



23 OCTOBRE 2019

DÉCRET

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

NUMÉRO

1064-2019

CONCERNANT les conditions de mise en œuvre, par la ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental visant l'obtention et la normalisation des renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts par parcours de soins et de services, à la détermination et à la comparaison de ces coûts ainsi qu'au développement de nouveaux modèles de financement nécessaires à l'implantation du financement axé sur le patient

---ooo0ooo---

ATTENDU QUE la situation des finances publiques impose une réflexion, notamment sur les façons efficaces de dispenser les services dans le réseau public de santé et de services sociaux;

ATTENDU QU'en 2012, dans le cadre du Plan budgétaire 2012-2013, le gouvernement a créé un groupe d'experts chargé de formuler des recommandations sur l'implantation du financement axé sur le patient dans le réseau de la santé et des services sociaux;

ATTENDU QUE dans son rapport publié en février 2014, le groupe d'experts a fait plusieurs recommandations visant l'implantation graduelle et à large échelle de ce nouveau mode de financement;

ATTENDU QUE, selon le groupe d'experts, le financement axé sur le patient vise notamment à rendre les soins plus accessibles, à mieux contrôler les coûts, à améliorer la qualité des soins dispensés et à respecter les principes d'équité;

ATTENDU QUE dans son plan stratégique 2015-2020, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est engagé à mettre en place le financement axé sur le patient;

ATTENDU QUE pour mettre en œuvre le financement axé sur le patient, il est nécessaire de disposer, tant à l'échelle des établissements qu'à celle du ministère de la Santé et des Services sociaux, de renseignements clinico-administratifs complets, fiables et comparables sur les coûts par parcours de soins et de services des usagers;

ATTENDU QUE l'accès aux renseignements est également nécessaire au développement de nouveaux modèles de financement requis pour l'implantation du financement axé sur le patient, plus particulièrement pour l'élaboration des tarifs à l'activité;

ATTENDU QUE les renseignements requis ne sont pas, actuellement, colligés de façon uniforme au sein des établissements, et qu'il est essentiel de les normaliser afin de déterminer lesquels sont les plus déterminants pour le calcul des coûts par parcours de soins et de services, ainsi que pour pouvoir effectuer des comparaisons entre les établissements;

ATTENDU QUE le gouvernement, afin de pouvoir mettre en place de nouvelles façons de faire ou de modifier celles existantes en matière de collecte de données et de financement, doit évaluer l'ensemble des renseignements disponibles pour s'assurer de la faisabilité, de la fiabilité et de l'efficacité des nouveaux modèles de financement développés;

ATTENDU QUE pour ce faire, l'avenue d'un projet expérimental, mis en œuvre par la ministre de la Santé et des Services sociaux et tel que permis par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), est privilégiée;

ATTENDU QUE le projet expérimental permettra aux établissements de communiquer à la ministre les renseignements clinico-administratifs qu'ils colligent afin qu'elle puisse normaliser les renseignements, calculer et comparer les coûts par parcours de soins et de services et développer des modèles de financement nécessaires à la mise en œuvre du financement axé sur le patient;

ATTENDU QUE le projet expérimental visera, dans un premier temps, la normalisation des renseignements, l'évaluation des coûts et le financement des services rendus par les établissements pour leurs missions de centre local de services communautaires, de centre hospitalier et de centre d'hébergement et de soins de longue durée;

ATTENDU QUE la première phase du projet expérimental visera également la normalisation des renseignements, l'évaluation des coûts et le

financement des services rendus par les cliniques participantes au Projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux, les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmédic inc., pour la durée de ce projet;

ATTENDU QUE ce projet pourra viser également, dans un deuxième temps, les renseignements, l'évaluation des coûts et le financement des services rendus par les établissements pour l'ensemble des autres missions du réseau de la santé et des services sociaux;

ATTENDU QU'en vertu du premier alinéa de l'article 434 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la ministre peut, dans l'exercice des fonctions qui lui sont conférées par cette loi, malgré toute disposition inconciliable, mettre en œuvre, dans la mesure et aux conditions déterminées par le gouvernement, tout projet expérimental concernant l'organisation des ressources humaines ou matérielles des établissements aux fins de favoriser l'organisation et la prestation intégrées des services de santé et des services sociaux;

ATTENDU QU'en vertu du troisième alinéa de l'article 434 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la ministre a fait publier à la *Gazette officielle du Québec* du 17 juillet 2019 un avis de son intention de proposer au gouvernement, 45 jours après la publication de cet avis, la mise en œuvre d'un tel projet expérimental;

ATTENDU QU'il y a lieu de déterminer dans quelle mesure et selon quelles conditions la ministre de la Santé et des Services sociaux peut mettre en œuvre le projet expérimental visant l'obtention et la normalisation des renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts par parcours de soins et de services, à la détermination et à la comparaison de ces coûts ainsi qu'au développement de nouveaux modèles de financement nécessaires à l'implantation du financement axé sur le patient;

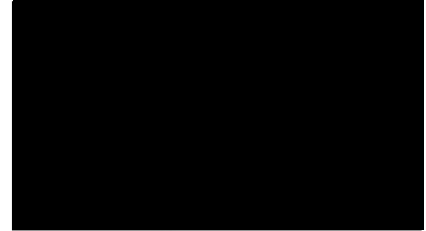
IL EST ORDONNÉ, en conséquence, sur la recommandation de la ministre de la Santé et des Services sociaux :

QUE le projet expérimental visant l'obtention et la normalisation des renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts par parcours de soins et de services, à la détermination et à la comparaison de ces coûts ainsi qu'au développement de nouveaux modèles de financement nécessaires à l'implantation du financement axé sur le patient soit mis en œuvre par la ministre de la Santé et des Services sociaux;

QUE la mise en œuvre de ce projet expérimental soit soumise aux conditions apparaissant à l'annexe du présent décret;

QUE la mise en œuvre de ce projet expérimental débute à la date de la publication du présent décret à la *Gazette officielle du Québec* et prenne fin à la date fixée par la ministre ou au plus tard le 1^{er} septembre 2022.

Le greffier du Conseil exécutif



**PROJET EXPÉRIMENTAL VISANT L'OBTENTION ET LA NORMALISATION
DES RENSEIGNEMENTS CLINICO-ADMINISTRATIFS NÉCESSAIRES AU
CALCUL DES COÛTS PAR PARCOURS DE SOINS ET DE SERVICES, À LA
DÉTERMINATION ET À LA COMPARAISON DE CES COÛTS AINSI QU'AU
DÉVELOPPEMENT DE NOUVEAUX MODÈLES DE FINANCEMENT
NÉCESSAIRES À L'IMPLANTATION DU FINANCEMENT AXÉ
SUR LE PATIENT**

**CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE, PAR LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX, DU PROJET EXPÉRIMENTAL**

**CHAPITRE I
DISPOSITIONS PRÉLIMINAIRES**

**SECTION I
CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET EXPÉRIMENTAL**

1. Les présentes conditions de mise en œuvre du projet expérimental lient les établissements publics qui exploitent un centre local de services communautaires, un centre hospitalier ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée, à l'exception des établissements situés dans les régions sociosanitaires du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, ainsi que la ministre, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, la société PowerSolutions Santé Canada inc. ainsi que tout mandataire ou prestataire de services retenu par la ministre pour la réalisation du projet.

Sont également liées par ce projet les cliniques participantes au Projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et les cliniques Chirurgie Dix30 inc., Centre de chirurgie RocklandMD et Groupe Opmédic inc., pour la durée de ce projet.

**SECTION II
OBJECTIFS DU PROJET EXPÉRIMENTAL**

2. Les objectifs du projet sont les suivants :
 - 1° documenter, le plus précisément possible, les coûts de chaque service rendu aux usagers à l'aide des renseignements obtenus des établissements et des cliniques visés;
 - 2° normaliser les renseignements colligés par les établissements et les cliniques visés afin de permettre le meilleur calcul possible des

- coûts des services rendus aux usagers, ainsi que leur comparaison entre établissements;
- 3° déterminer les coûts par parcours de soins et services (ci-après les « CPSS »);
 - 4° développer des modèles d'analyse et de comparaison de ces coûts;
 - 5° procéder à des comparaisons intra et interétablissements afin d'établir les meilleures pratiques en vue d'améliorer la performance, l'efficacité et l'efficacité des pratiques cliniques et administratives en place;
 - 6° développer de nouveaux modèles de financement conformes au financement axé sur le patient (ci-après le « FAP »), basés sur les résultats de coûts obtenus.

CHAPITRE II

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS À LA MINISTRE

SECTION I

RENSEIGNEMENTS COMMUNIQUÉS

3. Afin de permettre à la ministre de mesurer la consommation de soins et de services par usager, soit l'intégralité des volumes de services rendus pour chaque parcours de soins et de services, chaque établissement ou clinique visé par le projet expérimental devra lui transmettre, en plus des renseignements déjà prévus au Règlement sur les renseignements devant être transmis par les établissements au ministre de la Santé et des Services sociaux (chapitre S-4.2, r. 23) et des renseignements de nature administrative pouvant déjà lui être transmis, les renseignements clinico-administratifs prévus à l'annexe 1, concernant les usagers auxquels ont été dispensés, le cas échéant, des services dans les centres, sous-centres et sous-sous-centres d'activités suivants définis au Manuel de gestion financière publié par la ministre en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) :

- 1° pour les services diagnostics, les centres d'activités suivants :

- a) laboratoires de biologie médicale (6600), et plus précisément les sous-centres d'activités suivants :

- i. banque de sang (6601);

- ii. dépistage prénatal de la trisomie 21 (6602);
 - iii. anatomopathologie (6604);
 - iv. cytologie (6605);
 - v. centre de prélèvements (6606);
 - vi. laboratoires regroupés (6607);
 - vii. dépistage néonatal (6608);
 - viii. génétique médicale (6609);
- b) endoscopie (6770);
- c) imagerie médicale (6830), et plus précisément les sous-centres d'activités suivants :
- i. radiologie générale (6831);
 - ii. ultrasonographie (6832);
 - iii. mammographie (6833);
 - iv. tomodensitométrie (6834);
 - v. résonance magnétique (6835);
 - vi. angioradiologie (excluant cardiaque) (6836);
 - vii. lithotripsie (6837);
 - viii. neuro-angio-radiologie (6838);
 - ix. support à l'imagerie médicale (6839);
- d) médecine nucléaire et tomographie par émission de positons (TEP) (6780), et plus précisément les sous-centres d'activités suivants :
- i. support à la médecine nucléaire et TEP (6781);
 - ii. médecine nucléaire (6785);
 - iii. TEP (6786);
- e) électrophysiologie (6710);
- f) physiologie respiratoire (6610);

2° pour les services thérapeutiques, les centres d'activités suivants :

a) pharmacie (6800), et plus précisément les sous-centres d'activités suivants :

- i. pharmacie - usagers externes en CH (6803);
- ii. pharmacie - usagers hospitalisés (6804);
- iii. pharmacie - usagers hébergés (6805);
- iv. pharmacie en CLSC (6806);

b) hémodynamie et électrophysiologie interventionnelle (6750), et plus précisément les sous-centres d'activités suivants :

- i. hémodynamie (6751);
- ii. électrophysiologie interventionnelle (6752);

c) services d'oncologie et d'hématologie (7060), et plus précisément les sous-centres d'activités suivants :

- i. services externes d'oncologie et d'hématologie (7061);
- ii. accompagnement des usagers atteints de cancer par l'infirmière pivot en oncologie (IPO) (7062);
- iii. ligne téléphonique Info-Onco (7063);
- iv. procédures d'aphérèse (7064);

d) radio-oncologie (6840), et plus précisément les sous-centres d'activités suivants :

- i. téléthérapie (6841);
- ii. curiethérapie (6845);
- iii. support à la radio-oncologie (6849);

e) dialyse (6790), et plus précisément les sous-centres d'activités suivants :

- i. hémodialyse traditionnelle en unité de dialyse (6791);
- ii. hémodialyse semi-autonome en unité de dialyse (6792);
- iii. hémodialyse à domicile (6793);
- iv. hémodialyse hors de l'unité de dialyse (6794);

- v. dialyse péritonéale (6795);
- vi. unité mobile d'hémodialyse (6796);

f) inhalothérapie (6350), et plus précisément le sous-centre d'activités d'inhalothérapie - Autres (6352), à l'exclusion des services rendus en centre local de services communautaires;

3° pour les services externes, les centres d'activités suivants :

- a) bloc opératoire (6260);
- b) hôpital de jour en santé mentale (6280), et plus précisément les sous-centres d'activités suivants :
 - i. hôpital de jour en pédopsychiatrie (0 - 17 ans) (6281);
 - ii. hôpital de jour en santé mentale - Adultes (18 - 100 ans) (6282);
- c) hôpital de jour gériatrique (6290);
- d) consultations externes (6300), et plus précisément les sous-centres d'activités suivants :
 - i. consultations externes spécialisées (6302);
 - ii. planification familiale (6303);
 - iii. groupe de médecine de famille universitaire (Unité de médecine familiale) GMF-U (UMF) (6304);
 - iv. services de santé courants (6307);
 - v. consultation et suivi de la procréation assistée (6309);
- e) services d'évaluation et de traitement de deuxième et troisième ligne en santé mentale (6330), et plus précisément les sous-centres d'activités suivants :
 - i. services d'évaluation et de traitement de deuxième et troisième ligne en santé mentale - Moins de 18 ans (6331);
 - ii. services d'évaluation et de traitement de deuxième et troisième ligne en santé mentale – 18 ans et plus (6332);
- f) services ambulatoires de psychogériatrie (6380);

g) centre de jour (6970), et plus précisément les sous-centres d'activités suivants :

- i. centre de jour en santé mentale - Jeunes (0 - 17 ans) (6977);
- ii. centre de jour en santé mentale – Adultes (18 – 100 ans) (6978);

h) l'unité de médecine de jour (7090);

4° pour les services professionnels, les centres d'activités suivants :

a) services psychosociaux (6560), et plus précisément les sous-centres d'activités suivants :

- i. psychologie (6564);
- ii. services sociaux (6565);

b) audiologie et orthophonie (6860), et plus précisément les sous-centres d'activités suivants :

- i. audiologie (6861);
- ii. orthophonie (6862);

c) physiothérapie (6870);

d) ergothérapie (6880);

e) nutrition clinique (7553);

5° pour les services hospitaliers et de chirurgie d'un jour, le centre d'activités du bloc opératoire (6260).

4. De plus, afin de permettre à la ministre de faire l'évaluation des CPSS dans les établissements et de comparer les pratiques cliniques et administratives entre ces derniers et leurs répercussions sur les coûts, les établissements et les cliniques visés par le projet expérimental devront lui transmettre l'ensemble des résultats de coûts de chaque parcours de soins et de services, détaillé par centre ou sous-centre d'activités, puis par service dispensé et fourniture utilisée, le cas échéant.

SECTION II**MODALITÉS ET FRÉQUENCE DE TRANSMISSION DES RENSEIGNEMENTS****§ 1. — *Transmission par un établissement***

5. Les renseignements seront communiqués à partir du logiciel Power Performance Manager (ci-après le « PPM ») implanté dans l'établissement et qui regroupe les renseignements nécessaires au calcul des CPSS en provenance de l'ensemble des systèmes d'information locaux de l'établissement.
6. Un fichier contenant les renseignements clinico-administratifs et les résultats de coûts prévus aux articles 3 et 4 devra être préparé par l'établissement puis approuvé par le président-directeur général de l'établissement avant sa communication à la ministre et versé dans le système local de soumission des résultats de coûts (ci-après le « SSRC ») du logiciel PPM.
7. À partir du SSRC du logiciel PPM, le fichier sera transmis par un moyen de communication sécurisé dans le système d'information provincial des coûts par parcours de soins et de services (ci-après le « SI-CPSS »), conservé sur un serveur sécurisé du ministère de la Santé et des Services sociaux.
8. Un tel fichier devra être préparé et transmis à la fréquence déterminée par la ministre, laquelle ne pourra être inférieure à une fois l'an.

§ 2. — *Transmission par une clinique*

9. À partir de ses systèmes d'information locaux, la clinique devra extraire les renseignements clinico-administratifs et les résultats de coûts prévus aux articles 3 et 4 et les communiquera à la ministre par un moyen de communication sécurisé.
10. La ministre intégrera ces renseignements dans le SI-CPSS.
11. Les renseignements devront être préparés et transmis à la fréquence déterminée par la ministre, laquelle ne pourra être inférieure à une fois l'an.

SECTION III**CONFIDENTIALITÉ ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS**

12. Les renseignements communiqués dans le cadre du projet expérimental sont confidentiels et ne peuvent être utilisés que conformément et aux fins de ce projet. Ils ne peuvent être communiqués par quiconque à des tiers, même avec le consentement de la personne concernée.
13. La ministre met en place un ensemble de mesures et de mécanismes de sécurité visant à assurer l'intégrité et la confidentialité des renseignements qu'elle obtient dans le cadre du projet expérimental et s'assure du fonctionnement adéquat de ces mécanismes.
14. À cette fin, la ministre s'engage à respecter les règles de protection des renseignements personnels prévues à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1, ci-après la « Loi sur l'accès ») et, plus précisément à :
 - 1° utiliser un mécanisme d'anonymisation des renseignements obtenus de façon à ce que les renseignements permettant l'identification des usagers ne soient utilisés que lorsque nécessaire;
 - 2° ne rendre accessibles les renseignements qu'aux membres de son personnel qui ont qualité pour les recevoir, lorsqu'ils sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions relatives au projet expérimental;
 - 3° faire compléter au préalable un engagement de confidentialité à quiconque aura accès aux renseignements;
 - 4° mettre en place des mesures afin que tous les accès aux renseignements effectués puissent être retracés et vérifiés périodiquement par la journalisation des accès aux renseignements;
 - 5° prendre les mesures de sécurité raisonnables relatives à l'intégrité physique des lieux où sont stockés les renseignements afin de garantir leur confidentialité, tant lors de leur utilisation que lors de leur conservation.
15. Les renseignements obtenus dans le cadre du projet expérimental peuvent être conservés par la ministre pendant toute la durée du projet. Ils devront être détruits au terme du projet, à moins que le gouvernement n'édicte, avant ce terme et en application du paragraphe 26° du premier

alinéa de l'article 505 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, un règlement permettant à la ministre d'exiger que les établissements les lui transmettent. Dans un tel cas, les renseignements peuvent être conservés par la ministre, dans la mesure prévue par ce règlement.

CHAPITRE III

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

SECTION I

MINISTRE

16. La ministre assure la gestion et le contrôle du projet expérimental conformément aux conditions de mises en œuvre approuvées par le gouvernement. À ce titre, elle assume notamment les responsabilités suivantes :
- 1° définir et communiquer aux participants au projet expérimental les orientations, les objectifs ainsi que toute directive, toute règle ou tout document à prendre en compte pour l'exécution du projet;
 - 2° coordonner et superviser l'exercice des responsabilités des participants au projet expérimental et les actions qu'ils posent, et en assurer le suivi;
 - 3° donner, en temps opportun, à tout participant au projet expérimental les approbations nécessaires à sa mise en œuvre;
 - 4° mettre en place un ensemble de mesures et de mécanismes de sécurité visant à assurer l'intégrité et la confidentialité des renseignements qu'elle obtient dans le cadre du projet expérimental et s'assurer du fonctionnement de ces mécanismes, conformément aux dispositions de la section III du chapitre II;
 - 5° s'assurer que l'ensemble des participants au projet expérimental respecte les conditions de mise en œuvre du projet et toute autre directive, règle ou document à prendre en compte, notamment en matière de confidentialité et de protection des renseignements et prendre les mesures appropriées pour remédier à tout défaut, le cas échéant;
 - 6° conclure toute entente requise pour la mise en œuvre du projet expérimental.

17. La ministre procède à la validation et à la normalisation des renseignements qu'elle obtient aux fins du projet expérimental. Elle analyse et évalue les renseignements obtenus avec les objectifs suivants :
- 1° comprendre le contenu des renseignements des systèmes sources des établissements;
 - 2° évaluer la qualité des renseignements, notamment quant à leur exactitude, leur cohérence et leur accessibilité, à l'aide d'algorithmes permettant de mesurer les anomalies et de documenter leurs impacts;
 - 3° définir des règles de normalisation devant être suivies par les établissements et les cibles de qualité attendues;
 - 4° rechercher les sources d'erreurs et faire des recommandations aux établissements pour les limiter.

Elle s'assure également que les systèmes sources des établissements permettent la mise en œuvre de la méthodologie du coût de revient prévue à l'annexe 2 et elle évalue la nécessité de procéder à des changements, le cas échéant.

18. Dans le respect de la méthodologie du coût de revient prévue à l'annexe 2 et à la lumière des travaux du comité méthodologique institué en vertu de l'article 37, la ministre précise la méthodologie par secteur devant être utilisée pour le calcul des CPSS aux fins du projet expérimental.
19. La ministre analyse les résultats des CPSS obtenus des établissements pour chacun des établissements, notamment en comparant les résultats obtenus entre différents établissements et cliniques pour un parcours similaire.
- Elle cible les zones d'inefficience et élabore des orientations pour les établissements afin de maximiser la performance du système de santé.
20. La ministre élabore des indicateurs de performance permettant de mieux comprendre et d'améliorer le niveau de performance du réseau de la santé et des services sociaux (ci-après le « RSSS ») avec des renseignements validés, fiables et normalisés. Elle met ces indicateurs à la disposition des établissements.
21. En conformité avec le FAP, la ministre élabore de nouveaux modèles de financement basés sur les résultats de CPSS et détermine les renseignements qu'il est nécessaire de recueillir pour leur mise en œuvre. Elle s'assure que ces nouveaux modèles permettent d'améliorer la

pertinence, la qualité et l'efficience des soins de santé par des mesures incitatives et des mécanismes de tarification des dispensateurs de services.

Pour ce faire, elle procède, dans un premier temps, à l'analyse des renseignements selon le parcours de soins visé, avec l'objectif d'obtenir une tarification la plus représentative des coûts engagés et en visant une dispensation efficiente des services. Elle bonifie ensuite ces tarifs en fonction des autres volets de la performance comme l'accessibilité ou la qualité des services, par le calcul et le suivi d'indicateurs et de cibles de performance.

Dans l'élaboration des nouveaux modèles de financement, la ministre évalue la possibilité de recourir à différentes formes ou combinaisons de formes de financement, dont les suivantes :

- 1° le financement à l'activité, soit le financement selon les volumes d'activités réalisés;
- 2° le financement à la performance, soit le financement selon l'atteinte de cibles relatives à des indicateurs de performance déterminés;
- 3° le financement selon la meilleure pratique, soit le financement défini à partir des étapes cliniques qui constituent la meilleure pratique ou le financement conditionnel à cette pratique.

SECTION II

POWERSOLUTIONS SANTÉ CANADA INC.

22. PowerSolutions Santé Canada inc. participe au projet expérimental dans la mesure de ses responsabilités prévues aux termes du contrat qui lui a été adjugé à la suite de l'appel d'offres no 2016-6875-01-01 préparé par le Groupe d'approvisionnement en commun de l'Est du Québec.

Elle est notamment chargée du développement du SI-CPSS et, en collaboration avec le centre de développement et d'opérationnalisation (ci-après le « CDO ») du Centre hospitalier de l'Université de Montréal créé conformément à l'article 23, de la sécurité du SI-CPSS et du développement du portail provincial. Elle soutient également le CDO et la ministre quant à la mise en place de ces actifs.

SECTION III**CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**

23. Le Centre hospitalier de l'Université de Montréal constitue en son sein, conformément aux orientations de la ministre, une unité administrative appelée CDO, dont la mission est de mettre en œuvre, d'exploiter, d'implanter et de faire évoluer les différents systèmes d'information nécessaires à la mise en œuvre du projet expérimental au bénéfice des établissements du RSSS et de la ministre.
24. Pour le compte de la ministre, le CDO participe aux travaux d'extraction et d'intégration de renseignements des établissements nécessaires à l'alimentation du SI-CPSS. Il développe et maintient à jour le cadre nécessaire à la communication des renseignements des établissements dans le SI-CPSS, en plus d'assurer le soutien de premier niveau auprès des établissements quant au fonctionnement du logiciel PPM;
25. Le CDO participe aux travaux de détermination des CPSS. Il développe une expertise en matière de comptabilité analytique pour le calcul du coût de revient, participe aux travaux du comité méthodologique institué en vertu de l'article 37 et conseille la ministre en ces matières.

Il supervise également les établissements dans leur application de la méthodologie du coût de revient prévue à l'annexe 2 et de la méthodologie par secteur déterminée par la ministre.

26. Le CDO participe aux travaux d'analyse de la performance prévus dans le cadre du projet expérimental. Il conseille la ministre et les établissements sur le développement d'indicateurs et soutient les établissements dans l'utilisation des renseignements de CPSS nécessaires à l'analyse de leur performance.
27. Pour le compte de la ministre, le CDO met en place un portail provincial rendant accessible à la ministre et à chaque établissement les renseignements agrégés à partir des renseignements contenus dans le SI-CPSS, leur permettant d'analyser leur performance et de procéder à des comparaisons interétablissements au regard de différents indicateurs.

Pour ce faire, le CDO assure l'intégration et la mise à jour des renseignements contenus dans ce portail, assure le soutien de premier niveau auprès des établissements quant au fonctionnement de ce portail et assure la sécurité des renseignements qui y sont contenus conformément aux mesures et mécanismes mis en place par la ministre.

Le CDO participe également au comité consultatif sur le fonctionnement de ce portail institué en vertu de l'article 37.

28. Le CDO collabore à l'élaboration de nouveaux modèles de financement, notamment quant à la détermination des renseignements nécessaires à leur mise en œuvre.
29. Les responsabilités dévolues au CDO en vertu des articles 23 à 28 sont assumées de façon progressive par ce dernier pour la période de transition prévue au contrat adjugé à PowerSolutions Santé Canada inc. à la suite de l'appel d'offres no 2016-6875-01-01 préparé par le Groupe d'approvisionnement en commun de l'Est du Québec. Au terme de ce contrat, le CDO prend l'entière charge de ses responsabilités avec l'appui de PowerSolutions Santé Canada inc. selon les termes convenus avec elle, le cas échéant.

SECTION IV

ÉTABLISSEMENTS

30. Les établissements participant au projet procèdent à l'interne, à l'aide du logiciel PPM, au calcul de leurs CPSS et à l'analyse de ces derniers.
31. Les établissements participant au projet expérimental communiquent à la ministre les renseignements qu'elle requiert en vertu du chapitre II, aux conditions qui y sont prévues.
32. Les établissements collaborent à l'exercice de normalisation des renseignements contenus dans leurs systèmes sources effectué par la ministre conformément à l'article 17. Dans l'objectif d'atteindre les cibles de qualité déterminées par la ministre, ils appliquent les règles de normalisation qu'elle détermine et ses recommandations sur la limitation des erreurs et procèdent aux changements qu'elle demande, le cas échéant.
33. Les établissements collaborent avec le CDO du Centre hospitalier de l'Université de Montréal pour la mise en œuvre du portail provincial, notamment en participant au comité consultatif institué en vertu de l'article 37.
34. À l'aide du portail provincial, les établissements analysent et comparent leur performance, notamment au regard des indicateurs proposés par la ministre et réévaluent leurs pratiques en conséquence.
35. En tout temps, les établissements assurent la sécurité des renseignements auxquels ils accèdent, conformément aux mesures et mécanismes mis en place par la ministre.

SECTION V

CLINIQUES PRIVÉES

36. Les cliniques privées participant au présent projet expérimental communiquent à la ministre les renseignements qu'elle requiert en vertu du chapitre II du présent projet, aux conditions qui y sont prévues.

SECTION VI

COMITÉS CONSULTATIFS

37. Sont institués, aux fins du projet expérimental, le comité méthodologique et le comité consultatif sur le fonctionnement du portail provincial.
38. Le comité méthodologique est composé minimalement de deux représentants de la ministre, de deux représentants du CDO du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et de trois représentants d'autres établissements. Il est chargé de guider la mise à jour de la méthodologie utilisée pour le calcul des CPSS.
39. Le comité consultatif sur le fonctionnement du portail provincial est composé minimalement de deux représentants de la ministre, de deux représentants du CDO du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et de trois représentants des autres établissements. Il est chargé de guider l'évolution du portail provincial.

CHAPITRE IV

DISPOSITION FINALE

40. Le Projet expérimental visant l'obtention et la normalisation des renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts par parcours de soins et de services, à la détermination et à la comparaison de ces coûts ainsi qu'au développement de nouveaux modèles de financement nécessaires à l'implantation du financement axé sur le patient débute à la date de la publication du décret pris pour en déterminer les conditions à la *Gazette officielle du Québec* et prend fin à la date fixée par la ministre ou au plus tard le 1^{er} septembre 2022.

ANNEXE 1
(*article 3*)**Renseignements devant être communiqués à la ministre**

1. Tout établissement et clinique privée participant au projet expérimental transmet, à l'égard de tout usager auquel il a dispensé des services dans les centres, sous-centres et sous-sous-centres d'activités visés à l'article 3 des Conditions de mise en œuvre, par la ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental, les renseignements suivants :
 - 1° concernant l'usager :
 - a) son numéro d'assurance maladie;
 - b) la date de sa naissance;
 - c) le code postal de sa résidence;
 - d) le numéro de son dossier dans l'établissement;
 - 2° concernant chaque service rendu à l'usager dans l'un des centres, sous-centres ou sous-sous-centres visés par le projet expérimental :
 - a) le centre, le sous-centre et le sous-sous-centre d'activités dans lesquels les services ont été rendus;
 - b) le numéro, au permis de l'établissement, de l'installation concernée;
 - c) le centre de coût concerné, selon la charte comptable provinciale;
 - d) la responsabilité du paiement pour le service rendu;
 - e) le code et la description du service clinique dans lequel le service a été rendu;
 - f) la discipline ou la spécialité du professionnel ayant rendu le service;
 - g) le code du service dispensé;
 - h) la description du service dispensé;
 - i) la catégorie du service dispensé;
 - j) l'indication selon laquelle l'usager reçoit des services d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée, d'un centre local de services communautaires ou d'un centre hospitalier et dans ce dernier cas, s'il s'agit d'un usager admis ou recevant des services externes ou d'urgence;

- k) le code de priorité attribué au service;
 - l) les dates et les heures de début et de fin du service;
 - m) la durée, en minutes, du service;
 - n) la date et l'heure de la demande de service;
 - o) le département duquel provient la demande de services;
 - p) les dates de début et de fin d'application du plan de traitement;
 - q) l'indication selon laquelle le service a été réalisé ou non;
 - r) le nombre d'unités techniques totales ayant été requises pour le service;
 - s) l'installation dans laquelle le service a été rendu.
2. Tout établissement et clinique privée participant au projet expérimental transmet, à l'égard de tout usager auquel il a dispensé des services diagnostiques dans les centres, sous-centres et sous-sous-centres d'activités visés au paragraphe 1° de l'article 3 des Conditions de mise en œuvre, par la ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental, les renseignements suivants, selon le centre d'activités dans lequel ont été dispensés les services :
- 1° concernant chaque service rendu dans le centre d'activités de laboratoires de biologie médicale (6600) :
- a) la description du test;
 - b) la catégorie du test;
 - c) le numéro séquentiel attribué au service;
 - d) le numéro de la demande;
 - e) la date du prélèvement;
 - f) la date et l'heure de réception de l'échantillon au laboratoire;
 - g) la date et l'heure de la signature des résultats du test par un médecin titulaire d'un certificat de spécialiste en pathologie générale ou en pathologie hématologique;
- 2° concernant chaque service rendu dans le centre d'activités d'endoscopie (6770) :
- a) l'indication selon laquelle l'examen a été réalisé ou non;
 - b) les heures de début et de fin de la période de récupération de l'usager après le service;

- c) la description du service;
- d) le nombre de fois où le service a été rendu;
- e) la technique d'anesthésie utilisée pour le service;
- f) la date et la raison de l'annulation de l'examen, le cas échéant;
- g) l'indication selon laquelle l'examen était urgent ou électif;

3° concernant chaque service rendu dans les centres d'activités d'imagerie médicale (6830) et de médecine nucléaire et TEP (6780) :

- a) le code de procédure, selon le Manuel de gestion financière publié par la ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- b) le code de procédure propre à l'établissement et sa description;
- c) la durée, en minutes, de l'examen de l'infirmière;
- d) la durée, en minutes, de l'examen du médecin;
- e) la durée totale, en minutes, de l'examen;
- f) la date de signature des résultats par le médecin ayant réalisé l'examen;
- g) la date du rapport du médecin ayant réalisé l'examen;
- h) la durée, en minutes, de la dictée du rapport du médecin ayant réalisé l'examen;
- i) la spécialité du médecin ayant réalisé l'examen.

3. Tout établissement et clinique privée participant au projet expérimental transmet, à l'égard de tout usager auquel il a dispensé des services thérapeutiques dans les centres, sous-centres et sous-sous-centres d'activités visés au paragraphe 2° de l'article 3 des Conditions de mise en œuvre, par la ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental, les renseignements suivants, selon le centre d'activités dans lequel ont été dispensés les services :

1° concernant chaque service rendu dans le centre d'activités de pharmacie (6800) :

- a) la spécialité du médecin prescripteur;
- b) le numéro d'identification du médicament (DIN);
- c) la posologie du médicament;

- d) la forme du médicament;
- e) l'indication selon laquelle il s'agit ou non d'un médicament générique;
- f) le nom du fabricant du médicament;
- g) les dates de début et de fin de l'ordonnance;
- h) la date et l'heure d'exécution de l'ordonnance par le pharmacien;
- i) le numéro séquentiel attribué à l'ordonnance;
- j) la quantité de médicaments prescrite;
- k) la quantité de médicaments administrée;
- l) la catégorie de l'ordonnance et la description de cette catégorie;
- m) dans le cas d'un médicament administré par voie intraveineuse, son code de traçabilité;
- n) les renseignements complémentaires accompagnant l'ordonnance;
- o) l'endroit où l'ordonnance a été servie;
- p) la quantité de médicaments servie;

2° concernant chaque service rendu dans le centre d'activités d'hémodynamie et d'électrophysiologie interventionnelle (6750) :

- a) le code et la description de la prothèse ou de la fourniture coûteuse utilisée pour le service;
- b) le nombre d'interventions effectuées;
- c) la technique d'anesthésie utilisée;
- d) la date et la raison de l'annulation de l'intervention, le cas échéant;
- e) l'indication selon laquelle l'intervention était urgente ou élective;

3° concernant chaque service rendu dans le centre d'activités de services d'oncologie et d'hématologie (7060) :

- a) l'indication selon laquelle un traitement a, ou non, été effectué lors de la visite;
- b) l'heure de la prestation du traitement, le cas échéant;

- 4° concernant chaque service rendu dans le centre d'activités de radio-oncologie (6840) :
 - a) l'indication qu'il s'agit ou non du début d'un nouveau traitement;
 - b) l'indication qu'il s'agit ou non d'une visite de suivi;
 - c) le nombre d'unités de traitement après pondération du traitement administré;
 - d) l'heure de la prestation du traitement;
 - 5° concernant chaque service rendu dans le centre d'activités de dialyse (6790), le nombre de traitements administrés.
4. Tout établissement et clinique privée participant au projet expérimental transmet, à l'égard de tout usager auquel il a dispensé des services externes dans le centre d'activités du bloc opératoire (6260) visé au sous-paragraphe a) du paragraphe 3° de l'article 3 des Conditions de mise en œuvre, par la ministre de la Santé et des Services sociaux, du projet expérimental, les renseignements suivants :
- 1° la spécialité du médecin ayant effectué la chirurgie;
 - 2° la technique d'anesthésie utilisée;
 - 3° la date et l'heure de début de l'anesthésie;
 - 4° l'indication que la chirurgie a été annulée, le cas échéant, ainsi que, dans ce cas, la date, le code de raison et la description du code de raison de l'annulation;
 - 5° l'indication selon laquelle la chirurgie était urgente ou élective;
 - 6° le nombre de personnes présentes en salle d'opération au cours de la chirurgie, par type de ressource;
 - 7° l'indication selon laquelle il s'agit ou non d'une chirurgie oncologique;
 - 8° la date de la chirurgie;
 - 9° les heures de début et de fin de la phase préopératoire;
 - 10° l'indication selon laquelle il s'agit ou non de la procédure principale;
 - 11° la spécialité médicale de la procédure;

- 12° les dates et les heures de début et de fin de la période de récupération de l'usager après la chirurgie;
 - 13° les heures de début et de fin de la chirurgie.
5. Tout établissement et clinique privée participant au projet expérimental transmet, à l'égard de tout usager auquel il a dispensé des services hospitaliers et de chirurgie d'un jour dans les centres, sous-centres et sous-sous-centres d'activités visés au paragraphe 5° de l'article 3 des conditions de mise en œuvre du projet expérimental, les renseignements suivants :
- 1° l'indication selon laquelle l'usager est hébergé dans une chambre privée, semi-privée ou dans une salle, le cas échéant;
 - 2° le numéro de la chambre dans laquelle est hébergé l'usager ainsi que le numéro du lit, le cas échéant;
 - 3° le code et le nom de l'unité de soins dans laquelle séjourne l'usager ainsi que le type auquel elle appartient, le cas échéant;
 - 4° les dates et heures d'arrivée et de départ de l'usager à l'unité de soins;
 - 5° le code et la description de l'unité de soins où a été admis l'usager;
 - 6° la catégorie majeure de diagnostic (CMD) de l'usager;
 - 7° l'APR-DRG (All Patient Refined Diagnosis Related Groups) de l'usager;
 - 8° le montant prévu pour le financement du service;
 - 9° le niveau global de gravité clinique du service;
 - 10° le type de plateau requis pour le service;
 - 11° le cas échéant, le code d'atypie du service et sa description;
 - 12° le type de séjour prévu de l'usager.

ANNEXE 2*(articles 17, 18 et 25)***MÉTHODOLOGIE DU COÛT DE REVIENT**

La méthodologie du coût de revient par usager s'articule autour de quatre facteurs importants qui sont : l'épisode de soins par numéro de dossier d'usager (ou cheminement de l'usager), l'identification des activités, les données cliniques et les données financières.

A. Principe du coût de revient

Le coût de revient est un coût par usager qui reçoit des services de santé et des services sociaux. Il consiste à estimer l'ensemble des coûts réels des soins et services qu'un usager a reçus lors de son parcours de soins et services.

L'établissement du coût de revient tient également compte des coûts indirects. Ces coûts indirects sont des charges qui ne peuvent être imputées exclusivement aux services dispensés à l'usager (ce sont entre autres les coûts d'administration, de soutien, de bâtiment et d'équipements). Ces dépenses sont généralement réparties sur la base de clés de répartition en fonction de certaines hypothèses bien définies. Les déboursés liés à la rémunération médicale sont exclus du calcul.

B. Base des données financières

L'établissement du coût de revient requiert uniquement les charges d'exploitation. Aucun revenu ou redevance n'est utilisé.

La base de données financières est répartie principalement en deux parties distinctes que sont la main-d'œuvre et les autres charges directes. Toutefois, il est nécessaire d'obtenir des informations sur les données des coûts indirects.

Les dépenses en main-d'œuvre sont constituées de salaires (salaires du personnel-cadre et du personnel régulier, les heures supplémentaires, les primes, etc.), des avantages sociaux généraux, des avantages sociaux particuliers et des charges sociales.

Les autres charges directes sont composées de fournitures et autres charges telles que les instruments et le petit matériel, les prothèses, les appareils orthopédiques mis en place lors des interventions et les fournitures médicales et chirurgicales.

C. Catégorisation des coûts indirects**Frais administratifs**

Papeterie, impression, articles de bureau, frais de déplacement, de séjour et d'inscription du personnel.

Frais de soutien

Gestion de l'information, entretien ménager, buanderie et lingerie, entretien des installations.

Immobilier (bâtiment)

Location des locaux, rénovation ou amélioration majeure des locaux.

D. Établissement du coût de revient**ÉTAPE 1 : CHEMINEMENT DE L'USAGER POUR UN ÉPISODE DE SOINS**

Cette étape consiste à cerner l'ensemble des activités ou dépenses engendrées par l'usager. Cette trajectoire comporte plusieurs étapes.

Le cheminement de l'usager est divisé en différentes étapes reflétant la réalité propre à chaque établissement. Il y a donc un « début » à cette trajectoire et une « fin ».

Pour chacune des activités, il faut définir les fournitures et dépenses directement liées à l'épisode de soins.

ÉTAPE 2 : DÉFINITION DE L'ENSEMBLE DES COÛTS

Cette étape permet de définir l'ensemble des coûts à prendre en considération dans le calcul du coût de revient.

Les coûts directs comprennent tout ce qui se rapporte aux activités et dépenses qui se produisent durant l'épisode de soins.

Les coûts indirects sont les coûts qui se rapportent aux éléments suivants :

- les équipements;
- les immobilisations;
- les coûts directs liés à l'administration et au soutien.

ÉTAPE 3 : CUEILLETTE D'INFORMATION CLINIQUE ET FINANCIÈRE SELON CE QUI A ÉTÉ DÉFINI AUX DEUX ÉTAPES PRÉCÉDENTES

ÉTAPE 4 : CALCUL DES COÛTS UNITAIRES POUR CHACUNE DES ACTIVITÉS

- ventilation des salaires par activité et par titre d'emploi à travers le système;
- identification des indicateurs de coût pour chacune des activités;
- calcul du coût unitaire par activité. Cette étape consiste à diviser les salaires totaux d'une activité par l'unité de mesure correspondante.

ÉTAPE 5 : CALCUL DU COÛT UNITAIRE DE CHAQUE ACTIVITÉ PAR USAGER

Il s'agit de multiplier la consommation de chaque activité générée par l'utilisateur (ou la quantité de chaque générateur) par son coût unitaire.

ÉTAPE 6 : CALCUL DU COÛT TOTAL PAR USAGER

Cette étape consiste en la sommation du coût de toutes les activités réunies. Une fois le coût total obtenu, on ajoute le coût des fournitures identifiées en fonction du numéro du type de service.

ÉTAPE 7 : COMPARAISON DES COÛTS OBTENUS AFIN DE VALIDER LE CALCUL ET DE S'ASSURER DE LA PERTINENCE DES HYPOTHÈSES ET DES COÛTS INCLUS DANS CE CALCUL

Le détail des coûts des services qui sera établi pour l'ensemble des parcours de soins et de services détaillera les coûts par secteurs, établis selon la charte comptable des établissements de santé et de services sociaux du Québec. Parmi ces secteurs, on compte notamment les suivants :

- administration;
- finances;
- ressources humaines;
- ressources informationnelles;
- communications;
- service d'urgence;
- approvisionnement;
- salle de réveil;
- salle d'opération et salle de réveil combinées;
- buanderie et lingerie;
- unité de soins infirmiers en gériatrie;
- unité de soins palliatifs en centre hospitalier;
- unité de soins de longue durée en centre hospitalier;
- unité d'hôtellerie hospitalière;
- hémato-oncologie externe;

- unité de dialyse rénale;
- endoscopie;
- électrophysiologie et hémodynamie interventionnelle;
- médecine de jour;
- hôpital de jour;
- cliniques externes;
- services d'alimentation des usagers;
- gestion des soins aux usagers hospitalisés;
- ressources médicales, soins infirmiers aux usagers hospitalisés;
- unité de soins en médecine;
- unité de soins en chirurgie;
- unité de soins médicaux et chirurgicaux combinée;
- unité de soins intensifs;
- unité de soins en obstétrique;
- radio-oncologie.

Ce détail est essentiel pour faire l'évaluation de la qualité des données, l'étalonnage et l'élaboration de modèles innovants de financement.