

Avis

Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)

Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du 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 Opmedic inc.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux donne avis, en vertu du troisième alinéa de l'article 434 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), de son intention de proposer au gouvernement, 45 jours suivant la présente publication, la mise en œuvre du 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 Opmedic inc.

Les conditions applicables à ce projet expérimental, que déterminera le gouvernement, pourront être substantiellement semblables à celles apparaissant au document joint au présent avis.

Ce projet expérimental vise à :

— documenter l'ensemble du volet financier lié à la production de services de chirurgies et de procédures sous scopie, lesquelles sont les interventions visées par le projet expérimental, afin de détailler les coûts générés pour chaque usager pour une intervention visée;

— améliorer l'accès à une intervention visée pour les usagers des centres intégrés de santé et de services sociaux des régions de la Montérégie, de Laval et de Montréal ainsi que de certains autres établissements de cette dernière région.

Des renseignements additionnels peuvent être obtenus en s'adressant à :

— Pour le volet financier :

Monsieur François Dion
Sous-ministre adjoint
Direction générale des finances, des infrastructures
et du budget
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

— Pour le volet clinique : Madame Lise Caron

Directrice du soutien à l'organisation clinique
Direction générale des services de santé et de la
médecine universitaire
1075, chemin Sainte-Foy, 9^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Toute personne intéressée ayant des observations à formuler à ce sujet est priée de les faire parvenir par écrit, avant l'expiration du délai de 45 jours susmentionné, au ministre de la Santé et des Services sociaux, 1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage, Québec (Québec) G1S 2M1.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,
GAÉTAN BARRETTE

Conditions de mise en œuvre, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, du 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 Opmedic inc.

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 QUE pour pouvoir développer des outils permettant d'améliorer la performance du réseau, il est nécessaire d'obtenir des données probantes pour des fins de comparaison et d'élaboration d'un financement favorisant l'efficacité;

ATTENDU QUE le gouvernement, avant de pouvoir mettre en place des nouvelles façons de faire ou de modifier celles existantes, doit évaluer différentes possibilités;

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

ATTENDU QUE ce projet expérimental permettra, dans un premier temps, d'évaluer les coûts liés à certaines chirurgies et procédures sous scopie;

ATTENDU QUE ce projet pourra également, dans un deuxième temps, porter sur l'évaluation des coûts du recours au service diagnostic d'imagerie médicale;

ATTENDU QU'en vertu du premier alinéa de l'article 434 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le 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 deuxième alinéa de cet article, le ministre peut, à cette fin, conclure des ententes avec des établissements ou avec des professionnels, sauf en ce qui concerne les professionnels de la santé au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) quant aux matières visées à l'article 19 de cette loi;

ATTENDU QU'en vertu du troisième alinéa de l'article 434 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le ministre, pour l'application de cet article, fait publier à la *Gazette officielle du Québec* 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 et permet à toute personne intéressée de lui faire part de ses observations durant ce délai;

EN CONSÉQUENCE, la mise en œuvre du 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 Opmedic inc. (ci-après « les cliniques ») par le ministre est soumise aux conditions décrites ci-après.

DISPOSITIONS PRÉLIMINAIRES

1. Les présentes conditions de mise en œuvre du projet expérimental lient l'ensemble des intervenants que sont les cliniques, les établissements et les médecins, qui participent à ce projet.

2. Les objectifs du projet sont les suivants :

1^o documenter l'ensemble du volet financier lié à la production de services de chirurgies et de procédures sous scopie, lesquelles sont les interventions visées par le projet expérimental, afin de détailler les coûts générés pour chaque usager pour une intervention visée, et ce, conformément à l'annexe 1;

2^o améliorer l'accès à une intervention visée pour les usagers des centres intégrés de santé et de services sociaux des régions de la Montérégie, de Laval et de Montréal ainsi que de certains autres établissements de cette dernière région.

MISE EN ŒUVRE DU PROJET

3. Afin de permettre au ministre de déterminer les coûts d'une intervention visée effectuée dans les cliniques, chacune de ces dernières devra lui transmettre :

1^o une reddition de comptes permettant de catégoriser les coûts d'une telle intervention de façon semblable à celle du secteur public, tant pour les dépenses d'exploitation que pour celles reliées aux immobilisations, le tout conformément au manuel de gestion financière utilisé par le ministre.

À cette fin, la reddition de comptes de chacune des cliniques devra notamment permettre d'obtenir un portrait complet des opérations comptables afin de juger de la pertinence de l'inclusion au coût de revient de chaque élément de dépenses. Les informations financières nécessaires sont les suivantes :

— les revenus provenant des sommes payées par un usager pour une fourniture de nature médicale ou autre;

— les salaires versés par la clinique, comprenant l'ensemble des heures payées;

— les immobilisations;

— l'amortissement;

— les investissements;

— les fournitures (incluant les fournitures médicales);

— les autres charges directes;

— les emprunts remboursés;

— les marges de profits;

— les services achetés ou loués par la clinique;

Le coût de revient est un coût par bénéficiaire des services médicaux. Il consiste à estimer l'ensemble des coûts réels des soins et services qu'un patient a reçus lors de son cheminement ou de son épisode de soins. Pour l'obtenir, les données financières permettent de quantifier le coût de chacune des activités (accueil, installation du patient, soins, etc.) par unité de mesure (exemple : temps en salle). Les données cliniques permettent de classer les chirurgies dans les familles analogues et d'associer la consommation individuelle de services à un patient. Lorsqu'il y a des revenus des usagers, ceux-ci sont déduits du coût de revient pour obtenir le coût net de production des services;

2° le détail de ses dépenses, tant par unité de services que par intervention visée;

3° un document permettant de distinguer les services des interventions visées dans le cadre du projet expérimental avec les autres services offerts par la clinique;

4° les ajustements de fin de période permettant de produire les données comptables selon la période indiquée par le ministre;

5° les données de paie sur les salaires, par titre d'emploi, ventilées selon le type d'activité, conformément à l'annexe 1;

6° la comptabilisation des approvisionnements établissant un lien avec la consommation de services des usagers;

7° la balance des inventaires;

8° les données permettant de s'assurer que le total de la consommation par usager correspond à l'intégralité des volumes rendus dans l'unité de soins;

9° les données cliniques suivantes :

- la date d'une intervention;
- l'âge de l'utilisateur visé par cette intervention;
- le sexe de l'utilisateur;
- le diagnostic posé (CIM-10);
- l'intervention effectuée (CCI);
- les heures-présence de l'utilisateur en salle;
- le nombre de personnes présentes dans la salle où s'est déroulée l'intervention;
- le nombre d'interventions au bloc opératoire;
- le nombre de doses de médicaments;
- le coût unitaire d'une dose;
- le temps de préparation du médicament en pharmacie;
- l'association des fournitures, si possible, à chaque dossier usager.

Chaque clinique doit utiliser l'infrastructure informationnelle que lui indique le ministre, laquelle permet d'intégrer la consommation de services par usager afin de pouvoir y rattacher les coûts par intervention visée.

DROITS DES USAGERS

4. Dans le cadre de la mise en œuvre du projet, un usager qui reçoit des services d'une des cliniques pour une intervention visée a les mêmes droits et assume les mêmes obligations que s'il les recevait d'un établissement.

5. Un usager à qui un établissement qui participe au projet propose de recevoir, d'une des cliniques, des services pour une intervention visée est libre d'accepter ou de refuser cette proposition.

Le fait pour un usager de refuser cette proposition ne peut être interprété comme un refus de recevoir de l'établissement les services requis par son état et ne peut faire obstacle ni retarder l'accès à ces services auprès de l'établissement, compte tenu des règles applicables.

RÉALISATION DU PROJET

6. Pour la réalisation du projet expérimental, le ministre détermine la nature des interventions visées dont les coûts font l'objet d'une évaluation, l'ordre dans lequel ces interventions sont évaluées et la période pendant laquelle cette évaluation est effectuée.

Il transmet l'ensemble de ces informations aux cliniques et aux établissements qui participent au projet.

7. Afin de s'assurer d'avoir le volume requis d'interventions visées au sein des cliniques pour ainsi pouvoir documenter l'ensemble du volet financier lié à la production des services, les établissements suivants participent au projet expérimental :

- Centre hospitalier de l'Université de Montréal;
- Centre universitaire de santé McGill;
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal;
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal;
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;
- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre;

— Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est;

— Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest;

— Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval.

8. Un établissement qui participe au projet doit le présenter aux équipes médicales reliées aux interventions visées et demander aux médecins intéressés à y participer de transmettre leur demande au président-directeur général. Les médecins devront identifier l'une des trois cliniques où ils vont souhaiter opérer leurs patients.

9. Un établissement qui participe au projet doit informer les cliniques du nom des médecins intéressés par le projet ainsi que leur disponibilité. Chaque clinique achemine aux établissements concernés, 45 jours avant le début de chaque trimestre, son calendrier des priorités pour cette période en indiquant notamment le nombre et le type d'interventions visées par le projet ainsi que les noms des médecins qui y participent. Elle transmet également à ces derniers, dans le même délai, une copie de ce calendrier.

Un établissement visé au premier alinéa doit alors contacter les usagers qui sont en attente de services pour une intervention visée afin de leur offrir la possibilité de recevoir ces services de leur médecin à la clinique sélectionnée par le médecin ou de les recevoir d'un autre médecin participant au projet.

La clinique sélectionnée communique à un usager qui a accepté d'y recevoir ses services la date de son intervention.

10. Un établissement doit, au moins 14 jours avant la date d'une intervention prévue pour un de ses usagers, transmettre à la clinique sélectionnée les informations contenues au dossier de l'usager et qui sont nécessaires à l'obtention des services à la clinique.

Un établissement est responsable de s'assurer qu'un de ses usagers qui a accepté de recevoir ses services à la clinique sélectionnée reçoit tous les soins préopératoires nécessaires au bon déroulement de son intervention. De même, il s'assure du suivi postopératoire de l'usager, y compris pour une urgence nécessitant une hospitalisation.

Dans l'éventualité où un usager reçoit ses services d'un médecin qui ne détient pas de privilèges à l'établissement qui l'a référé à l'une des cliniques, l'établissement qui a accordé des privilèges à ce médecin est responsable des soins préopératoires nécessaires au bon déroulement de l'intervention de cet usager ainsi que de son suivi postopératoire, y compris pour une urgence nécessitant une hospitalisation.

11. Les cliniques doivent rendre disponible, pour la réalisation du projet expérimental, un nombre adéquat de salles d'opération par semaine pour répondre aux besoins des établissements qui participent au projet.

12. Seuls les médecins titulaires d'une nomination dans un établissement qui participe au projet peuvent dispenser, à l'une des cliniques, les services visés aux usagers de cet établissement ou d'un autre établissement.

13. À la demande du ministre, les cliniques collaborent avec les établissements qui participent au projet au recrutement de médecins pour faciliter la mise en œuvre du projet expérimental et pour assurer la dispensation des services.

14. Lorsque des interventions visées sont dispensées dans une salle du bloc opératoire d'une des trois cliniques par les médecins d'un établissement, cette clinique met à la disposition des usagers de cet établissement :

— les services infirmiers, les services d'inhalothérapie et les services administratifs ou de soutien requis par leur état;

— les installations opératoires requises, incluant les instruments et équipements nécessaires au chirurgien ainsi qu'une salle de réveil;

— l'accès aux locaux nécessaires, le cas échéant, au dépôt des effets personnels des usagers de même qu'aux locaux d'attente, pour ces usagers ou les personnes qui les accompagnent.

15. Pour chaque jour au cours duquel il est prévu que des services visés seront dispensés dans l'une des trois cliniques pour des interventions visées, chaque clinique assigne, en tenant compte du nombre et de la nature des services qui doivent être fournis, le personnel et les professionnels requis pour assurer une prestation de services sécuritaire et de qualité.

16. Chaque clinique assure le recrutement, la sélection, l'embauche, la formation et le maintien de la compétence du personnel affecté à la prestation des services. Elle surveille et contrôle les activités de son personnel respectif et, le cas échéant, prend les sanctions appropriées.

17. Chaque clinique est seule responsable, envers les personnes qu'elle emploie, des obligations qui peuvent lui être imparties en vertu de toute loi ou règlement. Le fait que ces personnes soient assignées à la prestation des services visés ne peut être interprété comme transférant aux établissements ou au ministre quelque responsabilité ou obligation à titre d'employeur de ces personnes.

18. Chaque clinique est responsable de la qualité des services dispensés par son personnel aux usagers des établissements. Sans limiter ses obligations à cette fin, elle s'assure que chaque membre de son personnel a reçu les directives nécessaires à l'exécution de ses fonctions.

19. Chaque clinique doit, en tout temps, respecter et appliquer toute règle, toute norme ou tout standard relatif à l'entretien et à la sécurité des installations, équipements ou instruments utilisés aux fins des interventions visées.

20. Chaque clinique informe les médecins des établissements qui dispensent des services dans ses installations des protocoles, manuels ou procéduriers relatifs à l'utilisation des équipements et des instruments mis à leur disposition.

21. Les fournitures médicales requises pour les interventions visées devront être acquises par chacune des trois cliniques. Aux fins du présent article, les fournitures médicales comprennent aussi les fournitures périssables ou jetables, de base, spécialisées, de laboratoires, médicales et chirurgicales, y compris toutes prothèses ou tous implants ainsi que les frais de transport de ces fournitures.

22. Pour toute la période de validité du projet expérimental, chaque clinique nomme et maintient en poste un directeur médical. Le directeur médical exerce les responsabilités décrites à l'article 333.5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

23. Les services dispensés à chacune des cliniques par un médecin qui détient des privilèges d'un établissement qui participe au projet sont considérés être des services dispensés dans les installations de cet établissement pour les fins relatives à l'évaluation de leur qualité, y compris pour les soumettre à la compétence du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et de ses comités ou sous-comités en matière de contrôle et d'appréciation des actes médicaux qui s'y rapportent.

À la discrétion des établissements, les médecins pourront visiter les lieux afin de s'assurer de la qualité des installations physiques de chacune des cliniques.

24. Chaque clinique sera financée selon les dépenses réelles engagées (coûts directs et indirects) pour produire les services visés ainsi qu'une marge de profit.

25. Le 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 Opmedic inc. 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 le ministre ou au plus tard le 31 décembre 2018.

ANNEXE 1

(article 2)

Méthodologie du coût de revient

La méthodologie du coût 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 bénéficiaire de services médicaux. Il consiste à estimer l'ensemble des coûts réels des soins et services qu'un usager a reçus lors des étapes suivantes :

- arrivée à la clinique;
- accueil et inscription de l'usager;
- arrivée à l'unité de soins;
- bloc opératoire;
- retour à l'unité de soins;
- départ de la clinique.

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 fournis 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 reliés à la rémunération médicale sont exclus du calcul.

B. Définition de l'unité d'intervention

L'unité d'intervention regroupe les activités d'assistance médicale des usagers à des fins de traitements chirurgicaux et à l'occasion de diagnostic. Elle « regroupe l'ensemble des espaces locaux et équipements nécessaires à la réalisation d'interventions chirurgicales qualifiées de générales ou spécialisées à des fins diagnostiques et thérapeutiques »¹.

¹ « Guide d'aménagement du Bloc opératoire – Cadre de référence normatif », version de juin 2011, collaboration CHQ et MSSS, 38 pages, au lien : http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/planification-immobiliere/app/DocRepository/1/Publications/Guide/BlocOperatoire_28.pdf

Le déroulement d'une chirurgie se subdivise en trois phases d'intervention auprès de l'utilisateur qui sont la phase préopératoire, la phase peropératoire et la phase postopératoire.

Les différentes activités sont les suivantes :

- réception et installation des usagers;
- préparation des salles et du matériel nécessaire aux opérations;
- assistance aux médecins lors des interventions chirurgicales ou autres pratiques dans les salles d'opération;
- surveillance et contrôle de l'évolution des cas en salles d'opération et en salles de réveil;
- contrôle de l'asepsie;
- dénombrement du matériel;
- traitements autorisés et prescrits;
- pansements;
- hygiène et confort des usagers;
- assistance morale et physique aux usagers;
- lavage et nettoyage de l'équipement;
- coordination et contrôle des soins infirmiers;
- constitution et tenue à jour des dossiers;
- tous autres soins infirmiers;
- déplacement interne des usagers (brancardiers).

C. 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 qui sont la main-d'œuvre et les autres charges directes. Toutefois, il est nécessaire d'obtenir des informations sur les données des coûts indirects.

a) 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;

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

1. La main-d'œuvre

Les données sur la main-d'œuvre proviennent du système de paie pour tous les titres d'emploi. La répartition des titres d'emploi se fait à l'aide d'une matrice. La nature de la matrice est de diviser en activités des centres de coût (ex. : bloc opératoire). L'objectif est de répartir un titre d'emploi donné à travers toutes les activités de la matrice. La répartition des titres d'emploi se fait en deux niveaux d'activités essentiels. Le niveau 1 représente le pourcentage du salaire du personnel ayant un lien direct avec l'utilisateur. Le niveau 2 représente le pourcentage du salaire des membres affectés à des activités administratives, de support et de formation (aussi appelé coût indirect de la main-d'œuvre). Chaque activité dans la matrice a un générateur de coûts. Un centre de coût peut avoir plus d'un générateur de coûts.

Exemples de générateurs au bloc opératoire : heures-personnes en salle, nombre d'opérations bloc, heures d'anesthésie, temps de salle bloc, etc.

2. Fournitures et autres charges directes

Les fournitures médicales pour un épisode de soins sont réparties en deux étapes.

La première étape consiste à identifier toutes les fournitures chirurgicales et médicales par numéro de dossier d'utilisateur (ou par code de traitement Med-Écho) et la deuxième étape consiste à répartir les autres fournitures qui n'ont pas pu être identifiées (les fournitures de lingerie, literie jetable, les fournitures jetables, etc.) par spécialités en fonction de la consommation d'heures en salle d'intervention de l'utilisateur.

D. 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.

—Équipements

Location d'équipement et achat d'équipement médical.

E. Établissement du coût revient

ÉTAPE 1

SCHÉMA DU CHEMINEMENT DE L'USAGER POUR UNE CHIRURGIE

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

Le cheminement de l'utilisateur est divisé en différentes étapes reflétant la réalité propre à chaque clinique. Il y a donc un « début » à cette trajectoire et une « fin ». Cette trajectoire à l'intérieur d'une clinique est un sous-ensemble de tout l'épisode de soins pour l'utilisateur (qui débute dans un établissement du réseau public). Cependant, lors du calcul du coût de revient, seule la portion unité d'intervention dans chaque clinique est prise en considération. Les différentes étapes à la clinique sont :

- accueil de l'utilisateur;
- préparation à la chirurgie;
- chirurgie;
- surveillance de l'utilisateur en postopératoire (salle de réveil);
- départ de l'utilisateur.

Pour chacune de ces étapes, il faut décrire les activités ou dépenses directement reliées à la chirurgie. De plus, pour chacune des activités observées à la clinique, une liste de tâches ou d'achats est établie.

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 strictement dans la salle de chirurgie. Ainsi on retrouve :

- les coûts reliés à la main-d'œuvre directe;
- le matériel réutilisable;
- le matériel jetable;
- les fournitures coûteuses.

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

- les équipements;
- les immobilisations;
- les coûts directs reliés à l'administration et au support.

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 activités et par titre d'emploi à travers la matrice;

— 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 de dossier de l'utilisateur et le coût des autres fournitures identifiées en fonction de la consommation d'heures en salle d'intervention de l'utilisateur.

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

64493