



# Financement axé sur les patients dans le réseau québécois de santé : perspective clinique ministérielle

Dans le cadre du congrès de l'Association des physiciens et des ingénieurs biomédicaux du Québec, 7 octobre 2019

MSSS, Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux



## Objectifs d'apprentissage

- 1) Décrire le contexte clinique de mise en œuvre du Financement axé sur les patients (FAP) en imagerie médicale.
- 2) Faire le lien entre le rôle des ingénieurs biomédicaux et les finalités du FAP en imagerie médicale.



# Plan de la présentation

1. Présentation de la DGAASPEM
2. Introduction au Financement axé sur les patients (FAP)
3. Mise en œuvre du FAP en imagerie médicale
  - a. Rôle de la DGAASPEM
  - b. Contexte
  - c. Chantier en imagerie médicale
4. Implications pour les ingénieurs biomédicaux
5. Conclusion



# 1. Présentation de la DGAASPEM



# Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux (DGAASPEM)

## Qui sommes-nous?

- Direction de l'accès aux services de proximité et à la médecine spécialisée
- Direction des effectifs médicaux
- Direction de l'analyse et de la projection des effectifs médicaux

## Mission

- En étroite collaboration avec nos partenaires, améliorer l'accès aux médecins de famille, aux services diagnostics, à la consultation spécialisée et à la chirurgie.

## Valeurs

- Collaboration, transparence, engagement, efficacité



# Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux (DGAASPEM)

## Stratégies

- ❖ Échanger : statutaires mensuels avec nos partenaires, colloques en présentiel
- ❖ Valider : groupes de discussion, sondages
- ❖ Diffuser : documents de bonnes pratiques, communauté de pratique
- ❖ Analyser : tableaux de bord



## 2. Introduction au financement axé sur les patients



# Raison d'être

## **Traditionnellement :**

- Allocation des ressources financières sur la base de budgets globaux tenant compte des dépenses historiques (salaires, coûts des fournitures, etc.) – approche descendante.

## **Recherche de solutions à des problèmes persistants :**

- Problèmes d'accessibilité et délai d'attente
- Croissance constante des dépenses en santé
- Questionnement concernant la qualité des soins
- Préoccupations liées à l'équité et à la distribution des ressources



# Modèle FAP

## Objectif général :

- Placer le patient au cœur des préoccupations en créant un lien direct entre le patient, les soins prodigués et le financement.

*« Pour que l'argent suive le patient »*

## Principes du FAP

- Méthodologie de financement s'appuyant sur des **données cliniques et financières** recueillies de façon régulière
- **Classification** des épisodes de soins en **groupes homogènes** selon leurs caractéristiques cliniques et les coûts engagés
- **Montant prédéterminé** pour chaque groupe d'épisodes de soins
- Financement des dispensateurs de soins **selon les volumes réalisés et le type de patient pris en charge**

## Finalités :

- Accessibilité aux soins et aux services de santé
- Qualité des soins (meilleures pratiques, pertinence)
- Respect des critères d'équité privilégiés par la société québécoise
- Contrôle des coûts et pérennité du système de santé

# Déploiement du FAP

## Financement à l'activité

- Objectif : Améliorer l'**accès** aux services
- Méthodologie : Financement des volumes supplémentaires réalisés (tarif/procédure)

## Financement axé sur les patients

- Objectif : Améliorer toutes les dimensions de la **performance** ayant un impact sur le patient
- Méthodologie : Offre de bonus ou application de pénalités selon les indicateurs de résultats prédéterminés

## Coût par parcours de soins

- Objectif : Améliorer toutes les dimensions de la **performance** ayant un impact sur le patient
- Méthodologie : Calcul du coût de revient des parcours de soins et de services (approche ascendante)

### Secteurs (santé physique) :

- Chirurgie
- Radio-oncologie
- Coloscopie
- Imagerie médicale (1<sup>er</sup> avril 2019)





# FAP en imagerie médicale

1. **Calcul par modalité et par installation :**
  - a) **Financement selon un coût moyen par UTP (incluant le support à l'imagerie)**
    - 6832 - Ultrasonographie
    - 6833 - Mammographie
    - 6837 - Lithotripsie
  - b) **Financement selon un coût moyen par UTP, après épuration des dépenses de coûts fixes (= financement récurrent)**
    - 6831 - Radiologie générale
    - 6834 - Tomodensitométrie
    - 6835 - Résonance magnétique
    - 6786 - Médecine nucléaire
  - c) **Financement historique (allocation globale)**
    - 6781 - Tomographie par émission de positrons
    - 6836 - Angioradiologie
    - 6838 - Neuro-angio-radiologie
2. **Financement octroyé par établissement (cumulatif des modalités et des installations)**



# FAP en imagerie médicale

- Paramètres du modèle FAP

Sous-centre d'activité	Tarif provincial (/UTP)	Financement récurrent (particularités)
Radiologie générale	2,04\$	Taille
Tomodensitométrie	2,09\$	Bassin de desserte
Résonance magnétique	2,15\$	Spécialisation
Médecine nucléaire	2,03\$	Taille et spécialisation
Ultrasonographie	1,47\$	-
Mammographie	2,14\$	-
Lithotripsie	1,88\$	-

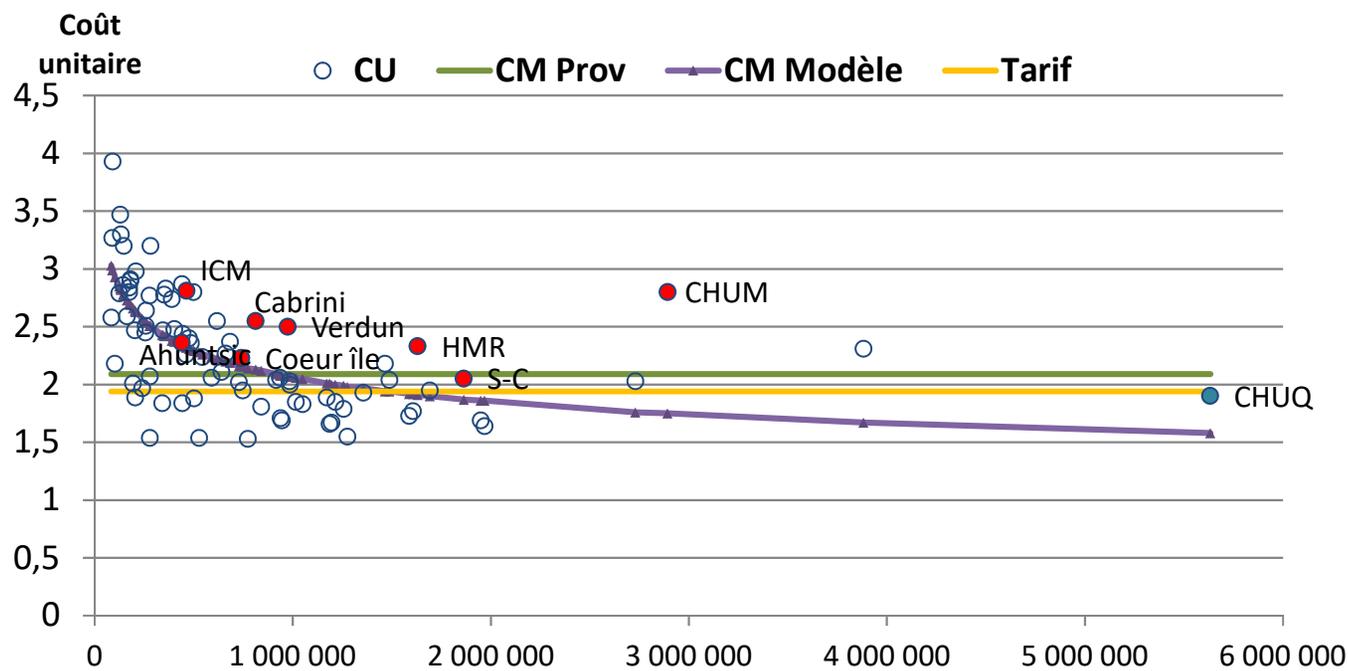
Source des données :

- Rapport financier des établissements (AS-471)
- Rapport statistique des établissements (AS-478)

# FAP en imagerie médicale

## Exemple de la radiologie générale

- Financement = \$ récurrent (selon la taille) + (Nb d'UTP x 2,04 \$)





### **3. Mise en œuvre du FAP en imagerie médicale**



# Rôle de la DGAASPEM

1. Élaborer et diffuser les **orientations stratégiques** visant à assurer l'accès aux soins et aux services à l'intérieur des délais cliniques requis.
2. Planifier et coordonner le **plan d'action provincial** du chantier en imagerie médicale :
  - Organisation des services
  - Ressources (équipements, technologues, systèmes d'information)
  - Pertinence clinique
  - Qualité des données
3. **Collaborer** au développement de la **méthodologie FAP** en imagerie médicale.
  - Participation et animation de divers comités liés au FAP
  - Arrimage entre les objectifs cliniques et financiers
  - Sélection des indicateurs de performance
4. **Soutenir l'implantation** du FAP dans le réseau (prérequis, facteurs facilitants).
5. Soutenir la mise en place des **stratégies d'amélioration** de la performance.



# Contexte

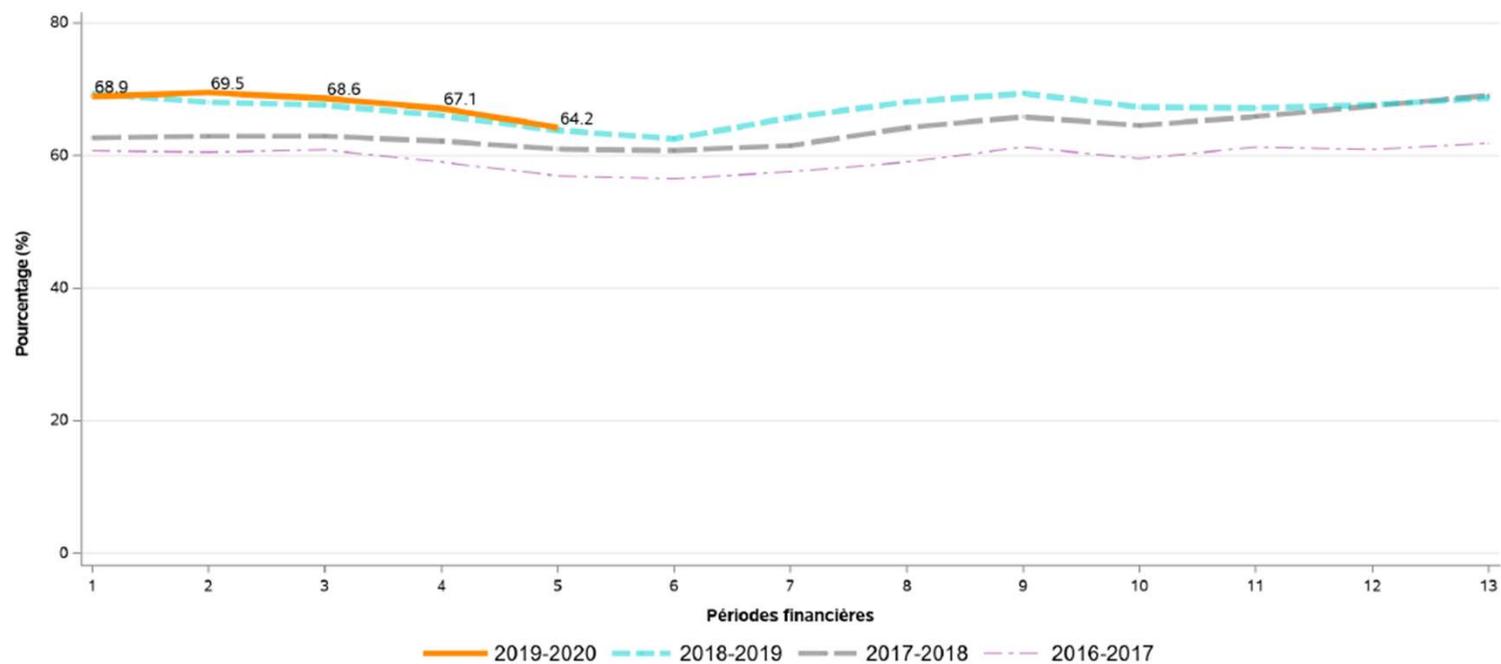
- ❑ **Plan stratégique :**
  - Assurer l'accès aux soins et services en imagerie médicale à l'intérieur des délais cliniques requis (100 % < 90 jrs).
  
- ❑ **Programme d'accès à l'IRM et à la TDM (Entente MSSS-FMSQ) :**
  - Intensifier l'utilisation des appareils existants dans le réseau (16 h/j, 7/7 jours).
  - Développer des outils pour améliorer la pertinence.



# Contexte

## Accès aux soins et services en imagerie médicale

Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées, pour l'ensemble du Québec



Source(s):  
- Gestred, extraction en date du 1er octobre 2019

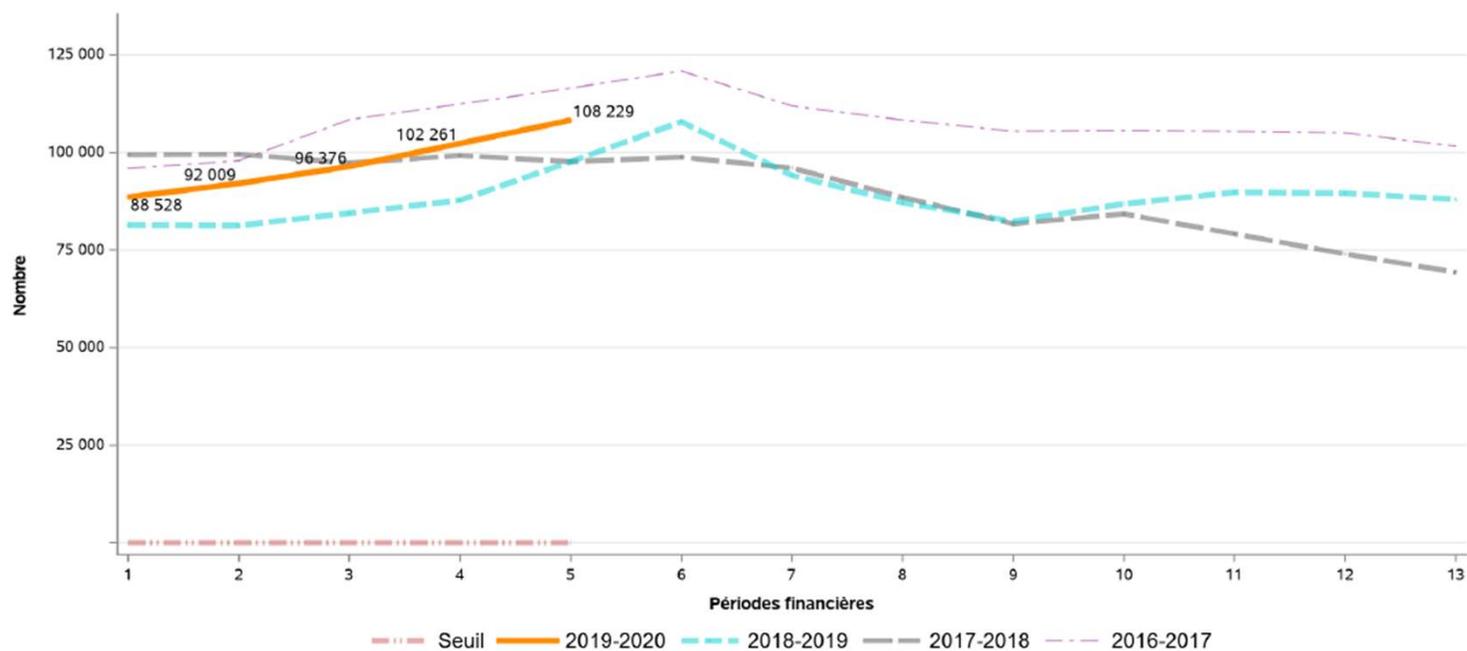




# Contexte

## Accès aux soins et services en imagerie médicale

Nombre de demandes en imagerie médicale dont le délai d'attente est de 91 jours et plus pour les modalités d'imagerie médicale ciblées, pour l'ensemble du Québec



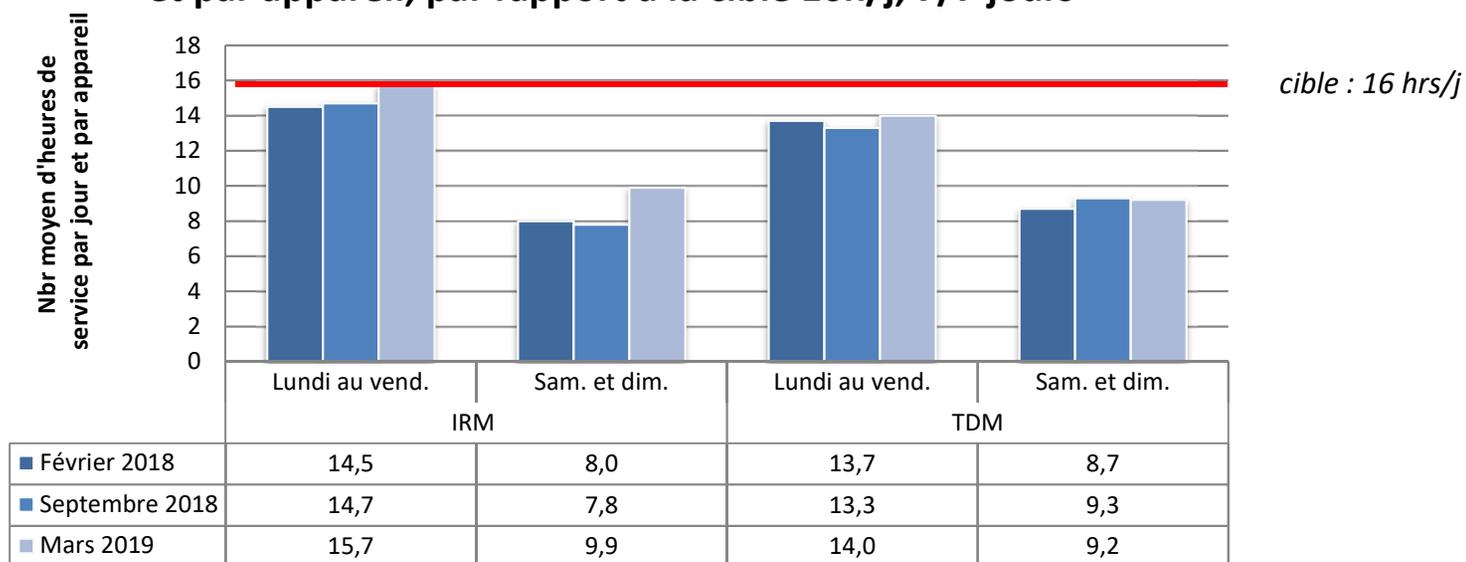
Source(s):  
- Gestred, extraction en date du 1er octobre 2019



# Contexte

## Taux d'utilisation des appareils existants dans le réseau

### Évolution du nombre moyen d'heures de service par jour et par appareil, par rapport à la cible 16h/j, 7/7 jours



	Liste d'attente (hors délai)	Capacité résiduelle
IRM	30 660 requêtes	1033 examens/semaine
TDM	9 505 requêtes	6 286 examens/semaine

# Chantier en imagerie médicale

Objectifs

Améliorer  
l'**accessibilité** et la  
**qualité** des soins  
et services.

Moyens

**OFFRE DE  
SERVICE**

**DEMANDE  
DE  
SERVICE**

Organisation  
efficace  
des services

Utilisation  
optimale des  
ressources

Ajout de  
ressources

Pertinence  
clinique

Efficiences  
cliniques

Efficiences  
financières

Prérequis au FAP

- Définitions consensuelles.
- Normalisation et **qualité des données** cliniques et financières.
- Accès et diffusion de l'information (gestion du changement).



# Chantier en imagerie médicale

- **Collaboration avec le réseau**
  - Statutaires téléphoniques mensuels (1 répondant/établissement)
  - Colloque annuel en présentiel (DSM, DSP, gestionnaires)
  - Communauté virtuelle de pratique (gestionnaires en IM)
- **Partenaires ministériels :**
  - DGTI : Rehaussement des systèmes d'information
  - DGPRM : Stratégie pour résorber la pénurie de technologues et d'agents administratifs
  - DEM : Collaboration avec l'équipe de gestion des effectifs médicaux en spécialité
  - DPFAR : Développement de la méthodologie pour le Financement à l'activité (FAP)
  - DGFR : Mise à jour de l'Annexe G
  - DGAIGP : Mandat performance-FAP
  - INESSS : Mandat sur la pertinence clinique



# Plan d'action

Livrables	Échéancier
<ul style="list-style-type: none"><li>Mise à jour et création de plusieurs <b>documents de référence</b> : fiches indicateurs, guide de saisie – formulaire GESTRED, Annexe G (UTP)</li></ul>	Janvier 2018
<ul style="list-style-type: none"><li>Création d'un <b>tableau de bord</b> pour le suivi de l'accès en IM</li></ul>	Janvier 2018
<ul style="list-style-type: none"><li>Création du <b>programme d'accès</b> IRM / TDM (Entente MSSS-FMSQ) :<ul style="list-style-type: none"><li>○ Accroissement des heures d'ouverture (16 h/j, 7/7 j)</li><li>○ Recommandations / outils de pertinence clinique</li></ul></li></ul>	Mars 2018
<ul style="list-style-type: none"><li><b>Analyse de la performance</b> en imagerie médicale : production, disponibilité et taux d'utilisation des appareils, efficience, accès</li></ul>	3-4x/an
<ul style="list-style-type: none"><li>Mise en place du Guichet de <b>gestion de la capacité résiduelle</b> à Montréal et de corridors de service (Montréal, Laurentides)</li></ul>	Mars 2018
<ul style="list-style-type: none"><li>Poursuite des travaux sur la <b>qualité/normalisation des données</b> en IM</li></ul>	2019-2020
<ul style="list-style-type: none"><li>Rehaussement des <b>systèmes d'information</b></li></ul>	2019-2020
<ul style="list-style-type: none"><li>Déploiement de l'<b>APSS en imagerie médicale</b> – projet-pilote</li></ul>	2019-2020
<ul style="list-style-type: none"><li>Mandats sur la <b>pertinence clinique</b> en imagerie médicale</li></ul>	2019-2020



# Plan d'action

## Qualité et normalisation des données

### Architecture des systèmes d'information

- Rehaussement de l'architecture des systèmes d'information en radiologie (SIR).
- Création d'interfaces entre les systèmes d'information de l'éco système imagerie.

### Pilotage des informations

- Création d'un cadre normatif.
- Création et diffusion d'une liste de codes unique pour le pilotage, incluant les besoins des radiologistes (circulaire ministérielle).

### Saisie de l'information dans les systèmes

- Création de formulaires de requêtes standardisés.
- Mise à jour et arrimage des documents de référence (guide de saisie).

### Extraction de l'information

- Développement d'un entrepôt de données.
- Définition et harmonisation des critères d'extraction (fournisseurs et établissements).

### Production de rapports et reddition de comptes

- Développement d'un processus automatisé pour la création de rapports statistiques standardisés.

### Analyse et interprétation

- Considération de la variabilité des modèles organisationnels de soins et services en imagerie médicale.



# Plan d'action

## Rehaussement des systèmes d'information

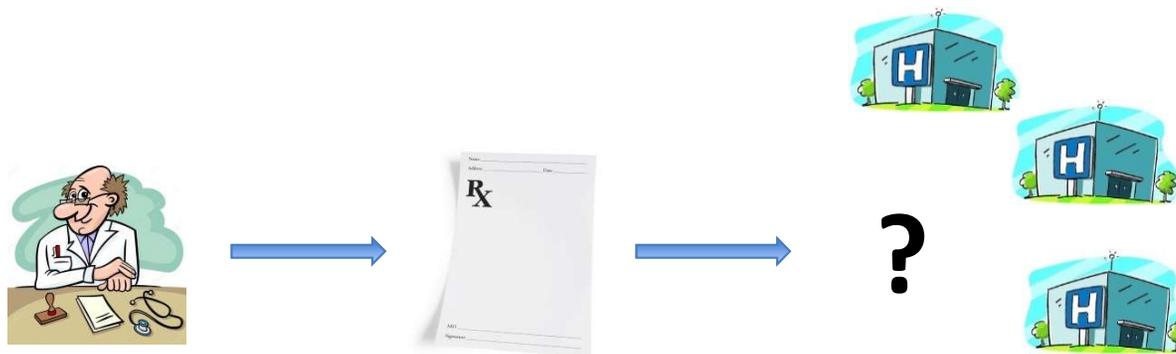
1. Soutien pour les statistiques et la reddition de comptes
  - Création d'un entrepôt de données
  - Outils d'extraction des données
  - Production de rapports normalisés
  
2. Plan de consolidation des établissements
  - Évaluation des actifs et des besoins (en cours)
  - Rehaussement des systèmes selon les besoins prioritaires
  
3. Développement de l'architecture cible « *écosystème imagerie* »
  - Gestion de la non-disponibilité des usagers
  - Recherche de rendez-vous
  - Outils d'analyse (adéquation offre/demande)
  - Algorithmes d'aide à la décision (pertinence)

# Plan d'action

## Déploiement de l'Accès priorisé aux services spécialisés (APSS) en imagerie médicale

Problématiques :

- Procédures administratives lourdes et complexes
- Méconnaissance de l'offre de service (pour le patient, le médecin référent et le MSSS)
- Requêtes incomplètes et/ou non pertinentes
- Utilisation sous optimale des ressources (absence d'une vue d'ensemble de l'offre et de la demande)

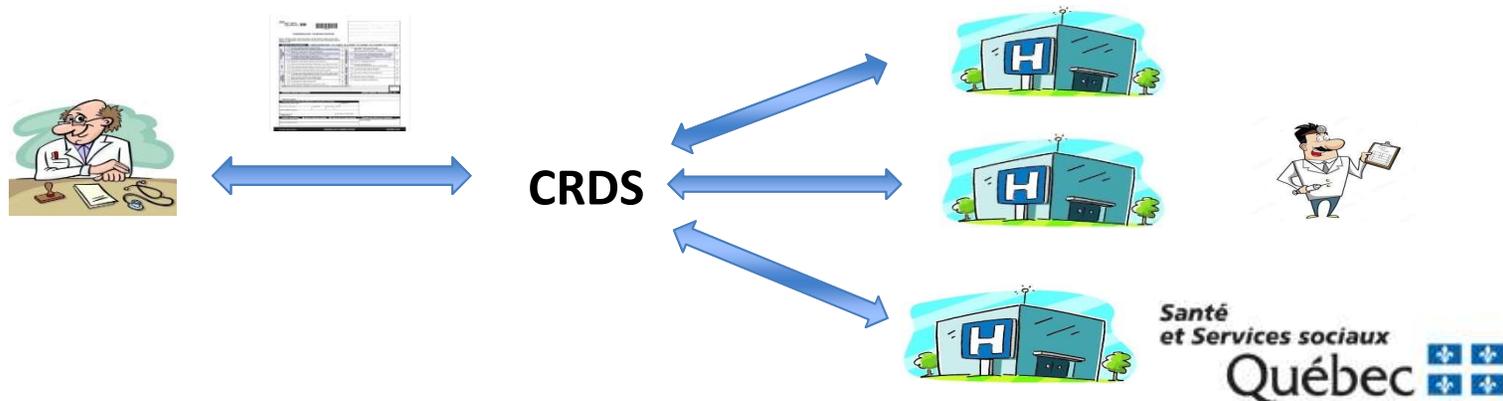


# Plan d'action

## Déploiement de l'Accès priorisé aux services spécialisés (APSS) en imagerie médicale

### Stratégie APSS

- Volet 1 : L'harmonisation clinique et administrative
- Volet 2 : Mécanisme d'accès (Centre de répartition des demandes de services)





# Plan d'action

## Déploiement de l'Accès priorisé aux services spécialisés (APSS) en imagerie médicale

### Bénéfices

- Pour l'**usager**, l'implantation de l'APSS favorisera l'accès à sa première consultation spécialisée dans les délais cliniques requis.
- Pour les **médecins de famille**, l'utilisation d'un formulaire unique par spécialité et d'une échelle de priorisation standardisée permettra de faciliter le processus de référence. De plus, l'APSS facilitera le suivi de leur clientèle référée en médecine spécialisée.
- Pour les **médecins spécialistes**, la normalisation et l'harmonisation des demandes de références contribueront à améliorer la pertinence des demandes de services.
- Pour le **MSSS** et les **établissements**, les CRDS et la solution TI permettront de mesurer l'offre et la demande en spécialité afin de mieux répondre aux besoins de la population.



# Plan d'action

## Pertinence clinique

- Mandats confiés à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) :
  - Rapports - Indications cliniques justifiant le recours à l'imagerie
    - Céphalées primaires et secondaires (IRM, TDM) (2019)
    - Douleurs musculo squelettiques (IRM)
    - Investigation et traitement du cancer du sein (IRM)
  - Rapport - Stratégies d'optimisation de la pertinence
  - Développement d'outils d'aide à la décision
  
- Stratégies de mise en œuvre dans le réseau (DGAASPEM) :
  - Formulaire de requêtes standardisés
  - Ordonnance électronique (SAFIR)
  - Systèmes d'aide à la décision (architecture cible)
  - Continuum de soins / équipes interdisciplinaires (ex. douleurs musculo squelettiques)
  - Agents d'amélioration continue (ACC) en 1<sup>re</sup> ligne



## 4. Implications pour les ingénieurs biomédicaux



# Implications

Contribuer à l'**efficience clinique** et **financière** afin d'améliorer l'accès aux soins et aux services pour la population.

- Contrats d'entretien
- Utilisation optimale des ressources
- Acquisition des équipements
- Télésanté



# Utilisation optimale des équipements

## Hiérarchisation des stratégies en collaboration avec les gestionnaires cliniques :

- 1) Optimiser l'organisation intra hospitalière et l'utilisation des équipements :
  - collaboration / partage des ressources entre départements
  - nombre de technologues/appareil ou par quart de travail
  - stratégies d'entretien des équipements
  
- 2) Mettre en place des corridors de services intra ou inter établissements
  
- 3) Planifier l'ajout de ressources :
  - équipements
  - technologues en imagerie médicale
  - effectifs médicaux



# Planification de l'acquisition des équipements

Démarche d'analyse DGAASPEM	Indicateurs
1. Est-ce que les ressources en place permettent de répondre au besoin de la population en matière d'accès à l'imagerie médicale?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre de requêtes en attente hors délais</li><li>• % des rendez-vous réalisés à l'intérieur du délai prescrit</li><li>• % de rapports lus à l'intérieur du délai requis (radiologistes)</li></ul>
2. Est-ce que les plateaux techniques sont utilisés de façon optimale?	<ul style="list-style-type: none"><li>• % d'utilisation des plateaux techniques par rapport à la cible 16 h/j, 7/7 j</li></ul>
3. Est-ce que l'organisation du travail et l'utilisation des appareils sont optimales?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre de procédures /appareil</li><li>• Nombre d'UTP /appareil</li><li>• Nombre d'heures travaillées/TIM</li><li>• Nombre d'UTP / TIM</li></ul>
4. Est-ce que les installations proximales ont de la capacité résiduelle?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre d'heures non utilisées/appareil</li><li>• Nombre potentiel d'examens supp.</li></ul>
5. Est-ce que les ressources humaines en place sont suffisantes pour pallier à un ajout d'équipement?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre d'examens lus/radiologiste</li><li>• Possibilités de recrutement de technologues</li></ul>



# Conclusion



## En résumé

- Déploiement du FAP en imagerie médicale depuis le 1<sup>e</sup> avril 2019.
  - Ajustements méthodologiques (groupes de travail)
  - Indicateurs de suivi (mesurer/contrer les effets non souhaités)
- Priorités d'action DGAASPEM :
  - Accès et qualité des données
  - Systèmes d'information
  - APSS en imagerie médicale
  - Pertinence clinique
- Prochain secteur d'activité FAP :
  - Chirurgie



# Défis et opportunités

- Accès et qualité des données cliniques et financières
- Normalisation des données et classification (groupes homogènes) dans un contexte de complexité
- Collaboration en réseau et interopérabilité des systèmes d'information
- Gestion du changement et délais de mise en œuvre de projets d'envergure pour améliorer la performance du réseau
- Inter sectorialité et convergence des forces pour l'atteinte d'objectifs communs



## Ressources

- [Le financement par activité au Canada : guide à l'intention des bailleurs de fonds du système de santé et des gestionnaires des hôpitaux \(ICIS\)](#)
- [Rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients : l'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé](#)



## Ministère de la Santé et des Services sociaux

Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux

# Questions, commentaires?