

# Réforme du financement du système de santé

6 juillet 2015

**Brian Pollard**

A/Director, Health System Funding Policy Branch  
Health System Funding and Quality  
Ministry of Health and Long-Term Care

# Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé

## Plante le décor pour les 3 prochaines années de transformation

- Le 2 février, le ministre a annoncé *Priorité aux patients*, la prochaine phase du plan de l'Ontario pour changer et améliorer le système de santé de l'Ontario.
- Il illustre la détermination à axer le système sur la population et les patients en donnant la priorité aux patients.
- Ce plan comprend quatre objectifs clés et quatre piliers stratégiques:

<b>Promesse du gouvernement</b>  <b>Promesse en matière de santé</b>	<b>Gouvernement ouvert, transparent, responsable et bien géré qui utilise au mieux l'argent des contribuables</b>			
	<b>Priorité aux patients</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>une expérience intégrée de bienveillance des soins pour les patients</i></li> <li>• <i>accès plus rapide à des services de santé de qualité</i></li> <li>• <i>pour tous les Ontariens et Ontariennes à tous les stades de la vie</i></li> </ul>			
<b>Accès :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'accès – en fournissant un accès plus rapide aux bons soins.</li> </ul>	<b>Contact :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire le contact avec les services – en prodiguant des soins mieux coordonnés et intégrés dans la collectivité, près du domicile des patients.</li> </ul>	<b>Information :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir les gens et les patients – en offrant l'éducation, l'information et la transparence dont ils ont besoin pour prendre les bonnes décisions concernant leur santé.</li> </ul>	<b>Protection :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protéger notre système de santé publique universel – en prenant des décisions fondées sur la valeur et la qualité, afin de veiller à la viabilité du système pour les générations à venir.</li> </ul>	
<b>Pilier stratégique :</b> Améliorer le système, l'intégration et l'accessibilité	Moderniser les soins à domicile et communautaires	Améliorer la santé et le bien-être des Ontariens et Ontariennes	Assurer la pérennité et la qualité	

# Le chemin parcouru jusqu'à présent



## The problem was clear

- Les résultats pour la santé n'étaient pas ce qu'ils devaient être
- L'environnement financier nous obligeait à mieux tirer parti de nos investissements
- Le système était fragmenté; il fonctionnait et été financé en silos
- Manque de reddition de comptes et de transparence
- Les patients ne savaient pas trop où aller
- Si on n'y fait pas attention, la démographie changeante entraînerait des coûts plus élevés pour le système

## Ontario's Action Plan For Health Care

Better patient care through better value from our health care dollars

## A plan was set in motion

- Le Plan d'action en matière de soins de santé de l'Ontario (janvier 2012) est à la base de la transformation
- Faire de l'Ontario l'endroit le plus sain pour grandir et prendre de l'âge »
- L'accès, la qualité et la valeur commandent les améliorations – accent sur les bons soins, au bon moment et au bon endroit
- En deux ans, des progrès ont été réalisés :
  - 99 des 105 recommandations du rapport Drummond ont été mises en œuvre ou le seront prochainement



## Key elements are in place

- Un régime de qualité est en place (SEST) – doit dépasser le secteur des soins de courte durée et devenir plus transparent pour les consommateurs
- Les soins coordonnés intégrés commencent à donner des résultats. Il est essentiel d'intensifier les maillons santé en tant que réseaux
- L'accent sur la participation des patients s'établit. Il faut responsabiliser les gens et parler de leurs droits et responsabilités
- La réforme du financement ne fait que commencer. Des approches audacieuses de l'approvisionnement et des allocations s'imposent

# Le financement par le passé

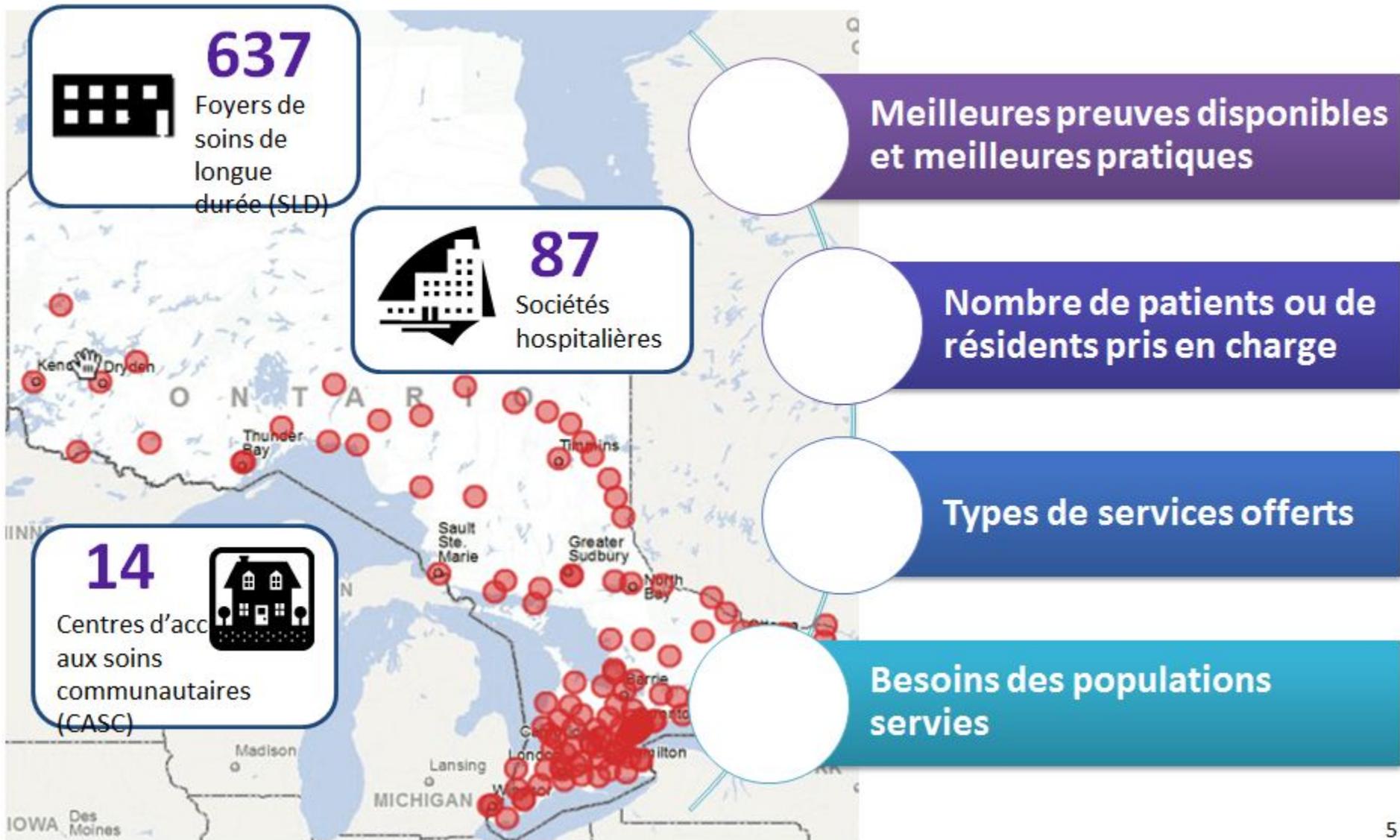


**Les fournisseurs de services de santé recevaient de 75 à 90 % de leur financement sous forme de sommes forfaitaires (budgets globaux)**

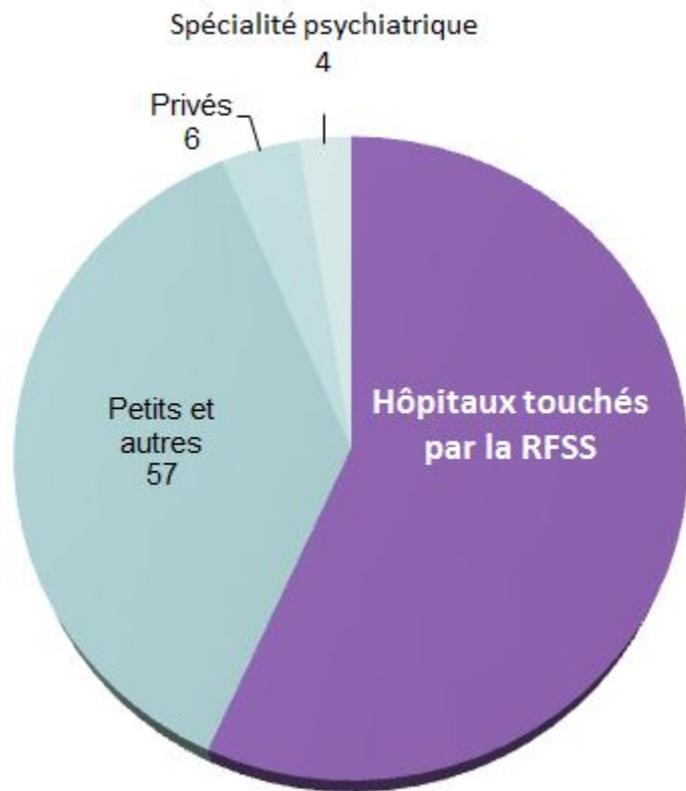
- Peu de possibilités de changer le financement pour répondre aux demandes des populations servies
- Peu d'incitatifs à améliorer le rendement ou la qualité

# Réforme du financement du système de santé

Approche de financement fondée sur des preuves



# Instantané sur les hôpitaux



- En décembre 2014, il y avait 155 hôpitaux en Ontario
  - 88 hôpitaux touchés par la RFSS
  - 57 petits et « autres » hôpitaux
  - 6 hôpitaux privés
  - 4 hôpitaux spécialisés en psychiatrie
- Les 88 hôpitaux touchés par la RFSS reçoivent une portion de leur financement de base dans le cadre de la RFSS
  - Ces hôpitaux ont été regroupés en fonction du type d'établissement : enseignement, grande communauté, soins chroniques/réadaptation et enfants afin de saisir aussi précisément que possible leur prestation de services
- Les petits et autres hôpitaux sont exclus de la RFSS en raison de leur vulnérabilité aux fluctuations du financement
  - Ces hôpitaux instaurent des pratiques exemplaires tirées des approches des actes médicaux fondés sur la qualité (AMQ)
- Les hôpitaux psychiatriques sont exclus en raison des limitations des données

# Instantané sur les CASC

- Les 14 CASC sont inclus dans la RFSS
- Environ 30 % du financement de base des CASC repose sur le MAS et les AMQ
- Il y a trois AMQ dans le secteur des CASC :
  - Arthroplastie primaire unilatérale de la hanche
  - Arthroplastie primaire unilatérale du genou
  - Arthroplastie bilatérale de la hanche



# Réforme du financement du système de santé (RFSS)

## Buts et objectifs

- **Refléter les besoins** de la communauté
- **Allocation équitable** du financement des soins de santé
- Meilleure **qualité des soins** et **meilleurs résultats**
- Hausse **modérée** des dépenses à un niveau acceptable
- Adopter des **approches** d'autres régions ou en tirer des leçons
- Instauration graduelle à un **rythme géré**

### Hôpitaux et centres d'accès aux soins communautaires

### Foyers de soins de longue durée

#### Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS)

- Formule de financement fondée sur des preuves et la santé
- Permet au gouvernement d'allouer équitablement les fonds disponibles pour les services de santé
- Estime les futures dépenses en fonction des niveaux de service passés et de l'efficacité ainsi que des renseignements sur les populations et la santé

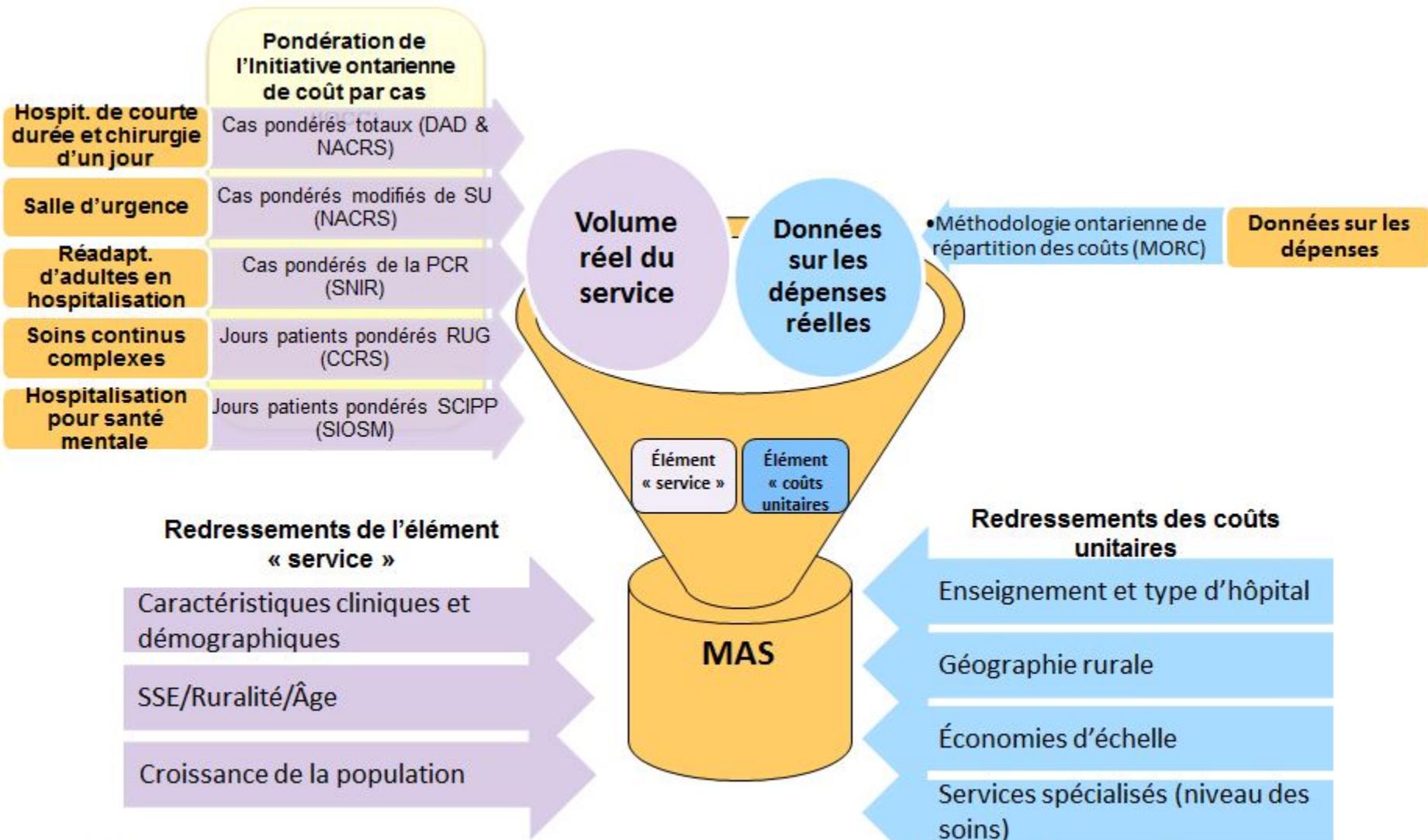
#### Actes médicaux fondés sur la qualité (AMQ)

- Groupes de patients ayant des diagnostics/traitements cliniques semblables, et cadre de travail fondé sur des preuves qui offre la possibilité :
  - d'aligner les incitatifs pour faciliter l'adoption des meilleures pratiques cliniques
  - de réduire comme il se doit les écarts entre les coûts et les pratiques dans la province

#### Indice de la charge de cas (ICC)

- Financement fondé sur des preuves qui repose sur les profils des résidents
- Reflète les besoins des résidents en tenant compte de facteurs comme le diagnostic et la capacité fonctionnelle
- Permet au gouvernement d'allouer équitablement le financement pour les services aux résidents

# Modèle d'allocation fondé sur la santé (MAS)

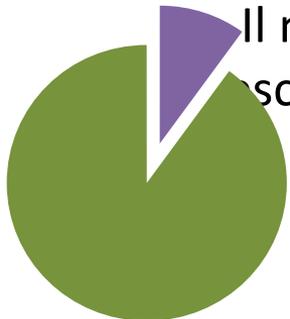


Les résultats redressés du MAS servent à calculer la part escomptée de l'hôpital de l'enveloppe de financement (5,15 milliards \$)

# Points clés concernant le MAS

- Le MAS est un modèle de « partage du gâteau » qui est la somme de toutes les dépenses dans la province.
- Environ 37 % du financement de base total des hôpitaux (5,15 milliards \$) est distribué en fonction du pourcentage du gâteau pour chaque hôpital
- La part de l'hôpital dépend :
  1. de ses résultats escomptés, y compris des changements annuels de ces résultats, et
  2. des résultats escomptés de tous les autres hôpitaux de chaque type de soins du MAS.

Il n'y a **pas** de corrélation complète entre le changement des résultats escomptés d'un hôpital dans le MAS et le changement du financement.



# Principales caractéristiques du modèle de RFSS pour les CASC

- Comme pour les hôpitaux, le principal facteur de changement du financement est la comparaison entre la part des dépenses escomptées dans le MAS et la part du financement de base.
- Différences clés entre le modèle des hôpitaux et celui des CASC
  - Dans le MAS des CASC, les dépenses escomptées dérivent de **l'intensité du service fourni aux clients servis pour une période prolongée uniquement.**
  - Le module des CASC comporte une portion du financement (environ 11 %) qui ne peut pas être redistribué entre les CASC afin de préserver la stabilité du financement de programmes ciblés.

# La « qualité » dans les actes fondés sur la qualité



# PAQ : Levier d'amélioration de la qualité

Un plan d'amélioration de la qualité est une série officielle et documentée d'engagements qu'un organisme de soins prend à l'égard de ses patients/clients/résidents, de son personnel et de la communauté afin d'améliorer la qualité à l'aide de cibles et d'actions



## Dans tout le système

- S'occuper collectivement des priorités générales
- Faire de la culture d'amélioration de la qualité une norme générale au système

## Dans tous les secteurs

- Véhicule pour harmoniser les activités d'amélioration de la qualité dans tous les secteurs
- Outil pour créer des partenariats

## Au sein de l'organisme

- Engagement formel à améliorer la qualité
- Véhicule pour engager les organismes, depuis le conseil jusqu'au chevet des patients
- Supervision par un comité de la qualité et approbation du conseil

# Atténuation au plan du financement

- L'atténuation a eu lieu dans la phase de mise en œuvre de la RFSS à un rythme géré.
- Les établissements ont reçu un financement unique afin que leurs changements annuels demeurent dans un corridor d'atténuation établi.

## Corridor d'atténuation

Année 3 : 2014-2015	Hôpitaux CASC	- 2 %, aucun plafond (MAS seulement, pas d'atténuation sur les AMQ) - 1 % à + 3 % (appliqué à toute l'enveloppe de la RFSS)
Année 2 : 2013-2014	Hôpitaux et CASC	- 1%, + 3% (MAS + AMQ)
Année 1 : 2012-2013	Hôpitaux et CASC	- 2 %, + 2 % (MAS) ± 15 % (AMQ)

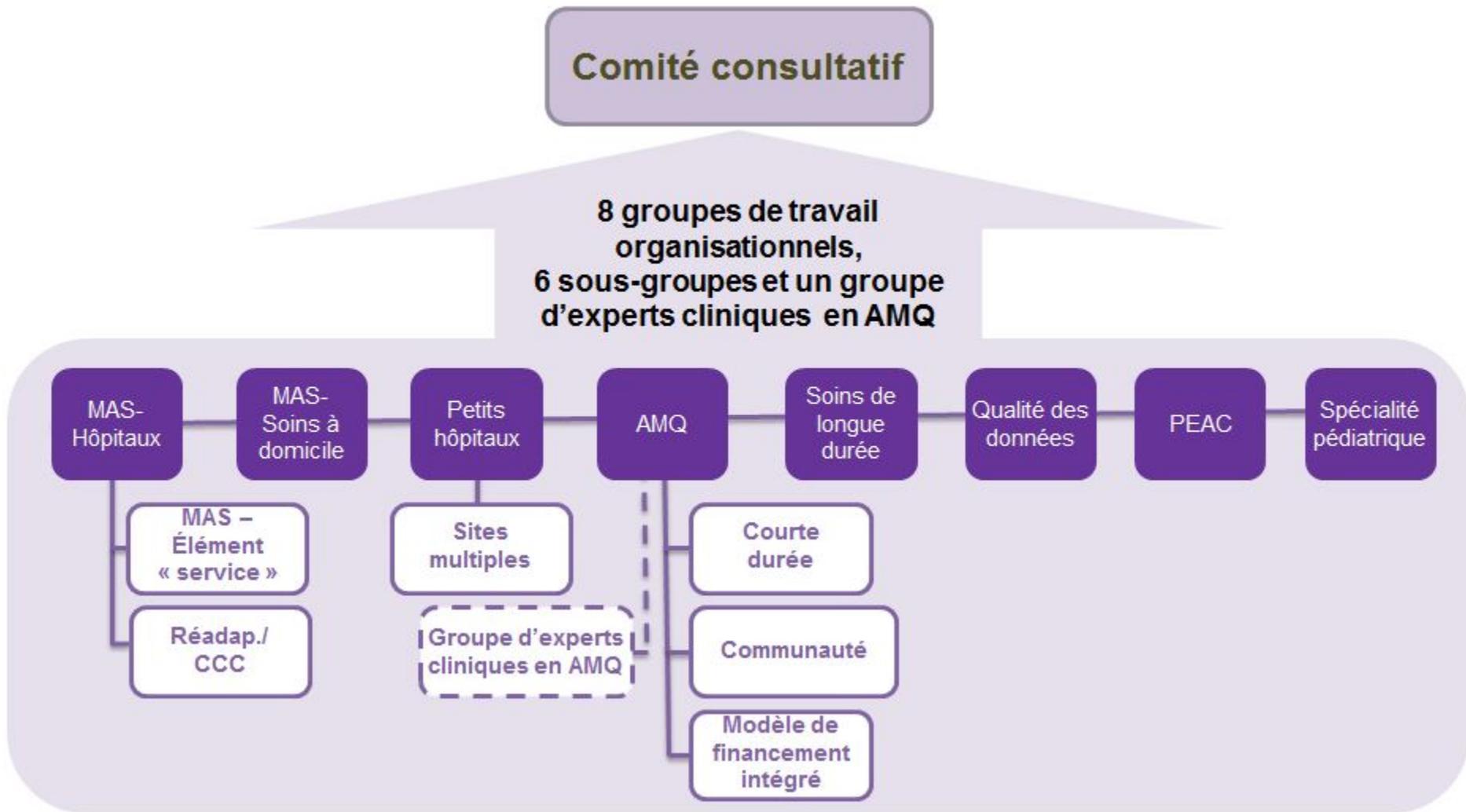
- Les établissements ont été avertis qu'il n'y aurait pas d'atténuation la 4<sup>e</sup> année.

# Leçons apprises de la RFSS

## Highlights: Lessons Learned

- La RFSS a été instaurée afin que le financement suive le patient et soit alloué équitablement. La RFSS est une source riche de renseignements sur le flux de patients, les services fournis et la rentabilité.
- La participation de chaque partie concernée à la conception du modèle était importante afin de le faire accepter et d'en assurer la crédibilité.
- La mise en œuvre a montré qu'il pourrait y avoir un compromis entre une allocation équitable et un modèle de financement trop complexe. Par exemple :
  - L'Ontario doit essayer plusieurs redressements afin d'assurer l'équité mais il se peut que cela complique les choses en raison de l'interconnexion des redressements.
- L'expérience a montré qu'un groupe de travail technique peut apporter de l'aide pour déterminer les politiques et en assurer la validité apparente, mais que nous devons avoir une perspective provinciale (c.-à-d. vérifier les intérêts spéciaux).
- Il est de plus en plus nécessaire d'établir une stratégie coordonnée d'obtention de données pour, entre autres, améliorer la qualité, l'actualité et la disponibilité des données, et veiller à ce que les fournisseurs adoptent une culture de qualité des données.
- L'atténuation était nécessaire au début de la mise en œuvre, surtout parce que les hôpitaux n'ont eu aucune augmentation. Cependant, alors que l'atténuation tire à sa fin, l'incapacité de certains fournisseurs de s'adapter complètement à un environnement sans atténuation peut poser des problèmes.

# Structure précédente : Gouvernance de la RFSS

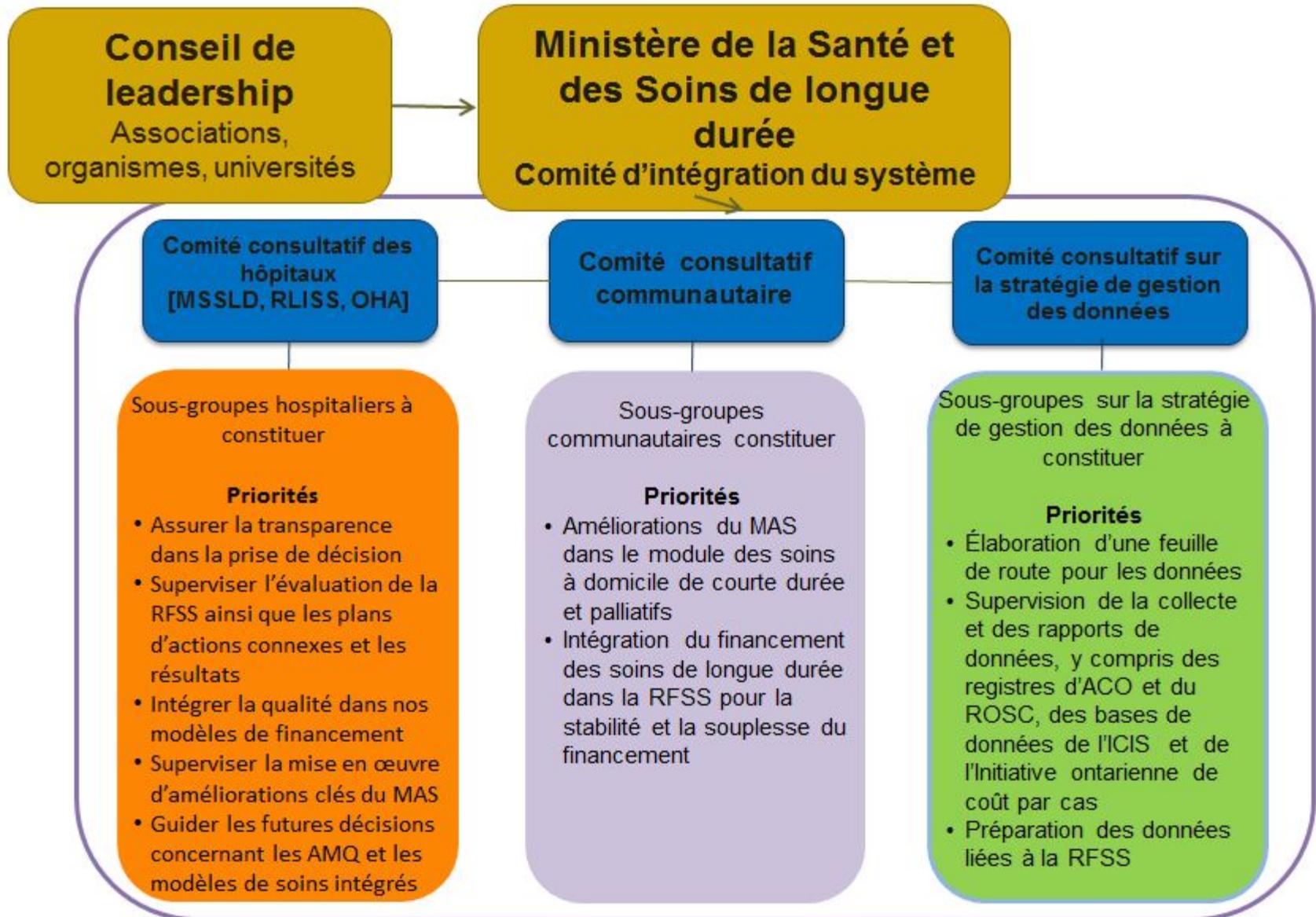


**MAS-Hôpitaux** : Inclut l'hospitalisation de courte durée, la chirurgie d'un jour, l'urgence, la consultation externe, la réadaptation, les soins continus complexes (CCC) et la santé mentale

**PEAC** : Plan d'exploitation après la construction

# Nouvelle structure de gouvernance de la RFSS

(en vigueur en juillet 2015)



# Canaux d'évaluation

## Avenues pour formuler des commentaires sur la RFSS



### Plan de travail pour la RFSS

- Éclaire les 9 premiers mois de la mise en œuvre de la RFSS
- Tient compte des commentaires découlant des évaluations de la RFSS
- Suit l'orientation stratégique de la RFSS pour l'avenir (p. ex., obstacles législatifs/réglementaires et stratégiques)

\*Engagement du secteur et évaluation entrepris avec des partenaires ministériels (HSFPB & QBPB) et OHQC

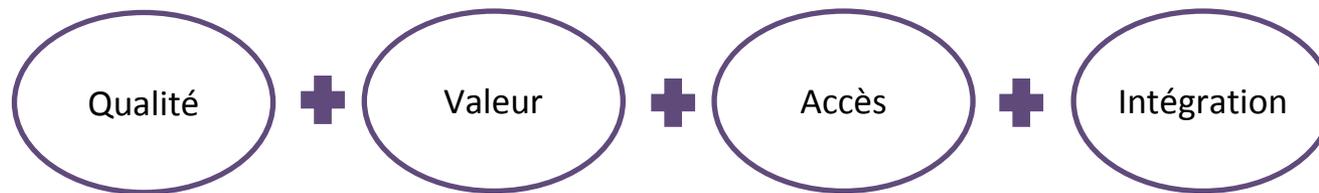
# Ce qu'il reste à faire

Optimiser nos leviers pour faciliter l'amélioration du système de santé

	<b>LA SITUATION</b>	<b>AMÉLIORATIONS POSSIBLES...</b>	<b>EXEMPLES</b>
1	Particulière au secteur	Approches intégrées	Paiements groupés/Épisodes de soins
2	Soins primaires non coordonnés	Soins coordonnés avec les partenaires	Liens en santé
3	Intégration au sein des organismes	Intégration dans tous les secteurs de la santé	Bons soins, bon endroit, bon moment
4	Approche fondée sur le volume différentiel	Planification de la capacité de l'ensemble du système	Soins fondés sur des preuves
5	Relever les obstacles structurels	Faciliter le remaniement axé sur les patients	Modèles de soins et systèmes de financement révisés
6	Leviers en silos	Leviers qui se renforcent mutuellement	PAQ / AMQ
7	Particulière à la maladie	Fondée sur les patients	Nouveaux modèles de soins
8	Accent séparé distinct sur la qualité	Qualité ancrée dans les programmes et le financement	Exploiter le rôle de QSSO
9	Valeur = Qualité / Coût	+ À-propos	Régler les variations
10	Soins organisés en fonction du fournisseur	Soins organisés en fonction du patient	Expérience du patient

# Modèle de financement intégré

*L'intention est d'obtenir des résultats en matière de qualité pour les patients et de rentabilité des dépenses de la santé en se concentrant sur la prestation des bons soins, au bon moment, au bon endroit, et au coût approprié.*



Dans le cadre d'un modèle de financement intégré, ou de paiement groupé, plusieurs fournisseurs reçoivent un seul paiement pour tous les services liés à un épisode de soins.

- Le Ministère a :
  - Sollicité des partenaires du secteur pour trouver des approches novatrices d'intégration du financement dans plusieurs phases de soins;
  - Lancé un processus de manifestation d'intérêt afin que les partenaires proposent des modèles novateurs d'évaluation;
  - Chargé une équipe de concevoir une évaluation de ces modèles afin de relever les facteurs de succès et les obstacles potentiels à la mise en œuvre de modèle de financement intégré dans tout le système.

