilité croissante comme une retombée importante. Par exemple, le système rend possible le suivi de l'utilisation de molécules coûteuses en pharmacie clinique et l'identification des raisons de telles dépenses. La transparence et la traçabilité sont clés pour rendre les acteurs imputables de leurs décisions.

La création de données sur les coûts et sur la nature des soins dispensés est un avantage important lié à un mode de financement à l'activité. La disponibilité de ces informations a contribué à fournir un levier politique aux établissements et à renseigner chaque personne travaillant au sein des établissements sur les conséquences de leur pratique en ce qui concerne les coûts des soins. Par contre, bien que des statistiques soient disponibles au grand public, il est très difficile d'obtenir des données non agrégées pour la recherche. Pour l'instant, le système d'information n'est pas exploité au maximum, alors que les données recueillies pourraient être davantage utilisées par les chercheurs pour réviser des procédures cliniques ou évaluer le système. Par exemple, les données brutes utilisées pour calculer les coûts des activités ne sont pas accessibles. Il serait ainsi intéressant de les rendre disponibles afin que des chercheurs indépendants puissent en vérifier la pertinence et la fiabilité.

Efficiences du système de soins

La réforme du mode de financement a mené à une plus grande objectivation des coûts liés aux services de santé. Elle a ainsi forcé les administrateurs à développer un réseau plus productif de soins et à faire des choix plus stratégiques. Ils tiennent ainsi davantage compte de la concurrence et des possibilités de la région avant de développer de nouvelles activités.

L'amélioration de l'efficacité vient aussi de la modulation des comportements des cliniciens. Les données fournissent une aide à la décision qui leur a permis de prendre davantage conscience des coûts liés aux soins. Ils peuvent ainsi prendre des décisions qui tiennent compte de l'aspect monétaire tout en satisfaisant aux besoins des patients.

L'implantation et l'opérationnalisation de la T2A engendre aussi des coûts administratifs pour le système de soins de santé. La nécessité d'obtenir des données fiables pour permettre la T2A a aussi apporté un coût logistique indéniable en ce qui concerne la collecte et l'exploitation des données. Un investissement est nécessaire pour obtenir l'information, la comptabiliser dans la base de données et en faire la maintenance. Bien que ces frais ne soient pas assumés par les établissements et que cela ne se reflète donc pas dans les coûts des soins offerts, ils doivent être considérés pour mesurer l'efficacité du système dans son entièreté.

Résultats de santé

La T2A a eu l'avantage de permettre une meilleure objectivation et description de l'activité médicale, ce qui a permis une optimisation des soins. Cependant, l'utilisation de la moyenne pour fixer les standards de productivité se révèle un obstacle à la qualité des soins offerts. Une telle décision pourrait encourager l'utilisation d'un système de qualité inférieure, car rien n'indique *a priori* que les résultats moyens atteints par les établissements représentent des standards acceptables. De plus, dans un tel système, un manque de suivi à long terme risquerait d'entraîner des problèmes de qualité, en raison de la pression de saisie de données et du financement.

Par ailleurs, la T2A favorise l'optimisation de la durée des séjours et l'augmentation de la rotation des patients. Bien que cela permette des économies de coûts, les actes non finançables tels que les activités relationnelles ne sont pas valorisés dans un tel système. Cela peut avoir une incidence sur la qualité perçue et clinique des soins. Par exemple, les parcours des patients atteints de maladies chroniques nécessitent un apport relationnel plus important, alors que la technicité et la vitesse qui sont valorisés par la T2A ne sont pas les critères principaux du bon déroulement des soins.

Le financement à l'activité a également mené les différents établissements à être davantage en concurrence les uns avec les autres. Ils avaient un incitatif à traiter eux-mêmes les patients et ainsi à récolter un financement plus élevé. L'augmentation de la productivité recherchée et obtenue s'est faite aux dépens de la coordination des soins centrés sur le patient. La compétition qui s'est installée a encouragé le traitement d'épisodes isolés plutôt que l'accompagnement du patient sur tout son parcours de soins. Dans le même sens, étant encouragés à traiter les pathologies, les établissements sont beaucoup moins portés à tenir des activités de prévention. La T2A, telle que mise en place, valorise mal toutes les dimensions des activités de soins, nuisant ainsi à une prise en charge holistique des patients.

Gouvernance et imputabilité

Lors de l'implantation initiale de la T2A, il y avait moins de codes de traitements qu'actuellement. Ce plus grand nombre permet d'avoir une meilleure précision et diminue les variations au sein de chaque groupe. Cependant, encore aujourd'hui, certains considèrent que la trop faible diversité des groupes tarifaires ne permet pas d'obtenir des ensembles assez homogènes pour y appliquer un tarif représentatif. Par contre, la complexification de la codification requiert un plus grand effort d'apprentissage et rend la compréhension du système de codification moins accessible. Sa gestion devrait alors n'être assurée que par des experts, les processus étant plus abstraits pour les équipes soignantes. En déconnectant ainsi les cliniciens du système, on pourrait limiter les retombées mentionnées précédemment. Il y a donc un compromis à faire entre la précision et la complexification de la codification, de manière à obtenir des groupes de faible variabilité sans rendre le système inaccessible.

Comportement des établissements

La T2A a également permis la création d'un outil de pilotage pour les professionnels en leur fournissant plus de données. Ils peuvent utiliser les données recueillies afin d'évaluer leurs pratiques et les moduler de manière à être plus efficaces et productifs.

L'accès aux données a également créé des tensions entre les soignants et les administrateurs. Les gestionnaires d'établissements ont en effet comme priorité le contrôle des coûts. Cela met une pression sur les médecins qui ont de plus en plus de contraintes relatives à leurs pratiques et qui se voient imposer un travail supplémentaire de saisie du diagnostic de chacun de leurs patients.

L'expérience australienne

Conférencier : Stephen Duckett, directeur du programme de santé de l'Institut Grattan en Australie

Contexte

Les objectifs de l'introduction du FAA en Australie étaient d'améliorer l'efficacité, la transparence et l'équité dans le financement des établissements. On souhaitait également augmenter l'imputabilité des établissements envers leur financement public. Dans ce système, les établissements doivent entrer les informations de leurs patients dans un logiciel informatique afin de les classer selon les groupes DRG, et ils reçoivent leur financement en fonction de ces informations. Ils doivent alors gérer les entrées, soit le matériel, l'équipe, la gestion et le travail accompli, ainsi que les sorties, soit les procédures, les médications et les durées de séjour, et ce, afin de fournir les meilleurs produits possibles.

Résultats de santé

Bien que des incitatifs financiers peuvent être pertinents pour améliorer l'efficacité technique des soins, ils ne sont pas toujours appropriés comme leviers de changement. En effet, une préoccupation liée au financement axé sur le patient concerne les notions de qualité et de sécurité des patients dans un modèle qui récompense monétairement la quantité. Afin que l'augmentation du nombre d'interventions ne prime pas sur la qualité des soins, il faudrait inclure des incitatifs non financiers qui encouragent l'atteinte d'objectifs en termes de qualité. Par exemple, une analyse faite par le l'Institut Grattan a démontré que le coût d'une complication était trois fois plus élevé que le financement que l'hôpital recevait pour traiter cette complication. Il y avait donc déjà, en quelque sorte, un incitatif financier à essayer d'éviter que les patients aient des complications pendant les soins. Cependant, il est difficile pour les hôpitaux de faire eux-mêmes l'approximation des coûts et des revenus de certaines activités. Avec ces informations de coûts et de revenus, les établissements sont encouragés à adopter de meilleures pratiques, à réduire les complications et à mettre en place des mesures de prévention. Il n'est pas nécessaire de leur verser un financement supplémentaire. D'ailleurs, le conférencier a mentionné que la simple augmentation de la transparence au sujet des données cliniques et financières permettait d'améliorer les résultats de performance des établissements de santé.

Gouvernance et imputabilité

Il est important de responsabiliser les établissements de soins par rapport à leurs pratiques et de les tenir imputables de leur processus d'amélioration. Il s'agit donc de moins se fier sur des standards généraux appliqués à la grandeur de l'état, mais plutôt de demander à chaque établissement de se créer un plan d'amélioration personnalisé qui pourrait être revu par des sources externes pour en assurer la pertinence. Il est ensuite possible de moduler l'intervention étatique selon la performance de l'établissement. On laisse ainsi l'autonomie et la liberté à ceux qui arrivent à s'autoréguler, tout en intervenant auprès de ceux qui éprouvent des difficultés. Cela peut aller du simple accompagnement et ou de la diffusion d'information jusqu'à l'application de sanctions dépendamment des lacunes de performance observées.

La gouvernance passe également par l'utilisation d'un outil spécifique de mesure pour l'atteinte de chacun des objectifs poursuivis. Les résultats sont mitigés quant à l'efficacité des incitatifs financiers. Leur utilité est en fait probablement diminuée car ils sont généralement mis en place de manière trop générale. En effet, ils sont souvent appliqués à plusieurs établissements à la fois sans tenir compte des réalités de chacun. Par contre, chaque établissement et même chaque département ne répond pas de la même manière aux incitatifs. Chaque incitatif doit être développé dans un but unique, et prendre en considération les effets pervers. Il s'agit donc de déterminer si les bénéfices estimés de l'implantation d'un incitatif sont supérieurs à son coût, incluant les effets pervers prévisibles.

L'expérience ontarienne

Conférencier : Imtiaz Daniel, directeur de l'analyse financière de l'Association des hôpitaux de l'Ontario

Par le passé, comme c'est le cas au Québec, la grande majorité du financement des établissements de soins en Ontario était allouée à partir de budgets globaux. Ce type d'allocation n'avait pas la flexibilité requise pour introduire les changements nécessaires pour combler les besoins réels de la population. Les budgets globaux n'offraient pas non plus d'incitatifs à améliorer la performance ou la qualité des soins. Le but de la réforme était donc de développer un modèle de financement basé sur des données probantes avec des incitatifs visant l'amélioration de la qualité.

Réforme du mode de financement des hôpitaux

Contexte :

En 2010, la Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous (LEST) a été signée. Cette loi a énoncé des principes de base pour intégrer une culture de qualité et d'imputabilité dans la prestation de soins centrés sur le patient. Pour arriver à mesurer les résultats de ce projet ambitieux, il a fallu identifier et sélectionner les indicateurs à suivre parmi les plus de 900 indicateurs mesurés. Un nombre trop élevé d'indicateurs diluait l'effet et ne permettait pas d'induire les comportements espérés. Le pouvoir d'action des établissements sur un indicateur a été un critère primordial dans la sélection. Les établissements étaient responsables d'atteindre les cibles pour chaque indicateur.

Introduction du FAP

La Réforme du financement du système de santé (RFSS) de 2012 poursuivait plusieurs objectifs. Son but était de refléter les besoins de la population en allouant les budgets de manière plus équitable entre les établissements. Elle visait également à modifier les méthodes de financement pour offrir des soins de meilleure qualité tout en contrôlant les dépenses en santé. De plus, l'Ontario voulait introduire la RFSS à un rythme soutenu, tout en prenant le temps d'évaluer les projets au fur et à mesure de leur implantation afin de laisser place à l'amélioration.

Pour en arriver aux buts mentionnés, le gouvernement de l'Ontario a choisi de distribuer le financement selon un modèle de FAP avec deux composantes : le *health based allocation model* (HBAM) et les *quality-based procedures* (QBP). Le HBAM est une méthode d'allocation budgétaire qui estime les dépenses de certains programmes en émettant des prédictions sur les volumes et les coûts encourus pour la prochaine année, et qui alloue le financement en conséquence. Pour ce qui est des QBPs, elles consistent à regrouper les patients ayant des pathologies similaires et à aligner le financement de leurs parcours respectifs sur des incitatifs financiers qui visent l'adoption de meilleures pratiques. On veut ainsi diminuer la variabilité des coûts et des pratiques entre les établissements, tout en améliorant les résultats de santé des patients. Ce modèle a l'avantage d'augmenter la transparence des données financières et cliniques associées aux parcours et permet une meilleure compréhension des enjeux budgétaires par les différents acteurs du système.

L'objectif de la réforme était de changer le mode de financement afin que 30 % provienne d'un budget global, que 30 % soit associé à des QBPs et que 40 % provienne du HBAM. Actuellement, l'état de la situation montre que les cibles de répartition entre les modèles de financement n'ont pas encore été atteintes.

Résultats obtenus

Une analyse de la réforme montre qu'elle a effectivement permis d'allouer les fonds de manière plus équitable entre les établissements. Une des forces du programme a été de s'ajuster au fur et à mesure et d'identifier les faiblesses au moment où elles se présentaient. On a également constaté un changement de culture des établissements alors que les volumes de soins ont été maintenus malgré des restrictions budgétaires.

Un des éléments de réussite dans la mise en place des QBPs a été l'implication des cliniciens tout au long du processus. Leur expertise était nécessaire pour créer un modèle qui tient compte des trajectoires des patients et des preuves concrètes de la pertinence des procédures. Ainsi, la présence des cliniciens dans le processus d'implantation les a sensibilisés à l'importance de l'atteinte de meilleurs résultats. L'élaboration des guides de pratique pour les QBPs, afin d'identifier les meilleurs parcours de soins et les coûts qui y sont associés, a requis un travail important impliquant des cliniciens experts appropriés. Cependant, le manque de communication a nui à l'implantation des guides de pratique. Il aurait été

bénéfique de continuer le processus en se demandant comment utiliser les informations recueillies pour améliorer la qualité des soins offerts dans les établissements.

Bundle care

Le *bundle care* est la prochaine étape de l'implantation de la RFSS en Ontario. Son but est de regarder en amont et en aval des soins donnés dans le contexte hospitalier pour que le financement alloué couvre l'entièreté du parcours de soins des patients. Certains projets pilotes ont déjà été effectués et les résultats obtenus sont prometteurs. Le programme a été associé à une réduction du taux de réadmission tout en maintenant des soins de haute qualité.

Défis futurs

Plusieurs projets sont à l'agenda pour continuer l'implantation de la RFSS. Il faudra développer les incitatifs pour encourager la prestation des soins appropriés identifiés, s'assurer d'avoir les programmes et les infrastructures pour soutenir les changements apportés par l'utilisation des QBPs, développer le programme de *bundle care*, développer des interventions ciblées pour augmenter la qualité des soins offerts, et finalement obtenir plus de données sur les coûts des soins pour faciliter l'utilisation des programmes mis en place. On a également mentionné l'importance d'ouvrir les canaux de communication avec les établissements individuels pour comprendre les écarts qu'ils vivent entre leurs pratiques et ce qui serait optimal, afin d'aider à corriger les situations indésirables.

Panel: *Integrating quality into funding models*

Panélistes : Imtiaz Daniel, directeur de l'analyse financière de l'association des hôpitaux de l'Ontario; Alfa d'Amato, directeur adjoint pour le groupe de travail en financement par activité et sous-chef au bureau financier, ministère de la santé – NGS (Australie); Richard Paul Marshall, professeur, Institute of Global Health Innovation, Imperial College London

Comportement des établissements

Les panélistes ont tous mentionné qu'il faut favoriser l'implication des cliniciens dans le processus pour déterminer les parcours de soins et les meilleures pratiques. L'implication des infirmiers, des infirmières et des médecins permet d'avoir une plus grande valeur technique dans le FAP et de générer des données fiables. L'Ontario a particulièrement impliqué les cliniciens pour construire son modèle de financement.

Gouvernance et imputabilité

La qualité passe aussi par la précision des données recueillies. Il faut ainsi encourager la précision des informations médicales qui sont utilisées pour faire le calcul des montants à accorder aux établissements. À ce sujet, l'Ontario a identifié un problème par rapport à la simple utilisation de la classification DRG pour établir le tarif alloué. Les prix fixés pour chacun des groupes ne représentent pas nécessairement avec précision le parcours de tous les patients qui le composent. Certains patients qui se classifient pour un groupe en particulier ne sont pas nécessairement ceux à qui le prix fixé s'adresse. L'utilisation des données de la classification DRG pourrait donc occasionner un financement inadéquat. Il ne s'agit pas de totalement mettre de côté l'utilisation des DRG, mais plutôt de s'assurer que l'on questionne la pertinence des données utilisées tout au long du processus.

M. d'Amato a réitéré l'importance d'avoir des indicateurs de qualité. Si l'on veut induire des comportements et suivre l'évolution de la qualité de soins offerts par les établissements, il faut se doter d'indicateurs précis et efficaces. Il est donc important de ne pas en choisir trop, ce qui risquerait de diluer leur effet. Il faudrait plutôt se concentrer sur quelques-uns qui mesurent adéquatement des pratiques et sur lesquels les administrateurs sont capables d'agir.

Efficiences du système de soins

L'application du FAP aux plus petits établissements est un défi, étant donné qu'ils n'ont pas nécessairement un niveau de soins assez élevé pour que ce type de financement assure la continuité et la qualité des soins offerts. En Australie et en Ontario, le financement de ces hôpitaux continue de provenir majoritairement d'un budget global. Il y a un besoin populationnel à les garder en fonction malgré le fait qu'ils ne puissent être aussi efficaces que les plus gros établissements. Le modèle de financement choisi ne doit donc pas pénaliser leurs activités ni réduire l'accès aux services dans les régions moins densément peuplées.

En Ontario, on a constaté les difficultés de l'application du HBAM lorsque des volumes de soins changent. Lorsque le volume de soins est plus faible, comme c'est le cas dans les établissements plus petits, la variation du niveau d'activité a un effet plus grand sur le budget et il est donc difficile d'avoir une stabilité de revenus. Dans le cas de l'Australie, tel que mentionné précédemment, les petits établissements fonctionnent encore à partir d'un budget global. Certains d'entre eux utilisent par contre ensuite le FAP pour redistribuer les ressources à l'interne.

Les panélistes mentionnent également que d'autres solutions existent pour permettre le financement des plus petits établissements. Alfa d'Amato donne comme exemple certains pays de l'Asie du Sud-Est qui ont choisi d'appliquer le FAP à leurs établissements, mais qui y ont ajouté des primes pour assurer un financement adéquat malgré leur manque de volume.

Financement axé sur le patient au Québec

Conférenciers : Normand Lantagne, directeur des politiques de financement et de l'allocation des ressources, MSSS; Nizar Ghali, coordonnateur des méthodologies de financement axé sur le patient au MSSS et docteur en économie; Kossi Thomas Golo, spécialiste en méthodologies de financement au MSSS et doctorant en économie.

L'implantation de différents modèles de FAP est amorcée au Québec. Les intervenants ont présenté certains programmes de soins qui sont financés à l'activité ou à la performance.

Programme d'accès à la chirurgie

Objectifs :

Augmenter la production chirurgicale pour diminuer les listes d'attente et améliorer les délais d'attente de manière à ne pas dépasser les délais médicalement requis.

Évolution du programme

En 2010, le programme a d'abord été appliqué aux chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte, en plus de deux autres catégories plus larges soit les chirurgies d'un jour et les autres chirurgies avec hospitalisation. Aucune limite de volume n'a été fixée et les données utilisées ont été prises dans la banque Maintenance et exploitation pour des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (Med-Echo). L'utilisation des données de Med-Écho a posé problème, car la base de données ne reconnaissait pas certaines chirurgies. Des données se voyaient donc exclues du programme de financement. Cela a donné lieu à une déclaration accrue des chirurgies faites dans les blocs de services, les seules reconnues par Med-Écho. Finalement, le programme n'incitait pas à utiliser des plateaux techniques moins coûteux. Seules les chirurgies effectuées au bloc opératoire étant comptabilisées dans Med-Écho, l'utilisation d'autres options n'était pas encouragée.

En 2012, afin de combler ces premières lacunes, les données de Med-Écho ont été substituées par celles de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et du MSSS. Cela a permis d'élargir le financement pour inclure 16 catégories tarifaires plutôt que seulement 5. De plus, l'activité était dorénavant remboursée au même tarif, peu importe le lieu de la chirurgie, ce qui a incité les hôpitaux à être plus cohérents dans l'utilisation des plateaux techniques.

Résultats

Les évaluations ont d'abord été faites pour les chirurgies de la hanche et du genou. Les résultats des analyses ont montré qu'à la suite de l'implantation du programme, les délais moyens d'attente et les durées de séjour ont baissé significativement sans affecter la mortalité hospitalière. Le MSSS vise un financement élargi de l'épisode de soins dans le futur, tout en introduisant la qualité et l'accessibilité dans les mesures de performance.

Une évaluation des résultats a également été faite pour les chirurgies thoraciques. Elles faisaient initialement partie de la catégorie autres chirurgies avec hospitalisation, alors que leur classification aujourd'hui dépend du caractère majeur ou mineur de la chirurgie. Les résultats montrent qu'il y a eu une réduction significative de la durée moyenne des séjours hospitaliers à la suite de l'introduction du programme, sans effets sur le taux de réadmission. On note également une réduction des coûts par traitement, sans effets sur la qualité des soins offerts.

Orientations futures

On planifie élargir les services inclus dans le tarif pour couvrir l'ensemble de la production chirurgicale et viser l'épisode de soins de manière plus complète. On veut également introduire de nouveaux volets de performance tels que le contrôle de la qualité des soins.

Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)

Objectifs

Améliorer la performance, la qualité et l'accessibilité du PQDCCR à l'aide d'un programme de paiement à la performance.

Évolution du programme

En 2010, une démarche clinique et administrative a débuté afin de standardiser la pratique médicale concernant le dépistage du cancer colorectal. Cette nouvelle approche était nécessaire pour répondre à un problème de prescription non pertinente de certaines coloscopies par des médecins. La stratégie retenue pour atteindre les objectifs fixés a été de revoir les normes cliniques. D'abord, un test de sang occulte par méthode immuno-chimique devait être effectué puis, si le test était positif, le patient était dirigé vers le service de coloscopie pour y subir un examen. Si les établissements ne respectaient pas ces normes cliniques, ils ne recevaient pas de financement.

En 2018, on a introduit des critères supplémentaires d'optimisation des ressources pour les établissements ayant plus d'une salle d'endoscopie digestive. Le financement devenait ainsi conditionnel au niveau d'activité moyen annuel de ces salles.

Résultats

Le programme a permis d'augmenter le volume d'intervention, mais il y a encore des problèmes d'accès et de dépassement des délais d'attente médicalement requis. La démarche clinique et administrative initialement effectuée a permis de réduire la durée d'hospitalisation, sans détérioration des taux de réadmission ou de mortalité hospitalière. On note également que cet effet est croissant d'une année à l'autre et que les intervenants favorisent l'utilisation de techniques moins invasives. Les effets associés à

l'introduction d'incitatifs financiers liés au paiement à la performance n'étaient pas statistiquement significatifs.

Orientations futures

On planifie améliorer la méthodologie et développer de nouveaux indicateurs pour faire le suivi des listes d'attente. De plus, pour faire suite aux résultats prometteurs obtenus, on veut étendre le programme à l'ensemble des endoscopies digestives.

Programme de radio-oncologie

Objectif :

Encourager l'efficacité dans la prestation des services

Évolution du programme

En 2015, le financement du programme a été retiré de l'enveloppe globale pour être offert seulement par rapport aux volumes de soins réellement effectués. Le tarif alloué se trouvait à être le coût moyen direct en ressources humaines, sauf si le coût réel de l'activité était inférieur. On allouait alors le montant le moins élevé des deux. Cela a donné lieu à plusieurs enjeux tels que la non prise en charge des coûts liés à l'entretien de l'équipement, la non considération de la lourdeur des cas, et le fait que le financement n'encourageait pas l'avancement technologique.

Compte tenu de ces constats, certaines modifications ont été apportées au programme en 2016. Premièrement, la couverture financière a été étendue pour couvrir l'ensemble des dépenses liées à l'épisode de soins. La méthode pour calculer la lourdeur des cas a également été modifiée de manière à utiliser les heures de traitement plutôt que la mise en traitement. De plus, la tarification a été changée pour être attribuée selon le premier quartile des coûts plutôt que selon la moyenne. Le but était de viser une plus grande efficacité. Finalement, des travaux ont été réalisés pour permettre le suivi d'autres aspects de la performance des soins donnés dans le cadre du programme de radio-oncologie.

Résultat

Les dépenses totales ont augmenté, en raison d'un plus grand volume de services, mais le coût par traitement a diminué. Il n'est pas clair pour l'instant si cela est dû à une augmentation de la production de services ou à une augmentation de l'efficacité. On a également constaté une croissance plus élevée des heures de traitements, ce qui a permis des examens plus précis. Cela peut contribuer à offrir de soins de meilleure qualité aux patients. Par contre, un défaut des unités de mesure utilisées est qu'elles ne représentent pas nécessairement le niveau de ressources utilisées et qu'elles peuvent donc artificiellement augmenter les volumes de soins. Finalement, la mise en place du programme a permis une meilleure disponibilité des données et une augmentation de leur transparence.

Orientations futures

Le MSSS prévoit développer la mesure de la performance avec l'implantation d'indicateurs. Il est prévu d'envoyer un questionnaire à des sites pilotes pour calculer les indicateurs sélectionnés et ainsi pouvoir faire la révision des unités de mesure sur lesquelles est basé le calcul de la volumétrie.

Tomodensitométrie (TDM) et imagerie par résonance magnétique (IRM)

Objectif

Réduire les listes d'attente à un niveau acceptable et augmenter l'accès aux soins

Évolution du programme

Le financement à l'activité a débuté en 2016 alors que les volumes d'activités supplémentaires par rapport à l'année précédente étaient financés individuellement.

La capacité théorique, soit la quantité maximale qui pourrait être produite, a été estimée pour les programmes de TDM et de IRM en 2018. Le temps réel d'accomplissement de l'acte a été calculé pour déterminer la capacité pratique et fixer les objectifs. La capacité pratique représente les seuils d'activités en tenant compte des heures d'ouverture des salles et des arrêts de production. Des cibles minimales et optimales ont ensuite pu être fixées pour encourager les établissements à optimiser leurs ressources.

Orientations futures

La suite du projet visera à établir des tarifs optimaux qui pourraient être appliqués à l'ensemble des activités d'imagerie médicale.

Enseignements tirés

En se basant sur les résultats observés lors de l'implantation de différents programmes, il a été conclu que le financement axé sur le patient avait augmenté la production de services à court terme, particulièrement lorsque les établissements avaient une marge de manœuvre. Il a donc une grande importance. En modifiant les incitatifs dans le temps, on peut modifier certains comportements afin d'atteindre des objectifs d'amélioration du système de santé. M. Ghali a d'ailleurs conclu sa présentation en rappelant l'importance d'avoir des mesures de performance comprises, acceptées et validées par les utilisateurs cibles. Elles doivent également se baser sur un nombre restreint d'indicateurs clairs sur lesquels les établissements peuvent agir pour atteindre les objectifs. Il faudra éviter de pénaliser à tort des établissements performants avec des indicateurs inappropriés.

De plus, certains comportements ne peuvent être induits seulement par un incitatif financier. Ils n'incitent pas, par exemple, à assurer la qualité des services. D'autres options seraient donc à considérer pour permettre la réussite du programme sur plusieurs plans. Cela s'est vu par exemple dans le programme d'accès à la chirurgie alors que l'usage des données a mené, à elle seule, à une plus grande transparence de l'information et à une implication accrue des médecins.

Discussions sur l'avenir du financement hospitalier au Québec

Dans une optique de collaboration avec le milieu de la santé, le MSSS a identifié trois enjeux prioritaires sur lesquels il souhaitait recevoir les avis d'acteurs clés de l'auditoire pour orienter les prochaines étapes de la transformation du modèle de financement. Les enjeux présentés aux intervenants présents ont porté sur le modèle de financement, la prise en compte de la performance, et le financement par panier de services. Les participants étaient invités à débattre entre eux du meilleur choix à faire entre plusieurs options présentées et à voter de manière individuelle pour déterminer ce qu'ils croyaient être la meilleure avenue à adopter.

Tableau récapitulatif des enjeux

Enjeux et options	Nombre de votes	(%)
1. L'argent suit le patient		
A : Prendre en considération les enjeux liés au financement suivant le patient dans les paramètres du modèle de financement (par exemple : reconnaissance de coûts fixes, étape transitoire de budget historique pour « certaines » installations).	29	59
B : Laisser les établissements s'adapter à la nouvelle réalité du financement en cherchant des solutions à l'intérieur des balises actuelles (gestion intraétablissement, spécialisation partielle). Ceci peut aussi favoriser le changement de culture de la population quant aux services de proximité, en collaboration avec les médecins (décision de spécialiser certains centres ou de limiter certaines activités).	20	41
2. La prise en considération de la performance dans les modèles de financement		
A : Retenir une partie minimale du FAA qui sera octroyée ultérieurement conditionnellement à l'atteinte de cibles de performance (bonis).	43	72
B : Financer à l'activité au total, mais appliquer par la suite des pénalités aux établissements n'ayant pas atteint les cibles de performance qui ont été fixées au préalable (pénalité).	5	8
C : Continuer à publier et à améliorer les données de performance sans lien direct avec le financement.	12	20
3. Le financement des paniers de services		
A : Le médecin de famille obtient un paiement mensuel ou annuel, qui couvre en moyenne les besoins de soins et de services (soins prodigués par l'ensemble des professionnels de la santé) d'une clientèle ayant des caractéristiques similaires.	12	29
B : Un gestionnaire de l'équipe multidisciplinaire (autre que le médecin) sera le principal responsable de l'enveloppe fermée.	30	71

Enjeux 1 : l'argent suit le patient

Contexte

Le changement vers un mode de financement axé sur le patient signifie que les activités des établissements ne représenteront plus pour eux des dépenses, mais plutôt une source de revenus. Il pourrait alors y avoir un déplacement des services intraétablissements ou interétablissements de manière à ce qu'ils soient en adéquation avec leurs volumes individuels d'activités. L'introduction du FAP nécessite donc une réorganisation des ressources dans le réseau de la santé et des services sociaux, ce qui met en lumière certains enjeux concernant la proximité des ressources, les exigences de rendement et les contrats de services.

Discussions aux tables

Une des considérations a été l'impact de cette décision sur les services offerts dans les régions. L'option B pénaliserait les institutions qui n'ont tout simplement pas le volume de patients nécessaire pour assurer un financement adéquat (argument amené par des représentants du MSSS). Les participants qui provenaient d'un CIUSS ont proposé, comme piste de solution, de juxtaposer un modèle de FAP et de budget global pour ces établissements.

La question de l'horizon temporel a également été abordée. Des employés du MSSS ont proposé que le pourcentage accordé en bloc pourrait diminuer au fil des ans de manière à laisser le temps aux établissements de différents profils d'harmoniser leurs activités au mode de financement. L'option A ne serait pas à implanter telle quelle, car elle représente le statut quo qui n'est pas viable pour le système. Il est nécessaire de donner du temps aux établissements pour qu'ils aient la capacité de s'adapter.

Enjeux 2 : la prise en considération de la performance dans les modèles de financement

Contexte

À la suite des premières années d'implantation du modèle de FAA au Québec, certaines limites ont été notées. On note entre autres l'importance de contrôler les indicateurs de performance, pour éviter des effets pervers. Bien que cette évaluation se fera de manière distincte au financement pour les premières années, un lien pourra éventuellement être établi entre les deux. Par exemple, un bonus ou une pénalité financière pourrait être appliqué selon que les cibles soient atteintes, pour chaque indicateur.

Discussions aux tables

L'option de pénaliser (option B) était vue comme contre-productive, car il est ardu de voir immédiatement les résultats d'une amélioration. Selon les participants qui provenaient du CHU, du MSSS et de CIUSSS, une diminution trop rapide du financement par des pénalités ne donnerait pas aux établissements la chance de réussir à d'atteindre les objectifs. Il faudrait donc attribuer le financement par activité et donner un bonus après que les cibles de performance sont atteintes (option A).

L'enjeu de la qualité des données a également été soulevé au cours des discussions. Il faudrait s'assurer qu'elles soient claires et fiables avant de les prendre en compte pour le financement, et elles ont donc besoin de gagner en crédibilité avant toute chose. Dans le même sens, les indicateurs utilisés doivent être pensés de telle sorte qu'ils reflètent la performance réelle des organisations et que les intervenants puissent avoir un contrôle réel sur leurs résultats.

Il a également été mentionné par les participants provenant du MSSS et de l'IUCPQ que l'option C pouvait engendrer de la frustration, car elle ne permet pas aux établissements d'être récompensés pour leur performance. Finalement, il a été mentionné que les boni octroyés ne devraient pas nécessairement être sous forme monétaire et que l'on pourrait donner d'autres avantages aux établissements qui atteignent les cibles de performance. Des exemples de ces autres incitatifs n'ont par contre pas été mentionnés.

Enjeux 3 : le financement des paniers de service

Contexte

L'application du FAP à des paniers de services peut toucher plusieurs parties du réseau de la santé. Par exemple, une personne atteinte d'une maladie chronique a besoin d'un suivi d'un médecin de famille, mais peut aussi nécessiter des soins hospitaliers dans son parcours de soins et devoir utiliser des ressources de soutien à l'autonomie. Le modèle de financement doit donc pouvoir tenir compte des enjeux liés à l'assignation du financement, à l'organisation des équipes multidisciplinaires et à la facturation des services. En d'autres termes, qui devrait recevoir le financement pour assurer les services pour un patient donné?

Discussions aux tables

Certains participants se sont abstenus de répondre. Selon les participants provenant du CHU de Québec, seule une « gestion » entre médecins et gestionnaires peut assurer une équité dans l'allocation des ressources, une efficacité et une transparence. Des participants provenant du MSSS et l'IUCPQ ont

pour leur part mentionné qu'il y avait un manque d'information dans l'énoncé pour pouvoir prendre une décision éclairée.

Pour certains participants provenant du MSSS, l'utilisation de l'option A pourrait avoir des effets pervers, dans le sens où elle contribuerait à placer le médecin dans une position pivot pour les équipes et elle nuirait ainsi au travail multidisciplinaire. De plus, selon les participants provenant du CIUSSS de la Capitale-Nationale, ce n'est pas le rôle des médecins de faire une telle gestion financière. Comme il n'existe pas de moyen de contrôle de la qualité de leurs prestations, l'option A n'est tout simplement pas viable.

Conclusion

À la lumière des discussions et des présentations de la journée du colloque, il a été possible d'identifier des thèmes et des enjeux récurrents.

Les expériences des différents pays ont montré que l'introduction du FAP dans des programmes de soins de santé a permis de répondre à un manque d'équité qui était présent dans le financement des établissements. Le FAP a également amené les équipes soignantes à augmenter leurs niveaux de productivité, permettant par le fait même d'améliorer l'accès aux différents soins.

Il a également été possible de constater l'importance de la transparence tout au long du processus d'implantation et du maintien du FAP. La transparence peut s'avérer être un outil pour favoriser la qualité des soins offerts en établissement et pour fournir des données aux chercheurs de manière à, par exemple, les aider à analyser le système en place ou encore à améliorer les processus cliniques. Les mesures des résultats de santé en lien avec le financement sont plus ou moins présentes dans les modèles développés par chaque pays.

Un autre enjeu soulevé plusieurs fois concernant l'accès aux soins a été la difficulté d'appliquer le modèle de financement à des établissements éloignés des grands centres. Il faudra ainsi développer une méthode d'implantation du FAP qui permet aux établissements en région de maintenir leur offre de services malgré leur plus faible volume et la moins grande efficacité qui en découle.

L'importance de l'utilisation de données fiables pour assurer la gouvernance et l'imputabilité des établissements a également été mentionnée à plusieurs reprises. Que ce soit au niveau des données utilisées pour définir les parcours de soins ou celles qui doivent être saisies dans le système pour déterminer le financement accordé, il est important qu'elles soient représentatives de la réalité des activités cliniques.

Dans le même sens, pour évaluer la performance des établissements et encourager l'atteinte des objectifs fixés, il est nécessaire d'utiliser des indicateurs qui soient spécifiques, peu nombreux, et significatifs pour les intervenants. On veut ainsi qu'ils puissent fournir les informations permettant de mener des actions précises et pertinentes.

Finalement, les expériences ont montré que l'implantation des programmes de FAP a changé les comportements des établissements. Sa réussite dépend entre autres de l'implication des cliniciens tout au long du processus. Ces derniers sont en mesure de fournir les informations cliniques nécessaires et sont les mieux placés pour décrire les réalités de fonctionnement des établissements. Leur collaboration est également primordiale pour assurer la saisie uniforme des données qui permettent le financement.

Le colloque « Financement des établissements de soins axé sur le patient : quelles considérations pour le Québec? » aura donc permis de réunir des participants de plusieurs horizons du domaine de la santé pour identifier les avantages du modèle de financement axé sur le patient et ce que son implantation pourrait représenter pour le système de santé québécois, mais surtout d'identifier les défis et les enjeux qui y sont liés. Cela apportera une source d'information importante dans la mise en place d'un système de financement afin d'éviter certaines erreurs et de contribuer à atteindre les objectifs fixés.

Annexe 1 : Programme de la journée

8h | Accueil des participants

Maître de cérémonie:

Maude Laberge, professeure adjointe au Département d'opérations et systèmes de décision de FSA ULaval, et responsable de l'axe Évaluation et performance du Centre de recherche en gestion des services de santé FSA ULaval – CHU de Québec-Université Laval – IUCPQ-Université Laval (CRGSS)

8h30 | Allocutions d'ouverture

Rénald Bergeron, vice-recteur aux affaires externes, internationales et à la santé de l'Université Laval

Lucie Grenier, présidente-directrice générale par intérim, CHU de Québec-Université Laval

André Côté, professeur titulaire au Département de management de FSA ULaval, et directeur du CRGSS

9h | Un débroussaillage sur les mécanismes de financement

Les mécanismes de financement des hôpitaux 101 : FAA, FAP, CPSS, quelles différences?

Sébastien Blais, directeur de la performance clinique et organisationnelle, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval, CHU de Québec-Université Laval

9h40 | Pause

10h | Thème 1 - L'expérience française

La tarification à l'activité (T2A) et la prolifération des codes de *diagnostic related groups* (DRGs)

Marianne Sarazin, praticienne hospitalière et responsable de l'Antenne régionale Rhône Alpes-Auvergne-Réseau Sentinelles (par visioconférence)

Jean-Baptiste Capgras, IFROSS, maître de conférences en sciences de gestion à l'Université Jean Moulin, et coresponsable du master Management des pôles hospitaliers et des fonctions transversales

11h | Panel sur l'expérience française

Jean-François Botton, directeur général de SAHONA Conseil (par visioconférence)

Jean-Baptiste Capgras, IFROSS, maître de conférences en sciences de gestion à l'Université Jean Moulin, et coresponsable du master Management des pôles hospitaliers et des fonctions transversales

Caryn Mathy, économiste de la santé à la Haute École d'ingénierie et de gestion du Canon de Vaud (par visioconférence)

Christophe Pascal, maître de conférences et directeur à l'IFROSS (par visioconférence)

Marianne Sarazin, praticienne hospitalière et responsable de l'Antenne régionale Rhône Alpes- Auvergne-Réseau Sentinelles (par visioconférence)

11h45 | Dîner

13h | Thème 2 - Apprendre des autres: Australie et Ontario (en anglais)

The Australian experience

Stephen Duckett, directeur du programme de santé, Institut Grattan (Australie) (par visioconférence)

Ontario: Health System Funding Report in Ontario's Hospital System - Lessons Learned

Intiaz Daniel, directeur de l'analyse financière et de la performance à l'Association des hôpitaux de l'Ontario

14h20 | Panel: Integrating quality into funding models (en anglais)

Intiaz Daniel, directeur de l'analyse financière et de la performance à l'Association des hôpitaux de l'Ontario

Alfa d'Amato, directeur adjoint pour le groupe de travail en financement par activité et sous-chef au bureau financier, ministère de la santé – NGS (Australie)
Richard Paul Marshall, professeur, Institute of Global Health Innovation, Imperial College London

15h | Pause

15h15 | Thème 3 - FAP au Québec : expériences, évaluations et perspectives

Normand Lantagne, directeur des politiques de financement et de l'allocation des ressources, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Nizar Ghali, coordonnateur des méthodologies de financement axé sur le patient au MSSS et docteur en économie

Kossi Thomas Golo, spécialiste en méthodologies de financement au MSSS et doctorant en économie

16h | Atelier – Quelles considérations pour l'avenir du financement hospitalier : équité, qualité, efficience

Enjeu 1: l'argent suit le patient

Enjeu 2 : la prise en considération de la performance dans les modèles de financement

Enjeu 3: le financement des paniers de services

16h45 | Clôture de l'événement

Annexe 2 : Biographie des conférenciers

Alfa d'Amato

Alfa d'Amato, est le directeur financier par intérim de la New South Wales (NSW) Health en Australie. Il est un chef de file de la transformation dans le domaine des services financiers et de la gestion par activités. Dans le cadre de ses fonctions, Alfa d'Amato dirige un programme financier d'innovation au sein de NSW Health, une importante organisation de santé publique en Australie. Avec un budget de 25 milliards de dollars et plus de 100 000 employés au sein de l'organisation, les services financiers doivent être souples et adaptés aux demandes croissantes du secteur de la santé.

Alfa d'Amato est probablement mieux connu pour avoir développé et mis en œuvre le financement axé sur les activités et son évolution vers la gestion basée sur les activités dans NSW Health. Il a joué un rôle central dans la création du portail en ligne de gestion basée sur les activités accessibles aux agents de santé, dans le processus de calcul des coûts cliniques et dans le développement de la méthodologie de calcul du prix. Membre de l'Institute of Public Accountants, Alfa d'Amato est titulaire de plusieurs maîtrises et a occupé de nombreux postes de direction au sein de NSW Health. Il agit également à l'international en tant que vice-président de Patient Classification Systems International.

Sébastien Blais

Sébastien Blais est Directeur de la performance clinique et organisationnelle au CHU de Québec-Université Laval et à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval. Il est titulaire d'un diplôme de baccalauréat en administration des affaires (marketing) et d'un diplôme de MBA en gestion et planification stratégique. Il est certifié ceinture noire LEAN Six Sigma. De plus, il a une formation menée au États-Unis sur les tableaux de bord équilibrés (*balanced scorecard*). Il a travaillé pendant plusieurs années en conseil management chez Price Waterhouse Coopers (Robichaud Conseil). Depuis 2010, Il a occupé les fonctions de coordonnateur du programme LEAN, de directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique par intérim. Il a joué en 2017 et 2018, en cumul de fonction, le rôle de direction du projet *Coût par parcours de soins et de services* (CPSS) au Ministère de la santé et des services sociaux. Sébastien Blais enseigne à l'Université Laval dans le programme de gestion de projet.

Jean-François Botton

Jean-François Botton est un médecin généraliste qui travail présentement comme gérant chez SOLIMED, une société libérale dédiée à l'information médicale hospitalière. Elle aide les établissements de santé publics et privés français dans la production de leur information. Il a également auparavant occupé un poste similaire chez Sahona Conseil qui œuvre également dans le domaine du conseil lié à l'information médicale.

Jean-Baptiste Capgras

Jean-Baptiste Capgras est Maître de conférences en Sciences de gestion à l'Université Jean Moulin Lyon 3. Membre de l'Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations sanitaires et sociales et leurs réseaux (IFROSS), ses travaux portent notamment sur l'analyse des dispositifs de gestion, les démarches et méthodes de diagnostic stratégique, le management des systèmes d'information et l'étude des nouvelles formes organisationnelles. Il est responsable du Master Management des Pôles Hospitaliers et des fonctions transversales et dirige le module « Financement des établissements de santé » dans l'ensemble des diplômes de l'IFROSS.

Imtiaz Daniel

Directeur de l'analyse financière et de la performance des systèmes à l'Association des hôpitaux de l'Ontario, Imtiaz Daniel est spécialisé dans la mesure de la performance et dans le financement des services de santé. Il a également occupé des postes de direction clés incluant celui de Directeur de la recherche pour Qualité des services de santé Ontario et celui de consultant en mesure de la performance.

Stephen Duckett

Stephen Duckett est Directeur du programme de santé de l'institut Grattan en Australie. Il est reconnu pour sa créativité, des innovations fondées sur des données probantes et des réformes dans des domaines allant de l'implantation du financement à l'activité des hôpitaux à l'imputabilité quant à la sécurité des soins hospitaliers. Économiste de formation, Stephen Duckett est membre de l'Académie des sciences sociales en Australie et de l'Académie australienne des sciences de la santé et de la médecine.

Nizar Ghali

Nizar Ghali est le coordonnateur de l'équipe du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) responsable des méthodologies de financements axés sur le patient (FAP). Il est titulaire d'un baccalauréat en mathématiques et finance, d'une maîtrise en économie ainsi qu'un doctorat en économie de la santé de l'université Laval. Il représentait le MSSS lors des travaux du groupe d'experts sur le FAP (GEFAP). Il est membre également du comité de sélection du fournisseur du projet coût par parcours de soins et services (CPSS). Les recherches de M. Ghali portent sur l'évaluation de l'impact des méthodologies FAP sur l'évolution de la performance du système de santé au Québec.

Kossi Thomas Golo

Kossi Thomas Golo est spécialiste en méthodologie de financement au Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du Québec. Il assume une fonction d'analyste en données pour le financement axé sur les patients (FAP) en radio-oncologie. Il collabore également à la mise en place du FAP dans le domaine de la chirurgie et du coût par parcours de soins et services. Il est également doctorant en économie à l'Université Laval. Les recherches de Kossi Thomas Golo portent sur l'impact du financement, des délais d'attente et des services à domicile sur la consommation de services hospitaliers au Québec.

Normand Lantagne

Normand Lantagne a une formation en actuariat. Il a travaillé à l'évaluation du passif actuariel à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail pendant 14 ans. Il œuvre maintenant au Ministère de la santé et des services sociaux depuis maintenant près de 15 ans dont plus de 8 ans à titre de gestionnaire de l'allocation des ressources. Normand Lantagne a, entre autres, collaboré activement aux travaux du groupe d'experts pour un financement axé sur le patient présidé par Wendy Thomson. Il est responsable de la mise en place du financement axé sur les patients et du coût par parcours de soins et services dans les établissements pour le Québec.

Richard Paul Marshall

Richard Paul Marshall est un consultant international en tarification des soins de santé et en gestion de la performance. Il a une formation de médecin, gestionnaire de services de santé et développeur de systèmes. Il a occupé des postes de professeur à la faculté des sciences de la santé de l'Université de Sydney et à l'Institut Global Health Innovation de l'Imperial College London. Il est spécialisé dans l'analyse de la performance des systèmes de santé, la réforme du financement axé sur le patient et la gestion de l'information pour les soins de santé.

Caryn Mathy

Caryn Mathy est titulaire d'un PhD en Économie de la santé et a piloté de nombreux projets et études au sein du Ministère de la santé en France et en Agence Régionale de Santé, pendant 8 ans. Elle a notamment participé à la création et à la mise en œuvre de la T2A entre 2003 et 2005. Elle a ensuite rejoint le groupe Johnson & Johnson (France) où elle a été Responsable des Affaires Économiques et Hospitalières pendant 6 ans, pour les BU du medical device. Suite à un MBA (2011), elle s'est spécialisée en stratégie et innovation et a créé sa société de conseil pour accompagner des industriels et des organisations du secteur de la santé. Depuis 2017, elle est Professeure en stratégie au sein de la Haute Ecole d'Ingénierie et de Gestion du canton de Vaud (HEIG-VD), en Suisse. Sa mission principale est de réaliser de la recherche appliquée, pour les entreprises ou les institutions, autour du thème de l'innovation, principalement dans le

secteur de la santé. Elle s'intéresse en particulier à l'identification et à l'évaluation des impacts organisationnels des innovations technologiques.

Christophe Pascal

Directeur de l'IFROSS, Christophe Pascal est aussi maître de conférences en Science de Gestion. Il est également responsable de plusieurs programmes de formation continue. Ses domaines d'enseignements concernent la gestion de production et l'analyse des processus appliquées aux organisations sanitaires et médico-sociales, le management stratégique des établissements de santé ainsi que l'épistémologie et la méthodologie en sciences du management

Marianne Sarazin

Praticienne hospitalière responsable du Département d'Information Médicale du Groupe de clinique Mutualiste à Saint Etienne, Marianne Sarazin dispose à ce titre d'une expertise sur le traitement de l'information médicale en France. Elle travaille également en tant que responsable de l'Antenne régionale Rhône Alpes-Auvergne du Réseau Sentinelles dépendant de l'équipe de recherche 1136 de l'Institut Nationale de la Santé et de la Recherche (INSERM) spécialisée dans la modélisation des épidémies prise en charge en médecine générale.

Par ailleurs, elle est intégrée à l'équipe, et participe en conséquence à des travaux, du Département en ingénierie des systèmes de soins et des services de santé (I4S) du Centre Ingénierie et Santé de l'École Nationale d'Ingénieur des mines de Saint-Etienne.

Annexe 3 : Comité organisateur

Maude Laberge

Maude Laberge est professeure adjointe au Département d'opérations et systèmes de décision de FSA ULaval. Elle détient un doctorat en recherche sur les services de santé de l'Université de Toronto. Sa recherche porte sur la mesure de la performance des systèmes de santé, des établissements et des pourvoyeurs de soins, incluant les analyses de coûts, d'efficacité, d'équité et de résultats de santé. Mme Laberge s'intéresse à l'évaluation des politiques de santé et des interventions en santé d'une perspective économique, plus particulièrement sur les soins et les services de première ligne.

André Côté

André Côté est professeur titulaire au Département de management de FSA ULaval. Il est également directeur du Centre de recherche en gestion des services de santé de la Faculté en partenariat avec les 4 établissements de santé de la région de Québec. M. Côté s'intéresse à l'implantation et à l'évaluation de réseaux d'acteurs du domaine de la santé et des services sociaux, au changement dans les processus de soins complexes, aux dynamiques interactionnelles dans un processus de changement stratégique, et au processus d'intégration des pratiques médicales.

Gwladys Haya-Baviera

Gwladys Haya-Baviera est titulaire d'un MBA Gestion des services de santé de FSA ULaval. En 2018, elle a été coordonnatrice du Centre de recherche en gestion des services de santé. Elle détient une maîtrise en économie de la santé et a travaillé auparavant en tant que chargée d'études en économie de la santé et chargée d'audit sanitaire auprès de différents organismes d'assurance-maladie en France.