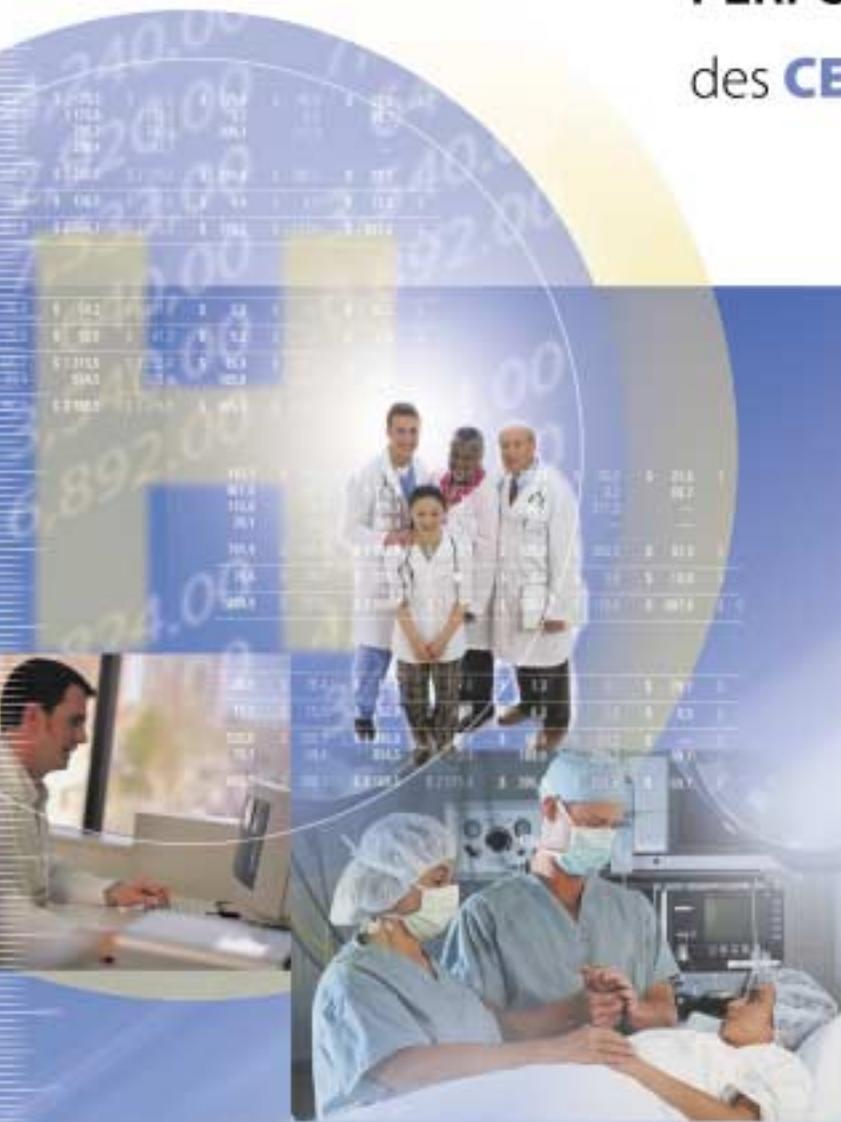


La **BUDGÉTISATION** et la **PERFORMANCE FINANCIÈRE** des **CENTRES HOSPITALIERS**

- **Rapport du comité** sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés



JANVIER 2002

La **BUDGÉTISATION** et la **PERFORMANCE FINANCIÈRE** des **CENTRES HOSPITALIERS**

► **Rapport du comité** sur la réévaluation
du mode de budgétisation des centres
hospitaliers de soins généraux et
spécialisés

*Santé
et Services sociaux*

Québec



Un résumé de ce présent document est également disponible.

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Le présent document est disponible à la section **documentation**, sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2002

Bibliothèque nationale du Canada, 2002

ISBN 2-550-38679-5

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

Québec, le 18 décembre 2001

Monsieur Pierre Gabrièle
Sous-ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 14^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Monsieur le Sous-Ministre,

Conformément au mandat qui lui a été confié par la direction du Ministère en juin 2000, le Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés vous transmet son rapport final intitulé : « LA BUDGÉTISATION ET LA PERFORMANCE FINANCIÈRE DES CENTRES HOSPITALIERS ».

Le rapport a été adopté unanimement et comme vous le constaterez, les recommandations qui y sont proposées visent non seulement à modifier la budgétisation des centres hospitaliers, mais également le processus d'allocation des ressources du Ministère et des régions régionales de la santé et des services sociaux.

La mise en application du modèle proposé va exiger de poursuivre les analyses méthodologiques et de développer des systèmes d'informations adéquats. Comme tous les intervenants du réseau seront interpellés dans ce processus de mise en application, le Comité

vous suggère la création d'un comité conjoint de suivi, regroupant des représentants des différentes instances intéressées, afin de conseiller le Ministère et de l'aider à coordonner les travaux qui seront nécessaires pour mener à terme l'ensemble du projet.

Je désire enfin vous souligner que les représentants du Ministère sur le Comité n'ont pu, en raison de leurs obligations, participer aux travaux du Comité jusqu'à la fin et qu'ils se sont abstenus en conséquence de signer le rapport.

Espérant que nos propositions contribueront à améliorer les services à la population, nous vous prions d'agréer, monsieur le Sous-Ministre, l'expression de notre considération distinguée.

Denis Bédard, président

Richard Bastien

Dr Bruce Brown

Jean-Pierre Chicoine

Michèle Laroche

René Rouleau

REMERCIEMENTS

Le Comité désire remercier madame Andrée Morin et messieurs Hung Do et Robert Grignon dont la collaboration professionnelle a été d'un grand soutien dans la réalisation des travaux techniques. Le Comité désire également remercier les membres du comité consultatif technique pour leurs conseils et leur expertise, ainsi que les membres du groupe de travail pour la préparation des données et les nombreuses simulations qui ont été faites pour valider l'approche et le modèle proposé.

En tant que président, je désire remercier mes collègues du Comité pour leur participation, leur engagement et la rigueur qu'ils ont montrée pour relever le défi de notre mandat. Je désire enfin souligner l'excellent travail de madame France Darveau, de la Direction générale du financement, des investissements et du suivi budgétaire, qui s'est occupée de la logistique des réunions tout au long des travaux du Comité et particulièrement de la préparation du rapport final.

Denis Bédard,
Président du Comité

TABLE DES MATIÈRES

1. LE MANDAT DU COMITÉ	3
1.1. Le besoin de réviser les règles budgétaires	3
1.2. Les objectifs visés	4
1.3. Les principaux enjeux	5
1.4. Les travaux du Comité.....	7
2. LA SITUATION DES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS AU QUÉBEC	11
2.1. Les caractéristiques du réseau des CHSGS	11
2.2. L'évolution des dépenses des CHSGS depuis 1994-1995.....	12
2.3. Les dispositions légales régissant la budgétisation des CHSGS au Québec.....	16
2.3.1. Le rôle et les responsabilités du Ministère.....	17
2.3.2. Le rôle et les responsabilités des régies régionales	18
2.3.3. Le rôle et les responsabilités des établissements.....	19
2.3.4. Le processus théorique découlant des dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux	20
2.4. Le processus budgétaire suivi depuis 1995-1996	22
2.4.1. L'allocation interrégionale des ressources par le Ministère	22
2.4.2. La budgétisation des CHSGS par les régies régionales	25
3. LE FINANCEMENT DES CENTRES HOSPITALIERS AU CANADA ET DANS D'AUTRES PAYS.....	31
3.1. Les processus budgétaires dans les provinces canadiennes	31
3.1.1. La classification des méthodes de répartition et d'allocation des ressources	31
3.1.2. La comparaison des méthodes utilisées.....	34
3.2. La budgétisation des centres hospitaliers dans d'autres pays.....	36
3.2.1. Les États-Unis.....	38
3.2.2. La Grande-Bretagne	41
3.2.3. La France	43
3.2.4. Autres pays	48
3.3. Résumé des principales tendances	50
4. LA RÉVISION DU MODE DE BUDGÉTISATION DES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS DU QUÉBEC	55
4.1. Les règles de base de la budgétisation des CHSGS	56
Recommandation 1.....	59

TABLE DES MATIÈRES

4.2. L'intégration des paramètres volume, lourdeur et performance	60
4.2.1. Les besoins d'information.....	60
4.2.2. La méthode normative.....	60
4.2.3. L'analyse des coûts par catégorie de soins	61
Recommandation 2.....	63
4.3. La répartition des enveloppes régionales de ressources.....	64
Recommandation 3.....	65
4.4. Conclusion : déficit et performance	65
5. LA MISE EN APPLICATION DU NOUVEAU MODE DE BUDGÉTISATION DES CHSGS : LES MESURES PROVISOIRES 2001-2002	69
5.1. Les soins en santé physique aux patients hospitalisés	69
5.1.1. La classification des diagnostics.....	69
5.1.2. L'estimation de la lourdeur des cas	70
5.1.3. Le calcul des coûts réels moyens par cas normalisé	71
5.1.4. Le calcul des coûts standards	72
5.2. Les soins aux patients ambulatoires	74
5.2.1. Le volume et la lourdeur des cas ambulatoires.....	74
5.2.2. Le calcul des coûts normalisés pour les clientèles ambulatoires.....	77
5.3. Les soins de longue durée, de santé mentale et les autres services hospitaliers	78
5.4. Les coûts indirects de la recherche.....	79
5.5. Les résultats des simulations	79
5.6. La mise en application des mesures transitoires	80
Recommandation 4.....	83
6. LA RÉVISION DU PROCESSUS D'ALLOCATION DES RESSOURCES DU SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ	91
6.1. L'élément intégrateur du système : les programmes	92
Recommandation 5.....	93
6.2. Le processus budgétaire à l'égard des programmes du Ministère	94
Recommandation 6.....	95
6.3. La relation entre l'allocation des ressources et l'organisation des soins de santé	96
6.3.1. Le volet « consommation de services ».....	97
Recommandation 7.....	99

TABLE DES MATIÈRES

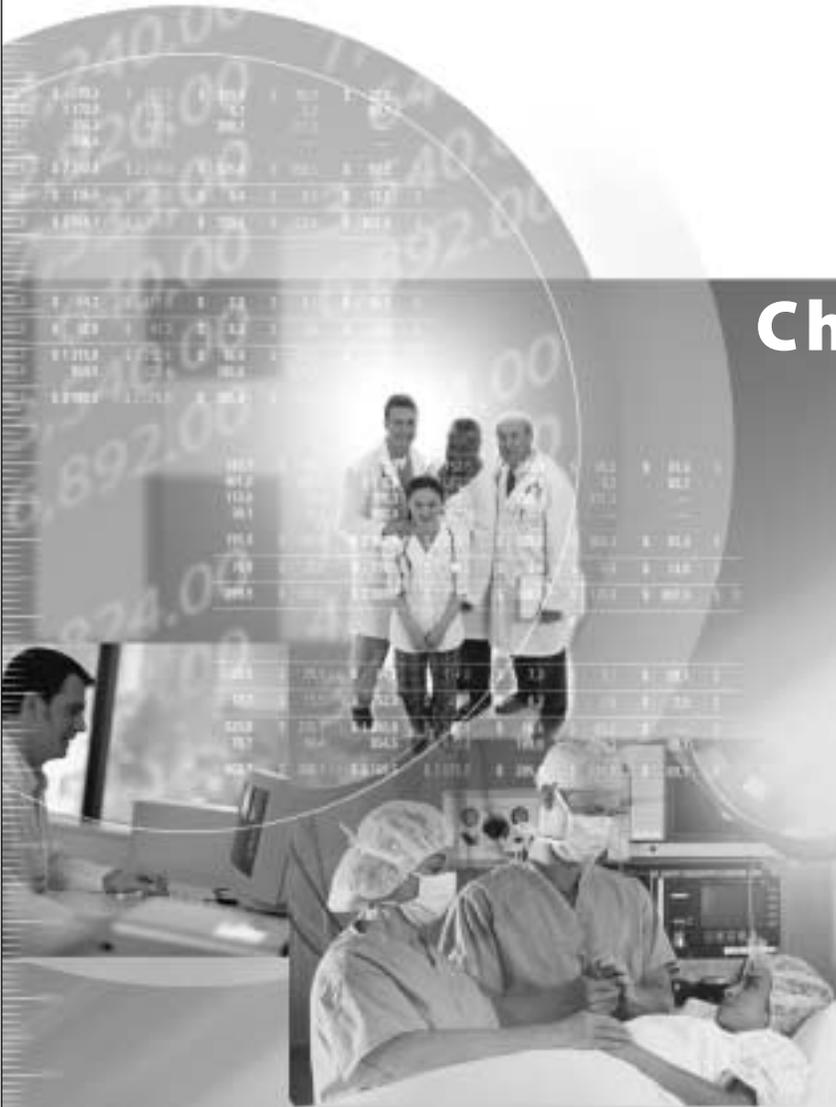
6.3.2. Le volet production de services.....	99
6.3.3. Le financement et la gestion des services nationaux	102
Recommandation 8.....	104
6.3.4. Le financement et la gestion des services locaux et régionaux.....	104
Recommandation 9.....	105
7. LE DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES D'INFORMATION SUR LES PATIENTS ET LES COÛTS.....	109
7.1. Les constats sur les systèmes d'information actuels.....	109
7.2. Les objectifs et les stratégies de développement des systèmes d'information	110
Recommandation 10.....	111
7.3. Les mesures proposées.....	111
7.3.1. Amélioration des systèmes actuels	111
Recommandation 11.....	112
7.3.2. Le plan de développement des systèmes.....	112
Recommandation 12.....	115
7.4. Échéancier et estimés des coûts d'implantation	115
Recommandation 13.....	116
8. QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES RELIÉES À LA RÉFORME DU PROCESSUS BUDGÉTAIRE	119
8.1. Les facteurs de croissance.....	119
Recommandation 14.....	121
Recommandation 15.....	123
Recommandation 16.....	125
8.2. Le financement des investissements.....	125
Recommandation 17.....	127
8.3. Les systèmes d'évaluation de la décision clinique.....	127
Recommandation 18.....	128
8.4. L'implantation de la réforme budgétaire	129
Recommandation 19.....	131
8.5. Le processus budgétaire et la gouverne du réseau	131

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES.....	133
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	135
LISTE DES TABLEAUX.....	143
LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ.....	145
LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ TECHNIQUE CONSULTATIF.....	147
LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL.....	148
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES DÉFINITIONS	149
BIBLIOGRAPHIE	151

Le mandat du Comité

Chapitre 1



1. LE MANDAT DU COMITÉ

1.1. Le besoin de réviser les règles budgétaires

Comme l'a bien expliqué la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux dans son rapport intitulé *Les solutions émergentes*¹, la finalité du système de santé est de prévenir la maladie, de guérir les personnes qui ont des problèmes temporaires de santé et de soigner celles qui souffrent d'incapacités plus ou moins permanentes. Ces trois objectifs sont complémentaires pour le maintien de l'état de santé de la population. Mais le bon fonctionnement du système repose avant tout sur sa capacité d'utiliser un ensemble approprié de moyens curatifs pour pouvoir traiter efficacement les personnes, et ce à partir des soins de première ligne jusqu'aux services ultraspécialisés.

Historiquement et encore maintenant, c'est dans le périmètre de services des hôpitaux que l'on trouve la plus grande partie des moyens curatifs destinés à fournir les soins de santé de courte durée. L'hôpital joue ainsi un rôle névralgique dans le fonctionnement du système, ce qui explique notamment que la première mesure prévue par notre régime public d'assurance santé, il y a quarante ans, ait été l'assurance hospitalisation qui fut suivie par l'assurance des services médicaux professionnels et, plus récemment, par l'assurance médicaments. Le centre hospitalier a toutefois beaucoup évolué depuis ce temps à la fois sous la pression du développement technologique et de la transformation des besoins découlant d'une nouvelle conjoncture sur le plan épidémiologique et du vieillissement de la population. Cette évolution s'est même accélérée au cours de la dernière décennie devant la nécessité de réformer les structures et le fonctionnement du système sociosanitaire.

Les moyens technologiques mis en œuvre, la sophistication des interventions et les ressources humaines spécialisées nécessaires à son fonctionnement font aujourd'hui de l'hôpital l'une des entreprises modernes les plus complexes à gérer. Devant les attentes de la population et la rareté plus manifeste des ressources financières, il est devenu difficile d'équilibrer l'offre et la demande de soins de santé dont le volume et la lourdeur augmentent continuellement. Le secteur hospitalier a eu lui aussi, au cours des dernières années, à contribuer à la rationalisation des dépenses publiques, mais l'effort demandé s'est avéré difficile et l'ensemble du réseau s'est retrouvé dans une situation budgétaire précaire puisqu'il a enregistré annuellement des déficits depuis 1995-1996.

1. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, 2000.

Le contexte dans lequel les centres hospitaliers fonctionnent a aussi évolué à la suite de la décentralisation des responsabilités budgétaires et du plus grand rôle confié aux régies régionales de la santé et des services sociaux. Cela a permis d'ajuster les politiques ministérielles aux conditions régionales. De nouveaux outils de gestion ont été mis au point notamment par l'Association des hôpitaux du Québec (les systèmes SIAP et SOFI), mais malgré les innovations dont le réseau a pu bénéficier au cours des dernières années, on constate que les règles financières et budgétaires sont mal adaptées à la réalité du fonctionnement des hôpitaux d'aujourd'hui. Il est donc devenu nécessaire de revoir non seulement ces règles mais aussi le processus décisionnel dans lequel elles s'insèrent. D'autres administrations publiques à l'extérieur du Québec tentent aussi de faire une telle révision, qui est devenue possible grâce aux nouveaux systèmes d'information conçus pour mesurer le volume et le coût des services hospitaliers. Ces nouveaux systèmes permettent d'avoir de meilleurs outils de gestion et l'objectif visé est de passer d'un financement organisationnel global à un financement plus ciblé de la production hospitalière. À la gestion des ressources, pourra également se greffer une gestion de la pratique médicale. C'est un défi qui impliquera tous les niveaux de responsabilité, c'est-à-dire non seulement les centres hospitaliers qui donnent les services, mais également les régies régionales dont ils dépendent et le ministère de la Santé et des Services sociaux qui encadre l'ensemble du système de soins.

1.2. Les objectifs visés

Le Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés a été créé en juin 2000 par le ministère de la Santé et des Services sociaux qui lui a confié le mandat de revoir leur mode de budgétisation afin de :

- ◆ mieux refléter l'évolution du volume et de la lourdeur des soins hospitaliers ;
- ◆ favoriser la performance relative des établissements ;
- ◆ maintenir un contrôle adéquat des budgets alloués.

Le mandat prévoyait que le Comité devait, au terme de son mandat, définir les modalités opérationnelles permettant d'intégrer le nouveau mode de budgétisation dans le processus d'allocation des ressources et proposer un plan pluriannuel d'implantation en précisant quelles étaient les mesures transitoires qui pourraient être appliquées pour l'année budgétaire 2001-2002.

1.3. Les principaux enjeux

a) Budgétisation et financement

Pour bien comprendre le mandat du Comité, il faut expliquer au départ la signification du terme *budgetisation*. Un mode de budgetisation applicable au réseau des centres hospitaliers doit être défini comme un ensemble de procédures qui visent à fixer le niveau de revenus et de dépenses que devra respecter chacun des établissements durant un exercice financier donné. Cette budgetisation se situe de plus à l'intérieur d'un processus plus global qui débute, pour chacun des ministères, par la détermination de leurs budgets en fonction des critères et des priorités de la politique budgétaire et fiscale du gouvernement. C'est à cette première étape qu'est déterminée l'enveloppe financière dont disposera le ministère de la Santé et des Services sociaux pour le fonctionnement du réseau sociosanitaire. L'enveloppe ministérielle est ensuite répartie entre les régions régionales de la santé et des services sociaux qui ont la responsabilité de faire la répartition des ressources entre les établissements de leur territoire.

Compte tenu de ces différentes étapes, le mode de budgetisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) vise à répartir les enveloppes budgétaires régionales, lesquelles doivent respecter les limites de dépenses qui sont préalablement fixées par l'Assemblée nationale au moment de l'adoption du budget ministériel. Ces limites doivent évidemment être conformes à la mission qui est confiée aux centres hospitaliers et à cet égard, l'implantation d'un nouveau mode de budgetisation qui tiendra compte du volume et de la lourdeur des soins, permettra de véhiculer une information qui aidera à apprécier les conséquences des options de financement envisagées au moment de la détermination du budget du Ministère.

b) Équité et accessibilité des soins

Dans la gestion du secteur public, il faut toujours se rappeler que l'équité est un enjeu important et incontournable. Cet enjeu touche à la fois le financement et la prestation des services. Comme le système de santé du Québec est un système public et universel, il doit à ce titre garantir à toute la population l'accès aux soins qui sont reconnus comme assurés. Cette obligation constitue en quelque sorte un objectif de base auquel peut concourir le processus de budgetisation et d'allocation des ressources. La Loi sur les services de santé et les services sociaux spécifie à cet égard que le Ministère doit répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières entre les régions² en tenant compte des caractéristiques de leur population.

2. *Lois refondues du Québec*, Éditeur officiel du Québec, c. S-4.2, art. 431.

Jusqu'à maintenant, la détermination des enveloppes budgétaires régionales a été principalement faite de façon globale selon une logique historique d'offre de services de la part des établissements de chaque territoire. La loi ne spécifie pas que les régies régionales doivent à leur tour répartir équitablement les ressources entre les établissements, mais dans la perspective du fonctionnement global du système, il y a évidemment un lien entre la budgétisation des régions et celle des centres hospitaliers du point de vue de l'équité dans la consommation des services.

La question est complexe car certains services sont locaux, d'autres régionaux et d'autres, enfin, suprarégionaux. Ces services sont évidemment offerts de façon différente sur le territoire, mais l'objectif poursuivi est de garantir une accessibilité comparable quel que soit le lieu de résidence des usagers. Concrètement, le problème est de savoir s'il est possible, comme l'a suggéré la Commission sur les services de santé et les services sociaux³ de budgéter les régies régionales et les établissements selon deux bases différentes, c'est-à-dire selon une approche populationnelle dans le premier cas, et selon la production de services, dans le deuxième cas. Les choix relatifs à l'équité ont de fait leurs assises dans le processus de budgétisation et les conséquences administratives sont très différentes selon l'option choisie. Cette question constituait donc un élément majeur du mandat du Comité et, pour y répondre, il a fallu étudier l'ensemble du processus d'allocation des ressources.

c/ Les systèmes d'information

En y intégrant la dimension relative à l'équité des services, on peut résumer le mandat du Comité en disant que le nouveau mode de budgétisation doit proposer des mesures qui tiennent compte, d'une part, du volume et de la lourdeur des soins, et, d'autre part, de la performance relative des centres hospitaliers, dans un contexte d'équité interrégionale au regard de la consommation des services par les populations des différents territoires. Un tel mode de budgétisation fait idéalement appel à des systèmes d'information qui codifient les diagnostics, qui analysent les coûts des épisodes de soins par catégorie de diagnostics et qui enregistrent la consommation de services selon l'origine et les caractéristiques des patients.

Comme on le verra au chapitre 5, une partie de cette information existe déjà pour les patients hospitalisés mais elle n'a jamais été utilisée aux fins dites de budgétisation. Le défi à relever sera de la compléter, de s'assurer qu'elle est adéquate et d'en contrôler la qualité. Le succès d'un nouveau mode de budgétisation dépendra donc du développement des systèmes d'information, ce qui exigera du temps et des investissements dont les coûts devront être évalués en fonction de l'importance proportionnelle des ressources qu'il faut gérer, soit environ 6 milliards de dollars pour les CHSGS. Compte tenu de ces développements, l'implantation des mesures proposées devra se faire par étape,

3. Page 161 du rapport.

mais avant que le modèle ne soit complété, le Comité est d'avis qu'il est possible d'améliorer le processus actuel par des mesures transitoires en utilisant l'information déjà disponible.

1.4. Les travaux du Comité

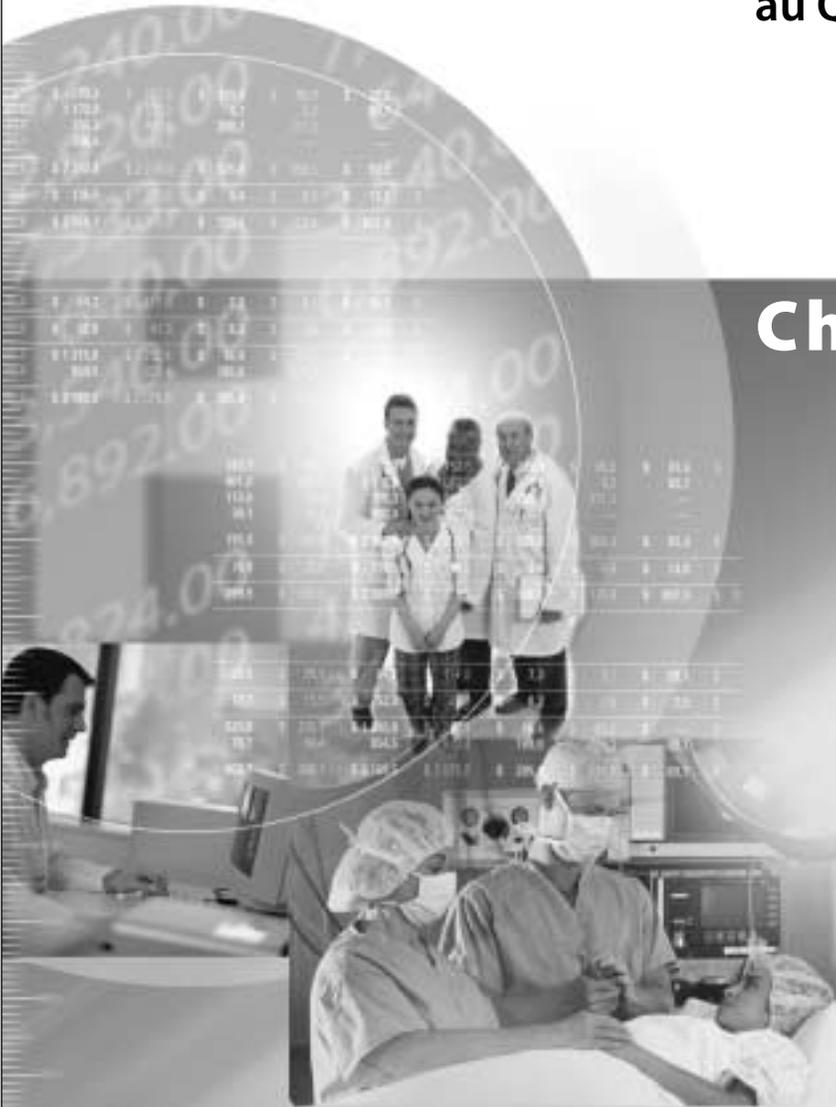
Comme on peut le constater, les questions soulevées par la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers exigent une réflexion technique très poussée. Comment, en effet, doit-on mesurer le volume des services, la lourdeur des soins et les coûts qui s'y rattachent ? Comment faut-il procéder pour évaluer correctement la performance relative des établissements ? Comment tenir compte de l'équité dans la consommation des soins de santé ? La nature de ces questions a amené le Comité à suivre une démarche s'appuyant principalement sur les éléments suivants :

- ◆ étude portant sur les modes de budgétisation utilisés depuis 1995 par les régies régionales de la santé et des services sociaux à l'égard des CHSGS ;
- ◆ comparaison des méthodes de financement et de gestion budgétaire dans les autres provinces canadiennes et dans d'autres pays de l'OCDE ;
- ◆ analyse des systèmes d'information actuels (MED-ÉCHO, APR-DRG et NIRRU) ;
- ◆ réflexion sur les règles de base de la budgétisation des centres hospitaliers et conception d'un cadre méthodologique qui réponde aux différents éléments du mandat ;
- ◆ consultation auprès d'administrateurs des centres hospitaliers et des régies régionales ;
- ◆ conception de mesures transitoires pour l'année 2001-2002 basées sur les mêmes orientations que celles du nouveau modèle de budgétisation prévu à long terme ;
- ◆ préparation du plan de développement des systèmes d'information ;
- ◆ préparation d'un plan de mise en application du nouveau modèle de budgétisation ;
- ◆ réflexion sur le suivi, le contrôle et la performance des centres hospitaliers ainsi que sur les rôles et responsabilités de chaque palier décisionnel.

Le Comité a été assisté dans ses travaux par un comité consultatif technique et par un groupe de travail interne du Ministère. Compte tenu de la nature technique de son mandat, le Comité a procédé à une consultation limitée auprès des administrateurs les plus directement concernés par le processus de budgétisation des hôpitaux, sachant que la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux procédait en même temps à une consultation élargie sur les questions plus générales d'organisation et de financement des services. La Commission a été tenue au courant du déroulement des travaux du Comité qui s'est inspiré, dans la poursuite de sa démarche, des recommandations contenues dans le rapport de la Commission.

La situation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés au Québec

Chapitre 2



2. LA SITUATION DES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS AU QUÉBEC

2.1. Les caractéristiques du réseau des CHSGS

Au Québec, les ressources budgétaires pour le fonctionnement des services de santé et des services sociaux sont gérées, d'une part, par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) qui administre les services médicaux, optométriques, dentaires et pharmaceutiques, et, d'autre part, par les régies régionales de la santé et des services sociaux qui coordonnent un réseau complexe d'établissements qui offrent aux différentes catégories d'usagers la gamme des services généraux ou spécialisés visant à répondre à leurs besoins. Ainsi, pour l'année financière 1999-2000, le budget total du ministère de la Santé et des Services sociaux fut de 14 856 millions de dollars ; de ce montant, 3 643 millions (25 %) furent dépensés par la RAMQ et 9 201 millions (63 %) par le réseau des établissements (y compris les organismes communautaires). Ce réseau comprenait, au 31 mars 2001, 478 établissements, répartis en cinq catégories, qui assument une ou plusieurs missions selon la gamme des services offerts.

— Tableau 1 —

Nombre d'établissements par catégorie selon le nombre de missions assumées au 31 mars 2001

Catégories d'établissements*	Une mission	Deux missions et plus	Total
Centres locaux de services communautaires (CLSC)	67	80	147
Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS)	19	106	125
Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ)	1	19	20
Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD)	160	157	317
Centres de réadaptation (CR)	56	36	92
Total des missions assumées	303	398	701
Total des établissements concernés	303	175	478

Source : Ministère de la Santé et de Services sociaux.

* Chaque catégorie d'établissements correspond en principe à une mission. Un établissement qui assume deux missions est comptabilisé dans deux catégories, ce qui explique que le nombre de missions assumées est supérieur au nombre d'établissements.

Comme le montre le tableau 1, sur les 478 établissements du réseau de la santé et des services sociaux, 303 ont une vocation unique. Parmi les 175 autres, qui sont multivocationnels, 138 assument deux missions et 37 plus de deux. Il convient aussi de rappeler que le réseau a connu une consolidation importante au cours des dernières années puisque, depuis 1990, le nombre de

missions assumées a diminué de 36 %, passant de 1 102 à 701 et que le nombre d'établissements a diminué de 42 %, passant de 831 à 478.

Au sein du réseau sociosanitaire, les CHSGS ont la mission particulière d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés dans les secteurs de la santé physique et de la santé mentale. En 1990, on estime qu'il y avait 163 établissements qui assumaient cette mission ; il en reste aujourd'hui 125 et de ce nombre le Comité n'a retenu aux fins d'analyse que 81 centres, excluant ceux qui fonctionnent dans des conditions trop particulières comme les centres hospitaliers nordiques et ceux qui offrent des soins de courte durée de façon complémentaire à d'autres missions.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le montant des subventions de fonctionnement accordées par le ministère de la Santé et des Services sociaux à tous les établissements sociosanitaires fut de 9 201 millions de dollars en 1999-2000. Comparativement à ce montant, les dépenses totales compilées à partir des rapports financiers des établissements furent de 9 926 millions de dollars⁴ dont 5 431 millions étaient attribuables aux 81 CHSGS. Ce groupe d'établissements est très diversifié car la taille varie de 10 lits dans les petits hôpitaux à plus de 1 000 lits dans les grands centres hospitaliers universitaires, avec des ressources financières allant de 5 millions à plus de 400 millions de dollars. Cela permet, selon le cas, d'offrir des soins se limitant à des bénéficiaires locaux ou des soins ultraspecialisés destinés à la population de l'ensemble du Québec.

2.2. L'évolution des dépenses des CHSGS depuis 1994-1995

Les régies régionales de la santé et des services sociaux ont reçu, en 1994-1995, la responsabilité d'allouer les budgets aux établissements et, à partir de l'année suivante, le secteur de la santé et des services sociaux a été fortement affecté par la politique gouvernementale visant l'atteinte du déficit zéro. Le secteur a dû en effet contribuer à l'atteinte de cet objectif en absorbant durant plusieurs années une diminution du taux de croissance de ses dépenses. Cette politique budgétaire a été accompagnée d'une réforme des services de santé qui a eu quatre conséquences majeures sur le réseau des CHSGS :

- ◆ une réduction du nombre d'établissements dans le cadre des plans de transformation ;
- ◆ une rationalisation des missions d'établissements et de leurs activités ;

4. La différence entre les subventions de fonctionnement et les dépenses selon les rapports financiers s'explique principalement par les dépenses financées à même les revenus autonomes, les contributions et les emprunts.

- ◆ une diminution rapide d'effectifs causée par les départs massifs à la retraite;
- ◆ une révision de la structure des soins entraînée par le virage ambulatoire.

Comme le montre le tableau 2, cette dernière réorientation s'est traduite, pour les CHSGS, par une baisse significative du nombre d'hospitalisations (-15,1 %) et des durées moyennes de séjour (-7,5 %) grâce à l'augmentation de la chirurgie d'un jour (+ 48,1 %) et à une plus grande offre des services à domicile. Ces variations sont d'autant plus importantes qu'il y a eu durant cette période une hausse du volume et de la lourdeur des cas découlant de l'évolution de la technologie et de l'augmentation de la population de 65 ans ou plus qui a été d'environ 10 %.

— Tableau 2 —
**Comparaison des principaux indicateurs de soins hospitaliers,
 1994-1995 et 1999-2000**

	1994-1995	1999-2000	Variation
Soins aux personnes admises			
▪ Nombre d'hospitalisations*			
Médecine	591 000	541 000	-8,5 %
Chirurgie	284 000	202 000	-28,9 %
Ensemble	875 000	743 000	-15,1 %
▪ Durées moyennes de séjour par hospitalisation			
Médecine	7,8	7,1	-9,0 %
Chirurgie	8,5	8,1	-4,7 %
Ensemble	8,0	7,4	-7,5 %
Soins aux personnes en ambulatoire			
▪ Nombre de chirurgies d'un jour	187 000**	277 000	48,1 %
▪ Nombre de visites à l'urgence (en millions)	3,7	4,0	8,7 %
▪ Nombre de visites en clinique externe (en millions)	5,4	5,8	7,6 %

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

* Le nombre de cas ne reflète pas toutefois la lourdeur des patients admis qui s'est accrue durant la période.

** Approximation sur la base du potentiel visé.

Sur le plan financier, la réforme ambulatoire s'est traduite par un changement significatif des activités des CHSGS. Ce changement peut être illustré par l'évolution de la structure des dépenses en ce qui a trait aux centres d'activités organisationnelles et aux programmes de soins. Au tableau 3, qui présente les dépenses par centre d'activité, on constate que de 1994-1995 à 1999-2000, les coûts de services infirmiers et d'assistance ont diminué de 8,5 % sous l'effet combiné des économies de postes et de la réduction du nombre d'hospitalisations et des durées de séjour. Par contre, les dépenses liées aux

activités diagnostiques et thérapeutiques ont augmenté de 34 %, ce qui reflète indirectement des modifications survenues dans les types de traitement et la pratique médicale. L'autre changement significatif qui mérite d'être souligné est la baisse des dépenses pour les services administratifs et techniques qui sont passées au total de 1 335 millions à 1 295 millions de dollars, ce qui représente une diminution de 3 %.

— Tableau 3 —

Dépenses des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés par groupe d'activités, 1994-1995 et 1999-2000

Groupes d'activités	Dépenses nettes (M \$)*		Variation %	Distribution %	
	1994-1995	1999-2000		1994-1995	1999-2000
Services infirmiers et d'assistance aux patients	1 441	1 318	-8,5	29,1	24,3
Activités diagnostiques et thérapeutiques**	1 770	2 372	34,0	35,7	43,7
Soutien aux soins de santé***	279	311	11,8	5,6	5,7
Services administratifs et services techniques****	1 335	1 295	-3,0	27,0	23,8
Autres activités	129	134	3,9	2,6	2,5
Total	4 954	5 431	9,6	100	100

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

* Les dépenses nettes correspondent aux dépenses brutes des établissements moins les revenus de vente de services et les recouvrements.

** Cette catégorie de dépenses comprend principalement les laboratoires, le bloc opératoire, l'urgence, la pharmacie et l'imagerie médicale.

*** Cette catégorie de dépenses comprend notamment la réception, les archives et les communications.

**** Cette catégorie de dépenses comprend l'administration générale, la nutrition clinique et l'alimentation, l'entretien ménager, l'entretien des installations et autres services similaires.

Le tableau 4 nous montre ensuite l'évolution de ces mêmes dépenses par programme de soins. Il faut souligner que, pour obtenir cette ventilation par catégorie de soins, il est nécessaire de procéder par imputation car dans les rapports financiers annuels des établissements, les données sur les dépenses sont comptabilisées uniquement par centre d'activités. L'estimation des programmes est faite en imputant directement à une des catégories de soins les dépenses de centres d'activités exclusives à cette catégorie (comme les services infirmiers et d'assistance aux patients hospitalisés). Les dépenses des autres centres sont par contre ventilées en fonction d'indicateurs de volumes (centres diagnostiques et thérapeutiques) ou au prorata des dépenses précédemment ventilées (activités administratives et de soutien). Les données ainsi obtenues montrent que, de 1994-1995 à 1999-2000, les dépenses d'hospitalisation n'ont augmenté que de 4,9 % alors que celles consacrées aux soins ambulatoires ont connu un taux d'augmentation qui a atteint 20,5 %. Comme la majorité des

CHSGS sont multivocationnels (voir tableau 1), la ventilation par catégorie de soins illustrée au tableau 4 montre également l'évolution des soins autres que ceux pour la santé physique, notamment les soins relatifs à la santé mentale et à l'intégration sociale (soins de longue durée). L'importance de ces derniers types de soins a légèrement diminué au cours des dernières années à cause de changements apportés dans l'organisation et les modes de prestation des services.

— Tableau 4 —

**Dépenses des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés *
par catégorie de soins, 1994-1995 et 1999-2000**

Programmes	Dépenses nettes (millions \$)		Variation %	Distribution	
	1994-1995	1999-2000		1994-1995	1999-2000
Santé physique					
▪ Hospitalisations	2 610	2 738	4,9	52,7	50,4
▪ Soins ambulatoires	1 396	1 682	20,5	28,2	31,0
Sous-total	4 006	4 421	10,3	80,9	81,4
Santé mentale	357	312	- 12,6	7,2	5,8
Intégration sociale	523	659	22,2	10,6	11,8
Autres soins (adaptation sociale et santé publique)	67	59	- 12,3	1,3	1,1
Total	4 954	5 431	9,6	100	100

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

* Excluant les établissements qui, tout en disposant de lits de courte durée, ont comme vocation principale la prestation de soins physiques de longue durée, et les établissements de soins psychiatriques, gériatriques ainsi que de réadaptation.

L'effet des mesures budgétaires, cliniques et administratives prises au cours des dernières années a été tout d'abord de stabiliser les dépenses des CHSGS. Celles-ci sont en effet restées au niveau de 5 milliards de dollars de 1994-1995 à 1998-1999. Mais on note, comme le montre le tableau 5, que la croissance a repris depuis deux ans et que les dépenses sont passées de 4 989 millions de dollars en 1998-1999 à 5 732 millions de dollars en 2000-2001, ce qui constitue une augmentation de 15,7 %. Si l'on considère, par ailleurs, que l'inflation a été de 11,3 % de 1994 à 2000, les dépenses des CHSGS n'ont augmenté que de 4 % durant les six années de la période étudiée. Malgré cette bonne performance globale, on remarque néanmoins que la situation financière du réseau s'est graduellement détériorée, passant d'une position de quasi-équilibre en 1994-1995, à un déficit de 333,5 millions de dollars en 1998-1999 et de 451,9 millions en 1999-2000. Pour la dernière année financière, soit 2000-2001, les données préliminaires indiquent que les CHSGS ont enregistré un déficit de 130,1 millions de dollars équivalent à 2,3 % de leur base budgétaire.

— Tableau 5 —
Évolution de la situation financière des centres hospitaliers de soins de généraux et spécialisés de 1994-1995 à 1999-2000

	Évolution des dépenses nettes (M \$)	Évolution des résultats financiers	
		Déficits (M\$)	En % des dépenses nettes
1994-1995	4 953,6	9,3	0,2
1995-1996	4 908,2	22,8	0,5
1996-1997	4 884,2	112,1	2,3
1997-1998	4 966,8	231,7	4,7
1998-1999	4 989,4	333,5	6,7
1999-2000	5 430,8	451,9	8,3
2000-2001*	5 731,8	130,1	2,3

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

* Données préliminaires.

Ces résultats financiers montrent que les CHSGS n'ont pu absorber totalement les compressions budgétaires prévues pour ce type d'établissement durant la période, ce qui constitue à la fois un échec de la politique budgétaire gouvernementale et un échec des objectifs de financement annuels que visait le Ministère sur le plan de la budgétisation des établissements. Un tel échec comporte un risque important à long terme car en se répétant d'année en année, la pratique du financement par déficit discrédite le respect des règles budgétaires et entraîne des conséquences négatives importantes sur la gestion hospitalière. C'est dans ce contexte que fut créé le Comité, en juin 2000, pour réévaluer le mode de budgétisation des CHSGS.

2.3. Les dispositions légales régissant la budgétisation des CHSGS au Québec

Le mode actuel de budgétisation des établissements de santé et de services sociaux a été établi en 1994-1995 lorsque le Ministère a décidé de décentraliser certaines de ses responsabilités et de confier aux régies régionales celle d'allouer les budgets aux établissements du réseau sociosanitaire, ainsi que celle de financer les établissements privés conventionnés et de subventionner les organismes communautaires. Le cycle budgétaire dans lequel s'insère la budgétisation passe donc par trois niveaux d'intervenants, à savoir le Ministère, les régies régionales et les établissements, et il se fait en deux étapes, soit du Ministère vers les régies régionales et ensuite des régies régionales vers les établissements.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux détermine les responsabilités de chacun des niveaux à l'intérieur du cycle et précise certaines modalités de son déroulement. Mais avant de décrire plus précisément ce processus, il serait utile de préciser trois termes qui sont souvent utilisés en relations avec le cycle budgétaire, soit les termes *allocation des ressources*, *budgétisation* et *financement*.

- a) L'allocation des ressources fait normalement référence à un processus de répartition des ressources financières entre, par exemple, des programmes, des régions ou des établissements. La méthode de répartition se fait à l'aide d'indicateurs visant à refléter, pour une période budgétaire donnée, les besoins comparatifs des différentes unités auxquelles sont alloués les budgets.
- b) La budgétisation est un processus qui vise à déterminer le montant des ressources budgétaires nécessaires à la réalisation d'un scénario budgétaire convenu entre l'entité qui fournit les fonds et celle qui est responsable des opérations.
- c) Enfin, le financement se définit comme un processus de transfert de ressources financières pour la réalisation du scénario convenu. Le financement se fait donc logiquement après que le processus d'allocation des ressources ou de budgétisation ait été complété.

Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre 1 du présent rapport, le mandat du Comité est de revoir le mode de budgétisation et de préciser les modalités d'intégration des changements proposés dans le processus d'allocation des ressources, ce qui implique qu'il a fallu analyser non seulement la budgétisation des CHSGS mais aussi la relation entre celle-ci et l'allocation des ressources au Ministère et dans les régies régionales.

2.3.1. Le rôle et les responsabilités du Ministère

Le rôle et les responsabilités du Ministère dans le cycle budgétaire sont déterminés aux articles 463 à 465 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁵. Il est notamment spécifié :

- a) que le ministre doit voir à la répartition interrégionale des ressources nécessaires au financement du système de santé et de services sociaux en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires (article 463) ;
- b) que le ministre établit des règles budgétaires pour déterminer le montant des dépenses admissibles aux subventions à allouer aux régies régionales,

5. *Lois refondues du Québec*, Éditeur officiel du Québec, c. S-4.2.

de même que le montant des subventions visant à atteindre l'équité interrégionale (article 464) ;

- c) que le ministre établit également des règles budgétaires applicables aux régies régionales quant à leur gestion et à l'allocation des budgets aux établissements (article 465) ;
- d) que le ministre approuve le plan de répartition des ressources financières que lui soumet chaque régie régionale (article 463).

La Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau d'établissements publics (applicable à compter de l'année financière 2000-2001) est venue compléter ces dispositions en précisant l'obligation pour les régies régionales et les établissements publics de respecter l'enveloppe budgétaire régionale et de maintenir l'équilibre entre les dépenses et les revenus de façon à ne pas encourir de déficits. Le ministre peut, dans ce contexte, indiquer à une régie régionale des modalités d'allocation des ressources applicables à un ou plusieurs établissements de sa région et ultimement assumer l'administration provisoire d'une régie ou d'un établissement si les objectifs de la loi ne sont pas respectés.

En résumé, en ce qui concerne le processus d'allocation des ressources, la Loi sur les services de santé et les services sociaux spécifie, d'une part, de quelle façon doit se faire la répartition interrégionale, c'est-à-dire en fonction des populations de façon à avoir une consommation équitable de services, et, d'autre part, de quelle façon le ministre peut intervenir auprès des régies régionales en établissant des règles budgétaires portant sur l'allocation des budgets aux établissements et en approuvant ensuite le plan de répartition des ressources soumis par chaque régie régionale. Le ministre ne peut donc pas intervenir directement pour fixer le budget des établissements, sauf par exception dans le cadre de la loi sur l'équilibre budgétaire adoptée en 2000.

2.3.2. Le rôle et les responsabilités des régies régionales

La Loi sur les services de santé et les services sociaux définit les responsabilités des régies régionales dans le processus d'allocation budgétaire en trois points :

- a) concevoir et mettre en œuvre des plans d'organisation de services en vue de répondre aux besoins de la population ; ces plans doivent être conformes aux politiques établies par le Ministère et tenir compte des ressources financières prévues à cette fin (article 347) ;
- b) répartir les ressources financières mises à la disposition de chaque régie pour la mise en œuvre des plans régionaux d'organisation des services

conçus pour sa région et allouer les budgets de fonctionnement des établissements (article 350) ;

c) assurer le contrôle des budgets alloués (article 351).

Selon ces dispositions, l'objectif premier du mandat des régies régionales sur le plan budgétaire est de répartir les ressources financières entre les établissements afin de réaliser les plans régionaux d'organisation des services nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Ce mandat s'arrime bien avec celui du Ministère, qui a pour sa part la responsabilité de procéder à l'allocation interrégionale des ressources en fonction des besoins de la population. Comme les plans régionaux d'organisation des services doivent être conformes aux politiques du Ministère et que ce dernier établit également les règles budgétaires applicables aux régies régionales quant à l'allocation des budgets (article 465), on peut dire que l'ensemble du processus budgétaire repose théoriquement sur un cadre légal cohérent et logique.

Malgré le fait que l'allocation interrégionale soit basée légalement sur les besoins de la population de façon à assurer une consommation équitable des services, la gestion du système de santé est quant à elle essentiellement organisée selon une structure de production. Les régies régionales ne sont pas, en effet, responsables des soins consommés par leurs résidents hors de leur territoire mais elles sont entièrement responsables de tous les soins offerts sur leur territoire. Afin d'assurer l'accessibilité interrégionale des services à vocation suprarégionale, la loi prévoit que les plans d'organisation relativement à ces services doivent être approuvés par le ministre.

2.3.3. Le rôle et les responsabilités des établissements

La Loi sur les services de santé et les services sociaux définit les responsabilités budgétaires des établissements de la façon suivante :

- ◆ établir annuellement les règles et les modalités de répartition des ressources financières entre les différents postes budgétaires, suivant les besoins propres à leur plan d'organisation (article 283) ;
- ◆ préparer les prévisions budgétaires de fonctionnement afin de rendre les services essentiels à la réalisation de leur mission, à partir du montant total communiqué par la régie régionale et en conformité avec les paramètres budgétaires transmis par le ministre à la régie (articles 284 et 285) ;
- ◆ informer la régie régionale du budget adopté et soumettre, s'il y a lieu, un plan d'équilibre budgétaire pour que les prévisions de dépenses et de revenus soient en équilibre (articles 285 et 286) ;
- ◆ transmettre à la régie régionale des rapports périodiques relatifs à l'utilisation du budget et au fonctionnement de l'établissement (article 288).

Conformément à ces dispositions, l'établissement reçoit annuellement de sa régie régionale le montant total des ressources financières qui peuvent être utilisées à la réalisation de sa mission. Comme il a l'entière responsabilité de répartir les ressources entre les différents postes de son budget, l'établissement est en fait financé selon la méthode du budget global. Il est tenu de préparer des prévisions budgétaires qui sont équilibrées, ou de préparer un plan d'équilibre si elles ne le sont pas. Le budget adopté est transmis à la régie régionale uniquement pour information.

Comme la régie a la responsabilité d'assurer en cours d'année le contrôle des budgets alloués, elle a le pouvoir de demander à l'établissement des rapports périodiques, sans pouvoir toutefois intervenir directement dans la gestion d'un établissement pour corriger une situation budgétaire problématique. Le ministre peut le faire provisoirement en vertu de l'article 490 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ou en vertu de l'article 497 si le gouvernement l'autorise à maintenir une intervention pour plus de 120 jours.

2.3.4. Le processus théorique découlant des dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

Si on intègre dans une même séquence les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le processus budgétaire allant du Ministère vers les régies régionales et ensuite vers les établissements devrait se dérouler selon les trois étapes suivantes :

- 1) le calcul des enveloppes régionales par le Ministère en fonction des besoins de la population et du principe d'équité interrégionale en vue de financer la mise en œuvre des plans régionaux d'organisation des services ;
- 2) le calcul par les régies régionales du montant total du budget de fonctionnement de chacun des établissements afin qu'ils puissent fournir les services découlant de leur mission et prévus dans le plan régional d'organisation des services ;
- 3) la préparation par chaque établissement de prévisions budgétaires établies en fonction des besoins propres de son organisation.

Le processus doit respecter trois critères, à savoir :

- ◆ être établi en fonction de la population ;
- ◆ viser l'équité interrégionale ;
- ◆ financer les services prévus dans la mission des établissements et dans le plan d'organisation des services.

Au point de départ du processus, le niveau des ressources financières disponibles pour le fonctionnement du réseau a déjà été déterminé par le gouvernement et approuvé par l'Assemblée nationale. Théoriquement, pour franchir la première étape du processus, à savoir la répartition interrégionale en fonction des besoins de la population, il serait nécessaire d'utiliser un indice de répartition calculé selon une approche populationnelle qui consiste à estimer les besoins d'une sous-population à partir de la consommation moyenne de l'ensemble de la population, pondérée selon les caractéristiques reflétant les besoins, principalement l'âge, le sexe et le statut socio-économique. On obtiendrait ainsi un indice *per capita* pondéré et la répartition qui en découlerait devrait finalement être ajustée pour tenir compte des échanges interrégionaux de services étant donné que les régies régionales ne sont pas responsables de la consommation de services hors de leur territoire.

À la fin du processus d'allocation, les enveloppes budgétaires régionales devraient avoir alors deux caractéristiques. Premièrement, pour des populations régionales comparables, les services offerts devraient être comparables. Deuxièmement, pour des services comparables, le financement devrait être aussi équivalent. Logiquement, on voit que l'équité interrégionale doit se traduire en équité intrarégionale et en équité interétablissement.

Une fois l'enveloppe budgétaire régionale déterminée, la deuxième étape viserait à établir le budget de fonctionnement de chaque établissement. Comme les ressources financières auraient été réparties régionalement sur la base d'un indice pondéré reflétant la consommation moyenne, une régie régionale pourrait faire face à deux situations possibles.

- ◆ si les coûts moyens de ses établissements étaient supérieurs à ceux de l'ensemble des régions, il faudrait qu'elle tente de diminuer ces coûts pour offrir des services comparables ;
- ◆ si, par contre, les coûts moyens étaient inférieurs, il serait alors possible pour cette régie d'offrir un niveau plus élevé de services.

Quelle que soit la situation, pour calculer correctement le budget théorique des établissements, la régie régionale devrait utiliser un mode d'allocation qui prendrait en considération les coûts réels de chaque établissement et fixer les budgets en fonction d'un objectif d'efficacité et d'un objectif basé sur la quantité de services attendus. Si, de plus, une région s'était donnée des objectifs en vue de corriger un problème d'équité intrarégionale, des réallocations interétablissements seraient incorporées au budget final.

À la troisième étape du processus budgétaire, les établissements prépareraient leurs prévisions budgétaires en fonction des services prévus et en fixant des niveaux d'efficacité compatibles avec ces services, ce qui pourrait exiger une diminution de coûts. Les rapports périodiques de suivi budgétaire permettraient de vérifier si les objectifs relatifs aux services et aux coûts ont été atteints et si la situation budgétaire évolue vers un équilibre ou un déficit.

En résumé, pour répondre aux exigences de la loi, le processus budgétaire demande à la première étape, une approche populationnelle ; à la deuxième étape, il exige une analyse des services et des coûts par établissement pour déterminer un budget compatible avec les objectifs relatifs aux services ; enfin, à la troisième étape, il nécessite la préparation par chaque établissement de prévisions budgétaires cohérentes, établies en fonction des paramètres décisionnels des régies régionales et du Ministère.

2.4. Le processus budgétaire suivi depuis 1995-1996

Tel que décrit dans la première partie de ce chapitre, quatre faits qui ont marqué l'évolution financière du réseau des CHSGS depuis 1995-1996 :

- ◆ les compressions au budget du Ministère, effectuées conformément à la politique gouvernementale ;
- ◆ le plan de transformation triennal appliqué de 1995-1996 à 1997-1998, suivi du plan de consolidation visant à rationaliser la structure organisationnelle du réseau ;
- ◆ la diminution du coût des services et la plus grande efficacité des activités de soutien ;
- ◆ des résultats financiers déficitaires augmentant d'année en année et donnant lieu à des ajustements *a posteriori* pour corriger à la hausse les bases budgétaires.

Au cours des dernières années, la gestion budgétaire a été, de toute évidence, relativement difficile et face à cette situation, il est important d'essayer de faire un bilan pour évaluer comment, en pratique, le processus décisionnel s'est déroulé par rapport aux dispositions prévues dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le Comité a donc procédé à une analyse des méthodes qui ont été utilisées par le Ministère et les régies régionales pour faire l'allocation des ressources et la budgétisation des établissements.

2.4.1. L'allocation interrégionale des ressources par le Ministère

Pour comprendre comment le Ministère a procédé pour faire l'allocation interrégionale des ressources, il est important de préciser au point de départ que les crédits nécessaires au financement du fonctionnement des établissements de santé et de services sociaux sont tous regroupés à l'intérieur du budget du Ministère dans un seul programme intitulé « Fonctions régionales ». Comme le montre le tableau 6, il s'agit du programme 2 qui se compose de quatre éléments, dont le deuxième a trait au financement des établissements de santé et de services sociaux et pour l'année financière 2001-2002, le montant prévu est de 10,1 milliards de dollars.

— Tableau 6 —

Budget du ministère de la Santé et des Services sociaux , 2001-2002
Programme 2 -Fonctions régionales

Éléments	Crédits (000 \$)
1. Régies régionales*	93 994,3
2. Établissements de santé et de services sociaux	10 105 265,7
3. Soutien aux organismes communautaires	236 077,1
4. Activités connexes**	1 399 306,3
5. Service de la dette	516 496,7
Total	12 351 140,1

Source : Conseil du trésor, Budget de dépenses 2001-2002.

* Les crédits de l'élément 1 concernent le fonctionnement des régies régionales.

** Les principaux postes de cet élément sont les dépenses relatives aux médecins résidents, au système de sang, au régime de retraite et aux services préhospitaliers d'urgence.

La répartition de l'enveloppe budgétaire des établissements se fait à chaque année en deux étapes. La première étape consiste à déterminer les ressources nécessaires au fonctionnement des activités de base récurrentes d'une année à l'autre. Le Ministère utilise alors la méthode de reconduction des budgets, indexés s'il y a lieu pour tenir compte du coût des ajustements salariaux et de la hausse prévue des prix des autres dépenses. La deuxième étape porte sur l'allocation des crédits de développement, à laquelle s'ajoutent, selon les années, des mesures de correction à la baisse ou à la hausse des bases budgétaires. Les méthodes de répartition utilisées dans cette deuxième étape sont diverses, mais elles sont en général axées sur les orientations et les priorités d'action ministérielles, par exemple sur les plans de désengorgement des urgences ou sur la réduction des listes d'attente en santé physique.

Quant à l'approche visant une plus grande équité interrégionale exigée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Ministère ne l'a mise en application que pour ajuster la répartition des compressions et pour établir les réallocations budgétaires durant la période de transformation du réseau, soit entre 1995-1996 et 1997-1998. Il l'a aussi mise en application pour répartir ensuite certains crédits additionnels visant à améliorer des services tels que les services à domicile et à financer l'alourdissement des soins destinés aux personnes hébergées. Au total, on peut dire que l'approche basée sur l'équité interrégionale n'a été utilisée que très partiellement et de façon marginale alors que la loi la place, selon l'interprétation du Comité, au cœur du processus. De plus, le Ministère n'a jamais explicitement établi un montant annuel de subventions visant à réduire les écarts de consommation de services comme l'exige l'article 464 de la loi.

Ce qui caractérise également le processus actuel d'allocation est le fait qu'il soit basé sur une approche uniquement globale. Les crédits votés par l'Assemblée nationale en 2001-2002 pour le fonctionnement des établissements portent sur une somme totale de 10,1 milliards de dollars sans aucune ventilation indiquant les programmes de services devant éventuellement être mis en place par les établissements. On peut dire que la façon dont les crédits du Ministère sont préparés et présentés empêche l'Assemblée nationale de suivre l'évolution de ces programmes et de connaître les ressources qui s'y rattachent. Elle handicape également le Ministère lorsqu'on procède à des arbitrages dans le cadre de la politique budgétaire gouvernementale, puisque les conséquences des choix sur les services de santé et des services sociaux ne sont pas explicitement pris en compte dans le processus de décision. Ces difficultés se répercutent ensuite sur les régies régionales puisque, mis à part quelques budgets protégés, ces dernières reçoivent à leur tour une enveloppe budgétaire globale. Cette enveloppe est accompagnée d'une lettre du ministre indiquant quelles sont les orientations qui doivent être poursuivies, mais ces indications ne sont pas quantifiées ou ciblées, sauf partiellement pour les crédits de développement, lesquels seront fondus l'année suivante dans l'enveloppe globale.

Par ailleurs, il est intéressant de souligner que le Ministère a défini au début des années 90 une structure de services qui regroupait les ressources financières du réseau en huit programmes, à savoir :

- ◆ la santé physique ;
- ◆ la santé mentale ;
- ◆ la santé publique ;
- ◆ les personnes âgées ;
- ◆ la déficience intellectuelle ;
- ◆ la déficience physique ;
- ◆ l'alcoolisme et la toxicomanie ;
- ◆ les jeunes et leur famille.

Ces programmes ont depuis servi de cadre de référence aux politiques de santé et de services sociaux mais comme ils ne sont pas intégrés au cycle budgétaire, ils ne sont pas l'objet de décisions opérationnelles. En fait, les ressources véritablement engagées pour chacun des programmes ne sont connues qu'*a posteriori*, soit après la publication des rapports financiers des établissements. Comme ces derniers présentent leurs dépenses selon la structure comptable des centres d'activités, les coûts des programmes sont estimés par imputation (comme nous l'avons souligné à la section 2.2). Par exemple, au moment où le budget pour l'année 2001-2002 a été préparé, l'information la plus récente sur les programmes concernait l'année 1998-1999, ce qui constitue un écart de trois ans. Au moment de l'application du budget, il était impossible pour le Ministère de connaître précisément les ressources qui étaient consacrées à un programme donné. Il est donc difficile, dans un tel contexte, d'avoir un

véritable régime de reddition de comptes et d'imputabilité axé sur l'atteinte d'objectifs.

En plus de proposer un nouveau mode de budgétisation des CHSGS, le Comité croit qu'il est nécessaire, comme il sera expliqué au chapitre 6, de procéder à une révision importante du processus d'allocation des ressources, de façon à introduire la notion de programmes et à permettre une répartition équitable des ressources, faisant le lien entre la consommation et la production des services.

2.4.2. La budgétisation des CHSGS par les régions régionales

Les régions régionales ont pour mandat d'organiser, sur leur territoire, les services en fonction des besoins de la population. L'enveloppe budgétaire qu'elles reçoivent à cette fin n'a toutefois pas été déterminée sur cette base puisque le Ministère procède à une allocation interrégionale des ressources qui est principalement basée sur la reconduction des budgets antérieurs des établissements. Entre 1995-1996 et 1997-1998, les budgets reconduits ont été diminués en raison des compressions découlant des contraintes imposées au budget du Ministère. Mais, suite aux déficits encourus depuis 1995-1996, le Ministère a injecté, en 1999-2000, une somme de 700 millions de dollars pour rembourser l'endettement accumulé et il a réservé, en 2000-2001, une somme de 694 millions de dollars pour augmenter les bases budgétaires et compenser à nouveau le déficit de l'année précédente. Comme le Ministère n'a pas édicté de règles pour encadrer l'allocation des budgets aux établissements, les régions régionales ont adopté, durant cette période, des modes de budgétisation qui leur semblaient les plus appropriés à la situation de leur région. Les politiques budgétaires mises en place par chacune des régions ont donc évolué de façon différente et afin de connaître ce qui s'est passé, le Comité, en collaboration avec la Conférence des régions régionales, a fait faire une étude pour examiner « les modes d'allocation des ressources financières aux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés pour la période 1995-1996 à 2000-2001 ».

Il ressort de cette étude que les régions régionales ont essayé chacune à leur manière de définir des stratégies pour respecter les paramètres de leurs enveloppes budgétaires et, plus précisément, pour absorber les compressions budgétaires qui leur étaient imposées. Ces stratégies furent basées sur la réalisation des plans de transformation du réseau et sur l'application de mesures importantes d'économies, tout en essayant de protéger la continuité de l'offre de soins de santé. Les mesures qui ont généralement été prises visaient à consolider le réseau des centres hospitaliers en procédant à des fermetures ou des fusions, à transformer les services par le virage ambulatoire, à rationaliser l'utilisation des ressources humaines et à améliorer l'efficacité des services. Les régions régionales ont de plus été obligées d'innover en recherchant de nouvelles approches dans les méthodes de répartition des ressources entre les établissements. Selon l'étude effectuée, on peut dire

qu'elles ont utilisé deux modes distincts d'allocation, soit la répartition des efforts budgétaires ou la révision des bases budgétaires⁶.

La méthode de répartition des efforts budgétaires était tout d'abord basée sur la récupération des économies découlant des plans de transformation du réseau des établissements et sur la reconduction des autres dépenses récurrentes. On procédait ensuite à une répartition des compressions qui pouvait être calculée soit au prorata des budgets, soit au prorata de certaines catégories d'activités, soit en fonction des économies potentielles résultant d'une plus grande efficacité. Les façons de répartir les efforts budgétaires ont varié d'une région à l'autre, mais on remarque que le processus a généralement donné lieu à des mesures précises visant l'amélioration de la performance financière par la réduction des coûts administratifs, les regroupements de services ou la mise en commun de ressources. La méthode de répartition des efforts budgétaires visait donc à combiner les économies des plans de transformation du réseau et les gains découlant d'une plus grande efficacité. Elle a été utilisée notamment dans les plus grandes régions, à savoir Montréal-Centre, Québec et Laval. Seulement quatre régions (Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Chaudières-Appalaches, Estrie et Mauricie-Centre-du-Québec) ont plutôt utilisé l'approche axée sur la révision des bases budgétaires.

Cette dernière méthode s'apparente à la méthode « budget-base-zéro ». Plutôt que de reconduire les dépenses récurrentes, on a essayé de procéder à une réévaluation des besoins financiers des établissements selon une approche normative, utilisant quatre paramètres, à savoir, les quantités de services en relation avec les besoins de la population, les coûts unitaires ou les coûts par personne. Les économies des plans de transformation étaient récupérées et, au besoin, réutilisées pour la réalisation des priorités des plans d'organisation des services, notamment l'augmentation des soins à domicile et des soins de longue durée. En adoptant la méthode de révision des bases budgétaires, l'on cherchait à s'éloigner de la méthode de reconduction des budgets, mais l'application de l'approche a été limitée par le manque d'information. En définitive, la réussite de la révision des bases budgétaires dépendait aussi des possibilités d'amélioration de l'efficacité économique des établissements et cette méthode plaçait les régions qui y ont eu recours devant le même défi sur le plan de la gestion, que la méthode de répartition des efforts budgétaires.

Finalement, malgré les tentatives déployées selon l'une ou l'autre approche pour diminuer les coûts et rationaliser les services, l'évolution financière d'année en année après 1995-1996 s'est soldée, comme on le sait, par des déficits de plus en plus importants⁷ pour un nombre de plus en plus élevé d'établissements. En encourageant la réalisation des plans de transformation

6. RAYMOND CHABOT GRANT THORNTON, Examen des modes d'allocation des ressources financières aux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, pour la période de 1995-1996 à 2000-2001 ; (rapport présenté à la Conférence des régions régionales), 2000, 34 p. et annexes.

7. Voir le tableau 5, page 16.

combinée à une réforme de la pratique des soins et à une politique de réduction des coûts de main-d'œuvre (incluant les départs volontaires), la stratégie du Ministère et du gouvernement reposait sur l'hypothèse que les économies ainsi engendrées et les efforts faits pour accroître l'efficacité des établissements seraient suffisants pour maintenir les budgets constants et absorber à la fois les coûts de système et la croissance de la demande entraînée par l'augmentation du volume et de la lourdeur des soins à donner. Aucune mesure ne fut toutefois planifiée en vue d'influencer la demande de services.

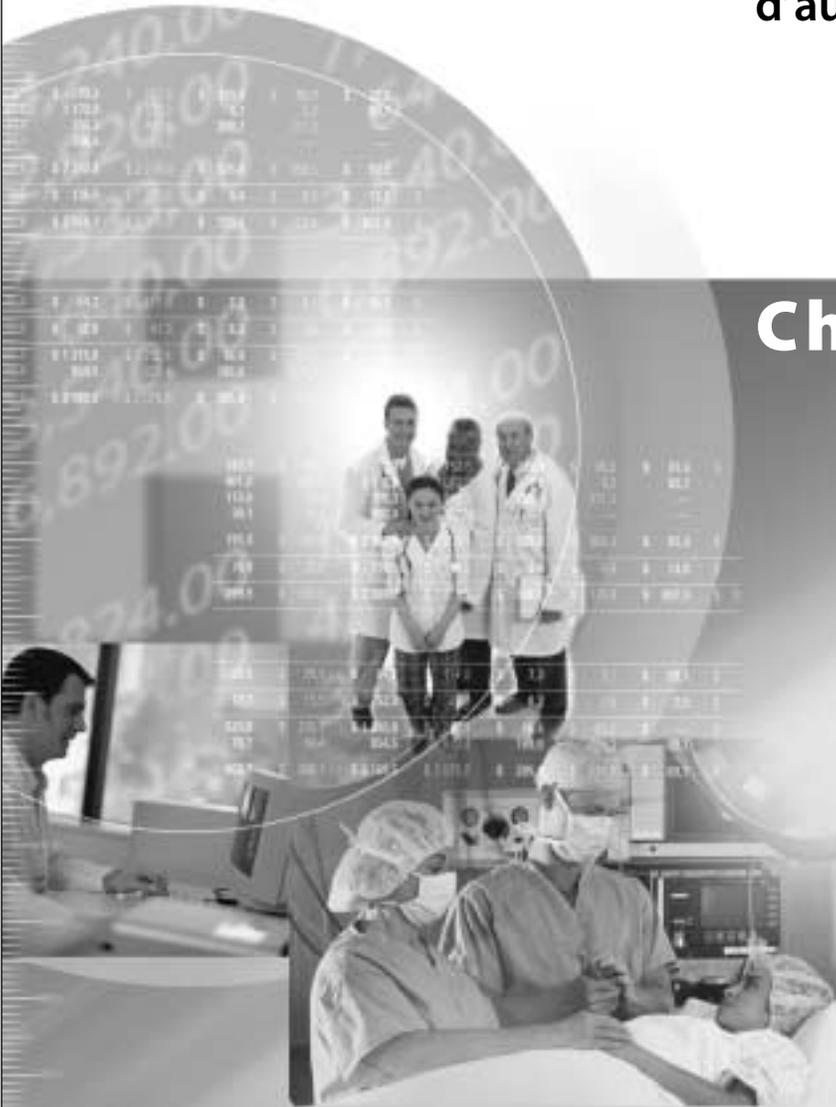
En fait, de 1995-1996 à 1998-1999, le niveau des déficits est passé de 0,5 à 8,3 % des dépenses nettes, ce qui représente une hausse de deux points de pourcentage en moyenne par année. Au cours des deux années suivantes, le Ministère a dû injecter des sommes importantes pour prendre en charge la dette accumulée, pour combler les nouveaux déficits et pour rehausser les bases budgétaires des établissements, en plus de financer les hausses de coûts des salaires et des autres dépenses. Ces ajouts totalisent 1,7 milliards de dollars et, malgré cela, les dépenses n'évoluent toujours pas selon les objectifs souhaités.

En conclusion de son étude (page 32), la firme Raymond Chabot Grant Thornton souligne une des leçons qu'il faut tirer de l'expérience des dernières années :

« L'impératif de répondre à la demande de la population impose des limites au contrôle de l'offre de services. Les décisions ministérielles sur l'allocation des crédits pour le développement et l'amélioration des services et l'effacement des déficits ont défini ces limites. » ... « Selon les régies régionales, l'effacement des déficits et le rehaussement récurrent du financement des CHSGS en déficit, pour lesquels l'efficacité opérationnelle restait à déterminer, ont eu des conséquences négatives sur la capacité des régies régionales à influencer les efforts de recherche d'efficacité opérationnelle et de contrôle des situations budgétaires difficiles des CHSGS. »

Le financement des centres hospitaliers au Canada et dans d'autres pays

Chapitre 3



3. LE FINANCEMENT DES CENTRES HOSPITALIERS AU CANADA ET DANS D'AUTRES PAYS

La croissance des coûts des systèmes publics de santé amène les gouvernements à chercher de nouveaux moyens de gérer la demande et l'offre de soins, tout en préservant les avantages de leurs systèmes du point de vue de l'accessibilité et de la qualité des soins. Du côté de l'offre, l'objectif poursuivi est d'améliorer la performance des producteurs de services en adoptant notamment des formes de paiement qui incitent à l'efficience et à l'efficacité. Comme les hôpitaux de soins de courte durée sont responsables de la part la plus importante des dépenses de santé, la question de leur financement est donc inévitablement l'un des éléments stratégiques des politiques de réforme des soins de santé.

Le présent chapitre fait un tour d'horizon des méthodes de répartition des ressources financières et de gestion budgétaire des soins de santé qui prévalent dans les autres provinces du Canada et dans quelques autres pays développés. L'objectif est d'analyser les processus budgétaires et les systèmes d'information utilisés, de même que les pratiques touchant la mesure du volume de soins et de la performance.

3.1. Les processus budgétaires dans les provinces canadiennes

En raison de l'intérêt manifesté par le Comité de connaître l'évolution des modes de budgétisation dans les autres provinces, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, a entrepris au cours de l'année 2000 une étude sur l'administration financière des soins de courte durée au Canada. Le but de l'étude était de faire une revue des modes de budgétisation, des systèmes d'information et des méthodes de suivi de la performance financière des hôpitaux. La présente section est principalement basée sur le contenu du rapport qui a été rendu public par l'ICIS en mars 2001⁸.

3.1.1. La classification des méthodes de répartition et d'allocation des ressources

Le rapport de l'ICIS présente un cadre intéressant pour classer les différentes méthodes de budgétisation et d'allocation des ressources. Cette classification fait tout d'abord une distinction entre quatre catégories d'entités auxquelles les

8. Ian MEKILLOP, George H. PINK et Lina M. JOHNSON, *La gestion financière des soins de courte durée au Canada*, Institut canadien d'information sur la santé, 2001, 279 p.

méthodes budgétaires s'appliquent. Il peut s'agir d'une part d'un organisme qui a une responsabilité multisectorielle (comme une régie régionale) ou d'un établissement à vocation unique (comme un centre hospitalier). La catégorie peut d'autre part être constituée de services ou de programmes spécifiques. Les méthodes principales de budgétisation s'appliquent principalement aux deux premières entités et celles utilisées au Canada sont au nombre de cinq⁹ :

- 1) la méthode *populationnelle*, basée sur les profils de consommation de soins selon les caractéristiques démographiques des patients ;
- 2) la méthode dite de *volume de cas (casemix)*, basée sur une prévision de production des services selon les différentes catégories de diagnostics ;
- 3) la méthode dite de *budget global*, basée sur l'évolution historique des budgets auxquels on applique un facteur de croissance ;
- 4) la méthode dite *ligne par ligne*, qui consiste à faire une projection détaillée de l'évolution des différentes catégories de dépenses par centre d'activités ;
- 5) la méthode d'*examen budgétaire* qui est basée sur un processus de soumission de demande de ressources par l'organisation régionale ou le centre hospitalier et qui donne lieu à une approbation ministérielle discrétionnaire avec ou sans négociation.

Il existe trois autres méthodes de budgétisation qui peuvent être qualifiées de secondaires puisqu'elles s'ajoutent habituellement aux méthodes principales de budgétisation ou qu'elles s'appliquent à des catégories plus restreintes comme des services ou des programmes. Les méthodes sont les suivantes :

- 6) la méthode d'*ajustement* pour des coûts propres à certains établissements qui ont des caractéristiques spéciales (localisation, enseignement, recherche, etc.) ;
- 7) la méthode dite de *budget réservé* servant à la réalisation de *projets* par un établissement ;
- 8) la méthode dite de *budget spécial* visant à réaliser un objectif de politique de santé s'adressant à plusieurs établissements.

Le tableau 7 résume les avantages et les inconvénients des différentes méthodes. Historiquement, les deux méthodes de budgétisation qui ont été le plus utilisées au Canada ont été le budget ligne par ligne et le budget global. Ces deux méthodes ont des objectifs totalement opposés : la première vise un contrôle détaillé des dépenses et la seconde donne le maximum d'autonomie dans la gestion d'un budget. Elles sont aujourd'hui dépassées, car en plus d'être inéquitable, elles ne favorisent pas la recherche de la performance.

9. Dans le rapport de l'ICIS, la nomenclature utilisée est légèrement différente de celle utilisée ici.

— Tableau 7—

Résumé des avantages et des inconvénients des méthodes de budgétisation et d'allocation des ressources

Méthode	▪ Avantages	▪ Inconvénients
1. Populationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objectivité dans l'allocation des ressources ▪ Équité interrégionale par rapport aux besoins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Complexe à calculer ▪ Difficile à mettre en application à cause de la mobilité des populations
2. Volume de cas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorable à la performance si basé sur un tarif moyen ▪ Financement en fonction des services produits ▪ Équité interétablissement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Systèmes d'information complexes ▪ Incitation à la production ▪ Risque de manipulation de données ▪ Besoin de vérification
3. Budget global	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Simplicité ▪ Prévisibilité ▪ Autonomie de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inéquitable ▪ Sans relation avec les services fournis ▪ N'encourage pas la performance
4. Budget ligne par ligne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Simplicité ▪ Prévisibilité ▪ Financement de dépenses particulières 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sans relation avec les services fournis ▪ Encourage le contrôle traditionnel des dépenses ▪ Peu favorable à la performance
5. Examen budgétaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptabilité aux besoins spécifiques de l'organisme ▪ Financement en fonction des politiques ministérielles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risque de subjectivité ▪ Prédominance du court terme ▪ Manque de transparence
6. Ajustement pour coûts particuliers	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financement équitable 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorise les demandes d'exception
7. Budget réservé pour projet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financement flexible 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interférence dans les priorités et le fonctionnement des établissements
8. Budget spécial pour politique de santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation d'objectifs précis et prioritaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interférence dans les priorités et le fonctionnement des établissements

Avec l'apparition des nouvelles technologies, la possibilité de traiter un volume croissant d'information de plus en plus détaillée a eu un impact important sur l'administration financière et clinique des centres hospitaliers. Les systèmes d'information sur les coûts peuvent en effet être mis en relation avec les systèmes d'information sur les services reçus par les patients ou fournis par les

médecins. De plus en plus de paramètres peuvent donc être pris en considération dans les processus décisionnels et dans les modes de budgétisation. Comme nous le verrons, la tendance actuelle consiste à utiliser les modèles basés sur l'approche populationnelle et le volume de services pour le financement d'organismes multisectoriels régionaux. Ce sont des modèles plus complexes mais ils sont plus équitables et sont de nature à favoriser la recherche de la performance.

3.1.2. La comparaison des méthodes utilisées

Au Canada, les centres hospitaliers de soins de courte durée fonctionnent tous dans un contexte relativement similaire. Leur financement est gouvernemental et les services sont offerts de façon universelle et gratuite. Toutefois, comme les provinces sont directement responsables de l'organisation et du fonctionnement de leur système de santé, elles peuvent choisir différentes approches pour la budgétisation et le financement de leurs centres hospitaliers. En réalité, on remarque qu'il y a à la fois des similitudes et des différences dans le développement des nouvelles méthodes.

La première similitude importante à souligner est le fait que toutes les provinces, sauf l'Ontario, se sont dotées de structures régionales multisectorielles qui ont en la responsabilité de faire l'allocation des ressources entre les établissements de santé et de services sociaux. La régionalisation de l'administration a en effet été un élément important des politiques de réforme des systèmes de soins de santé au cours des années 90.

Les responsabilités déléguées quant à l'administration même des services ou des programmes varient toutefois d'une province à l'autre. À titre d'exemple, en Alberta, les régies régionales administrent directement les hôpitaux alors qu'au Québec les établissements ont leurs propres conseils d'administration.

La mise en place de structures régionales décisionnelles a amené les provinces à modifier leurs processus budgétaires. Ainsi, avant de procéder à la budgétisation des établissements, il faut d'abord faire la répartition des ressources entre les régions, ce qui ajoute une nouvelle étape au processus budgétaire. Les ministères provinciaux de la santé ont donc commencé à remplacer les modes de budgétisation des hôpitaux par des méthodes dites d'allocation des ressources en ayant recours à des critères de consommation de services dans le cadre d'une approche populationnelle¹⁰. Un tel changement peut se traduire par des réallocations interrégionales de ressources relativement importantes et pour faciliter les ajustements, il est compréhensible que les provinces choisissent d'appliquer graduellement l'approche populationnelle.

10. Voir la distinction entre le concept de budgétisation et celui d'allocation des ressources au chapitre 2, page 14.

Le tableau 8 montre les processus budgétaires utilisés par les provinces canadiennes au cours de l'année financière 2000-2001. On remarque que les processus varient beaucoup d'une province à l'autre. Seulement deux provinces utilisent actuellement l'approche populationnelle comme méthode principale, soit l'Alberta et la Saskatchewan. Les autres provinces ont gardé des méthodes plus traditionnelles. Ainsi, la Colombie-Britannique et le Nouveau-Brunswick approuvent des budgets régionaux ligne par ligne et quatre provinces, à savoir le Manitoba, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard procèdent par la méthode d'examen budgétaire à partir de demandes soumises par les organismes régionaux. Enfin, l'Ontario et le Québec procèdent selon la méthode du budget global.

— **Tableau 8** —

Processus budgétaires utilisés dans les provinces canadiennes

Province / Territoire	Unité de budgétisation	Processus budgétaire	Analyse de performance
Alberta	Organisme multisectoriel	Approche populationnelle	Critères multiples Finances, services et pratiques de gestion
Colombie-Britannique	Organisme multisectoriel régional	Méthode ligne par ligne et approche populationnelle	À venir
Manitoba	Organisme multisectoriel régional	Examen budgétaire	À venir
Nouveau-Brunswick	Organisme multisectoriel régional	Méthode ligne par ligne et approche populationnelle	Indicateurs administratifs et opérationnels
Terre-Neuve et Labrador	Organisme multisectoriel régional	Examen budgétaire	À venir
Nouvelle-Écosse	Organisme multisectoriel régional	Examen budgétaire	À venir
Ontario	Centres hospitaliers	Approche globale et volume de cas	Critères multiples Finances, services et pratiques de gestion
Île-du-Prince-Édouard	Organisme multisectoriel régional	Examen budgétaire	Non
Québec	Organisme multisectoriel régional	Approche globale et volume de cas	Performance financière par cas ajusté (2001-2002)
Saskatchewan	Organisme multisectoriel régional	Approche populationnelle	À venir

Il faut toutefois souligner que toutes les provinces (à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard), qui n'utilisent pas encore l'approche populationnelle sont en train de réévaluer leurs méthodes de financement avec l'intention probable de l'adopter comme méthode principale. Tout comme le Québec, la Colombie Britannique et le Nouveau-Brunswick l'utilisent déjà de façon partielle. En ce qui concerne l'Ontario, qui a choisi de ne pas avoir de structure régionale décisionnelle, les travaux de recherche portent actuellement sur l'analyse des

bassins de services qui est une méthode s'inspirant de l'approche populationnelle.

La dernière colonne du tableau 8 indique dans quelle mesure les provinces ont adopté ou non des pratiques d'analyse de la performance de leur système de soins de courte durée. D'après le rapport de l'ICIS, il semble à cet égard que seulement deux provinces, l'Alberta et l'Ontario, ont commencé à faire des analyses en profondeur. Dans le cas de l'Alberta, les administrations régionales de la santé doivent elles-mêmes préparer un rapport répondant aux spécifications du ministère de la Santé et du Bien-être pour évaluer les objectifs relatifs aux soins de santé, à la gestion financière et aux services reçus par les usagers. En Ontario, une analyse spéciale de la performance comparative des hôpitaux est faite par l'ICIS en collaboration avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario. L'analyse est encouragée par le gouvernement et elle porte sur quatre volets : la satisfaction des patients, les soins, les finances et l'adaptation aux changements. Enfin, suite au rapport d'étape du Comité en mars 2001, le Québec a commencé à faire une analyse de la performance financière des centres hospitaliers et à tenir compte des résultats de cette analyse dans l'allocation des ressources aux régies régionales.

3.2. La budgétisation des centres hospitaliers dans d'autres pays

Si, comme nous l'avons souligné précédemment, le système québécois de soins de santé est assez similaire à celui des autres provinces, il en est autrement quand on le compare au système des États-Unis ou des pays européens. Les principales différences ont trait aux sources de financement, à la place du secteur privé, à l'imposition de certains tarifs ou encore à la forme de rémunération des médecins. Mais quelles que soient les différences, il est intéressant d'analyser les méthodes de budgétisation des autres pays car la problématique générale du financement est en définitive la même partout.

En effet, l'objectif de base des systèmes de soins de santé est de partager les risques financiers liés à la maladie entre les membres d'une population. Si un individu est malade, le coût du traitement est pris en charge en tout ou en partie par un tiers payeur qui est soit une assurance privée, soit une assurance publique ou soit l'État. Quand le patient a besoin de soins en milieu hospitalier, le tiers payeur a normalement intérêt à ce que les soins fournis soient efficaces et qu'ils soient rendus au meilleur coût, l'objectif poursuivi étant de maintenir les primes d'assurance ou les besoins de revenus fiscaux le plus bas possible.

Au début de la mise en place des systèmes publics actuels de soins de santé (c'est-à-dire, après 1945), le souci de la performance financière ne fut pas véritablement prioritaire. Il y avait en effet peu de contraintes à la hausse des dépenses de santé qui ont pu être absorbées par la croissance des sources de financement disponibles pour le développement du secteur public. Il a fallu la crise des finances publiques, qui est apparue au cours des années 1980, pour

que les gouvernements décident de remettre en question la dynamique incontrôlée de l'offre et de la demande de soins de santé. On a alors procédé à des réformes de l'organisation du système, de la pratique médicale et de la gestion des centres hospitaliers.

Comparativement à l'expérience des pays qui ont un système public de santé, la recherche de la performance est apparue un peu plus tôt aux États-Unis où l'organisation du système de soins de santé est essentiellement privée tout en étant financée de façon mixte. Le jeu de la concurrence a en effet obligé les compagnies d'assurances à trouver des méthodes pour vérifier à la fois la pertinence et les coûts des soins donnés à leurs assurés. On a ainsi commencé à développer à la fin des années 60 une nouvelle méthode pour expliquer les différences de coûts moyens entre les hôpitaux en faisant une analyse détaillée du volume et de la lourdeur des cas. C'est à partir de là que se sont développés les systèmes d'information pour mesurer le plus exactement possible les soins donnés aux patients, ce qui a ensuite permis d'utiliser les concepts habituels de productivité et de performance en les adaptant au secteur de la santé. Cette nouvelle approche et les systèmes d'information qui s'y rattachent se sont répandus au cours des années 80 aux États-Unis et depuis une quinzaine d'années dans plusieurs autres pays.

Notre analyse des méthodes de budgétisation dans les autres pays commence donc par un examen des pratiques actuelles aux États-Unis. Le deuxième pays analysé est la Grande-Bretagne qui a procédé en 1990 à une réforme de son système, plaçant les hôpitaux dans un contexte administratif totalement nouveau. Malgré la complexité du système de santé de la France, l'analyse de son expérience nous est apparue également intéressante en raison des problèmes et des solutions envisagées. Le chapitre se termine avec le cas de la Norvège qui est un pays dont la dimension et les caractéristiques se comparent plus à celles du Québec. Le contenu de la section qui suit est en partie tiré d'une étude confiée à la firme Eckler Associés Ltée et préparée par monsieur Robert Grignon, actuaire-conseil¹¹.

11. Robert GRIGNON, *Financement et budgétisation en centres hospitaliers, comparaison internationale*, Eckler Associés Ltée (étude préparée pour le ministère de la Santé et des Services sociaux), 2001 91 p.

3.2.1. Les États-Unis

a) Les caractéristiques du système américain

Le système de santé américain se distingue de celui de la majorité des autres pays développés sur trois plans. Premièrement, les États-Unis est le pays qui dépense le plus pour le secteur économique de la santé, soit environ 14 % du PIB alors que les autres dépensent environ 10 % ou moins de leur PIB dans ce secteur (9,6 % au Québec en 2000). Deuxièmement, les programmes gouvernementaux *Medicare* (pour les personnes âgées de 65 ans et plus) et *Medicaid* (pour les personnes économiquement défavorisées) couvrent environ 75 millions de personnes, soit moins de 30 % de la population, mais ils assument 47 % des dépenses totales de santé compte tenu du volume de soins donnés aux personnes âgées. Troisièmement, un réseau complexe d'intermédiaires financiers et cliniques s'est développé pour répondre aux besoins de la population non couverte par les programmes gouvernementaux, dont les HMO (*Health Maintenance Organizations*) auxquelles sont inscrits 30 % des Américains. Toutefois, plus de 42 millions d'Américains ne bénéficient d'aucune couverture d'assurance personnelle.

Il y avait 6 166 hôpitaux aux États-Unis en 1998, dont 5 038 établissements de courte durée disposant de 891 000 lits ; 28 % des hôpitaux sont gouvernementaux, 58 % sont à but non lucratif. De plus, le système de soins de courte durée est appuyé par un nombre important d'établissements intermédiaires appelés « *sub-acute care hospitals* » ou « *skilled-nursing facilities* », qui font la transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile. Le développement de cette forme d'organisation et les changements dans la pratique médicale ont eu pour effet de créer une surcapacité dans le secteur des soins de courte durée, de sorte que le taux d'occupation moyen des centres hospitaliers est très bas, soit environ 60 %.

b) La facturation des soins

Jusqu'au début des années 80, les hôpitaux se finançaient en facturant à chaque patient ou au tiers payeur le coût détaillé des soins qui lui avaient été fournis. Ce système, favorable aux hôpitaux qui récupéraient ainsi toutes les dépenses encourues, fut changé en 1983 lorsque l'organisme fédéral HCFA (*Health Care Financing Administration*) qui administre Medicare a introduit le PPS (*Prospective Payment System*), lequel consiste à payer un montant fixe et pré-déterminé par catégorie de diagnostic selon la classification DRG (*Diagnostic Related Groups*). Le nouveau système s'est ensuite étendu à Medicaid et aux grandes compagnies d'assurances. Aujourd'hui, 81 % des hôpitaux sont financés selon cette méthode.

Le tarif PPS payé par DRG est basé sur les coûts moyens de traitement d'un patient et il est indépendant de la durée exacte de séjour. L'administration

fédérale HCFA utilise deux catégories de tarifs, selon que l'hôpital est situé dans un centre urbain dont la population est supérieure ou inférieure à un million d'habitants. La composante du tarif équivalent aux coûts de main d'œuvre est de plus ajustée pour tenir compte des différences de rémunération relative par région.

Enfin, le tarif global peut également être augmenté si le nombre de patients de l'hôpital provenant de milieux défavorisés est particulièrement élevé ou si l'établissement a une vocation d'enseignement qui engendre des coûts directs supplémentaires. L'ensemble des tarifs sont révisés annuellement par le Congrès américain.

c) La budgétisation

Étant donné que les coûts sont remboursés selon le système PPS pour les patients relevant de Medicare et Medicaid, ou selon diverses formules pour les personnes assurées auprès de compagnies d'assurance privée, la budgétisation d'un centre hospitalier américain est en fin de compte un exercice compliqué en raison des différentes catégories d'usager : chacun des sous-groupes bénéficie d'une couverture de soins différente qui sont remboursés suivant des modalités particulières (tarif DRG, tarifs à la journée ou coûts réels encourus).

Pour établir son budget de revenus, un hôpital doit faire une prévision détaillée de son bassin d'usagers et cette prévision sert à déterminer pour chaque département de l'hôpital le volume potentiel de services. Les départements préparent ensuite leur budget de dépenses qui seront comparées aux revenus anticipés, pour procéder finalement aux ajustements requis afin d'en arriver à l'équilibre budgétaire.

Les administrations hospitalières ont continuellement besoin d'une information à jour sur les patients, les traitements et les coûts afin de pouvoir suivre l'évolution des finances de leur établissement. La codification précise et complète de tous les soins est donc essentielle dans ce processus de façon à pouvoir calculer le coût exact par cas et procéder à une facturation rapide qui génère les revenus appropriés. Les écarts entre la facturation et les coûts réels permettent d'identifier les services qui sont profitables et ceux qui doivent être subventionnés.

d) L'impact de la méthode PPS / DRG

Les hôpitaux américains fonctionnent dans un environnement très compétitif dont ont profité les tiers payeurs qui négocient le prix des services donnés à leurs assurés. Cet environnement a été particulièrement favorable au développement des HMOs (*Health Maintenance Organizations*), qui sont des associations, à but lucratif ou non, dont les membres paient une cotisation (ou prime) leur permettant d'obtenir en retour les soins dont ils ont de besoin. Les HMOs sont affiliés à des groupes de médecins et parfois à des hôpitaux qui

traitent leurs patients. Cette forme d'organisation leur permet d'offrir des primes d'assurance moins élevées, la différence pouvant aller jusqu'à 25 % par rapport à celles des autres assureurs. Ces économies proviennent surtout de la réduction des coûts des soins hospitaliers. Le nombre d'Américains couverts par les HMOs atteint aujourd'hui 80 millions¹².

Depuis que les DRG ont commencé à être utilisés en 1983, la méthode de classification a été raffinée et les catégories régulièrement mises à jour. Le système est donc maintenant rodé. L'introduction de la méthode des paiements prospectifs a constitué une innovation majeure qui a amené le développement des systèmes d'information médicale. Les données médicales ont été intégrées aux données financières, ce qui a permis d'analyser les routines administratives et de réduire les coûts en éliminant les dépenses inutiles. En plus d'accroître l'efficacité de leurs établissements, les administrateurs ont revu les stratégies de fonctionnement et de traitement en développant les soins ambulatoires, sans diminuer, semble-t-il, la qualité des soins. Les médecins se sont adaptés à ce nouveau contexte de gestion et la mise en place de procédures rigoureuses d'examen de préadmission a changé de façon importante la pratique de la médecine. Comme on l'a vu précédemment, ces changements ont été tels qu'une des caractéristiques actuelles du système hospitalier américain est sa surcapacité, la moyenne des établissements fonctionnant à environ 60 %. L'expérience typique d'un patient recevant aujourd'hui des soins hospitaliers est décrite comme suit :

- ◆ il sera hospitalisé seulement si son état l'exige ;
- ◆ son séjour à l'hôpital sera plus court ;
- ◆ il recevra une proportion plus élevée de soins à l'extérieur de l'hôpital ou à la maison.

En conclusion, on peut dire que l'expérience américaine montre que le développement des systèmes d'information sur les diagnostics et les patients permet de faire une évaluation crédible du fonctionnement des producteurs de soins et aide à identifier les façons qui permettent d'en accroître la performance non seulement financière mais aussi médicale.

12. Malgré leur succès, le fonctionnement des HMO n'est pas sans problème, puisque le Sénat et la Chambre des représentants ont présenté en 2001 chacun un projet de loi visant à protéger les droits des patients à la suite des nombreuses plaintes dont les HMO ont été l'objet.

3.2.2. La Grande-Bretagne

a) L'évolution du système de santé et la réforme de 1991

Comparativement au système américain de soins de santé qui fonctionne le plus possible selon les règles du marché privé, le système anglais a été traditionnellement pour les Canadiens l'exemple du système public de soins financé par la fiscalité et géré de façon centrale. Le principal avantage du système anglais est d'être universel et gratuit, alors que le système américain laisse une partie importante de la population sans aucune couverture. Le revers de la médaille est toutefois qu'au début des années 90, le système américain avait une surcapacité de traitement alors que dans le système anglais, les délais d'attente pour différents soins hospitaliers s'allongeaient de plus en plus.

Les difficultés du modèle anglais découlaient alors du fait que son fonctionnement était basé sur un contrôle serré de l'offre de soins et du coût des services, face à une demande qui ne subissait aucune contrainte. La proportion des dépenses de santé par rapport au PIB a toujours été plus faible en Grande-Bretagne que dans les autres pays développés grâce à l'efficacité du contrôle budgétaire, mais l'écart entre les ressources et les besoins est devenu d'année en année de plus en plus marqué créant une insatisfaction croissante de la part des patients.

Le gouvernement avait déjà procédé à une première réforme en 1974 en régionalisant l'administration du NHS (*National Health System*). Il a ensuite mis en place, en 1976, une commission appelée *Resource Allocation Working Party* dont le mandat était de répartir les budgets entre les régions en tenant compte de la population et de ses caractéristiques sociosanitaires. L'organisation régionale qui comprenait trois paliers, fut simplifiée en 1982 par l'élimination de l'échelon séparant les 14 régions et les 192 districts. La véritable réforme est toutefois venue en 1991, lorsqu'il fut décidé de mettre en place un nouveau mécanisme de gestion de la demande et de l'offre qui visait à introduire une forme de « compétition » à l'intérieur du système.

Ce mécanisme était basé sur la distinction entre la responsabilité d'acheter des services et celle de produire des services. La première responsabilité fut donnée aux administrations de district, en collaboration avec des groupes de médecins de première ligne, auxquels furent attribués des budgets pour le traitement de leurs patients. Du côté de l'offre de services, les hôpitaux ont été transformés en « fiducies » complètement autonomes sur le plan de la gestion. Pour obtenir les ressources nécessaires à leur fonctionnement, ces derniers devaient négocier des contrats avec les détenteurs de fonds (administrations de district ou groupes de médecins) qui leur réfèrent alors les patients.

Le nouveau modèle est entré en vigueur graduellement et après six années de fonctionnement, l'expérience a été évaluée de façon plutôt négative. Bien sûr, il est apparu que tous les intervenants portaient désormais une attention beaucoup plus grande aux coûts et à l'efficacité des soins de santé. Toutefois, le processus de négociation de contrats s'est avéré un exercice inefficace et coûteux, augmentant les coûts d'administration, qui étaient passés de 8 à 11 % du total des dépenses. L'objectif d'implanter un mécanisme favorisant la concurrence n'a pas été véritablement atteint, en partie parce que le nombre d'hôpitaux était souvent trop restreint dans une région ou à cause de la position de monopole que détenaient les administrations de district vis-à-vis des hôpitaux. Mais par-dessus tout, le modèle de concurrence interne a été incapable de résoudre les problèmes de qualité et d'accessibilité des soins, notamment en ce qui a trait aux délais pour les traitements qui n'étaient pas considérés comme médicalement urgents.

b) La nouvelle réforme du système en 1997

Le gouvernement de la Grande-Bretagne a dû reconnaître en 1997 que les problèmes structurels de fonctionnement du système de santé n'avaient pas été résolus et que cette situation était due à deux causes principales : un sous-financement chronique qui durait depuis des décennies et des mécanismes de fonctionnement qui, malgré les tentatives de réforme, demeuraient en pratique les mêmes que ceux qui avaient été établis en 1948 et qui étaient devenus inadéquats à l'aube du XXI^e siècle. Les principales lacunes étaient l'absence de normes nationales, l'existence de nombreuses barrières institutionnelles, l'absence de mesures incitatives visant à favoriser une meilleure performance, et le manque d'information pour évaluer les services.

Face à cette situation, le gouvernement a tout d'abord décidé de mettre fin au mécanisme de concurrence interne qui avait été mis en place en 1991 et qu'on jugeait non fonctionnel, tout en gardant toutefois la distinction qui avait été introduite entre les fonctions d'acheteur ou de producteur de services. Plutôt que de forcer la compétition, le gouvernement proposa de mettre l'accent sur la coopération et le partenariat entre les intervenants. Le principal changement organisationnel amené par la réforme fut l'obligation pour tous les médecins de faire dorénavant partie d'un groupe de soins de première ligne ou PCG (*Primary Care Group*). Les groupes couvrent en moyenne une population d'environ 100 000 personnes et lorsque leur fonctionnement sera rodé, l'objectif est de les faire évoluer vers une deuxième forme d'organisation appelée PCT (*Primary Care Trust*) à laquelle seront confiées les ressources nécessaires pour financer la totalité des soins hospitaliers et ambulatoires.

Le gouvernement s'est finalement engagé à accroître le budget total du système national de santé et à mettre en place de nouveaux organismes nationaux pour établir et promouvoir de meilleures pratiques et évaluer la performance des acheteurs et des producteurs. L'évaluation et le suivi de la performance des services locaux de santé seront l'objet d'une procédure appelée « *Performance Assessment Framework* », ou PAF, qui inclura tous les aspects de la

performance, c'est-à-dire autant la satisfaction des usagers, que la performance financière et l'amélioration de l'état de santé de la population.

c/ Le processus budgétaire

L'orientation principale des changements amenés par la réforme de 1997 est d'améliorer l'efficacité et l'efficacités du système de santé. Les administrations locales de santé continueront d'être financées selon une approche populationnelle, de même que les groupes de soins de première ligne. À partir des budgets qui leurs sont alloués, ces derniers négocieront avec les hôpitaux, pour leurs patients, des contrats de services appelés « programmes de soins ». Les hôpitaux devront alors budgéter leurs opérations en se basant sur l'évolution précise de leurs services (volume et lourdeur des cas) et de leurs coûts. La collecte et l'analyse des données sur les besoins de la population et les services fournis deviennent absolument cruciales dans un tel processus.

La stratégie du service national de santé (NHS) est d'obtenir cette information à partir du dossier médical du patient et en mettant en place deux systèmes d'information pour répondre aux besoins de gestion. Le premier système est la version anglaise des DRG appelée HRG (*Health Resource Groups*) qui est déjà en application dans tous les hôpitaux de soins de courte durée, sans comprendre encore les soins ambulatoires et communautaires. L'objectif poursuivi est toutefois de continuer à développer le système pour avoir une information complète sur toute la gamme des services.

Le deuxième système, connu sous le sigle HBG (*Health Benefit Groups*) a pour but de mesurer les besoins en matière de soins par catégorie de population, de prévoir les ressources nécessaires pour offrir ces soins et finalement d'évaluer les résultats probables sur le plan de la santé. Les HBG sont complémentaires aux HRG et l'objectif visé est d'établir avec les deux systèmes, des matrices qui font le lien entre les soins, les services et les résultats de façon à pouvoir mesurer l'efficacité du système de santé.

Les analyses de performance sont actuellement limitées à cause d'une information incomplète et non uniforme mais elles deviendront éventuellement la pièce maîtresse sur laquelle reposeront les processus décisionnels et l'allocation des ressources.

3.2.3. La France

Bien que le système des soins de santé de la France soit très différent de celui du Québec, son évolution au cours des trente dernières années a amené le gouvernement français à prendre des mesures dont les implications rejoignent certaines des préoccupations que nous avons à l'égard de la gestion de notre propre système. Nous ferons donc un bref survol des caractéristiques du

système français, des problèmes auxquels il est confronté et des orientations qui ont été prises pour les solutionner, notamment dans le secteur hospitalier.

a) Les caractéristiques du système de soins de santé

En ce qui concerne tout d'abord les sources de financement, la branche maladie de la sécurité sociale a été traditionnellement financée en France à partir de deux catégories de revenus, soit le versement de cotisations par les employés et les employeurs déterminées sur la base des revenus, et un apport fiscal provenant d'impôt et de taxes affectés au secteur de la santé (assurance automobile, alcool, tabacs etc.). En 1991, le gouvernement a institué une nouvelle contribution appelée la contribution sociale généralisée (CSG) qui taxa tous les revenus (travail, retraite, capital) et qui servit, au début, au financement des prestations familiales. Le taux initial de 1,1 % fut augmenté à 2,4 % en 1991. Il fut de nouveau augmenté à 3,4 % en 1997 et à 7,5 % en 1998. Ces deux dernières augmentations furent totalement affectées à l'assurance maladie et elles se sont ainsi substituées presque entièrement aux cotisations basées sur les revenus. Il y a donc eu une évolution importante en faveur d'un financement par la fiscalité, lequel est passé d'environ 10 % en 1996 à 45 % en 1999.

Le système général d'assurance maladie est composé de différents régimes distincts qui couvrent 99 % de la population. Le régime le plus important est celui de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui couvre à elle seule 80 % de la population. Les autres régimes ont des clientèles selon les statuts des personnes considérées et depuis janvier 2000, les personnes non inscrites à un régime (près de 150 000) sont couvertes par un nouveau programme appelé « couverture maladie universelle » ou CMU.

Une des caractéristiques du système français d'assurance maladie a trait au fait que les usagers des soins de santé doivent supporter environ 25 % des dépenses. Ces coûts non assumés représentent un « ticket modérateur », mais pour 85 % de la population, ceux-ci sont remboursés par des assurances complémentaires. De plus, lorsqu'il s'agit d'une consultation médicale, le patient doit acquitter la totalité des frais avant d'être remboursé par l'assurance maladie et l'assurance complémentaire. Les coûts assurés des soins hospitaliers sont par contre directement financés par les caisses d'assurance.

Le système français de soins de santé a, comme on peut le constater, les caractéristiques d'un système mixte combinant des éléments d'assurance publique et d'assurance privée. Le secteur des soins hospitaliers est également un secteur mixte : les hôpitaux publics et privés représentent respectivement 65 et 35 % des capacités, et 75 et 25 % de la consommation des soins. Les deux catégories d'établissements sont toutefois financés de façon différente puisque les hôpitaux publics (incluant certains hôpitaux privés affiliés) sont financés par une dotation globale de fonctionnement (budget global) alors que les autres hôpitaux privés sont rémunérés sur la base d'une facturation des

jours et des actes. Cette différence de financement semble avoir conduit à une spécialisation croissante entre les établissements publics et privés, ces derniers réalisant presque la moitié des interventions chirurgicales.

En comparaison des autres pays développés, l'offre des soins de santé en France est considérée comme généreuse : les indicateurs concernant la disponibilité des soins ambulatoires (nombre de médecins) et des soins hospitaliers (nombre de lits, durée de séjour) sont tous relativement élevés. Le patient est libre de choisir le médecin qu'il veut, de même que l'institution hospitalière où il désire recevoir des soins. Il n'y a pas habituellement de délai d'attente et les soins reçus sont de bonne qualité, ce qui se reflète dans les indicateurs de santé qui sont comparativement favorables à la population française.

C'est toutefois un système dont le financement et l'organisation sont coûteux au plan de l'utilisation des ressources : selon les analyses de l'OCDE, la dépense nationale de santé en 1997 représentait 9,7 % du PIB, ce qui est 1,5 point de pourcentage de plus que la moyenne des pays de l'OCDE. La France est le pays où la consommation de médicaments est la plus élevée. Le système est également coûteux à administrer en raison du mode de remboursement des consultations médicales et de la structure trop décentralisée des régimes d'assurance maladie. Enfin, malgré un processus centralisé de l'allocation des équipements sanitaires, on remarque une grande disparité interrégionale dans la distribution des soins de santé.

***b)* Les mesures gouvernementales**

Depuis que le régime de sécurité sociale a été divisé, en 1967, en trois branches correspondant à la famille, la vieillesse et la maladie, le gouvernement français a pris différentes mesures pour essayer de gérer la demande et l'offre des soins de santé. Il faut tout d'abord souligner que la France a connu une croissance rapide et continue des dépenses de santé au cours de la période 1970-1985, leur pourcentage par rapport au PIB passant de 5,8 à 8,5 %. Les premières mesures qui furent prises ont visé à accroître la responsabilité financière des patients, notamment en 1976 par l'accroissement du ticket modérateur touchant les consultations médicales et par l'introduction, en 1982, du forfait hospitalier pour contribuer au financement de frais d'hébergement durant les périodes d'hospitalisation de courte durée. Ces mesures ont permis d'accroître le financement perçu auprès des patients, mais elles ont eu peu d'effet sur la demande de soins car, de 1970 à 1990, la part de la population bénéficiant d'une couverture complémentaire d'assurance est passée de 49 à 85 %.

La première mesure importante touchant l'offre des soins de santé fut de changer, en 1984, le financement des hôpitaux publics et des établissements privés participant au régime public. Le système du « budget global » a remplacé le mécanisme de « prix de journée » qui était considéré comme étant inflationniste à cause de son effet sur la prolongation des durées de séjour. On

considère que l'introduction du budget global a contribué au ralentissement des dépenses hospitalières.

Entre 1985 et 1995, le gouvernement a continué à essayer de régulariser la demande en modifiant les modalités de remboursement des médicaments ou en augmentant le niveau du ticket modérateur et du forfait hospitalier. Cela n'a pas empêché la détérioration croissante de la situation financière du régime public d'assurance maladie qui a accumulé durant la première moitié des années 1990 un déficit de 200 milliards de francs. Ce résultat montrait que l'ensemble des mesures de stabilisation qui avait été implantées depuis vingt ans n'avaient pas réussi à corriger de façon importante l'évolution incontrôlée du système de soins de santé. Le gouvernement du premier ministre Juppé a donc annoncé, en 1995, un plan plus ambitieux de réforme structurelle dont les principaux éléments étaient les suivants :

- ◆ prélèvement d'une nouvelle « contribution de remboursement de la dette sociale » (CRDS) pour amortir la dette accumulée de la sécurité sociale ;
- ◆ nouvelle loi annuelle de financement de la sécurité sociale permettant de voter, entre autres, un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ;
- ◆ création des « agences régionales d'hospitalisation » (ARH) dont les principales responsabilités étaient de prendre charge des « schémas régionaux d'organisation sanitaire » (SROS), d'attribuer les budgets aux hôpitaux publics et de suivre leur utilisation ;
- ◆ détermination d'une dotation régionale pour le financement des soins hospitaliers sur la base de l'évolution historique des dépenses, mais aussi en fonction des besoins de la population avec l'objectif de réduire les inégalités interrégionales de ressources ;
- ◆ détermination d'objectifs de dépenses pour les soins ambulatoires, c'est-à-dire pour la rémunération des médecins¹³ ;
- ◆ introduction de systèmes d'information pour mesurer la performance et la productivité des hôpitaux.

L'orientation stratégique du plan de réforme Juppé était de mettre en place des mesures macroéconomiques de contrôle qui seraient cohérentes avec des mesures microéconomiques pour améliorer l'efficacité et la performance des producteurs de soins. Les mesures intéressantes du point de vue de la situation québécoise sont la loi de financement fixant un objectif de dépenses pour l'assurance maladie et les mesures relatives aux budgets hospitaliers, lesquelles seront analysées à la section suivante.

13. Cette mesure prévoyait la fixation d'objectifs de rémunération globale fermée pour les médecins (1996) et un mécanisme de reversements en cas de dépassements (1998). Le mécanisme a été jugé illégal par le Conseil d'État et il fut remplacé par une méthode de hausse ou baisse des tarifs selon qu'il y a eu respect ou dépassement de l'enveloppe.

Les lois budgétaires votées par un parlement ont habituellement pour objet d'autoriser l'administration à procéder à des engagements de dépenses jusqu'à la limite des montants spécifiés pour chacun des programmes gouvernementaux. Elles ont donc un caractère contraignant. Cette approche juridique soulève toutefois une difficulté importante lorsqu'il s'agit de l'appliquer à un système public de soins de santé qui couvre des risques qui sont aléatoires et qui donne le droit au patient d'obtenir les traitements que son état requiert. Les besoins en ressources financières du système sont fonction des obligations qui lui sont imposées et si l'autorisation budgétaire votée par le parlement est trop restrictive, le fonctionnement du système de soins engendrera inévitablement un déficit financier. Face à cette difficulté, le gouvernement français a opté pour une loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) qui autorise des crédits budgétaires qui ne sont que prévisionnels et indicatifs.

La présentation de la LFSS est l'occasion, pour le parlement, d'avoir un débat sur les orientations de la politique de santé et sur les conditions qui déterminent l'équilibre financier du régime d'assurance maladie. L'objectif de dépenses pour l'assurance maladie (ONDAM) est subdivisé selon les différentes composantes du régime et même si les montants votés ne sont pas limitatifs, ils entraînent, pour tous les intervenants décisionnels, une responsabilité à ne pas dépenser plus que ce qui est prévu par la loi. La première LFSS a été votée en 1997 et l'ONDAM a été respecté pour la première année, mais il a été dépassé en moyenne de 1,8 % au cours des deux années suivantes. Ces résultats rappellent les difficultés du gouvernement québécois à faire respecter les crédits budgétaires prévus pour le financement des soins de santé, compte tenu des déficits enregistrés par les centres hospitaliers depuis quelques années.

c) La budgétisation des hôpitaux

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les hôpitaux français sont passés, en 1983, d'un mode de financement par journée à une dotation globale basée sur les dépenses de l'année précédente augmentée d'un taux de croissance uniforme pour tous les établissements. Depuis 1997, le montant de la dotation est déterminé par les agences régionales d'hospitalisation et versé en douze paiements mensuels par une caisse d'assurance maladie qui joue le rôle de caisse pivot.

Même si la dotation globale ou le budget global a permis, au cours des premières années, de ralentir la croissance des coûts hospitaliers, on constate aujourd'hui que la politique de financement des hôpitaux a trois inconvénients majeurs. Le premier a trait au fait que les cliniques privées continuent d'être financées sur la base de la tarification à l'acte et à la journée. Les deux autres inconvénients ont trait à la méthode même du budget global. D'une part, elle perpétue des iniquités de répartition des ressources en reconduisant les bases historiques de dépenses et, d'autre part, elle ne tient pas compte de la production réelle de services, ce qui n'incite pas à la recherche de la performance. La politique actuelle de financement des hôpitaux français est

donc fortement remise en question et l'hypothèse qui est maintenant discutée consisterait à rembourser le coût des services hospitaliers selon une tarification standard basée sur une classification des pathologies ou diagnostics.

La France a commencé à développer, au début des années 80, les banques d'information qui permettraient de mettre en application une « tarification à la pathologie ». Le programme qui encadre ce développement s'appelle « programme de médicalisation des systèmes d'informations » (PMSI). On a adapté la méthode des DRG pour construire une classification appelée « groupes homogènes de malades » (GHM) pour les séjours hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique. On a aussi développé un « indice synthétique d'activité » (ISA) à l'aide d'une base nationale de coûts par séjour et ceci permet de positionner chaque GHM par rapport aux autres sur une échelle de coûts relatifs.

Le programme PMSI fut généralisé en 1991 à tous les établissements publics et privés participant au service public hospitalier et c'est en 1995 qu'on a pu, pour la première fois, faire une analyse comparative des bases budgétaires des établissements en relation avec leur structure d'activités. Les résultats ont révélé une grande disparité de ressources et des écarts importants de performance entre les hôpitaux et les régions. Les coûts moyens d'hospitalisation par rapport à la moyenne nationale varient, par exemple, de + 18 % dans la région de l'Île de France à -18 % dans la région Poitou Charente¹⁴.

Le PMSI sera étendu aux activités ambulatoires ainsi qu'aux soins de longue durée et de réadaptation. En intégrant tous les hôpitaux privés dans le même système d'information, les agences régionales d'hospitalisation disposeront de l'information nécessaire pour que les allocations budgétaires aux établissements soient plus équitables. Avec les réductions progressives des inégalités entre régions, les agences régionales seront éventuellement dans une position pour renforcer leur rôle d'intermédiaire entre l'offre et la demande de soins.

3.2.4. Autres pays

Le ministère de la Santé du Danemark a rendu public, en 1999, une étude¹⁵ qui faisait le survol de quinze pays développés qui avaient commencé à utiliser des éléments d'un système de financement hospitalier basé sur les coûts moyens par traitement. Plusieurs de ces pays ont suivi le cheminement de la France qui a abandonné le financement à la journée pour passer à la méthode

14. Voir J.M. RODRIGUES et autres, How to use casemix to reduce inequities and inefficiencies among french hospitals, CASEMIX Quarterly, octobre 1998.

15. THE DANISH MINISTRY OF HEALTH, *Hospital funding and Casemix*, Danemark, 1999, 89p.

du budget global et qui se prépare à utiliser les systèmes d'information sur les soins pour rembourser les dépenses hospitalières sur la base des coûts moyens par catégorie de diagnostic. Nous avons retenu, pour fin d'illustration, les cas de la Belgique et de la Norvège.

La Belgique est un des premiers pays avec les États-Unis à avoir développé et expérimenté, au début des années 1980, un système d'information sur les activités hospitalières basé sur les catégories de diagnostics DRG. L'utilisation du système par tous les hôpitaux a été rendue obligatoire en 1990, lorsqu'on a généralisé le « Résumé clinique minimum » (RCM) dans lequel sont colligées les données sur les épisodes de soins. La Belgique dispose ainsi d'une banque de données très détaillée sur les activités hospitalières par diagnostic. La budgétisation des hôpitaux est toutefois encore basée sur un coût moyen par jour, lequel est ajusté au profil des activités de chaque hôpital, à partir d'une analyse des séjours tirée du système d'information sur les diagnostics.

L'expérience de la Norvège est plus intéressante que celle de la Belgique car le pays a introduit une méthode de budgétisation partiellement basée sur les DRG. La responsabilité du secteur de la santé de la Norvège est partagée entre le gouvernement central et les instances locales. Le gouvernement central s'occupe de la planification et du financement du système public des soins de santé tandis que les Conseils de comtés sont responsables de la planification, de l'organisation et de la budgétisation des services hospitaliers. Les services de première ligne sont, par ailleurs, sous la responsabilité des municipalités. Enfin, les comtés, au nombre de dix-neuf, sont regroupés en cinq conseils régionaux de santé qui ont le mandat de coordonner les services hospitaliers entre les comtés.

Le financement du système provient de deux sources. D'une part, le gouvernement central subventionne les comtés et les municipalités pour les dépenses des soins hospitaliers et des soins ambulatoires. D'autre part, les soins ambulatoires dans les hôpitaux et les services des praticiens privés sont financés par un système national d'assurance dont les fonds proviennent de contributions obligatoires des employés, des employeurs et des travailleurs autonomes.

Les subventions du gouvernement central aux comtés pour les soins hospitaliers sont calculées selon une approche tenant compte des caractéristiques socioéconomiques de la population. Quant au budget de fonctionnement des hôpitaux, son financement provient de quatre sources :

- ◆ les contributions des Conseils de comtés (financées par les subventions du gouvernement central et dans une moindre mesure, par des revenus locaux) ;
- ◆ les paiements d'assurance pour les soins ambulatoires ;

- ◆ les subventions gouvernementales pour les projets spéciaux ;
- ◆ les contributions des patients ;
- ◆ les paiements pour les patients non résidant provenant des autres comtés.

Les pays scandinaves ont commencé à introduire les systèmes DRG de classification des activités hospitalières vers 1985 et au début des années 90, la Norvège disposait d'une banque détaillée de données sur les soins hospitaliers par diagnostic. En 1997, le gouvernement central a décidé de modifier les subventions accordées aux conseils de comtés, en répartissant 30 % de l'enveloppe budgétaire sur la base du nombre de diagnostics. Ce pourcentage fut porté, en 1998, à 45 %. L'objectif du gouvernement était d'accroître l'offre de services hospitaliers et de réduire les délais d'attente qui ne cessaient d'augmenter depuis la fin des années 80. Comme les comtés ne sont pas obligés de budgéter les hôpitaux de la même façon que le gouvernement les finance, il est difficile d'apprécier l'effet du changement sur l'évolution des services hospitaliers. Pour atteindre les objectifs poursuivis par la nouvelle approche de budgétisation, il faudra que le gouvernement porte plus d'attention au déroulement et à la cohérence de l'ensemble du processus d'allocation des ressources.

3.3. Résumé des principales tendances

L'objectif des réformes entreprises par les gouvernements dans le domaine de la santé est de ralentir la croissance des dépenses par une meilleure utilisation des ressources et par une plus grande responsabilisation des usagers et des producteurs. Cet objectif est difficile à réaliser en raison de la très grande interdépendance entre l'offre et la demande de soins et à cause des mécanismes de financement qui doivent être à la fois équitables et incitatifs par rapport à la recherche de la performance. Pour réussir, il faut essayer de stabiliser les forces qui poussent l'offre et la demande à exiger de plus en plus de ressources financières. En ce qui concerne plus particulièrement la budgétisation et la gestion des centres hospitaliers, notre analyse de l'évolution de l'organisation et du fonctionnement des différents systèmes publics d'assurance maladie font ressortir six tendances importantes :

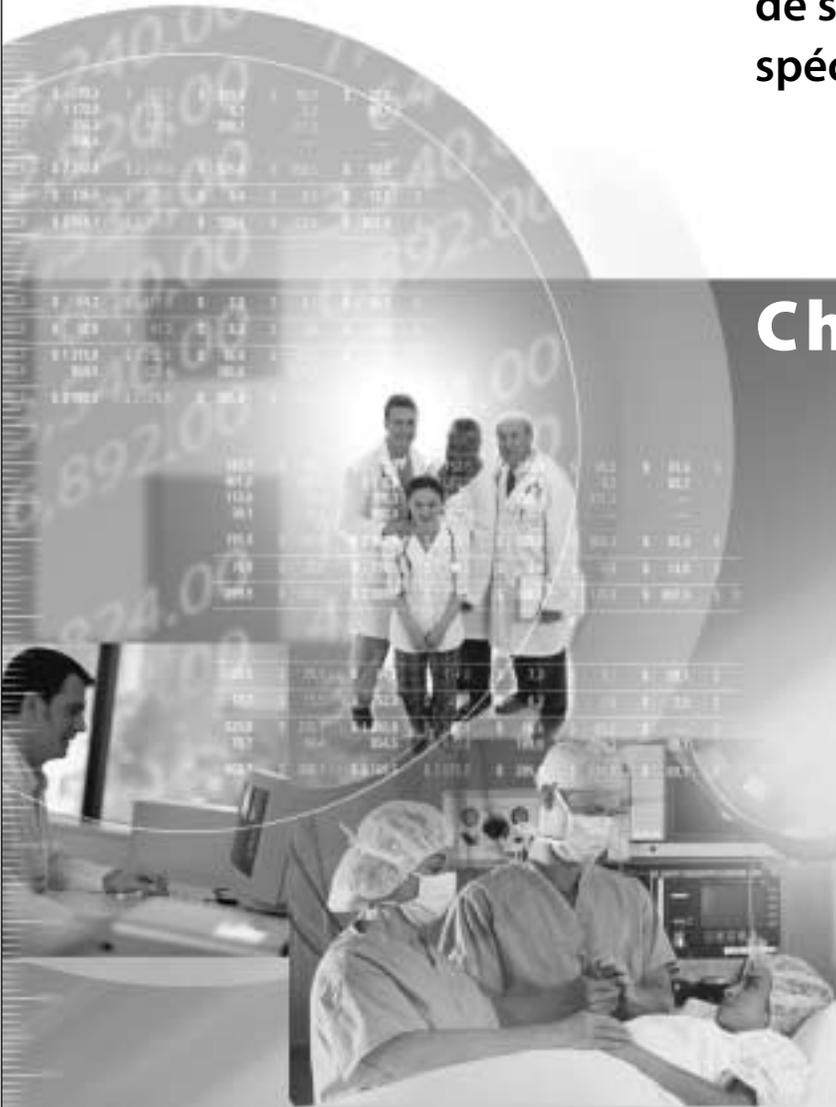
- a) une consolidation de la responsabilité de budgétisation au profit d'entités régionales décisionnelles ;
- b) l'utilisation de l'approche populationnelle comme méthode équitable d'allocation interrégionale des ressources ;
- c) le déploiement de systèmes d'information sur les soins et les coûts selon des méthodes s'inspirant des DRG ;
- d) la recherche de mécanismes pour faire le pont entre la consommation et la production des services hospitaliers ;

- e) le développement de pratiques plus poussées d'évaluation de la performance financière des centres hospitaliers ;
- f) une plus grande préoccupation à l'égard de la qualité des soins et de la relation entre la pratique médicale et l'utilisation des ressources.

Équité, responsabilisation et performance sont en définitive les trois thèmes qui reviennent dans tous les projets de réforme. Le défi est de les mettre en application dans des règles et des mécanismes décisionnels acceptables à la fois aux usagers et aux producteurs du système de santé.

**La révision du mode
de budgétisation des
centres hospitaliers
de soins généraux et
spécialisés au Québec**

Chapitre 4



4. LA RÉVISION DU MODE DE BUDGÉTISATION DES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS DU QUÉBEC

Lorsque le gouvernement s'est donné comme objectif, en 1995-1996, de résorber complètement le déficit budgétaire, il a demandé, à tous les secteurs, des efforts importants pour diminuer les dépenses. Le secteur de la santé y a contribué en prenant des mesures en vue de rationaliser les services et d'accroître l'efficacité du fonctionnement du réseau d'établissements. Les efforts déployés et les résultats obtenus montrent cependant que la formule actuelle de budgétisation des CHSGS est devenue inefficace non seulement pour l'allocation des ressources, mais aussi pour le contrôle et la gestion budgétaires. Les mesures prises au cours des dernières années ont par ailleurs amené les gestionnaires des hôpitaux à donner une plus grande importance à la performance administrative et financière, mais ils l'ont fait sans qu'il n'y ait de règles et d'incitatifs visant à encourager les succès accomplis et à décourager les mauvais résultats.

Il faut donc réviser le mode de budgétisation et l'orienter en priorité vers la recherche de la performance, laquelle exige une analyse rigoureuse et comparative du fonctionnement des établissements. Chaque centre hospitalier fonctionne toutefois dans un contexte qui lui est particulier et qui est lié à sa mission, aux caractéristiques de ses usagers, à la fonctionnalité de ses bâtiments ou à la disponibilité des services complémentaires qui lui sont nécessaires en amont et en aval pour opérer avec efficacité et efficacité. Ainsi, un centre hospitalier universitaire qui poursuit une mission de recherche et d'enseignement n'a pas les mêmes contraintes que celles d'un centre hospitalier de soins généraux opérant dans une région périphérique.

Bien que la gestion hospitalière soit complexe, il est possible de définir une approche budgétaire qui intègre les principales dimensions de cette complexité. Pour connaître à cet égard les attentes des gestionnaires, le Comité a procédé, avec l'aide de l'Association des hôpitaux du Québec, à une consultation sur les orientations et les caractéristiques qui devraient être prises en compte dans son nouveau mode de budgétisation. Nous avons retenu en premier lieu que les gestionnaires souhaitent un financement équitable, c'est-à-dire un modèle de budgétisation basé sur une appréciation de la performance tenant compte des services rendus et adaptée aux conditions variables d'un établissement à l'autre.

Les gestionnaires souhaitent également que le cadre budgétaire soit cohérent par rapport aux autres composantes du système, à savoir la pratique médicale, le financement des équipements ou l'organisation de l'ensemble des programmes de santé et de services sociaux. Enfin, les gestionnaires accordent une très grande importance au développement et à la qualité des systèmes d'information pour bien connaître les activités de gestion, les services à la clientèle et la mesure des coûts.

Les résultats financiers des dernières années qui ont été présentés au chapitre 2 montrent l'urgence de réviser le mode de budgétisation des CHSGS. Il faut en

effet arrêter la dérive causée par la pratique des déficits en mettant en place un nouveau processus décisionnel qui aidera à avoir une gestion plus équilibrée de la demande et de l'offre des soins de santé. Le présent chapitre propose un nouveau mode de budgétisation qui incorpore les préoccupations des gestionnaires et qui constituera l'élément-clé de ce processus décisionnel, dont les autres éléments seront présentés au chapitre 6. Le présent chapitre comprend trois parties, à savoir : les règles de base de la budgétisation des CHSGS ; l'intégration des paramètres de volumes, de lourdeur et de performance ; et enfin, la répartition des enveloppes régionales de ressources.

4.1. Les règles de base de la budgétisation des CHSGS

La budgétisation des CHSGS est une étape névralgique dans le fonctionnement du système de santé du Québec car les décisions qui en découlent, expriment les choix qui déterminent l'accessibilité à des soins hospitaliers universels, continus et de qualité. Il est important que ces décisions suscitent la confiance de ceux et celles qui reçoivent des services et également de ceux et celles qui concourent à donner ces services. Ainsi, la population s'attend normalement à ce que la distribution des ressources soit équitable entre les régions. Pour leur part, les gestionnaires, les praticiens et les autres personnes travaillant dans le réseau souhaitent que les ressources qui leur sont confiées permettent un fonctionnement optimum de leurs établissements, compte tenu de leur mission. Il faut, par rapport à ces attentes légitimes, que les décisions budgétaires soient crédibles et afin d'établir cette crédibilité, le Comité propose que la conception du mode de budgétisation respecte un ensemble de cinq règles qui réfèrent à des éléments importants de l'environnement dans lequel évoluent les établissements. Les règles proposées sont les suivantes :

- ◆ la règle de la performance de la gestion ;
- ◆ la règle de l'équivalence des ressources ;
- ◆ la règle de la conformité à la pratique médicale ;
- ◆ la règle de la transparence et de l'imputabilité ;
- ◆ la règle de la cohérence de l'ensemble du système.

La règle de la performance — *Le mode de budgétisation doit favoriser une gestion des centres hospitaliers qui est orientée vers la recherche de la performance.*

Cette première règle vise à rappeler que la gestion efficiente des dépenses et des services doit être une préoccupation centrale dans le processus de budgétisation. La performance, dans le contexte hospitalier, est un concept multidimensionnel qui permet de mesurer la qualité de la gestion en analysant l'évolution d'un établissement d'une année à l'autre et, surtout, en le comparant à d'autres établissements ayant des activités similaires. La

recherche de la performance a d'une part une dimension économique, car elle vise à minimiser les coûts par unité d'activité (ou unité de service) et elle a d'autre part une dimension clinique, puisqu'il s'agit d'offrir les traitements les plus efficaces en fonction des diagnostics. Dans un contexte plus large, la performance inclut également un élément qualitatif relié à la satisfaction des usagers.

L'analyse de la performance varie en fonction de la dimension qu'on désire privilégier. Du strict point de vue de la gestion budgétaire, il est important d'avoir un équilibre entre l'efficacité sur le plan des objectifs relatifs aux services et l'efficacité quant aux coûts reliés à ces services. Le Comité croit que la recherche de la performance financière doit être une préoccupation des gestionnaires du système mais qu'elle ne doit pas se faire au détriment de la qualité des services. En conséquence, il faut que les règles qui sous-tendent le mode de budgétisation favorisent un équilibre entre les différents objectifs qui concourent à établir la performance des établissements.

L'environnement dans lequel fonctionnent les centres hospitaliers doit également être pris en considération. Les CHSGS sont, en effet, un maillon dans la chaîne des soins dont les patients ont besoin et ils dépendent des autres catégories d'établissements ou de programmes (comme les soins à domicile ou la réadaptation) pour que la continuité des services soit assurée. L'appréciation de leur performance doit donc aussi être vue dans une perspective plus globale et tenir compte des autres services offerts en amont et en aval, car l'absence de ces services aura pour conséquence de prolonger les périodes de traitement et d'accroître les coûts.

Enfin, il est important de souligner que la budgétisation dont il est ici question couvre uniquement l'univers des dépenses de fonctionnement des établissements. L'efficacité des services dépend aussi des décisions qui sont prises relativement aux achats d'équipement et aux investissements visant l'ajout de capacités de traitement en vue de répondre à l'augmentation des besoins et du volume de services. Les règles relatives au financement des équipements et au développement des capacités doivent donc être harmonisées avec celles régissant le financement du fonctionnement. Ce point sera repris au chapitre 8 du rapport.

La règle de l'équivalence des ressources — *Le mode de budgétisation doit faire en sorte que les services similaires sont financés de façon équivalente et que les centres hospitaliers reçoivent une compensation pour les coûts reliés à leur mission, notamment pour l'enseignement et de recherche, ou pour des coûts dus à des facteurs qui échappent à leur contrôle.*

La règle de l'équivalence vise à doter chaque centre hospitalier d'un financement comparable pour des services de qualité comparable tout en tenant compte des facteurs particuliers qui ont une influence sur les coûts. Un

financement sera également dit équitable si les ressources allouées permettent de donner un niveau comparable de services compte tenu de la population à laquelle ces services sont destinés. L'application de la règle de l'équivalence des ressources doit donc contribuer à réaliser l'objectif d'équité spécifié dans la loi régissant les services de santé et les services sociaux, à savoir que l'allocation budgétaire doit être faite en fonction des besoins de la population.

La règle de la conformité à la pratique médicale — *Le mode de budgétisation doit être conforme et adapté aux conditions de la pratique médicale et des soins hospitaliers.*

La règle de la conformité vise à mettre en évidence l'importance de la composante clinique dans le fonctionnement des centres hospitaliers, c'est-à-dire la pratique médicale et les soins qui en découlent. En fait, non seulement le cadre de budgétisation doit-il être adapté aux conditions de la pratique médicale et à son évolution, mais il doit aussi favoriser une gestion faisant constamment le lien entre la prestation des services et l'utilisation des ressources.

La question la plus difficile à résoudre à l'égard de cette règle est celle relative à l'utilisation des nouvelles technologies, lesquelles peuvent avoir des effets contradictoires sur les ressources budgétaires, c'est-à-dire soit augmenter ou diminuer les coûts de traitements. La pression sur les coûts vient, entre autres, de la mise en marché de médicaments et d'équipements de plus en plus performants, mais aussi de plus en plus coûteux. Pour faire face à cette pression, il est avantageux, dans un système public de soins, d'avoir un processus reconnu de choix des priorités fait sur la base du rapport coût/efficacité.

La règle de la transparence et de l'imputabilité — *Le mode de budgétisation doit être transparent et faire en sorte que les gestionnaires, à tous les niveaux, assument la responsabilité de leurs décisions.*

La gestion des services hospitaliers est un univers complexe et la règle de la transparence exige que le processus de budgétisation soit basé sur des procédures claires, connues et comprises par tous les intervenants. Si l'ensemble des procédures est bien appliqué, il est alors possible d'exiger en retour, de la part des gestionnaires, une reddition de compte qui pourra être, elle aussi, transparente. Toutefois, pour que ce mécanisme fonctionne bien, il faut que les responsabilités de chaque niveau de décision (*i.e.* Ministère, régies régionales et établissements) soient définies clairement et que le système de financement prévoit des incitatifs valorisant la performance de la gestion. Il faut non seulement éviter que le système conduise à la multiplication des actes, mais il faut aussi, pour une même qualité de services, encourager le choix des moyens les plus économiques et laisser aux gestionnaires la

possibilité de récupérer les économies pour réinvestir dans le fonctionnement de l'établissement.

La règle de la cohérence de l'ensemble du système — *Le mode de budgétisation doit être cohérent avec les autres éléments régissant le fonctionnement du système de santé.*

La règle de la cohérence a pour objet de souligner l'interdépendance de l'ensemble des règles de fonctionnement s'appliquant à chacune des composantes du système de santé. Elle vise entre autres à ce que le mode de budgétisation contribue à faire une évaluation la plus juste possible des capacités du système à offrir des services face à la contrainte globale de la rareté des ressources, de façon à rendre explicite les choix inévitables de priorités qui doivent être faits. La difficulté de cette règle est liée au fait, que d'une part, les dépenses de soins de santé ne peuvent être sans limite et que, d'autre part, les montants alloués aux établissements doivent néanmoins permettre une gestion équilibrée de l'offre et de la demande de soins de façon à éviter les déficits.

RECOMMANDATION 1

Le Comité recommande :

- ∕ que le mode de budgétisation des CHSGS respecte la finalité du système public de santé en garantissant l'accessibilité à des soins hospitaliers universels, continus et de qualité ;
- ∕ qu'à l'intérieur du processus budgétaire, la conception du mode de budgétisation respecte les cinq règles de base suivantes :
 - ◆ la performance de la gestion, afin de viser un équilibre entre l'efficacité des services et l'efficience du fonctionnement,
 - ◆ l'équivalence des ressources financières et matérielles afin de doter chaque établissement de moyens comparables, pour une prestation de services de qualité comparable,
 - ◆ la conformité à la pratique médicale, afin que la gestion budgétaire et la gestion clinique soient complémentaires,
 - ◆ la transparence, afin de faciliter l'imputabilité des décisions des gestionnaires à tous les niveaux,
 - ◆ la cohérence avec l'ensemble du système, pour faciliter les choix de priorités compte tenu de la contrainte de la rareté des ressources.

4.2. L'intégration des paramètres volume, lourdeur et performance

L'élaboration du nouveau mode de budgétisation des CHSGS nécessite une démarche à trois volets, à savoir une définition des besoins d'information, la conception d'une méthode normative et une analyse complexe des coûts de fonctionnement par catégorie de soins. Ces trois composantes visent à établir une formule équitable de répartition des ressources entre les établissements et la section qui suit explique les éléments de base de la démarche proposée par le Comité, laquelle sera illustrée au chapitre suivant par le calcul des mesures transitoires 2001-2002.

4.2.1. Les besoins d'information

Le processus budgétaire actuel est caractérisé à tous les niveaux par l'approche dite du budget global historique. Cette approche exige peu d'information pour la prise de décision puisque le niveau de financement est calculé par l'application de paramètres de croissance relativement simples et par l'ajout, s'il y a lieu, de nouvelles ressources pour répondre à des objectifs prioritaires de développement de services. Comme nous l'avons vu au chapitre 2, les régies régionales ont déjà recours dans leur processus décisionnel à une analyse plus poussée, en mesurant notamment l'efficacité des activités et en tenant compte de certains indicateurs permettant de mesurer le volume de services.

Pour implanter un nouveau processus budgétaire intégrant les dimensions volume, lourdeur et performance, il faudra disposer d'une information complète, plus uniforme et plus précise sur les services, sur les coûts de production et sur l'évolution des différents groupes d'utilisateurs. Au niveau le plus agrégé, cette information sera utile au Ministère pour justifier les besoins de ressources des programmes de santé et elle sera ensuite nécessaire pour faire une répartition interrégionale équitable des ressources. Les régies régionales s'en serviront également dans la détermination des enveloppes budgétaires des CHSGS en leur permettant de faire des prévisions plus détaillées des volumes de services et des objectifs de performance relativement aux coûts de ces services. Nous présenterons au chapitre 7 un plan d'amélioration des systèmes actuels d'information et un plan de développement des nouveaux systèmes de façon à répondre aux exigences du modèle de budgétisation.

4.2.2. La méthode normative

La méthode à la base du nouveau mode de budgétisation est une démarche normative qui consiste à comparer les coûts réels de chaque établissement avec les coûts moyens de l'ensemble des établissements et à essayer d'expliquer la cause des écarts observés en analysant l'impact des dépenses

découlant de facteurs sur lesquels les établissements n'ont pas de contrôle, tels que le volume et la lourdeur des soins, l'impact de dépenses additionnelles pour les établissements qui ont une mission d'enseignement et de recherche ou l'effet de l'éloignement sur les coûts des centres hospitaliers situés loin des grands centres urbains. Il s'agit, en définitive, de tenir compte de tout facteur dont l'analyse révélerait une influence sur la production des services. L'écart résiduel qui ne peut pas être expliqué est finalement considéré comme une mesure de sous performance ou de surperformance.

La mesure de l'influence potentielle des différents facteurs en cause est faite à l'aide d'un modèle économétrique qui évalue globalement la relation statistique entre les paramètres retenus et le coût réel observé. Il est impossible, dans ce genre d'analyse, d'inclure les facteurs qui sont spécifiques à un seul établissement comme le fait d'avoir plusieurs pavillons ou encore la vétusté des bâtiments. En fait, si l'analyse des causes de la non-performance d'un CHSGS en particulier révélait un tel facteur, il deviendrait un élément explicatif spécial dont il faudrait tenir compte dans la budgétisation finale de cet établissement en le compensant pour les coûts supplémentaires encourus, ce qui supposerait un ajustement par le Ministère à l'enveloppe de la régie régionale dont il fait partie ou, si possible, un nouvel investissement pour régler la cause du problème.

4.2.3. L'analyse des coûts par catégorie de soins

Les différents centres hospitaliers québécois ont des combinaisons variées de soins et de services qu'ils offrent à leurs usagers. Ils sont pour la plupart multivocationnels, c'est-à-dire qu'ils offrent non seulement des soins de courte durée en santé physique, mais aussi des soins en santé mentale, des soins de longue durée ou encore des services relatifs à la santé publique. En moyenne, les soins de courte durée, qui sont la mission principale des CHSGS, représentent plus de 81 % des dépenses, soit environ 50 % pour des hospitalisations et 31 % pour des soins ambulatoires. Les soins de longue durée viennent en troisième place avec 12 % des dépenses.

L'influence des facteurs expliquant les écarts de coûts varie évidemment selon les catégories de soins. Ainsi, le facteur explicatif prépondérant, quelle que soit la catégorie de soins, est la lourdeur des cas ; toutefois l'effet de ce facteur sur les coûts n'est pas le même pour les soins donnés aux patients hospitalisés que pour les soins offerts aux patients ambulatoires. À cet égard, compte tenu de la façon dont les systèmes d'information statistique et financière se sont développés au cours des années, le Comité a retenu au début les catégories suivantes comme base possible de la budgétisation des hôpitaux :

- ◆ les soins offerts aux patients hospitalisés :
 - ◆ médecine,
 - ◆ chirurgie ;

- ◆ les soins d'un jour :
 - ◆ médecine,
 - ◆ chirurgie ;
- ◆ les urgences ;
- ◆ les cliniques externes ;
- ◆ les soins en santé mentale ;
- ◆ les soins de longue durée et les autres services ;

La clé de la budgétisation est de pouvoir comparer les coûts et le volume des cas hospitaliers d'un établissement à l'autre afin d'établir des normes de financement par catégorie de soins. L'approche normative exige toutefois que les cas soient classés de façon uniforme et qu'il y ait un système de pondération tenant compte de la gravité des diagnostics. Ce système de pondération est basé sur les coûts moyens par période de traitement ou par classe de diagnostics. Il faut donc avoir un système de classification des diagnostics et connaître les coûts associés aux périodes de traitement. Pour chaque grande catégorie de soins hospitaliers, la procédure de calcul se fait en deux étapes, en commençant par l'année de base et en évaluant ensuite l'année pour laquelle on doit faire une prévision budgétaire.

a) Année de base :

- ◆ pour chaque CHSGS, calcul du volume de cas pondérés et du coût moyen réel par cas pondéré ;
- ◆ évaluation du coût standard par cas pondéré pour l'ensemble des établissements ;
- ◆ comparaison entre le coût standard et le coût réel par cas pondéré de chaque CHSGS et estimation de l'équation économétrique pour connaître le poids des facteurs retenus pour l'explication des écarts ;
- ◆ calcul du coût standard ajusté pour chaque CHSGS.

b) Année de prévision budgétaire :

- ◆ pour chaque CHSGS, projection pour l'année de prévision du volume de cas pondéré ;
- ◆ estimation d'un budget prévisionnel régulier par la multiplication du volume projeté par le coût réel de l'année de base ;
- ◆ estimation d'un budget standard par la multiplication du volume projeté par le coût standard ajusté de l'année de base.

La procédure de calcul pour chaque grande catégorie de soins permet donc de déterminer pour la prochaine année budgétaire un budget standard et un budget régulier¹⁶. La comparaison des budgets standards et des budgets réguliers pour l'ensemble des catégories permet de savoir si un établissement est performant, ou non.

Il est important de souligner de nouveau que la mesure de la performance qui découle du mode de budgétisation proposé est de nature strictement financière. Les autres aspects de la performance, comme la qualité et la pertinence des soins, sont importants dans l'évaluation d'un centre hospitalier, mais pour les appréhender, il faut utiliser d'autres formes d'analyse basées en partie sur des méthodes objectives d'évaluation clinique et sur des méthodes plus subjectives qui prennent en considération l'opinion des patients eux-mêmes. Il faudra donc interpréter les résultats éventuels mesurant la performance dans le contexte restreint de la gestion budgétaire.

RECOMMANDATION 2

Le Comité recommande que le nouveau mode de budgétisation des CHSGS soit basé sur les éléments suivants :

- /// un système de classification uniforme des diagnostics et une estimation normalisée des coûts représentatifs des périodes de soins au Québec ;
- /// une comparaison par catégorie de soins, des coûts réels de chaque établissement avec les coûts moyens normalisés de l'ensemble ;
- /// une explication des écarts de coûts par l'analyse de l'effet des dépenses additionnelles causées par les facteurs qui ont une influence sur les coûts de production, comme la lourdeur, l'enseignement, la recherche, l'âge des patients ou l'éloignement ;
- /// une estimation, pour chaque établissement, d'un budget prévisionnel basé sur les volumes projetés et les coûts réguliers estimés par catégorie de soins ;
- /// une estimation, pour chaque établissement, d'un budget standard ajusté basé sur les volumes projetés et les coûts standards ajustés par catégorie de soins.

16. Pour fin de simplification, la procédure décrite ignore la possibilité d'une indexation pour les accroissements de salaire et les hausses de prix des autres dépenses. Cette indexation peut être ajoutée au calcul du budget standard et du budget régulier.

4.3. La répartition des enveloppes régionales de ressources

L'étape finale pour les régies régionales consiste à répartir entre les établissements les ressources financières qui leur ont été allouées par le Ministère. Si on suppose, comme c'est le cas actuellement, que les régies régionales sont financées selon une approche de production de services (et non selon une approche populationnelle qui sera discutée au chapitre 6), la mise en application intégrale du nouveau mode de budgétisation déterminera des enveloppes budgétaires régionales normalisées équivalentes à la somme des budgets standards ajustés des CHSGS. Chaque régie régionale pourra alors répartir son enveloppe budgétaire au prorata des budgets standards de chacun des établissements et en fonction des réajustements des volumes de services prévus au plan d'organisation des services. Selon qu'un établissement est performant au non, la méthode lui assignera un objectif d'amélioration de performance, ou lui donnera une marge de manœuvre disponible pour accroître la qualité ou la quantité des services. On trouvera, à la fin du chapitre, un schéma récapitulatif du nouveau mode de budgétisation des CHSGS.

L'application mécanique du modèle peut ne pas convenir aux réalités de fonctionnement d'un réseau régional de services, compte tenu des possibilités de procéder à court terme aux réallocations budgétaires qui découlent de la méthode. Il est donc nécessaire que chaque régie régionale se donne une stratégie réaliste relativement à l'amélioration de la performance de son réseau et que cette stratégie soit adaptée aux objectifs poursuivis par les plans d'organisation des services. C'est pour les mêmes raisons que le Ministère devrait implanter graduellement le nouveau mode de budgétisation. Le Comité a aussi pris cette approche de prudence lorsqu'il a élaboré les mesures transitoires présentées au chapitre suivant.

RECOMMANDATION 3

Le Comité recommande :

- /// que les enveloppes régionales de ressources soient réparties au prorata des budgets standards calculés pour chaque établissement ;
- /// que les régies régionales se donnent une stratégie relative à l'amélioration de la performance de leur réseau d'établissement qui soit adaptée aux objectifs poursuivis par les plans d'organisation des services ;
- /// que la mise en application du nouveau mode de budgétisation soit faite de manière graduelle pour faciliter les réallocations budgétaires entre les régions et entre les établissements.

4.4. Conclusion : déficit et performance

Lorsque le nouveau mode de budgétisation sera mis en application de façon intégrale, la répartition de l'enveloppe budgétaire régionale entre les établissements respectera la règle de l'équivalence des ressources, c'est-à-dire que les CHSGS disposeront de ressources financières comparables pour une production de services comparables. Si, dans un tel contexte, un établissement enregistrait un déficit, il pourrait y avoir deux causes possibles. La première cause serait due au fait que l'établissement est sous-performant et comme il est financé selon un budget standard, le retour à l'équilibre exigera une diminution de ses coûts. La deuxième cause serait due au fait que l'établissement, même s'il affiche une bonne performance, est en fait sous-financé parce que le budget de la régie régionale, étant encore sur une base historique, est lui-même sous-financé. Cet établissement peut continuer à essayer d'améliorer sa performance mais sur le plan de l'équité, la solution passe inévitablement par une révision de la répartition interrégionale des ressources, comme il est proposé au chapitre 6. Les mesures transitoires ont, quant à elles, été élaborées dans un contexte de statu quo, sans référence au sous-financement des régions et des établissements.

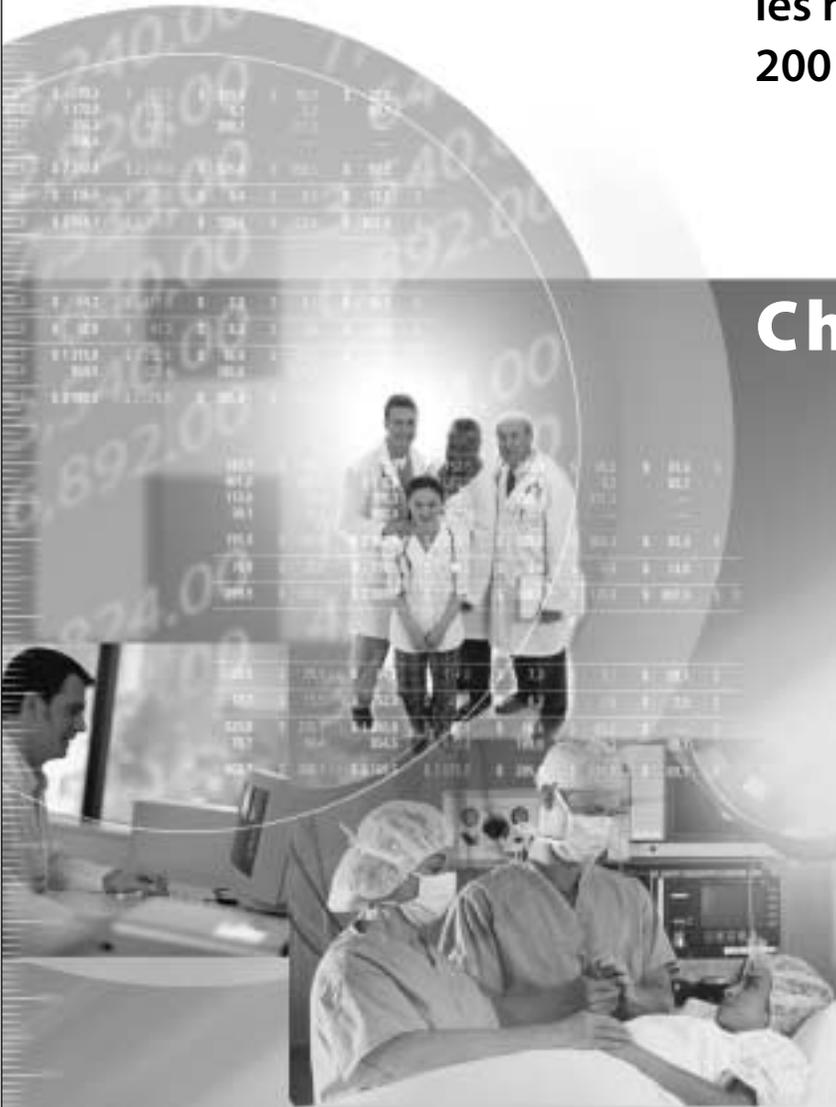
— Tableau 9 —

Schéma résumant les étapes et procédures du nouveau mode de budgétisation des CHSGS

ÉTAPES	PROCÉDURES
1. Calcul du nombre de cas équivalents par catégorie de soins pour chaque CHSGS.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Classification des diagnostics en groupes homogènes selon la méthode des APR-DRG. ◆ Pondération des diagnostics par des indices de lourdeur basés sur les coûts. ◆ Catégories de soins correspondant aux programmes et sous-programmes.
2. Calcul du coût moyen par cas équivalent par catégorie de soins pour chaque CHSGS.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Coûts totaux de chaque catégorie de soins, divisés par le nombre de cas équivalents de chaque CHSGS.
3. Calcul du coût moyen standard par cas équivalent par catégorie de soins de l'ensemble des CHSGS.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Coûts totaux de chaque catégorie de soins divisés par le nombre de cas équivalents de l'ensemble des CHSGS.
4. Explication des écarts entre les coûts moyens des CHSGS et les coûts moyens standards.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Équation économétrique pour estimer le poids des facteurs explicatifs tels que la lourdeur, l'enseignement, l'éloignement et autres.
5. Calcul d'un coût moyen standard ajusté par catégorie de soins pour chaque CHSGS.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Application du poids des facteurs explicatifs à la valeur des paramètres de ces facteurs pour chaque CHSGS. ◆ La valeur totale de l'ensemble des écarts non expliqués détermine s'il y a performance ou non.
6. a) Calcul d'un budget régulier et d'un budget standard ajusté pour chaque CHSGS; b) Répartition de l'enveloppe budgétaire régionale en proportion du budget standard ajusté de chaque CHSGS.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pour chaque catégorie de soins, prévision du nombre de cas équivalents, multiplié par la prévision du coût moyen régulier (= budget régulier) ou du coût moyen standard (= budget standard ajusté). ◆ Réallocation budgétaire en fonction des objectifs de performance et des réorganisations de services. ◆ Prise en compte, s'il y a lieu, des indexations de salaires, de prix et des ajouts pour projet de développement.

**La mise en application
du nouveau mode de
budgétisation des CHSGS :
les mesures provisoires
2001-2002**

Chapitre 5



5. LA MISE EN APPLICATION DU NOUVEAU MODE DE BUDGÉTISATION DES CHSGS : LES MESURES PROVISOIRES 2001-2002

Comme nous l'avons vu au premier chapitre, le Comité avait pour mandat de proposer des mesures transitoires qui pourraient être appliquées pour l'année budgétaire 2001-2002. La conception de ces mesures a constitué une première étape dans la mise en application du nouveau mode de budgétisation des CHSGS recommandé au chapitre 4. Pour une mise en application intégrale de ce mode de budgétisation, il faudra, pour chaque catégorie de soins, développer le plus rapidement possible une information plus complète et uniforme sur le volume et la lourdeur des cas traités, de même que sur les dépenses encourues par période de traitement. L'information actuellement disponible s'est néanmoins avérée adéquate pour mettre au point des mesures transitoires applicables à 65 % de la base du budget des CHSGS.

Les mesures transitoires ont été l'objet d'un rapport d'étape en mars 2001 et le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé, au début du mois d'avril, les modalités de leur mise en application. Le présent chapitre, qui reprend l'essentiel du rapport d'étape, est divisé en trois parties à savoir les soins en santé physique offerts aux patients hospitalisés, les soins aux patients ambulatoires, ainsi que les soins aux patients de longue durée, les soins en santé mentale et les autres services hospitaliers. On examinera tout d'abord, pour chaque catégorie de soins, l'estimation du volume de services, de la lourdeur des cas et des coûts des épisodes de traitements. On expliquera ensuite les simulations qui ont été faites pour identifier les facteurs explicatifs des écarts de coûts.

5.1. Les soins en santé physique aux patients hospitalisés

5.1.1. La classification des diagnostics

À la suite de chaque hospitalisation au Québec, les données médico-administratives sur les périodes de traitement sont saisies dans un système d'information appelé MED-ÉCHO. On y retrouve entre autres le diagnostic principal, les diagnostics secondaires et les traitements reçus. À partir de ces informations, on attribue à chaque épisode de traitements une codification selon la méthode APR-DRG¹⁷ qui réunit en groupes homogènes l'ensemble des hospitalisations au Québec. C'est ainsi que les 750 000 à 800 000 hospitalisations annuelles sont regroupées en 25 catégories majeures de diagnostics (CMD) à l'intérieur desquelles on distingue les cas

17. L'acronyme APR-DRG est tiré du terme anglais « *All Patient Refined -Diagnosis Related Groups* » et fait référence à un système de classification des patients admis en groupes homogènes sur le plan médical et en fonction des ressources mobilisées.

d'hospitalisations médicales ou chirurgicales. La classification première des CMD est basée sur les spécialités médicales ou les grands systèmes du corps humain. Les CMD se subdivisent ensuite en 384 catégories de diagnostics qui peuvent avoir quatre degrés de gravité correspondant à autant de sous-catégories APR-DRG. Il y a donc au total plus de 1 500 différents APR-DRG.

La codification est faite par les archivistes de chaque centre hospitalier, qui saisissent et confirment l'information à partir du dossier médical rempli par le médecin traitant. Le système MED-ÉCHO a été mis en place au début des années 80 pour l'analyse de la consommation des soins par établissement, par région et pour l'ensemble du Québec. Dans la mesure où l'on veut maintenant l'utiliser dans un processus de budgétisation, il faut d'abord vérifier que les données rapportées sont complètes et exactes. Comme le système est décentralisé et n'est pas l'objet d'un processus de vérification, la base de données peut présenter les problèmes suivants :

- ◆ manque possible d'homogénéité découlant des pratiques de codage ;
- ◆ inadaptation de la classification à l'évolution de la pratique médicale ;
- ◆ non-conformité des données avec celles du dossier médical.

Ces problèmes peuvent influencer la classification et résulter en des sous-codifications ou surcodifications de diagnostics et de traitements, qui risquent de fausser l'information sur la gravité des cas. Seul un audit systématique pourrait préciser l'importance de ces variations et permettre de porter un jugement précis sur la qualité du codage des établissements. Pour les besoins des mesures provisoires, l'équipe d'analyse du Ministère a procédé à une vérification centrale des données relatives aux années financières 1998-1999 et 1999-2000 en se préoccupant principalement du phénomène de la surcodification qui a pour effet d'accroître le nombre de cas normalisés et de diminuer le coût moyen de l'établissement par cas traité, ce qui signifie une meilleure performance financière. La sous-codification, probablement moins importante, a évidemment l'effet inverse, mais elle aura tendance éventuellement à se corriger puisque les établissements auront tout avantage à codifier correctement si leurs allocations budgétaires en dépendent. La plupart des anomalies constatées au cours de l'exercice de vérification ont été corrigées et la base de données MED-ÉCHO sur les diagnostics a ainsi pu servir à déterminer le volume total de patients hospitalisés. Les simulations des mesures transitoires ont donc pu être faites à partir des données relatives aux années 1998-1999 et 1999-2000.

5.1.2. L'estimation de la lourdeur des cas

La lourdeur d'un cas d'hospitalisation est définie par référence aux coûts du traitement. Ainsi, si une classe (APR-DRG) de soins coûte deux fois plus en moyenne qu'une autre classe, on dira que la première est deux fois plus lourde

que la seconde. De façon plus précise, la lourdeur des cas d'hospitalisation est déterminée par l'application d'un indice de coûts à chaque APR-DRG, et ce, pour l'ensemble des *cas typiques*, à savoir les cas jugés complets (excluant notamment les décès, les transferts et les départs sans autorisation) ou dont la durée de séjour n'est pas considérée comme statistiquement excessive. Les indices utilisés sont appelés NIRRU¹⁸ (niveau d'intensité relative des ressources utilisées). Comme on ne dispose pas d'information sur les coûts des hôpitaux québécois par épisode de soins, les indices NIRRU sont calculés à partir de la banque des données sur les charges financières pour les hospitalisations du Maryland. Ces données ont évidemment été vérifiées et ajustées en fonction des différences de pratique médicale entre le Maryland et le Québec, et des différences de poids de certains éléments relatifs aux coûts. Enfin, pour chaque *cas atypique*, un NIRRU individuel est calculé selon des méthodes similaires.

Lors des discussions du comité consultatif qui a suivi des travaux techniques, un des problèmes soulevés mettait en lumière le fait que les indices NIRRU des cas typiques variaient parfois en sens inverse du degré de gravité des diagnostics, ce qui est évidemment anormal. Le nombre de cas qui ont été reconnus comme étant potentiellement problématiques n'était que d'environ 1 500, soit 0,2 % du total des hospitalisations. Après analyse, certaines corrections ont été apportées, notamment pour les classes de soins où la fréquence était de 100 cas et plus. Il faut cependant souligner que ces corrections ne modifiaient que marginalement le niveau moyen de lourdeur dans les centres hospitaliers touchés.

Une fois que les indices NIRRU ont été vérifiés et corrigés de façon satisfaisante, ils ont été utilisés pour calculer le volume total de cas dits équivalents ou normalisés de chaque CHSGS. Ces cas normalisés permettent de comparer la lourdeur relative des patients d'un établissement à l'autre.

5.1.3. Le calcul des coûts réels moyens par cas normalisé

Dans les rapports financiers et les rapports statistiques des CHSGS, les données financières et opérationnelles sont comptabilisées par centre d'activités, c'est-à-dire les services infirmiers, les services de soutien, les services administratifs, etc. Les différents centres d'activités concourent, en des proportions variables, à donner des soins aux différentes catégories d'usagers, mais les coûts précis et réels de ces soins ne sont pas directement comptabilisés. Pour les obtenir, le Ministère procède par une méthode d'affectation de dépenses appelée *contour financier* qui consiste à répartir les

18. Techniquement, l'indice NIRRU moyen est défini comme étant égal à 1.000 de sorte que les cas moins lourds sont pondérés par une valeur inférieure à l'indice moyen et l'inverse pour les cas plus lourds.

coûts des centres d'activités par type d'usagers selon le mode de prise en charge.

La répartition des coûts des CHSGS comporte quatorze sous-catégories de bénéficiaires regroupées dans les cinq grands champs d'activités correspondant aux programmes ministériels à savoir la santé physique, la santé mentale, l'intégration sociale, l'adaptation sociale et la santé publique. Les dépenses prises en considération sont les coûts directs nets, desquels ont toutefois été soustraites les dépenses qui augmentent d'une façon inhabituelle les coûts d'un centre d'activités, soit parce qu'elles ne sont pas récurrentes d'année en année, soit parce qu'elles sont assumées par un seul établissement ou par un petit groupe d'établissements.

La répartition des coûts se fait selon quatre approches :

- ◆ la première affecte la majorité sinon la totalité des coûts directs nets des centres d'activités correspondant à des soins donnés à un groupe d'usagers spécifique ;
- ◆ la deuxième couvre principalement les centres d'activités diagnostiques et thérapeutiques et la répartition se fait de façon proportionnelle en utilisant des unités de mesure provenant de différents rapports (MED-ÉCHO, rapport financier et rapport statistique annuels des établissements) ;
- ◆ la troisième utilise une analyse de régression pour mesurer et pondérer la quantité de ressources associées à divers groupes d'usagers utilisant les laboratoires, l'imagerie médicale et l'électrophysiologie (pour les usagers de la clinique externe, de l'urgence et de la médecine de jour) ;
- ◆ la dernière s'applique aux autres centres correspondant à des activités administratives et de soutien et elle s'effectue au prorata des dépenses issues des résultats des trois premières approches.

Une fois que tous les montants sont répartis, on obtient une estimation de dépenses pour chacune des catégories d'usagers. Pour déduire le coût moyen réel par cas normalisé, on divise le total des dépenses par le volume de cas normalisés des personnes hospitalisées.

5.1.4. Le calcul des coûts standards

Si tous les centres hospitaliers offraient des soins destinés à des groupes d'usagers identiques, si l'ensemble de leurs activités étaient les mêmes, s'ils avaient tous le même nombre de lits en santé physique, si leur taux d'occupation était le même et s'ils étaient tous situés l'un à côté de l'autre, on pourrait normalement s'attendre à ce que le coût moyen par cas soit presque identique pour tous les centres. Devant une telle hypothèse, on pourrait

calculer les budgets en multipliant simplement le nombre de cas attendus dans l'année par le coût moyen prévu.

En réalité, toutes les analyses, au Québec ou ailleurs, montrent que les coûts moyens par cas varient de façon significative d'un établissement à l'autre et l'on attribue généralement cette variation à plusieurs facteurs liés aux caractéristiques des usagers ou aux particularités des activités hospitalières. Les facteurs habituellement mentionnés sont les suivants :

- ◆ la lourdeur relative de l'ensemble des cas (facteur le plus important dans l'explication de la variation des coûts moyens) ;
- ◆ la proportion de cas tertiaires, élément qui semble augmenter la gravité relative de l'ensemble des cas (élément retenu dans le modèle ontarien) ;
- ◆ la néonatalité tertiaire, dont les APR-DRG sont parmi les plus coûteux ;
- ◆ le nombre et les caractéristiques des résidents qui reçoivent un enseignement médical tout en fournissant des soins aux usagers de l'établissement, ce qui affecte les coûts par une plus grande utilisation des services diagnostiques et autres services de soutien ;
- ◆ la taille du centre hospitalier et la proportion de coûts fixes qui doivent être absorbés, peu importe le volume de cas (notamment pour les hôpitaux de petite taille) ;
- ◆ la situation géographique du centre hospitalier et la dispersion de la population qu'il doit servir, éléments qui sont susceptibles d'augmenter les durées de séjour et les coûts d'approvisionnement.

L'influence de certains de ces facteurs n'est pas totalement exclusive, comme par exemple la proportion des cas tertiaires dont l'effet est déjà en partie pris en compte par l'inclusion de la lourdeur relative de l'ensemble des cas des établissements. Afin de mesurer précisément ces interrelations et obtenir un coût par cas reflétant les facteurs les plus explicatifs pour l'ensemble des centres hospitaliers du Québec, il fallait avoir recours à un modèle économétrique permettant d'effectuer des calculs de régression de type multiple. Après avoir fait plusieurs simulations basées sur différentes combinaisons de facteurs, le Comité a retenu les quatre facteurs suivants :

- ◆ la lourdeur des cas mesurée par l'indice NIRRU moyen,
- ◆ l'enseignement mesuré en fonction nombre de résidents-jours divisé par le nombre de cas équivalents,
- ◆ l'éloignement en fonction de la distance au-dessus de 150 kilomètres à partir de Montréal et de Québec,
- ◆ la néonatalité tertiaire mesurée par le nombre de cas pondérés de cette catégorie sur le total des cas pondérés.

Le modèle de régression multiple dans lequel sont introduites les valeurs relatives à ces quatre paramètres génère une équation linéaire dont l'utilisation permet d'expliquer de 82 à 83 % des coûts réels par cas pour l'ensemble des centres hospitaliers, ce qui est considéré comme un bon résultat. Par rapport au pourcentage ainsi obtenu, le poids respectif de chacun des facteurs est le suivant : 87 % pour la lourdeur des cas, 9 % pour l'enseignement médical, 2 % pour la néonatalité tertiaire, et 2 % pour l'éloignement. Ces poids relatifs varient évidemment selon l'établissement car si un CHSGS, par exemple, ne fait aucun enseignement, qu'il n'a pas de néonatalité tertiaire et qu'il est situé près de Montréal ou de Québec, seule la lourdeur sera alors prise en considération dans l'explication de ses écarts de coûts.

Il faut souligner que les résultats du modèle ont été obtenus en retenant seulement 61 des 81 centres hospitaliers du Québec. Ont été exclus les centres ayant hospitalisé moins de 2 000 patients, soit 20 établissements dont les dépenses totales en santé physique représentent de 3 à 4 % des dépenses totales du réseau. Les conditions de fonctionnement de ces petits hôpitaux ne peuvent pas être comparées à celles des hôpitaux de plus grande taille et le Comité est d'avis que, pour le moment, les régies régionales devraient procéder à des analyses spéciales d'efficacité pour identifier les domaines où il est possible d'améliorer leur performance.

Par ailleurs, il est important pour les besoins de la budgétisation que le modèle explicatif ne varie pas de façon importante d'une année à l'autre. La première analyse avait été faite avec les données les plus récentes, soit celles de 1999-2000. Un exercice similaire a donc été effectué à partir des données de 1998-1999 et l'on constate que les mêmes quatre paramètres produisent une nouvelle équation linéaire dont la valeur explicative est encore de 82 à 83 %. De plus, il n'y a que de faibles changements dans les poids respectifs de chacun des facteurs retenus. On peut donc conclure que l'équation linéaire qui a été produite a non seulement une capacité explicative, mais aussi une capacité prédictive pour les fins de la budgétisation des dépenses utilisées pour les soins destinés aux patients hospitalisés en santé physique.

5.2. Les soins aux patients ambulatoires

5.2.1. Le volume et la lourdeur des cas ambulatoires

Comparativement au système MED-ÉCHO qui fournit des données sur les patients hospitalisés, il n'y a pas de source d'information permettant de connaître les caractéristiques de tous les patients ambulatoires. Actuellement, les établissements hospitaliers rendent principalement compte de leurs activités ambulatoires au niveau de leurs rapports financiers et statistiques. On y trouve des données sur les volumes totaux de visites à l'urgence ou dans

certaines cliniques externes, mais cette information n'est pas complète car pour certains centres d'activités (médecine de jour, cliniques externes psychiatriques, etc.), on ne comptabilise pas le volume des visites. De plus, on n'enregistre aucune information sur la nature médicale des problèmes des patients, si bien qu'on ne peut les classer en groupes homogènes et y rattacher des coûts comme on le fait à partir du système MED-ÉCHO pour les patients hospitalisés.

On ignore donc la spécificité des cas ambulatoires soignés par chaque établissement de même que leur lourdeur, à l'exception des patients de la chirurgie d'un jour, pour lesquels des données médicales unitaires sont colligées dans MED-ÉCHO, ce qui permet de les classer en APR-DRG ou en DPG (*Day Procedure Groups*) et éventuellement de les pondérer. Pour essayer d'avoir une base de données homogènes pour l'ensemble des secteurs traitant les patients ambulatoires, à savoir la chirurgie d'un jour, l'urgence, la médecine de jour, les diverses cliniques externes et les activités destinées à des patients enregistrés (*i.e.* ceux qui reçoivent un traitement sans voir de médecin), la seule autre façon d'obtenir des données est d'utiliser les fichiers de rémunération de la RAMQ.

Les fichiers de la RAMQ sur la rémunération médicale à l'acte renferment en effet un volume important de données unitaires pouvant aider à porter un jugement sur l'état de santé des patients ambulatoires. Les renseignements colligés portent sur les diagnostics posés pour chacun des patients vus à l'urgence ou en consultation externe et indiquent toutes les interventions d'importance qui ont été pratiquées sur eux. Les diagnostics sans intervention sont en général sommaires, mais les classifications auxquelles ils conduisent ont des différences, si on tient compte de la lourdeur relative des cas, peu marquées. Par ailleurs, lorsqu'il y a intervention, ces classifications sont plus précises et les patients sont regroupés dans des classes plus nombreuses où la lourdeur peut être beaucoup plus élevée que pour les visites sans intervention.

Le défi à relever consistait donc à analyser les fichiers de rémunération de la RAMQ pour classer en APG (*Ambulatory Patients Groups*), les visites ambulatoires en les classant par établissement selon l'unité où les soins avaient été fournis (urgences et cliniques externes), selon la nature de la visite (avec ou sans intervention) et selon le type de visite (simple, multiple, avec ou sans services accessoires). Il fallait ensuite pondérer ces APG à l'aide d'indices de coûts des soins ambulatoires pour établir une mesure de la lourdeur moyenne des cas ayant été l'objet d'une demande de rémunération auprès de la RAMQ. Après avoir mesuré la lourdeur moyenne, la dernière étape de la procédure consistait à l'appliquer aux volumes déclarés par les établissements dans leurs rapports financiers et statistiques ou aux volumes comptabilisés dans le système MED-ÉCHO.

En résumé, il s'agissait d'utiliser les fichiers de la RAMQ pour essayer de calculer un NIRRU ambulatoire et l'appliquer à un volume de cas provenant

quant à lui des rapports des CHSGS ou de MED-ÉCHO. C'est cette procédure qui a été suivie pour les clientèles de chirurgie d'un jour, de l'urgence, des cliniques externes et des patients enregistrés. Les résultats obtenus ont été les suivants.

a) La chirurgie d'un jour

La procédure de calcul pour la chirurgie d'un jour fut relativement facile car il s'agit des seuls patients ambulatoires dont les données se trouvent dans MED-ÉCHO. Il a donc été possible de classer les patients en groupes homogènes, soit en DPG ou soit en APR-DRG, et les cas ont ensuite été pondérés en fonction des données de coûts calculés pour le Canada¹⁹ et le Maryland. Les corrélations obtenues en comparant les vecteurs de lourdeur par établissement sont de 0,889 entre les systèmes de classement DPG et APR-DRG, résultat qui indique que la lourdeur des cas est établie de façon très homogène.

b) L'urgence

Comme les données portant sur les usagers de l'urgence sont présentées clairement dans les fichiers de la RAMQ, il a été possible d'attribuer des APG à ce groupe de patients. Le volume des visites est généralement très comparable si l'on se base sur les données de la RAMQ et sur celles colligées par les établissements (au centre d'activités 6240-Urgence), dans une proportion moyenne de 94,4 %. La principale difficulté dans ce type de comparaison a trait à certains centres hospitaliers, généralement en région éloignée, qui emploient des médecins dont la rémunération à l'acte ne représente qu'une portion de leur salaire. Le fait d'avoir éliminé les petits établissements du modèle de simulation a atténué l'importance de cet écart. L'indice de lourdeur moyenne NIRRU a ensuite été bâti en fonction du nombre de visites correspondant au nombre de jours-présence enregistrés à l'urgence dans les rapports statistiques des CHSGS (et non à partir du nombre d'actes facturés à la RAMQ).

c) Les cliniques externes et les patients enregistrés

La situation des cliniques externes des établissements s'est avérée plus difficile à cerner pour plusieurs raisons. Tout d'abord, beaucoup de services externes sont offerts par du personnel non médical et ces services ne figurent évidemment pas dans les fichiers. Deuxièmement, sont regroupés ensemble les actes relatifs à la chirurgie d'un jour et à la médecine de jour, les endoscopies, les biopsies, les services offerts dans les cliniques spécialisées, etc. Enfin, troisièmement, certains centres d'activités pour patients ambulatoires, dont le budget totalise environ 200 millions de dollars, ont été exclus des calculs car

19. Les coûts sont ceux de l'Ontario et de l'Alberta obtenus par l'entremise de l'Institut canadien d'information sur la santé.

on ne peut pas leur associer un volume de visites (ex. : imagerie médicale spécialisée), soit parce qu'on n'y retrouve pas de médecin, soit parce qu'ils correspondent à un centre d'activités où les patients seraient tous classés dans un même APG.

Il a donc été très difficile, compte tenu des délais, d'établir un parallèle précis entre les données qu'il fallait mesurer dans chaque établissement et les données qui pouvaient être associées à la RAMQ. Non seulement le taux de couverture totale des patients n'était que des deux tiers, mais il était aussi très variable, ce qui ne permettait que d'expliquer faiblement l'indice de lourdeur.

Enfin, faute de données pertinentes, tous les services offerts aux patients enregistrés, qui totalisent 250 millions de dollars (dont la moitié pour les laboratoires) n'ont fait l'objet ni de regroupement, ni de pondération, ni d'évaluation. En conclusion, il a été impossible d'arriver à une estimation satisfaisante du volume et de la lourdeur des cas relatifs aux patients des cliniques externes et aux patients enregistrés. Les services donnés à ces usagers sont donc exclus des mesures provisoires pour l'année 2001-2002.

5.2.2. Le calcul des coûts normalisés pour les clientèles ambulatoires

Compte tenu de l'information disponible pour les différentes catégories de soins ambulatoires, seules les données relatives aux chirurgies d'un jour et aux urgences ont pu être retenues pour être évaluées dans le modèle économétrique devant servir aux simulations des coûts en fonction du volume et de la lourdeur. Ces simulations ont toutefois été faites séparément pour les deux catégories de soins.

a) La chirurgie d'un jour

En ce qui concerne tout d'abord les cas en chirurgie d'un jour, les calculs économétriques n'ont donné aucun résultat permettant d'obtenir un facteur de corrélation significatif. Comme les données de base étaient issues du système MED-ÉCHO, nous avons essayé d'ajouter ces patients à ceux qui sont hospitalisés en santé physique et dont les données viennent du même système. On a constaté, même si l'équation linéaire des patients hospitalisés se trouvait quelque peu modifiée, que les quatre paramètres demeuraient statistiquement significatifs et que la capacité explicative du modèle passait même de 82 à 85 %, ce qui s'explique probablement par l'aspect complémentaire des deux groupes d'usagers. Cette nouvelle équation a donc été retenue pour le calcul des coûts normalisés pour ces deux groupes combinés.

b) L'urgence

Les coûts normalisés pour les soins des urgences ont été simulés en mettant en relation les coûts observés avec deux facteurs, soit premièrement les volumes de cas obtenus à l'aide des regroupements homogènes d'APG, pondérés par des indices NIRRU établis à partir de données de l'Iowa, et, deuxièmement l'enseignement médical, facteur pour lequel nous avons utilisé le même paramètre que celui employé pour les patients hospitalisés en santé physique. La capacité explicative du modèle retenu est de 78 %, ce qui est statistiquement significatif et d'un niveau assez satisfaisant pour être utilisé dans le calcul des coûts prévus des cas des urgences.

5.3. Les soins de longue durée, de santé mentale et les autres services hospitaliers

Pour les catégories de soins et de services autres que ceux de santé physique, il a été impossible, faute de données, d'avoir recours à l'approche économétrique utilisée pour expliquer les écarts de coûts. Nous avons plutôt essayé, à titre de mesures transitoires pour 2001-2002, de projeter les dépenses 1999-2000, en utilisant différents indicateurs s'appliquant aux groupes d'utilisateurs concernés. Une analyse de l'évolution des dépenses de chaque établissement pris individuellement a été faite pour obtenir un indicateur représentatif de l'évolution particulière de chacune des catégories de soins et services. Les travaux réalisés n'ont cependant pas permis de dégager une tendance propre à chaque établissement car il y avait, d'une année à l'autre, des écarts importants dans les taux d'augmentation. De même, pour les établissements pris globalement, aucune tendance de fond n'a pu être dégagée pour les soins et les services analysés.

Comme la période analysée a été marquée par la transformation et la consolidation des réseaux régionaux de services, ces écarts auraient pu être explicables par des variations dans les services donnés aux usagers des services en question. Des travaux additionnels ont donc été réalisés afin d'établir une évolution des volumes basée sur le concept de cas équivalents pour chaque catégorie de soins et de services analysée. Il a été constaté, encore une fois, qu'il n'y avait pas de lien apparent entre l'évolution des dépenses et celle des cas équivalents, de sorte que les écarts observés dans les taux annuels d'augmentation des dépenses ne pouvaient pas être expliqués. Conséquemment, les soins de longue durée, les soins en santé mentale et les autres services hospitaliers n'ont pas pu être pris en considération dans le modèle des mesures transitoires.

5.4. Les coûts indirects de la recherche

Pour le calcul des performances financières relatives des établissements, un dernier ajustement a été fait à la base des coûts de 1999-2000 pour les patients hospitalisés afin de tenir compte des coûts indirects de recherche qui sont assumés à même les budgets de fonctionnement des centres hospitaliers à vocation universitaire. Ces coûts indirects ont été estimés à partir des dépenses des centres d'activités de soutien, selon une proportion équivalente au prorata de la surface des centres de recherche par rapport à la surface totale des CHSGS. Toutefois, 50 % du total des dépenses ainsi estimées a été réparti entre les établissements au prorata des subventions de recherche reçues par les centres, afin de tenir compte des types de recherche exigeant moins de locaux. Le montant de l'ajustement total a été de 14,3 millions de dollars, ce qui correspond à environ 14 % des subventions de recherche des centres (sur la base des subventions accordées en 1998-1999). Ce pourcentage est apparu satisfaisant compte tenu du fait que les subventions de recherche venant du gouvernement du Québec comprennent déjà une compensation pour les coûts indirects.

Après que les frais indirects de recherche eurent été déduits des coûts totaux, les valeurs des facteurs du modèle économétrique pour les patients hospitalisés et les chirurgies d'un jour ont été recalculées de nouveau tout en tenant compte de diverses autres corrections ayant trait à la précision des données. Ces derniers ajustements ont diminué légèrement la capacité explicative du modèle utilisé mais ils ont amélioré la position relative des CHU qui ont d'importantes activités de recherche.

5.5. Les résultats des simulations

Les résultats globaux des simulations se présentent de la façon suivante. Tout d'abord, le total des écarts des hôpitaux non performants dont les coûts réels sont supérieurs à leurs coûts simulés est de 105,4 millions de dollars. Deuxièmement, comme le modèle est basé sur la moyenne des coûts au Québec, le total des écarts pour les hôpitaux performants est également de 105,4 millions de dollars. Ces montants équivalent à 3,5 % de la base des coûts 1999-2000 utilisés pour la simulation, qui étaient de 2 994,3 millions de dollars (sur des coûts totaux de 4 708 millions de dollars, soit 63,6 %).

Le pourcentage des écarts varie de 0 à plus de 25 %, que ce soit en termes positifs ou négatifs. Toutefois, la moyenne des écarts des centres hospitaliers non performants est égale à -7,3 % de leur base de coûts simulés, qui est de 1 388,6 millions de dollars, tandis que la même moyenne des centres hospitaliers performants est de 6,6 % sur une base de coûts réels simulés de 1 605,7 millions. Entre les deux ensembles d'hôpitaux, on peut ainsi présumer une différence moyenne de performance de 13,9 points de pourcentage

découlant des facteurs qui ont été retenus pour calculer les modèles économétriques. Cette différence correspond au champ possible des améliorations de la performance pour tous les établissements qui sont en bas de la moyenne de 6,6 % des établissements performants.

5.6. La mise en application des mesures transitoires

Le modèle des mesures transitoires a permis de faire une estimation de la performance relative des CHSGS. Cette estimation est strictement financière et elle est également partielle, car elle ne couvre qu'environ les deux tiers des dépenses totales. Les dépenses couvertes constituent toutefois le cœur des activités hospitalières. Tout au long de l'analyse, une attention particulière a été portée à la qualité des données utilisées, et, au terme de l'exercice, le comité consultatif a fait savoir qu'il croyait nécessaire que le Ministère continue à améliorer les systèmes d'information et qu'il mette au point de nouveaux systèmes pour mieux mesurer le volume et la lourdeur des soins donnés aux patients ambulatoires. Par ailleurs, malgré les lacunes des données actuelles, il a recommandé que le mode de financement des CHSGS soit modifié dès 2001-2002 à l'aide du modèle qui a été conçu.

Ce fut aussi l'avis de notre Comité qui a estimé que la méthode utilisée était valable et crédible car les résultats, à chacune des étapes, étaient basés sur des tests statistiques qui se sont avérés fiables. Il a donc recommandé, dans le rapport d'étape de mars 2001, de mettre en application les mesures transitoires afin que le Ministère informe clairement les centres hospitaliers qu'il désire, d'une part, encourager la performance et, d'autre part, décourager l'utilisation de la voie du déficit et de la non-performance financière comme moyen d'augmenter les bases budgétaires. Le Comité a fait, en conséquence, la proposition suivante :

- a) Les résultats de l'évaluation de la performance financière relative doivent être intégrés dans la détermination du budget des CHSGS dès 2001-2002.
- b) Pour avoir un effet significatif, il faut que les ajustements correspondent à au moins 20 % des écarts estimés par la méthode de calcul utilisée : il faut toutefois éviter qu'ils excèdent la hausse du financement prévu pour 2001-2002. Il faudra que le Ministère envisage ensuite, pour les années subséquentes, des pourcentages d'ajustements plus élevés.
- c) Les montants récupérés doivent être répartis parmi les établissements financièrement performants, au prorata de la valeur estimée de leur performance.
- d) Le Ministère devrait prendre en considération la performance financière dans l'attribution des budgets de développement, de façon à investir dans les hôpitaux qui sont susceptibles de donner les meilleurs rendements.

- e) Les résultats et la méthode de calcul devraient être communiqués aux établissements et ensuite rendus publics afin de susciter une discussion ouverte et transparente sur le sujet.

En limitant les ajustements à 20 % des écarts, le Comité désirait que soient réduites au minimum les erreurs possibles et inhérentes à ce genre de calcul. Suite à la transmission officielle du rapport d'étape au Ministère, le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, monsieur Remy Trudel, a annoncé, le 6 avril 2001, qu'il voulait rompre avec la tradition d'attribuer les budgets des établissements sur une base purement historique et qu'il avait été décidé de modifier pour 2001-2002 les règles de répartition des crédits des hôpitaux de façon à tenir compte de leur performance. L'approche suggérée par le Comité avait été retenue mais trois modalités y avaient été ajoutées, c'est-à-dire :

- ◆ limiter les écarts négatifs à 10 % des dépenses et les corrections budgétaires au moindre des deux montants suivants : l'écart calculé ou le montant de l'indexation ;
- ◆ limiter à 2 % de leur budget l'octroi de ressources supplémentaires aux hôpitaux performants ;
- ◆ exempter les trois centres hospitaliers universitaires de Québec et de Montréal qui étaient sous audit, ainsi que l'Hôpital Sainte-Justine pour enfants.

Le Comité est d'accord avec ces ajustements visant à faciliter la mise en application des mesures transitoires dont les conséquences financières sont minimales par rapport à la base budgétaire des établissements qui est de plus de 5 milliards de dollars. Ainsi, les centres hospitaliers non performants ne subissent qu'une correction totale de 4,6 millions de dollars, tandis que les centres performants se partagent 14,9 millions de dollars. On trouvera en annexe du présent chapitre le tableau sur la révision des bases budgétaires établies par le Ministère pour 2001-2002.

L'effet des mesures transitoires va bien au-delà des répercussions purement budgétaires. Tout d'abord, les établissements ont compris que la performance financière ne se limite plus à l'efficacité des centres d'activités organisationnelles mais qu'elle est aussi liée à la production des services, c'est-à-dire au volume et à la lourdeur des soins. Deuxièmement, la nouvelle méthode préconisée montre la très grande importance qu'il faut attacher non seulement à l'information de nature financière, mais aussi à l'information de nature médicale qui résulte du travail accompli par les services d'archives médicales. Troisièmement, l'objectif de l'amélioration de la performance a fait ressortir la nécessité de se doter d'outils de gestion pour faire le lien entre les dépenses et les services offerts aux usagers. Cette question sera discutée plus loin, au chapitre 8.

Avec la publication des résultats sur la performance, il faut s'attendre dorénavant à ce que les établissements travaillent davantage sur leurs systèmes d'information pour mieux se positionner dans l'évaluation de la gestion financière. Comme il n'y a pas de possibilité de changer les dépenses, l'élément stratégique devient l'information médicale sur le volume et la lourdeur des diagnostics. Afin de s'assurer que l'information colligée est complète, juste et précise, les établissements devront mettre en place des processus internes d'audit. Toutefois, il sera risqué pour un centre hospitalier d'avoir comme objectif la maximisation du volume et de la lourdeur des diagnostics car le système d'information fera automatiquement ressortir des taux d'augmentation trop rapides ou des profils de consommation anormaux par rapport aux caractéristiques de la population des bassins de services.

Il est important que les administrateurs comprennent bien la nouvelle approche préconisée. Le mode de budgétisation proposé n'est pas basé sur un nombre d'actes hospitaliers pondérés, mais plutôt sur une analyse de la performance relative. L'accroissement plus rapide des ressources allouées à un établissement particulier ne peut se faire que par un accroissement moins rapide des ressources allouées aux autres établissements puisque l'enveloppe budgétaire est prévue pour l'ensemble de ceux-ci. Il est donc nécessaire dans cette perspective que le Ministère mette en place un processus d'audit externe sur la qualité de l'information médicale car celle-ci est une condition de base pour garantir l'équité dans la répartition des ressources entre les établissements.

On pourra améliorer les mesures transitoires d'année en année en y intégrant d'autres catégories de soins au fur et à mesure que les autres parties du système d'information sur les diagnostics et les coûts seront mis en place. On pourra aussi tenir compte d'autres paramètres susceptibles de contribuer à l'explication des écarts de coûts, comme par exemple l'effet de l'âge sur la lourdeur de certaines catégories de diagnostics. Le Comité avait exclu les petits établissements de l'application des mesures transitoires afin qu'ils ne soient pas défavorisés au plan des comparaisons de performance. Il faudra poursuivre les analyses afin de mettre au point un sous-modèle qui réponde à leur type de fonctionnement. Les deux hôpitaux pédiatriques sont également des établissements qui ne peuvent être comparés à la moyenne des autres hôpitaux. Le Comité recommande que le Ministère appuie l'initiative qu'ils ont prise et qui consiste à faire une analyse comparative avec les autres hôpitaux pédiatriques du Canada. Il faudra enfin songer à augmenter graduellement le montant des ajustements basés sur les écarts de performance relative, pour passer de 20 % à des niveaux plus significatifs. Les corrections négatives ne devraient pas, toutefois, aller au-delà d'un certain maximum de façon à ne pas pénaliser les populations qui fréquentent les établissements ainsi touchés.

RECOMMANDATION 4

Le Comité recommande :

- /// que le Ministère continue, au cours des prochaines années, à mettre en application les mesures transitoires en améliorant le modèle explicatif des écarts de coûts, en évaluant notamment l'effet possible des catégories d'âge avancé sur la lourdeur et en y intégrant d'autres catégories de soins lorsque l'information sur les diagnostics et les coûts sera disponible ;
- /// que le montant des ajustements en proportion des écarts de performance relative soit augmenté graduellement et annuellement à des niveaux supérieurs au 20 % initial, mais que les corrections négatives soient limitées de façon à ne pas pénaliser les populations ;
- /// qu'un processus d'audit externe soit mis en place pour assurer la fiabilité de l'information médicale et garantir une meilleure équité dans la répartition des ressources entre les centres hospitaliers.

CALCUL DE LA RÉVISION DES BASES BUDGÉTAIRES DES CHSGS POUR 2001-2002
(Basé sur les écarts entre les coûts simulés et les coûts réels de 1999-2000)

Établissements*	Écarts entre les coûts simulés et les coûts réels (maximum 10 % des dépenses analysées)**		Ajout budgétaire pour les CH performants égal à 20 % de l'écart	Diminution budgétaire pour les CH non performant égale au moindre des deux montants : indexation ou 20 % de l'écart
	Montant (000 \$)	% des dépenses analysées	Montant (000 \$)	Montant (000 \$)
Région 01				
CH et d'héberg. Riv.-du-Loup	1 971,9	10,0	394,4	
CH CHSLD de Matane	(1 043,5)	-10,0		(75,5)
CH Régional de Rimouski	(1 482,3)	-3,8		(232,5)
Écarts des CH performants	1 971,9			
Écarts des CH non performants	(2 525,8)			
Sous-total de la région	(553,8)	-0,8	394,4	(308,0)
Région 02				
Compl. hosp. de la Sagamie	(1 458,1)	-2,2		(291,6)
Centre Maria-Chapdelaine	(27,0)	-0,3		(5,4)
Centre Jeannois	(78,7)	-0,4		(15,7)
Hôtel-Dieu de Roberval	(891,2)	-4,8		(143,8)
CH Jonquière	(1 431,6)	-10,0		(149,0)
Écarts des CH performants	-			
Écarts des CH non performants	(3 886,6)			
Sous-total de la région	(3 886,6)	-3,0	-	(605,6)
Région 03				
CH affilié univ. de Québec	(2 872,7)	-2,3		(574,5)
Hôpital Laval	(1 553,0)	-2,1		(310,6)
Écarts des CH performants	-			
Écarts des CH non performants	(4 425,7)			
Sous-total de la région	(4 425,7)	-2,2	-	(885,1)
Région 04				
CH Centre-Mauricie	(2 540,7)	-10,0		(182,5)
Hôtel-Dieu d'Arthabaska	641,9	2,1	128,4	
Hôpital Ste-Croix	(1 701,9)	-5,5		(145,1)
Écarts des CH performants	641,9			
Écarts des CH non performants	(4 242,5)			
Sous-total de la région	(3 600,6)	-4,2	128,4	(327,6)
Région 05				
CH univ. de Sherbrooke	12 125,2	10,0	2 425,0	
Sous-total de la région	12 125,2	10,0	2 425,0	-

Chapitre 5 La mise en application du nouveau mode de budgétisation

Établissements*	Écarts entre les coûts simulés et les coûts réels (maximum 10 % des dépenses analysées)**		Ajout budgétaire pour les CH performants égal à 20 % de l'écart	Diminution budgétaire pour les CH non performant égale au moindre des deux montants : indexation ou 20 % de l'écart
	Montant (000 \$)	% des dépenses analysées	Montant (000 \$)	Montant (000 \$)
Région 06				
CH Angrignon	(1 612,7)	-3,0		(293,4)
Hôpital général du Lakeshore	2 853,0	8,4	570,6	
Hôpital Santa Cabrini	281,9	0,7	56,4	
Inst. de cardiologie Montréal	188,0	0,4	37,6	
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	(6 263,2)	-6,1		(556,9)
Centre hospitalier Fleury	(1 027,8)	-4,4		(127,4)
Hôpital Jean-Talon	(261,7)	-0,9		(52,3)
Hôp. gén. juif Sir M.B. Davis	9 636,7	10,0	1 927,3	
CH de Lachine	(866,9)	-6,1		(92,6)
CH St. Mary	1 092,7	2,6	218,5	
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	6 015,8	5,5	1 203,2	
Écarts des CH performants	20 068,0			
Écarts des CH non performants	(10 032,4)			
Sous-total de la région	10 035,6	1,7	4 013,6	(1 122,6)
Région 07				
CH Vallées de l'Outaouais	(3 665,9)	-4,4		(381,9)
Sous-total de la région	(3 665,9)	-4,4	-	(381,9)
Région 08				
Réseau SSS Aurores Boréales	739,4	10,0	147,9	
CH de Val-d'Or	1 803,4	10,0	360,7	
CH Hôtel-Dieu d'Amos	1 665,5	10,0	333,1	
CH Rouyn-Noranda	(755,1)	-3,5		(107,2)
Écarts des CH performants	4 208,3			
Écarts des CH non performants	(755,1)			
Sous-total de la région	3 453,2	5,4	841,7	(107,2)
Région 09				
CH Régional de Sept-Iles	1 051,0	5,8	210,2	
CH Régional de Baie-Comeau	(1 718,9)	-8,8		(107,4)
Écarts des CH performants	1 051,0			
Écarts des CH non performants	(1 718,9)			
Sous-total de la région	(667,9)	-1,8	210,2	(107,4)

Chapitre 5 ▄ La mise en application du nouveau mode de budgétisation

Établissements*	Écarts entre les coûts simulés et les coûts réels (maximum 10 % des dépenses analysées)**		Ajout budgétaire pour les CH performants égal à 20 % de l'écart	Diminution budgétaire pour les CH non performant égale au moindre des deux montants : indexation ou 20 % de l'écart
	Montant (000 \$)	% des dépenses analysées		
Région 11				
Centre hospitalier de Gaspé	(1 182,6)	-10,0		(88,2)
CH de la Baie des Chaleurs	124,7	0,9	24,9	
CH de Chandler	(968,6)	-7,8		(63,2)
Écarts des CH performants	124,7			
Écarts des CH non performants	(2 151,3)			
Sous-total de la région	(2 026,6)	-5,4	24,9	(151,3)
Région 12				
Hôtel-Dieu de Lévis	(204,0)	-0,4		(40,8)
CH de la Région de l'Amiante	(1 893,3)	-10,0		(125,2)
Hôtel-Dieu de Montmagny	(957,7)	-7,4		(64,7)
CH Beauce-Etchemin	(68,5)	-0,3		(13,7)
Écarts des CH performants	-			
Écarts des CH non performants	(3 123,4)			
Sous-total de la région	(3 123,4)	-3,0	-	(244,4)
Région 13				
Cité de la Santé de Laval	1 406,2	1,9	281,2	
Sous-total de la région	1 406,2	1,9	281,2	
Région 14				
CH Le Gardeur	3 699,3	9,9	739,9	
CH Régional de Lanaudière	2 517,6	5,3	503,5	
Écarts des CH performants	6 216,9			
Écarts des CH non performants	-			
Sous-total de la région	6 216,9	7,3	1 243,4	-
Région 15				
CH CR Antoine Labelle	(1 771,9)	-10,0		(159,3)
CH Laurentien	(140,4)	-0,8		(28,1)
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	4 978,6	10,0	995,7	
CH Saint-Eustache	3 323,8	10,0	664,8	
Écarts des CH performants	8 302,4			
Écarts des CH non performants	(1 912,4)			
Sous-total de la région	6 390,1	5,4	1 660,5	(187,4)

Région 16

Chapitre 5 La mise en application du nouveau mode de budgétisation

Établissements*	Écarts entre les coûts simulés et les coûts réels (maximum 10 % des dépenses analysées)**		Ajout budgétaire pour les CH performants égal à 20 % de l'écart	Diminution budgétaire pour les CH non performant égale au moindre des deux montants : indexation ou 20 % de l'écart
	Montant (000 \$)	% des dépenses analysées	Montant (000 \$)	Montant (000 \$)
Rés. santé Richelieu-Yamaska	3 756,0	10,0	751,2	
Hôp. Brome-Missisquoi-Perkins	1 089,0	6,3	217,8	
Hôpital du Haut-Richelieu	3 936,9	10,0	787,4	
CH de Granby	2 234,6	10,0	446,9	
Hôpital Charles Lemoyne	798,6	1,2	159,7	
CH Suroît	197,9	0,7	39,6	
Hôtel-Dieu de Sorel	(2 222,3)	-10,0		(122,3)
CH Pierre-Boucher	3 801,8	7,7	760,4	
CH Anna-Laberge	2 587,8	8,3	517,6	
Écarts des CH performants	18 402,4			
Écarts des CH non performants	(2 222,3)			
Sous-total de la région	16 180,1	5,2	3 680,5	(122,3)
ENSEMBLE DU QUÉBEC			14 903,8	(4 550,8)

* Excluant les centres hospitaliers universitaires sous audit, ainsi que le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et l'Hôpital Sainte-Justine, compte tenu que l'évaluation de la performance de ces deux centres hospitaliers n'est pas représentative de leur situation réelle.

Les résultats pour les centres hospitaliers universitaires furent les suivants :

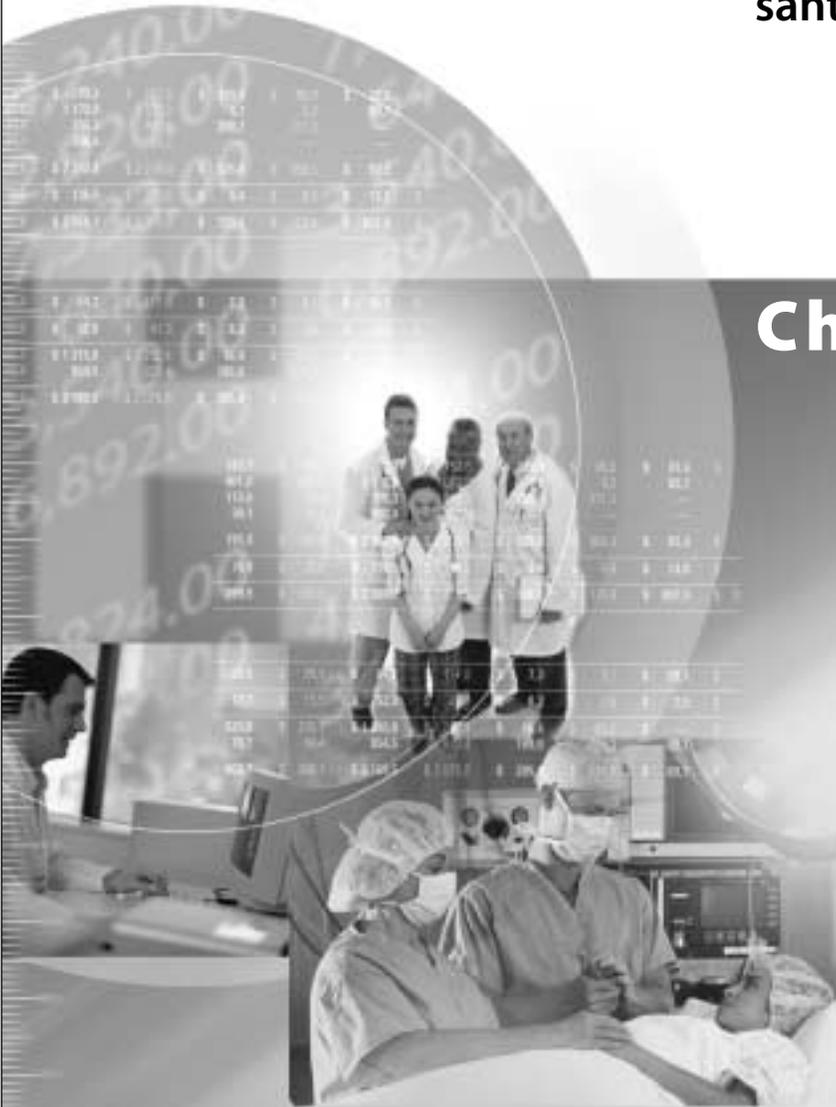
	(000 \$)
Centre hospitalier universitaire de Québec	7 768
Centre hospitalier universitaire de Montréal	(25 876)
Centre hospitalier santé McGill	(10 981)

** Un écart positif mesure une bonne performance car les coûts simulés sont supérieurs aux coûts réels et un écart négatif mesure une mauvaise performance, car les coûts simulés sont inférieurs aux coûts réels.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

La révision du processus d'allocation des ressources du secteur des soins de santé

Chapitre 6



6. LA RÉVISION DU PROCESSUS D'ALLOCATION DES RESSOURCES DU SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ

Pour expliquer la nécessité de réviser l'ensemble du processus budgétaire du secteur de la santé, il faut revenir au point de départ, c'est-à-dire au mandat du Comité dont l'objet est de réévaluer le mode de budgétisation des CHSGS. L'objectif de la réévaluation est de mieux refléter l'évolution du volume et de la lourdeur des services, tout en favorisant la performance relative des établissements et le contrôle adéquat des budgets. La budgétisation des CHSGS est, par ailleurs, la dernière étape du processus d'allocation des ressources du secteur de la santé, lequel implique trois niveaux décisionnels, soit le Ministère, les régions régionales et les établissements eux-mêmes. En proposant de changer le mode de budgétisation de ces derniers, il devient important de s'assurer que les nouveaux paramètres décisionnels seront cohérents avec ceux qui sont utilisés aux deux premières étapes du processus budgétaire. C'est d'ailleurs ce que le Ministère a demandé en spécifiant dans le mandat que le Comité devait présenter « *des modalités opérationnelles d'intégration des mesures proposées dans l'allocation des ressources* ».

L'intégration du nouveau mode de budgétisation ne pourra se faire sans une révision en profondeur de l'ensemble du processus d'allocation des ressources. Le processus actuel²⁰ est, en effet, caractérisé par l'utilisation de la formule du budget global historique à chacun des niveaux décisionnels. Si on introduit les paramètres du volume et de la lourdeur des services dans la budgétisation des CHSGS et que le reste du processus continue d'être basé sur la reconduction des budgets antérieurs, on aboutit à un cul-de-sac car il n'y aura plus de suite logique entre l'allocation des ressources aux régions régionales et le mode de budgétisation des établissements.

Il faut donc que la répartition interrégionale des ressources tienne aussi compte du volume et de la lourdeur des services offerts par les CHSGS. De plus, comme la loi précise que la répartition interrégionale doit être faite en fonction des besoins de la population et de ses caractéristiques sociosanitaires, le processus d'allocation devra comprendre un mécanisme pour faire l'interface entre le financement des CHSGS (la production) et les besoins de la population (la consommation).

Le présent chapitre porte donc sur la logique de la révision de l'ensemble du processus d'allocation des ressources pour le secteur des soins de santé. Il comprend quatre parties : les programmes comme élément intégrateur du système, la relation entre l'allocation des ressources et l'organisation des soins de santé, le budget du Ministère et le budget des régions régionales.

20. Voir le chapitre 2.

6.1. L'élément intégrateur du système : les programmes

Comme nous venons de l'évoquer, la révision de l'ensemble du processus d'allocation des ressources doit viser les trois objectifs suivants :

- ◆ intégrer, à chaque niveau décisionnel, les paramètres de volume et de lourdeur des clientèles des CHSGS ;
- ◆ tenir compte des besoins des populations et de leurs caractéristiques sociosanitaires ;
- ◆ faire l'interface entre la consommation et la production des soins de santé par région.

Ces trois objectifs interpellent le système des soins de santé sous trois angles différents et pour les intégrer dans le même processus d'allocation des ressources, il faut pouvoir les rattacher à une base budgétaire qui intègre la dimension des ressources et celle des services. Cette base budgétaire n'existe pas comme telle dans le budget actuel du Ministère qui ne dispose que d'une seule enveloppe globale pour financer le fonctionnement de l'ensemble du réseau des services de santé et des services sociaux. Il faut donc faire éclater cette enveloppe et la répartir en catégorie significative de services, c'est à dire en programmes. De plus, pour tenir compte de l'évolution du volume et de la lourdeur de ces services et procéder à une répartition interrégionale en fonction des besoins de la population, il faut que les programmes soient utilisés à chaque niveau décisionnel de façon à avoir une suite logique entre le processus budgétaire du Ministère, celui des régies régionales et celui des établissements.

Nous avons souligné à quelques reprises dans les chapitres précédents que le Ministère utilise déjà une définition de programmes, mais l'information sur ces programmes est une résultante *a posteriori* du fonctionnement du réseau des services de santé et des services sociaux. Les paramètres stratégiques des programmes et des politiques ne sont pas explicitement gérés dans le cadre du processus d'allocation des ressources. Il s'ensuit des situations imprévues en termes d'évolution financière et d'évolution des services, surtout en période de compressions budgétaires. Il est difficile, dans un tel contexte, de faire une gestion équilibrée de l'offre et de la demande de soins et d'avoir un système de reddition de compte qui soit transparent et prévisible.

Le Comité est d'avis que la structure des programmes devrait être au centre du processus d'allocation et que les enveloppes budgétaires transmises aux régies régionales devraient être ventilées selon les programmes et s'il y a lieu, selon les sous-programmes de façon à indiquer clairement quelles sont les priorités ministérielles et les objectifs qui s'y rattachent. Les projets de développement ayant un effet sur le volume de services d'un programme devraient aussi être identifiés et faire l'objet d'un financement spécifique et protégé. Les régies régionales seraient ensuite en mesure de voir à la réalisation de ces priorités en les incorporant au processus de budgétisation des établissements. Cependant,

Chapitre 6 ≡ La révision du processus d'allocation des ressources du secteur des soins de santé

l'approche selon les programmes n'est possible que dans la mesure où l'allocation budgétaire relative à chaque programme est faite de façon équitable entre les différentes régions et que les régies régionales disposent d'une marge de manœuvre pour adapter les priorités à la réalité de leur région. Cette question sera reprise à la section suivante.

Il faut enfin souligner qu'en prenant les programmes comme base décisionnelle, on introduit un degré de contrainte qui n'existe pas lorsque l'enveloppe budgétaire est totalement globale. Mais les avantages de l'allocation actuelle sont illusoire car, en évitant à tous les niveaux d'avoir une discussion et une négociation rationnelles sur les paramètres qui régissent les programmes, les résultats financiers qui en découlent donnent lieu à des incompréhensions quant à la capacité du réseau de gérer les ressources avec efficacité et efficience. En introduisant les programmes dans le processus budgétaire, on sera en mesure de véhiculer une information qui aidera à prendre des décisions plus éclairées mais ceci nécessitera une adaptation des systèmes d'information financière et comptable. Les programmes deviendront ainsi l'élément qui permettra d'intégrer les différentes étapes du processus budgétaire.

RECOMMANDATION 5

Le Comité recommande :

- ⚡ que le Ministère adopte, après consultation auprès des régies régionales et des établissements, une structure de programmes qui regroupe les services de santé et les services sociaux en fonction des objectifs des politiques ministérielles ;
- ⚡ que le budget du Ministère prévu pour financer les établissements soit ventilé selon les programmes de services ;
- ⚡ que les enveloppes budgétaires transmises aux régies régionales soient ventilées selon les programmes de services ;
- ⚡ que les projets de développement ayant un effet sur le volume de services d'un programme soient l'objet d'un financement spécifique et protégé ;
- ⚡ que le mode de budgétisation des CHSGS tienne compte des programmes ;
- ⚡ que les systèmes d'information financière et comptable soient adaptés pour véhiculer l'information nécessaire à la prise de décision sur les programmes à tous les niveaux.

6.2. Le processus budgétaire à l'égard des programmes du Ministère

La structure de programmes que le Ministère utilise de façon interne depuis 1993 est issue des travaux d'un groupe de travail sur l'allocation des ressources financières qui était composé de représentants du Ministère et des régies régionales. Les orientations qui furent proposées dans le rapport²¹ sont très similaires à celles qui sous-tendent la démarche que le Comité recommande. En ce qui concerne les programmes, la définition suivante avait alors été proposée :

« ... un programme est défini comme un ensemble de services et d'activités intégrées, destinées à une clientèle particulière ou à une population, visant des résultats spécifiques et pour lequel sont consenties des ressources humaines, matérielles et financières ».

Le Comité endosse cette définition et la structure de programmes qui en est découlée²². Il faudrait vérifier si elle reflète encore correctement les politiques ministérielles et s'assurer qu'elle convienne aux exigences éventuelles de gestion à chacun des niveaux décisionnels. Le Comité propose que le processus budgétaire annuel se déroule ensuite de façon à ce que l'estimation des crédits budgétaires par programme exprime les priorités ministérielles en matière de politique de santé et les objectifs quant au volume des services et des soins qui sont attendus des établissements du réseau. Pour le déroulement de l'ensemble du processus budgétaire, le besoin d'information sur les services et les coûts sera alors en principe le même tant pour le Ministère que pour les régies régionales et les hôpitaux.

De façon plus précise, la préparation du budget du Ministère devrait être basée sur les éléments suivants :

- ◆ la prévision des consommations de services, compte tenu de l'évolution du volume et de la lourdeur des soins ;
- ◆ la prévision de l'évolution des coûts unitaires, compte tenu de l'évolution de la pratique médicale, des nouvelles technologies et de l'accroissement du prix des intrants ;

21. GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ALLOCATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES, Cadre de référence sur l'allocation des ressources dans le contexte de la gestion par programmes et de la décentralisation des activités, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993, 93 p.

22. Les programmes sont les suivants : la santé physique, la santé mentale, la santé publique, les personnes âgées en perte d'autonomie, la déficience intellectuelle, la déficience physique, les jeunes et leur famille, l'alcoolisme et la toxicomanie.

Chapitre 6 ≡ La révision du processus d'allocation des ressources du secteur des soins de santé

- ◆ l'identification des mesures d'économies et des ajustements de services nécessaires pour garantir une situation financière équilibrée des établissements.

L'objectif de l'exercice de planification budgétaire serait d'arriver à une estimation des besoins financiers basée sur une analyse prévisionnelle des coûts et des services pour chacun des programmes. Si l'enveloppe budgétaire éventuellement consentie au Ministère était inférieure à l'estimation des besoins financiers, l'exercice de planification budgétaire permettrait d'élaborer des scénarios de diminution de dépenses basés sur une combinaison de mesures d'économies, pour accroître l'efficacité, et d'ajustements à l'offre de services pour respecter le niveau des ressources disponibles. Toutefois, si en faisant cet exercice, on arrivait à la nécessité de faire des choix qui allaient au-delà de l'efficacité et qui remettraient en cause les objectifs de programmes, il faudrait alors sortir du processus budgétaire et procéder à une révision des éléments de la politique même de santé. En d'autres mots, on ne peut demander au processus budgétaire de faire implicitement des choix qui doivent être faits explicitement au niveau des objectifs de la politique de santé et de services sociaux.

RECOMMANDATION 6

Le Comité recommande :

- /// que la planification budgétaire ministérielle pour établir les besoins financiers de chacun des programmes comprenne les éléments suivants :
 - ◆ la prévision des consommations de services, compte tenu de l'évolution du volume et de la lourdeur de ces services,
 - ◆ la prévision de l'évolution des coûts unitaires, compte tenu de l'évolution des pratiques professionnelles, des nouvelles technologies et de l'augmentation du prix des intrants,
 - ◆ l'identification des mesures d'économies et des ajustements de services nécessaires pour garantir une situation financière équilibrée des établissements.

6.3. La relation entre l'allocation des ressources et l'organisation des soins de santé

Le mode d'allocation des ressources est un facteur incitatif puissant pour orienter le système de santé vers une forme donnée d'organisation des soins. En faisant une répartition interrégionale des ressources visant à répondre aux besoins financiers des établissements, le processus budgétaire actuel favorise une organisation de services basée sur le fonctionnement des producteurs. Cette approche permet de mieux gérer l'offre et de contrôler le niveau de financement. Mais, elle a été de plus en plus critiquée au cours des dernières années, car elle conduit à une organisation dite « en silo ».

Les producteurs ont en effet des responsabilités qui sont limitées par rapport aux besoins des patients. Ils ne s'occupent que des traitements relevant de leur compétence. Même si chaque producteur essaie de fonctionner de façon efficiente, l'efficacité de l'ensemble du système de santé n'est pas garantie, car aucun mécanisme ne prend charge, de façon intégrée, de tous les besoins des patients, lesquels peuvent aller de la prévention aux soins de courte durée et ensuite à des services de plus longue durée. Cette lacune a été particulièrement mise en évidence avec le vieillissement de la population et par l'utilisation souvent inappropriée des soins dans les CHSGS. La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux a bien décrit cette problématique dans son rapport (voir le chapitre 2) et elle a proposé la mise en place de services intégrés pour des groupes particuliers d'utilisateurs, notamment les personnes âgées en perte d'autonomie.

L'objectif d'offrir des services intégrés nécessite la création de réseaux qui assument cette responsabilité. Comme un réseau, par définition, met à contribution plusieurs intervenants, il faut en confier la gestion à un organisme qui aide les patients à obtenir les services dont ils ont besoin quel que soit le type de producteur de services. C'est dans cette perspective que le ministère de la Santé et des Services sociaux a annoncé la création de *groupes de médecine de famille*, misant sur le rôle clé que jouent les intervenants de première ligne dans l'organisation des services.

Comme nous l'avons mentionné au chapitre 4, d'autres pays, comme la Grande-Bretagne, sont allés plus loin en donnant aux groupes de médecins les ressources financières nécessaires pour acheter tous les services requis par leurs patients, quels que soient les prestataires de ces services. Ce modèle s'appuie sur le principe que l'argent doit suivre le client, ce qui implique une distinction complète entre le rôle de *fournisseur* et celui d'*acheteur* de services. La budgétisation se limite alors à une forme de *capitation* que reçoit l'organisme regroupant les médecins pour les bénéficiaires inscrits, ce qui, en principe, leur permet de payer pour tous les soins requis. Les établissements qui agissent comme producteur des services ne sont donc pas financés directement.

Compte tenu de la difficulté de faire fonctionner un modèle aussi complexe que le modèle acheteur fournisseur, le Comité croit qu'il est préférable de s'appuyer sur des mécanismes souples de prise en charge des bénéficiaires en passant par les groupes de médecine familiale. Mais il faut aussi, parallèlement, donner aux régies régionales les moyens de planifier l'organisation des services dans une perspective d'intégration et de continuité de services qui répondent aux besoins de leur population. Du point de vue du processus budgétaire, il faut donc voir quel mode d'allocation des ressources serait adapté à un modèle qui combinerait, au niveau des régies régionales, le volet « consommation de services » (les besoins de la population) et le volet « production de services » (les établissements). Dans un tel modèle, la priorité est de répondre aux besoins et c'est le volet « production » qui doit s'adapter au volet « consommation ». Commençons par examiner celui-ci.

6.3.1. Le volet « consommation de services »

Rappelons encore une fois que la Loi sur les services de santé et les services sociaux spécifie que l'allocation interrégionale des ressources doit être faite en fonction des populations et de leurs caractéristiques sociosanitaires. Le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux a réaffirmé le bien-fondé de cette disposition. Pour la mettre en application dans le processus budgétaire, il faut utiliser une approche dite populationnelle en calculant un *indice pondéré par personne* qui corresponde à une consommation normalisée pour l'ensemble du Québec. Chaque régie régionale recevrait alors les ressources nécessaires pour financer les services reçus par ses résidants, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de la région. Cette forme de répartition est la seule qui assure à long terme l'équité interrégionale. Elle aurait l'avantage de favoriser une accessibilité comparable des services, car chaque région aurait les ressources pour financer les services de niveau local et régional ainsi que pour payer les services nationaux requis par sa population.

Le Ministère analyse depuis quelques années la répartition de la consommation par programme et comme le montre le tableau 9, si l'on compare la consommation actuelle des services médicaux autres que nationaux à la consommation pondérée selon un indice mesurant les besoins, les écarts totaux des régions par rapport à la moyenne québécoise seraient de 122 millions de dollars. Cela représente 5,7 % de la consommation annuelle des régions excédentaires, mais pour les régions déficitaires, le pourcentage est de 7,4 %. La transition vers une répartition plus équitable pourrait donc exiger un déplacement relativement important de ressources vers les régions où il y a sous-consommation.

Le Comité n'a pas analysé comment pourrait se faire l'adaptation entre les régions excédentaires et les régions déficitaires. Il faudrait préalablement examiner la méthodologie qui sert à calculer l'indice pondéré par personne afin

Chapitre 6 ≡ La révision du processus d'allocation des ressources du secteur des soins de santé

de s'assurer que, pour chacun des programmes, les paramètres utilisés dans la formule de pondération soient ceux qui reflètent le mieux les besoins des populations de chaque région. Il faudrait ensuite que le Ministère et le gouvernement décident résolument d'atteindre l'objectif d'équité interrégionale. Lorsque cette orientation serait prise, on pourrait alors procéder à l'élaboration de scénarios d'ajustements en échelonnant les corrections sur une période de plusieurs années de façon à éviter des diminutions ou des ajouts trop rapides de services.

— Tableau 10 —
Écart de consommation du programme de santé physique pour l'année 1999-2000

	Consommation régionale estimée	Consommation régionale pondérée par un indice « de besoin » (en milliers \$)	Écart des régions excédentaires	Écart des régions déficitaires
Bas-St-Laurent	135 864	117 948	17 916	0
Saguenay-Lac-St-Jean	172 056	150 284	21 772	0
Québec	360 611	334 300	26 311	0
Mauricie et Centre-du-Québec	273 405	275 873	0	(2 468)
Estrie	153 405	160 184	0	(6 779)
Montréal-Centre	1 003 115	998 109	5 006	0
Outaouais	167 412	158 089	9 323	0
Abitibi-Témiscamingue	83 103	84 151	0	(1 048)
Côte-Nord	77 154	52 657	24 497	0
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	80 035	63 794	16 241	0
Chaudière-Appalaches	209 840	208 424	1 416	0
Laval	165 337	171 920	0	(6 583)
Lanaudière	173 087	203 870	0	(30 783)
Laurentides	212 266	239 186	0	(26 920)
Montérégie	596 467	644 369	0	(47 902)
Total	3 863 157	3 863 157	122 482	(122 482)

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux.

N.B. : Comme l'indice de besoin utilisé pour la pondération n'a pas été évalué par le Comité, les résultats quant aux écarts excédentaires ou déficitaires sont présentés ici à titre illustratif.

RECOMMANDATION 7

Le Comité recommande :

- /// que l'allocation interrégionale des ressources pour chacun des programmes soit faite selon la méthode populationnelle ;
- /// que la méthode de répartition soit basée sur un indice pondéré par personne qui reflète une consommation moyenne normalisée pour l'ensemble du Québec ;
- /// que la définition pour chacun des programmes d'un indice pondéré par personne soit basée sur les facteurs sociosanitaires pouvant le mieux refléter les besoins des populations des différentes régions et que la question soit référée pour avis au futur comité conjoint prévu à la recommandation 19 ;
- /// que les enveloppes régionales soient ajustées pour les coûts supplémentaires découlant des facteurs spécifiques comme l'enseignement, la recherche ou l'éloignement ;
- /// que le Ministère accorde une très grande priorité à la mise en application de la méthode populationnelle.

6.3.2. Le volet production de services

Sur le plan régional, le volet de la production est différent de celui de la consommation en raison des échanges interrégionaux de services. Ces échanges sont tout d'abord attribuables au fait que certains services supraspécialisés nécessitent des équipements de haute technologie offrant des soins à des patients pouvant provenir de plusieurs régions ou même de l'ensemble du territoire québécois. C'est le cas, par exemple, de certaines chirurgies cardiaques ou de certains traitements en oncologie : les patients doivent se déplacer pour recevoir les soins requis. Mais il existe aussi des échanges pour les services locaux et régionaux en raison simplement de la mobilité de la population ou en raison de choix personnels que font les bénéficiaires par rapport à la situation géographique des établissements, à leur réputation ou par rapport aux professionnels qui y pratiquent.

Si, dorénavant, la répartition interrégionale des ressources était faite, comme nous le proposons, selon l'approche populationnelle, le problème posé par les échanges serait le suivant : comment ajuster le budget d'une région pour les services reçus par ses résidants dans une autre région et, à l'inverse, pour les services donnés à des résidants d'une autre région. La réponse dépend de l'ampleur des échanges. S'ils étaient relativement minimes ou

Chapitre 6 ≡ La révision du processus d'allocation des ressources du secteur des soins de santé

proportionnellement semblables d'une région à l'autre, chaque région pourrait assumer sa part des échanges de services. S'ils sont importants et non équivalents, le bilan des échanges pourrait être favorable à certaines régions et défavorable à d'autres.

La réalité des échanges interrégionaux de services est complexe à saisir. Au cours des dernières années, la question a été étudiée dans le cadre de l'évaluation des écarts interrégionaux de consommation, mais les services nationaux qui totalisaient 377 millions de dollars ont malheureusement été exclus de cette évaluation. Les échanges de services locaux et régionaux sont estimés à partir des données relatives aux patients hospitalisés et des données se rapportant aux chirurgies d'un jour, lesquelles sont tirées de MED-ÉCHO. Les données concernant les autres soins ambulatoires ont dû être estimées à partir des fichiers sur la rémunération des médecins de la RAMQ. Selon les évaluations préliminaires pour 1999-2000, les échanges pour les services locaux et régionaux du programme de santé physique auraient totalisé 440 millions de dollars, ce qui équivaldrait à 11 % de la production totale qui était de 3,9 milliards de dollars. Il y aurait, selon cette estimation, trois régions exportatrices et quinze régions importatrices.

— Tableau 11 —
Importations et exportations nettes de services locaux et régionaux par région en comparaison de la consommation régionale pour l'année 1999-2000
Estimations préliminaires

	Consommation régionale (000 \$)	Importation (Exportation) (000 \$)	%
Bas St-Laurent	135 864	7 248	5,3
Saguenay—Lac St-Jean	172 056	584	0,3
Québec	360 611	(91 638)	(25,4)
Mauricie-Centre-du-Québec	273 405	26 485	9,7
Estrie	153 405	(7 358)	(4,8)
Montréal-Centre	1 003 115	(341 144)	(34,0)
Outaouais	167 412	14 933	8,9
Abitibi-Témiscamingue	83 103	1 763	2,2
Côte-Nord	77 154	10 063	13,1
Gaspésie—Iles-de-la-Madeleine	80 035	14 575	18,3
Chaudière-Appalaches	209 840	50 029	23,8
Laval	165 337	58 545	35,4
Lanaudière	173 087	58 476	33,8
Laurentides	212 266	46 522	21,9
Montréal	596 467	162 208	27,2
Total	3 863 157	11 292	

Chapitre 6 ≡ La révision du processus d'allocation des ressources du secteur des soins de santé

Le phénomène est surtout important dans les régions de Québec et de Montréal, qui ont un pourcentage d'exportation de 25,4 et 34,0 % par rapport à leur consommation. En contrepartie, la région de Chaudière-Appalache, située près de Québec, importe 23,8 % de ses services et les quatre régions situées en périphérie de Montréal, importent des services de santé qui équivalent à 28,4 % de leur consommation totale et à 75 % des échanges de services de tout le Québec.

La méthode de calcul des échanges interrégionaux doit être revue afin, d'une part, de l'étendre aux services nationaux et afin, d'autre part, de remettre à jour la répartition des services ambulatoires qui est faite sur la base de l'année 1995-1996. Cette révision aura probablement comme résultat d'accroître l'ampleur des échanges interrégionaux de services locaux et régionaux. Face à cette situation, il sera nécessaire, si on veut implanter une répartition interrégionale des ressources selon l'approche populationnelle, de trouver une façon de compenser les écarts de consommation et de production. Il est évident, au point de départ, que le phénomène est en grande partie le reflet du découpage territorial des régions régionales et qu'il pourrait être minimisé si on procédait à un ajustement des territoires en fonction des bassins de services des centres hospitaliers. Le redécoupage territorial des régions sociosanitaires est toutefois une question complexe qui va au-delà du financement des services. Le Comité considère qu'il serait utile que le Ministère étudie quelle serait la meilleure façon de coordonner l'organisation des services, la consommation des soins et le financement des CHSGS, spécialement dans les régions universitaires.

Par ailleurs, indépendamment de l'aspect territorial, il y aurait deux façons, sur le plan budgétaire, de tenir compte des échanges interrégionaux. La première serait administrativement la plus facile : il s'agirait simplement de procéder à une compensation globale entre les enveloppes régionales en faisant une évaluation des services rendus et des services reçus à partir des informations sur l'origine des patients. Le bilan net de ces échanges donnerait lieu à un transfert de ressources, des régions importatrices vers les régions exportatrices.

La deuxième façon de régler le problème du coût des services donnés à des résidents de l'extérieur d'une région serait de procéder par facturation entre régions régionales. Si, comme l'a suggéré la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux²³ l'orientation à long terme au plan de l'organisation des services devrait être d'implanter une approche « achat de services » où l'argent suit le bénéficiaire, il faudrait éventuellement mettre en place un tel mécanisme de facturation de services entre les établissements et les organismes responsables de l'achat des services. Le Comité ne propose pas

23. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *op.cit.*, p. 161.

de prendre cette approche générale, mais le concept « achat de services », avec ou sans facturation, ouvrirait des perspectives complètement nouvelles car l'introduction d'un tel élément dans le processus d'allocation pourrait avoir un effet à long terme sur l'organisation des services. Il pourrait être en effet avantageux pour une régie régionale de conclure des ententes avec une autre régie qui pourrait lui garantir, pour certaines spécialités, des soins à l'intention de sa population plutôt que de les développer sur son propre territoire. Les ententes entre les régies régionales devraient cependant être à long terme pour garantir une stabilité de l'organisation des services.

En résumé, le Comité considère qu'il serait avantageux d'intégrer le volet « consommation » et le volet « production » dans le processus budgétaire et il propose qu'un mécanisme soit institué pour régler les conséquences financières des échanges interrégionaux en distinguant, d'une part, les services nationaux et, d'autre part, les services locaux et régionaux.

6.3.3. Le financement et la gestion des services nationaux

Les services nationaux sont des services ultraspecialisés qui exigent des équipements coûteux, des compétences professionnelles relativement rares et qui font appel à des techniques d'intervention très complexes. Ils demandent ainsi une concentration de moyens importants qui sont souvent associés à des fonctions d'enseignement et de recherche.

Les services nationaux sont inévitablement situés dans les grands centres urbains et universitaires, mais ils doivent être accessibles à l'ensemble de la population. Les soins sont généralement donnés à des patients hospitalisés mais ils peuvent aussi être donnés à des patients ambulatoires. La question a déjà fait l'objet d'un rapport de la Direction générale de la planification et de l'évaluation du Ministère qui recommandait une planification centralisée des services nationaux de même que la création d'une enveloppe nationale pour les financer²⁴. Le Comité recommande aussi que le Ministère soit responsable de la planification de l'organisation des services nationaux, mais il propose toutefois une approche différente quant à leur financement.

Dans la perspective où les budgets régionaux seraient basés dorénavant sur les besoins calculés selon l'approche populationnelle, chaque régie régionale disposerait des ressources nécessaires pour payer le coût des soins reçus par les résidents de son territoire. Le centre hospitalier qui fournirait un service

24. GROUPE DE TRAVAIL SUR LA RECHERCHE DE L'ÉQUITÉ DANS L'ALLOCATION INTERRÉGIONALE DES RESSOURCES, *L'enveloppe nationale, les services nationaux, la clientèle de l'héritage asilaire, l'enseignement et la recherche*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 103 p.

national pourrait facturer la régie responsable de la région de résidence du patient selon un tarif suffisant pour couvrir les coûts de fonctionnement du service. Pour être complète, cette facturation devrait aussi s'appliquer aux patients de la région où est situé le CH, ce qui permettrait de gérer les services nationaux comme des unités autonomes et de pouvoir toujours ajuster le niveau de production en fonction du niveau de la demande. Le centre hospitalier, qui offrirait un service national, serait assuré que ce service s'autofinancerait.

Ce mécanisme d'achat de services pourrait être facilement intégré au nouveau mode de budgétisation proposé pour les CHSGS. Le développement des services nationaux serait tout d'abord planifié par le Ministère qui financerait les investissements nécessaires et qui approuverait la tarification des épisodes de soins. La planification devrait se faire de façon concertée avec les régies des régions universitaires qui intégreraient les services nationaux dans leurs plans d'organisation de services et approuveraient le budget de ces services prévus par les établissements. Comme le nombre de services nationaux serait limité, l'évaluation de leur performance ne pourrait se faire qu'en les comparant à des services similaires à l'extérieur du Québec.

En plus d'être responsable de la planification des services nationaux, le Ministère devrait aussi décider de quelle façon seraient fixés et approuvés les tarifs des épisodes de soins et s'assurer que les coûts administratifs liés à la facturation soient minimum. Le mécanisme le plus simple serait de faire transiter la facturation par la RAMQ qui vérifierait l'origine des patients et la nature des soins, et qui établirait les comptes à payer et les comptes à recevoir de chacune des régies. Ces montants seraient déduits ou ajoutés aux enveloppes budgétaires des régies régionales qui auraient à prévoir annuellement dans leur budget les dépenses relatives aux échanges de services nationaux.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la valeur des services nationaux, selon la définition actuellement utilisée, est relativement importante, soit 400 millions de dollars. L'implantation d'un mécanisme simple de facturation entraînera un minimum de coûts administratifs qui devront être précisés éventuellement. Mais le Comité croit que les coûts sont justifiés par les avantages qui en découleront, à savoir une gestion transparente des services nationaux et une meilleure garantie d'accessibilité équitable pour les patients de toutes les régions. Les régions qui ne sont que consommatrices des soins et des services nationaux auront l'occasion de faire valoir leur point de vue sur la production de ces soins puisqu'elles les paieront. Les régions productrices y retrouveront également leurs avantages puisque le financement des services nationaux sera partagé entre les régions dont les populations en profitent. On introduira ainsi une dynamique dans la gestion des services nationaux qui devrait conduire à un meilleur équilibre de leur fonctionnement.

RECOMMANDATION 8

Le Comité recommande :

- /// que les services nationaux soient gérés et financés de façon distincte ;
- /// que leur planification et développement soient sous la responsabilité du Ministère en concertation avec les régies régionales des régions universitaires et les établissements offrant les services ;
- /// que les services nationaux ainsi convenus soient intégrés dans le plan d'organisation des services de la région où il se trouvent et qu'ils soient supervisés par les régies régionales concernées afin qu'elles puissent garantir la continuité de leur fonctionnement ;
- /// que le financement des services nationaux soit spécifique et protégé et qu'il provienne de la facturation aux régies régionales pour les soins donnés à des patients résidants sur leur territoire.

6.3.4. Le financement et la gestion des services locaux et régionaux

Les services locaux et régionaux sont, en principe, les services de base qui doivent être accessibles dans toutes les régions. Ils se distinguent en ce que les services régionaux sont de nature plus spécialisée que les services locaux et qu'ils sont offerts seulement en certains points du territoire. Comme on a pu le voir au point 6.3.2, les échanges de ces deux types de services totalisaient 440 millions de dollars en 1998-1999 et ils se composaient comme suit :

	(en millions \$)	%
Chirurgies d'un jour	13	3,0
Autres soins ambulatoires	170	38,6
Patients hospitalisés	257	58,4
	440	100,0

Les échanges de services locaux et régionaux sont beaucoup plus importants en valeur et en volume que les échanges de services nationaux en raison de la forte intégration de la consommation et la production des services dans les

Chapitre 6 ≡ La révision du processus d'allocation des ressources du secteur des soins de santé

grandes régions de Montréal et de Québec. Il serait donc coûteux et compliqué de régler par facturation les effets financiers des échanges de services locaux et régionaux. Le Comité est d'avis qu'il faut aborder la question d'une façon pragmatique et propose de retenir la solution de la compensation globale entre les régies régionales basée sur le bilan des services rendus et des services reçus qui peuvent être estimés à partir de l'information sur l'origine des patients.

La prise en compte explicite des échanges interrégionaux aura probablement comme effet à long terme d'inciter les régies régionales périphériques à celles de Québec et de Montréal-Centre, à évaluer les avantages de rapatrier certaines activités dans leur région et d'accroître leur taux d'autosuffisance sur le plan des services hospitaliers. Une telle réorientation ne sera toutefois possible que dans la mesure où les usagers modifieront leurs propres choix de consommation des soins de santé. On trouvera à la fin du présent chapitre un schéma récapitulatif du nouveau processus complet d'allocation des ressources.

RECOMMANDATION 9

Le Comité recommande :

- /// que le financement des échanges de services locaux et régionaux soit réglé par une formule de compensation globale basée sur une évaluation des services reçus et des services rendus.

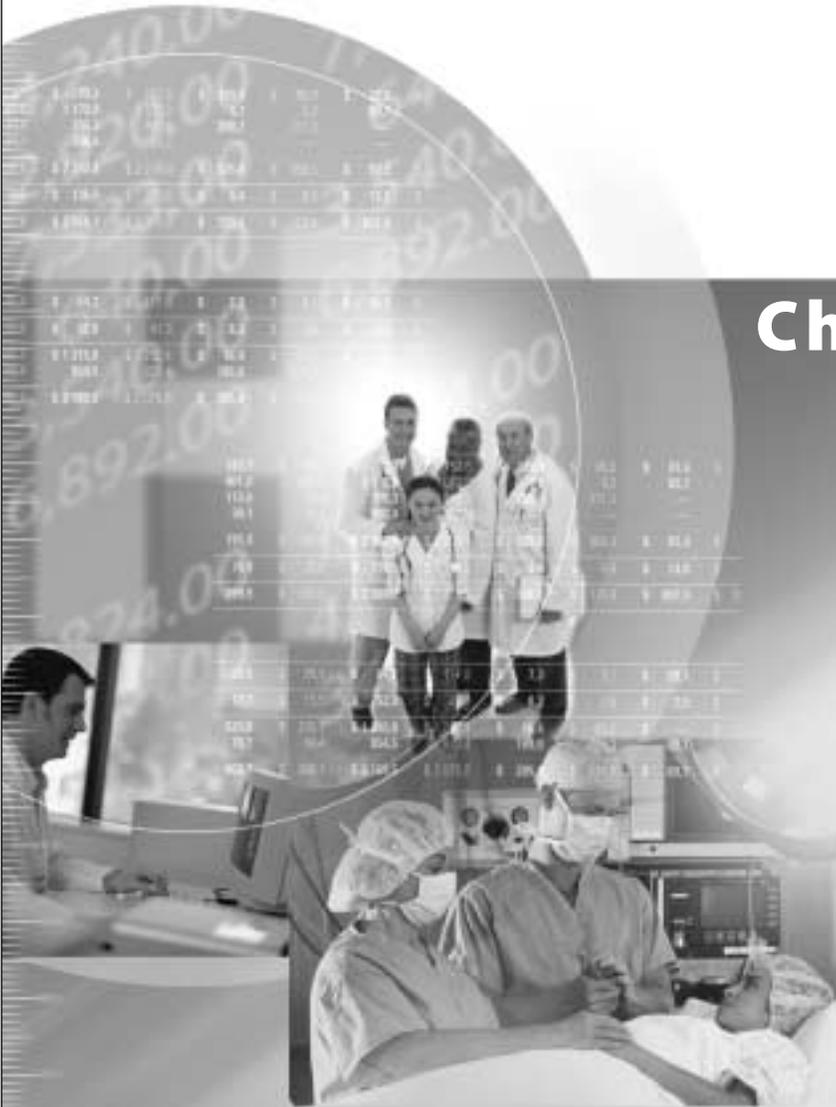
— **Tableau 12** —

Schéma résumant les étapes et les procédures du nouveau processus d'allocation des ressources

ÉTAPES	PROCÉDURES
1. Calcul du budget du Ministère par programme de services	<ul style="list-style-type: none">◆ Prévission des volumes de services en tenant compte de l'évolution des besoins des bénéficiaires par programme ou composante de programme.◆ Prévission des coûts standards des services en tenant compte de l'évolution des salaires, des prix et de l'effet des nouvelles technologies.◆ Estimation des besoins financiers selon les prévisions de volumes et de coûts, et ajustements, s'il y a lieu, pour compressions ou ajouts de ressources.
2. Répartition interrégionale des ressources selon l'approche populationnelle par programme de services.	<ul style="list-style-type: none">◆ Pour chaque programme ou composante de programme, calcul de la consommation normalisée à l'aide d'un indice pondéré par personne, basé sur les facteurs sociosanitaires reflétant les besoins des populations des différentes régions.◆ Répartition interrégionale basée sur la proportion de la consommation normalisée de chaque région par rapport à la consommation totale de services par programme ou composante de programme.◆ Ajustement des enveloppes régionales pour les coûts supplémentaires découlant des facteurs spécifiques comme l'enseignement, l'éloignement, la recherche, etc.
3. Enveloppe budgétaire régionale des programmes ajustée pour les échanges de services locaux et régionaux.	<ul style="list-style-type: none">◆ Estimé du bilan régional d'échanges de services reçus et des services rendus.◆ Estimé de la réserve budgétaire régionale pour financer les services nationaux facturés.
4. Répartition des enveloppes budgétaires régionales des programmes entre les établissements.	<ul style="list-style-type: none">◆ Mise en application du nouveau mode de budgétisation des CHSGS qui détermine les enveloppes budgétaires des établissements en tenant compte de la prévision des budgets réguliers et des budgets standards par programme.◆ Ajustements budgétaires en fonction des objectifs de performance, des réorganisations de services et des projets de développement.

Le développement des systèmes d'information sur les patients et les coûts

Chapitre 7



7. LE DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES D'INFORMATION SUR LES PATIENTS ET LES COÛTS

La mise au point des mesures transitoires, pour 2001-2002, a été l'occasion pour le Comité d'évaluer la capacité des systèmes d'information actuels de répondre aux exigences d'un nouveau mode de budgétisation basé sur le volume et la lourdeur des soins et qui vise à mesurer la performance financière des établissements. À cela s'ajoute, comme nous l'avons expliqué au chapitre précédent, les besoins qui découlent de la nécessité de réviser également le processus d'allocation des ressources du Ministère et des régies régionales pour qu'il y ait une cohérence entre les niveaux décisionnels. Les programmes seraient l'élément intégrateur des différentes étapes de l'ensemble du processus.

Le présent chapitre porte sur le développement des systèmes d'information nécessaires à la mise en application du nouveau système budgétaire. Son contenu reprend une proposition de plan de développement préparé par la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation (Direction de la gestion de l'information) du Ministère. Cette direction générale a été associée de très près aux travaux du Comité, en faisant notamment les simulations des mesures transitoires. Le chapitre comprend quatre parties : les constats sur les systèmes d'information, les objectifs et les stratégies de développement des systèmes d'information, les mesures proposées et enfin, l'échéancier et l'estimation des coûts d'implantation.

7.1. Les constats sur les systèmes d'information actuels

La mesure du volume et de la lourdeur des soins donnés aux patients dans les centres hospitaliers nécessite deux types d'information : d'une part, la codification des patients et des diagnostics et, d'autre part, un estimé des coûts standards moyens par épisode de soins correspondant à chaque catégorie de diagnostic. En multipliant le nombre de diagnostics par les indices de coûts moyens, on obtient un estimé du volume pondéré de soins qui est comparable d'un établissement à l'autre.

Les travaux techniques effectués pour la mise au point des mesures transitoires ainsi que certaines analyses effectuées par les régies régionales et l'Association des hôpitaux du Québec ont fait ressortir différents problèmes concernant les données actuelles. Les principaux constats formulés à la suite de ces travaux sont les suivants :

- a) MED-ÉCHO, qui est le principal système d'information sur les diagnostics, ne comprend que des données sur les patients hospitalisés et les chirurgies d'un jour. Il n'y a pas de système comparable pour les autres soins ambulatoires.

- b) Comme les sources actuelles d'information n'ont pas été conçues dans une perspective de budgétisation ou de reddition de compte, les processus de validation ou de vérification de données sont insuffisants.
- c) Les classifications n'ont pas été adaptées pour suivre l'évolution de la pratique médicale et elles sont ainsi devenues inadéquates.
- d) Le risque de non-homogénéité des données augmente d'année en année car les procédures de collecte et d'agrégation des données ne sont pas assez normalisées, en plus de mal répondre aux besoins des utilisateurs.
- e) Les données financières et statistiques ne permettent pas de calculer les coûts standards moyens des soins selon les diagnostics, ce qui oblige à avoir recours à des banques de données extérieures.
- f) Les délais de retour d'information aux établissements sont trop longs et ces derniers n'ont pas une vue intégrée des données dont ils disposent.

7.2. Les objectifs et les stratégies de développement des systèmes d'information

Les corrections *ad hoc* qui furent apportées aux données utilisées lors de l'élaboration des mesures transitoires sont apparues au Comité suffisantes pour une mise en application partielle et prudente du nouveau mode de budgétisation proposé. Toutefois, il faut absolument que les lacunes constatées soient corrigées si le Ministère veut que les résultats éventuels de l'application intégrale du modèle soient crédibles et acceptés. Pour qu'ils soient complets, les systèmes d'information sur les patients, les diagnostics et les coûts devraient avoir les caractéristiques suivantes :

- ◆ couvrir l'ensemble des patients hospitalisés et ambulatoires ;
- ◆ produire des données qui reflètent le mieux possible la réalité des services rendus à ces patients au Québec ;
- ◆ être basés sur des définitions, des règles de codification et des procédures de traitement qui soient normalisées et uniformes ;
- ◆ assurer une qualité continue des données par l'utilisation de nouveaux outils de vérification et par la tenue d'audits sur la validité et la fiabilité de la codification et du traitement des données.

La Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation du Ministère a procédé à une consultation auprès des partenaires et des intervenants du réseau pour définir une stratégie qui facilitera, à court terme et à partir des systèmes existants, la poursuite de l'implantation du nouveau mode de budgétisation. Toutefois, pour répondre ensuite à moyen et long terme aux besoins d'information supplémentaire en respectant complètement les exigences relatives à la couverture et à la qualité des données, il faudra réaliser un plan de développement à trois volets : le premier volet porte sur la refonte

du système MED-ÉCHO et les deux autres volets amèneront le déploiement de deux nouveaux systèmes sur les patients ambulatoires et les coûts standards par épisode de soins.

Le plan de développement envisagé nécessitera des investissements importants pour concevoir les nouveaux systèmes, les valider et les mettre en application. Pour accélérer les étapes du développement et minimiser les investissements, il faut, dans la mesure du possible, favoriser l'adaptation des systèmes existants, et récupérer les résultats des expériences déjà menées au Québec et à l'extérieur dans les autres provinces canadiennes et à l'étranger. Cette approche aura l'avantage non seulement d'éviter les difficultés d'avoir à concevoir l'architecture complète de nouveaux modèles, mais aussi d'élargir le champ des comparaisons possibles dans les analyses d'efficience et de performance en permettant d'établir des ponts entre les données québécoises et les données des autres juridictions.

RECOMMANDATION 10

Le Comité recommande que les systèmes d'information sur les patients, les diagnostics et les coûts aient les caractéristiques suivantes :

- /// couvrir l'ensemble des patients hospitalisés et ambulatoires ;
- /// produire des données qui reflètent le mieux possible la réalité des services rendus à ces patients au Québec ;
- /// être basés sur des définitions, des règles de codification et des procédures de traitement qui soient normalisées et uniformes ;
- /// assurer une qualité continue des données par l'utilisation de nouveaux outils de vérification et par la tenue d'audits sur la validité et la fiabilité de la codification et du traitement des données.

7.3. Les mesures proposées

7.3.1. Amélioration des systèmes actuels

L'objectif des mesures à court terme est d'améliorer la qualité et la comparabilité des données de MED-ÉCHO. Les principales mesures suggérées sont les suivantes :

- ◆ révision du cadre normatif de MED-ÉCHO, particulièrement en ce qui concerne l'interprétation des définitions de diagnostics et l'utilisation de certains codes en relation avec l'évolution des pratiques médicales ;
- ◆ harmonisation des pratiques des archivistes ;
- ◆ utilisation de nouveaux outils permettant d'assurer la qualité des données, à savoir l'analyse des profils de codification et les audits par échantillonnage.

L'application de ces mesures est déjà en cours de réalisation et elles devraient permettre l'amélioration des données concernant les patients hospitalisés dès 2001-2002.

RECOMMANDATION 11

Le Comité recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux poursuive l'application des mesures suivantes pour améliorer la qualité et la comparabilité du système actuel MED-ÉCHO :

- /// révision du cadre normatif ;
- /// harmonisation des pratiques des archivistes ;
- /// utilisation de nouveaux outils pour assurer la qualité des données, à savoir l'analyse des profils de codification et les audits par échantillonnage.

7.3.2. Le plan de développement des systèmes

Volet I : La refonte de MED-ÉCHO

La refonte comme telle de MED-ÉCHO se fera ensuite sur un horizon de trois à quatre ans en commençant par le remplacement du système actuel de classification internationale de maladies CIM-9 par la nouvelle version CIM-10 (basée sur la version canadienne et adaptée à la pratique québécoise) et par le système canadien de classification des interventions CCI déjà en vigueur dans les autres provinces. Ce changement est nécessaire pour permettre une meilleure comparabilité avec le reste du Canada et à cause de la désuétude du CIM-9 qui n'est plus mis à jour, ce qui rend difficile la classification des nouveaux diagnostics. Cette refonte serait alors l'occasion de faire une révision complète du cadre normatif de MED-ÉCHO et des processus relatifs à la collecte et à la gestion des données.

Volet II : L'information sur les patients ambulatoires

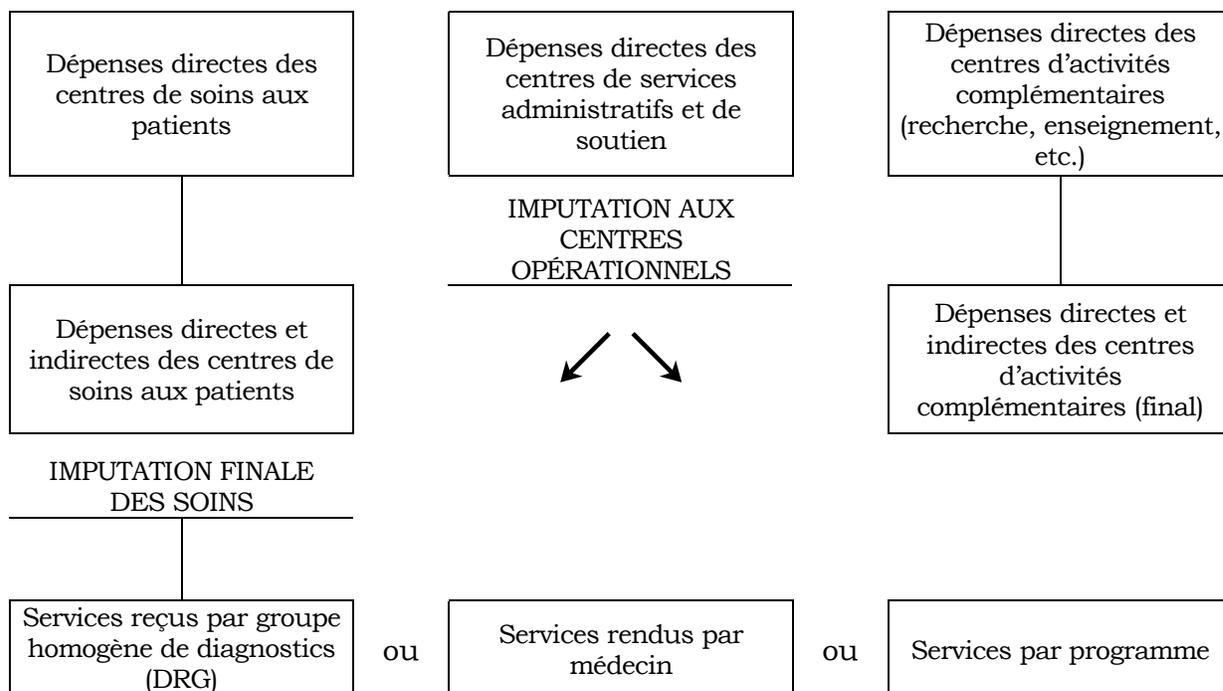
Le système d'information sur les patients ambulatoires pourrait s'appuyer sur une adaptation de deux systèmes canadiens, soit le NACRS (*National Ambulatory Care Reporting System*) et le CACS (*Comprehensive Ambulatory Classification System*) qui sont soit en usage, soit en développement dans d'autres provinces. L'implantation de ces systèmes devra être précédée de la préparation d'un cadre normatif et des processus relatifs à la collecte et à la gestion des données. Le système d'information sur les patients ambulatoires sera en fait composé de quatre sous-systèmes correspondant : 1) à la chirurgie d'un jour, 2) à la médecine de jour et urgence, 3) aux cliniques externes et 4) aux patients enregistrés. Le premier sous-système pour la chirurgie d'un jour sera basé sur la classification CIM-10 qui sera éventuellement utilisée pour les patients hospitalisés.

Volet III : L'information sur les coûts standards par épisode de soins

Les indices actuels de coûts moyens NIRRU québécois sont calculés à partir des données de charges financières des états américains du Maryland et de l'Iowa. Bien que ces données soient corrigées dans la mesure du possible pour tenir compte des différences de pratique, il est nécessaire de développer des indices calculés à partir des coûts québécois si l'on veut que le nouveau mode de budgétisation soit équitable, qu'il soit parfaitement conforme à la pratique québécoise et qu'il évolue au rythme de la pratique dans les centres hospitaliers représentatifs. D'ici à ce que les nouveaux indices NIRRU québécois soient disponibles, il est recommandé, à court terme, de remplacer les données américaines par celles de l'Alberta et de l'Ontario qui sont plus près de la réalité québécoise.

La constitution d'une banque québécoise de coûts de référence va demander une refonte importante du système comptable et statistique actuel de façon à avoir une structure de comptes qui permettra de faire le calcul des coûts par épisode de soins. Un tel calcul est en effet basé sur une méthode complexe d'imputation de coûts. Il faut, dans un premier temps, imputer les dépenses des services d'administration et de soutien aux autres centres opérationnels, à savoir les centres de services de soins aux patients ou aux centres d'activités complémentaires. Il faut ensuite, dans un deuxième temps, répartir les coûts totaux des services de soins selon trois catégories finales : par diagnostic, par médecin et par programme. Cette méthode permet de faire parallèlement le calcul des coûts directs et indirects de la recherche, de l'enseignement ou d'autres fonctions particulières dont les dépenses ne sont pas imputées aux soins. Le schéma du tableau 13 illustre le cheminement suivi pour les deux étapes décrites plus haut.

— Tableau 13 —
**Schéma illustrant l'imputation des coûts nécessaires
 au calcul des dépenses par période de traitement**



Pour préparer la banque de référence nécessaire à l'estimation des NIRRU applicables aux hospitalisations et aux soins ambulatoires, le plan de développement prévoit tout d'abord la révision du cadre normatif des règles et pratiques de gestion financière du Ministère. Le cadre actuel est basé sur l'ancien manuel de comptabilité des hôpitaux (CHAM : *Canadian Hospital Accounting Manual*) qui est devenu désuet. La révision pourrait s'inspirer des normes de référence du nouveau SIG en vigueur au Canada (*Système d'Information de Gestion*) développé par l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) en collaboration avec les autres provinces canadiennes. La deuxième étape sera de faire la refonte de la structure des comptes du rapport financier AS-471 et du rapport statistique AS-478 actuellement en vigueur pour les adapter au cadre normatif du SIG. Afin de ne pas perdre complètement la continuité des séries de données, il sera important, lors de la refonte des rapports comptables et statistiques, de prévoir la traduction des anciennes données en fonction des nouvelles définitions.

Une fois le cadre normatif révisé et la refonte des rapports complétée, la troisième étape consiste à établir un système de mesure de charges de travail et à faire l'adaptation des systèmes financiers, de paie et de ressources

humaines. Les mesures de charge de travail sont exprimées en unités de services et permettent d'imputer des coûts aux centres de services selon trois catégories de services : patients, médecins ou programmes. Un des sous-produits intéressants qui découlera du système des coûts sera la possibilité de créer une interface entre les systèmes de gestion des ressources et les systèmes d'analyse des décisions médicales pour aider les professionnels de la santé dans l'évaluation de la production et de la pertinence des soins.

RECOMMANDATION 12

Le Comité recommande que le Ministère donne suite à la réalisation du plan de développement des systèmes d'information, lequel comprend trois volets :

- /// la refonte du système MED-ÉCHO sur les patients hospitalisés et la chirurgie d'un jour, ce qui implique l'implantation du nouveau système de classification internationale des maladies CIM-10, adapté à la pratique québécoise ;
- /// la mise en place d'un système d'information sur les patients ambulatoires basé sur une adaptation des systèmes canadiens NACRS et CACS ;
- /// la création d'une banque québécoise de référence sur les coûts par épisode de soins, ce qui implique la révision des rapports financier et statistique pour les rendre comparables au Système d'information de gestion canadien et l'établissement d'un système de mesure des charges de travail.

7.4. Échéancier et estimés des coûts d'implantation

Les mesures à court terme du plan de développement visent une amélioration rapide du système MED-ÉCHO actuel et les résultats attendus sont prévus pour la prochaine année financière, soit 2002-2003. Par ailleurs, la mise en œuvre des mesures de développement, à moyen et long terme, fait appel à des solutions nouvelles dont l'implantation va exiger une préparation méthodologique rigoureuse, des études de faisabilité pour chacun des nouveaux systèmes et des étapes d'essai avec un nombre restreint d'établissements choisis ou volontaires. L'implantation des nouveaux systèmes ne pourra être que progressive, jusqu'à ce que tous les établissements y participent, à l'exception toutefois du système sur les coûts épisode soins qui pourront être estimés en faisant appel à une quinzaine d'établissement pour créer la banque de référence souhaitée.

Les données complètes pourraient probablement être produites pour 2005-2006 et être disponibles l'année suivante en vue de l'application du modèle intégral d'évaluation de la performance. Les estimés préliminaires des coûts de développement des systèmes s'établissent autour de 115 millions de dollars dont la moitié ira à la réalisation du projet de calcul des coûts standards québécois. Les coûts annuels pour l'exploitation des systèmes sont évalués à 25 millions de dollars. De tels investissements peuvent apparaître élevés alors que les finances publiques sont encore dans une situation incertaine et que le fonctionnement des CHSGS continue d'enregistrer des déficits. En fait, les coûts d'investissement échelonnés sur cinq ans représentent moins de 0,5 % des dépenses annuelles des établissements et les coûts permanents d'exploitation sont du même ordre de grandeur. Le fardeau financier pourra être réduit en faisant appel aux fonds fédéraux disponibles pour de tels projets dans le domaine de la santé.

La réalisation du plan de développement des systèmes d'information est cruciale et essentielle non seulement à la mise en place d'un nouveau mode de budgétisation, mais aussi à la prise de décision relativement à la planification des politiques, à la gestion des programmes et des établissements. Elle interpelle tous les intervenants du réseau et, au premier chef, le Ministère et la RAMQ, laquelle est responsable de la gestion des banques de données. Il faudra donc en faire une priorité d'investissement et de gestion afin que le Ministère, les régies régionales et les établissements s'inscrivent dans une dynamique de changement qui contribuera à l'amélioration de la performance du système et donc également à l'amélioration des services donnés à la population. Comme nous l'avons souligné précédemment, l'approche proposée permettra de tirer profit des expériences de l'ICIS et des provinces qui ont déjà beaucoup investi dans le développement des systèmes d'information, soit l'Alberta et l'Ontario. Si le Ministère ne prend pas cette orientation, l'échéancier et l'évaluation des coûts devront être totalement révisés : le développement des systèmes prendra plus de temps et coûtera plus cher.

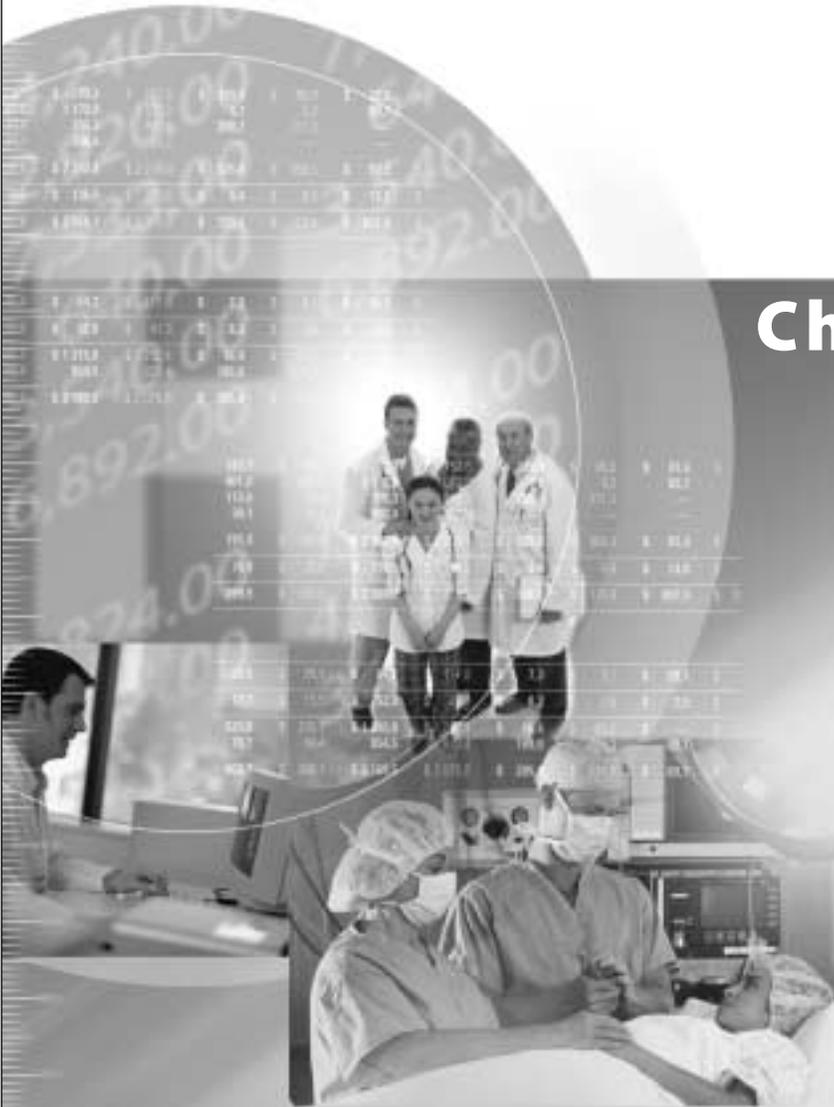
RECOMMANDATION 13

Le Comité recommande :

- /// que les systèmes d'information soient un axe prioritaire d'investissement du Ministère ;
- /// que le développement des systèmes tire profit des expériences de l'ICIS et des provinces qui ont beaucoup investi dans le domaine.

Questions complémentaires
reliées à la réforme du
processus budgétaire

Chapitre 8



8. QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES RELIÉES À LA RÉFORME DU PROCESSUS BUDGÉTAIRE

L'implantation du nouveau mode de budgétisation et la révision de l'allocation interrégionale des ressources ont pour objectif d'aider à mieux gérer la demande et l'offre de services. Il y a par ailleurs d'autres éléments qui interviennent dans la dynamique de l'évolution du système de soins de santé et il est important de s'assurer que la gestion de ces éléments est cohérente avec les règles du processus budgétaire. Le présent chapitre examine ainsi trois questions complémentaires, à savoir les facteurs de croissance de l'enveloppe budgétaire des soins de santé, le financement des immobilisations et des équipements et les systèmes d'évaluation de la décision clinique. Le chapitre se termine sur la question de l'implantation de la réforme du processus budgétaire et de la relation entre le processus budgétaire et la gouverne du réseau.

8.1. Les facteurs de croissance

L'allocation interrégionale et la budgétisation des centres hospitaliers sont des méthodes dont le but premier est de répartir l'enveloppe budgétaire disponible pour le financement et non pas de déterminer ce que devrait être le montant de cette enveloppe. La décision de déterminer le montant des ressources à consacrer au secteur de la santé est un choix de priorité gouvernementale qui est fait dans le cadre de la politique budgétaire.

Toutefois, même si le choix du montant de l'enveloppe est un choix gouvernemental, il ne peut être fait sans prendre en considération les facteurs techniques qui sont directement responsables de la croissance des coûts et des dépenses de santé, à savoir la hausse des prix et des salaires, les changements démographiques et l'évolution des technologies et de la pratique médicale. Si l'effet budgétaire de ces facteurs n'est pas correctement financé, il est plus difficile d'exiger en retour une gestion équilibrée des établissements qui doivent absorber ou compenser autrement le manque à gagner. Pour que le nouveau mode de budgétisation donne les résultats attendus quant à l'amélioration de la performance, il faut que les paramètres du cadre financier dans lequel il s'insère soient crédibles. C'est pourquoi, le Comité considère que le Ministère devrait établir des règles claires relativement à ces trois facteurs de croissance et il propose que ces règles soient les suivantes.

a) Les taux d'indexation

La pratique gouvernementale relativement à la hausse des prix et des salaires a normalement été d'indexer la masse salariale pour couvrir le coût des conventions collectives et d'accorder une hausse pour les autres dépenses équivalente à la prévision de l'augmentation de l'indice IPC des prix à la

consommation²⁵. Cette pratique en tant que telle permet de projeter la base budgétaire des programmes afin que les services offerts demeurent constants.

Comme les conventions collectives sont les mêmes pour tout le réseau, il est facile de calculer le taux d'indexation de la masse salariale pour le secteur de la santé. Par contre, l'utilisation de l'indice IPC peut entraîner deux problèmes. Tout d'abord, comme le taux d'indexation est basé sur une prévision de l'évolution de l'indice des prix, la hausse réelle peut s'avérer différente de la prévision, notamment lorsqu'il y a en cours d'année des variations importantes des prix de l'énergie comme ce fut le cas dernièrement. La question est alors de savoir si les autorisations budgétaires devraient être révisées en cours d'année. Selon le Comité, cette révision n'est pas une pratique recommandable car il est normal d'avoir à ajuster les composantes d'un budget pour gérer des imprévus, que ce soit pour des variations de coûts ou de services. Un événement défavorable peut être contrebalancé par un événement favorable et si, dans l'ensemble, l'effet net des changements n'est pas disproportionné, il est préférable de s'en tenir à une discipline budgétaire stricte.

Le deuxième problème concernant la hausse des prix a trait au choix de l'indice des prix à la consommation (IPC), qui est basé sur un panier d'achat qui est évidemment différent de celui d'un centre hospitalier. Un indice hospitalier permettrait probablement de mieux refléter à court terme l'impact des variations de prix sur des produits dont l'achat représente un volume proportionnel relativement plus élevé, notamment les médicaments. À long terme, en l'absence d'un indice spécifique à la santé, il est difficile de savoir quelle a été l'évolution comparative des prix des achats du secteur de la santé par rapport aux autres secteurs. Dans les analyses de tendance des dépenses totales de santé (publiques et privées), l'ICIS utilise un indice implicite composé de l'indice des dépenses gouvernementales de l'ensemble du secteur public et de l'indice de la composante « soins de santé » à l'intérieur de l'indice IPC des prix à la consommation. Comme le montre le tableau 13, cet indice implicite des dépenses de santé évolue à un rythme un peu supérieur à celui des dépenses gouvernementales, mais à peu près équivalent à celui de l'IPC. Toutefois, c'est un indice qui n'est pas satisfaisant, car il représente un ensemble hétéroclite de salaires, de coûts et de prix qui n'est pas du tout représentatif des achats des hôpitaux.

25. Le gouvernement a pu demander, à l'occasion, d'absorber la hausse des prix à titre de mesure de compression. Une telle décision ne remet toutefois pas en cause le principe reconnu de l'indexation.

— Tableau 14 —

Évolution comparative de l'indice des prix des dépenses gouvernementales et l'indice des prix à la consommation au Québec entre 1990-1991 et 2000-2001

	1990	2000
Indice des prix des dépenses gouvernementales	93,9	109,2
Indice des prix à la consommation	93,6	111,3
Indice implicite du secteur de la santé	93,3	111,2

Source : L'INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, ICIS, *Tendance des dépenses nationales de santé, 1975-2000*

Selon le Comité, la règle de base concernant les taux d'indexation doit en définitive viser à compenser correctement les prévisions de hausse de prix et de salaires, sans faire d'ajustement en cours d'année. Il faut aussi éviter que la sous-indexation soit une manière indirecte d'imposer des compressions. Pour que cette règle soit mise en application, il faut que le Ministère, en collaboration avec les partenaires du secteur de la santé, développe un indice de prix spécifique aux achats des centres hospitaliers.

RECOMMANDATION 14

Le Comité recommande :

- ⌘ que le Ministère compense correctement les prévisions de hausse de prix et de salaires pour éviter que la sous-indexation soit une manière indirecte d'imposer des compressions ;
- ⌘ de ne pas faire d'ajustement en cours d'année si l'évolution des prix s'avère différente de la révision ;
- ⌘ de développer un indice de prix spécifique aux achats des centres hospitaliers.

b) Les changements démographiques

L'évolution des dépenses du secteur de la santé est très sensible aux changements démographiques, c'est-à-dire à l'augmentation de la population en général et aux conséquences du vieillissement en particulier. On estime que l'influence à moyen terme du facteur démographique sur la demande globale des soins de santé serait environ de 1,1 % annuellement, soit 0,3 % pour la

croissance de la population et 0,8 % pour le vieillissement²⁶. Toutefois, comme le processus budgétaire actuel vise à financer l'offre de services, les changements démographiques qui ont un effet sur la demande de services ne sont pas reconnus directement comme un facteur de croissance.

Ce ne serait pas le cas dans le nouveau modèle proposé, car l'évolution démographique interviendrait de deux façons. Tout d'abord, la répartition interrégionale des ressources se ferait selon l'approche populationnelle, en utilisant un indice pondéré par personne qui permettrait d'estimer la croissance annuelle des besoins. Ensuite, la budgétisation des CHSGS tiendrait compte du volume et de la lourdeur des soins par le calcul du nombre total de cas pondérés, lequel indiquerait également l'influence de l'évolution des besoins dus aux changements démographiques. Bien que l'indice pondéré par personne et le nombre de cas pondérés seraient utilisés en principe comme indices de répartition, il serait aussi possible, dans le nouveau modèle, de les utiliser pour évaluer de manière précise la pression causée par le facteur démographique sur les ressources consacrées à la santé.

Au cours des travaux techniques effectués pour simuler les mesures transitoires, le Comité a pu constater que l'effet du facteur démographique est plus fort dans le secteur hospitalier que le taux de 1,1 % mentionné pour l'ensemble du secteur de la santé. Cette différence a été estimée à partir de l'information du système MED-ÉCHO actuel. Durant la période de cinq ans allant de 1994-1995 à 1999-2000, le nombre de patients hospitalisés est passé de 760 362 à 743 475, ce qui représente une baisse de 2,2 %. Par contre, l'indice de lourdeur NIRRU a augmenté de 1.0000 à 1.2156, ce qui signifie que le nombre de cas pondérés sur une base comparable est passé en fait de 760 362 à 903 768 durant la période considérée, ce qui constitue une augmentation annuelle moyenne de 3,51 %. En supposant que l'effet des changements démographiques sur les services ambulatoires ait été semblable au taux moyen pour le secteur de la santé, c'est-à-dire 1 %, on peut penser que durant cette période de cinq ans, la croissance combinée des services fournis aux patients hospitalisés et ambulatoires due aux changements démographiques aurait été d'environ 2,8 % dans les CHSGS.

Le facteur démographique apparaît donc comme étant le facteur de croissance des dépenses le plus important pour le réseau hospitalier et il est donc absolument nécessaire qu'il soit pris en considération dans le processus budgétaire. Il n'est toutefois pas facile de répondre à cette exigence, car le secteur de la santé, comme tout secteur économique, est en mesure de faire des gains de productivité, grâce à l'introduction des nouvelles technologies et à l'amélioration des compétences et des processus de gestion administrative et clinique. Au cours des cinq dernières années, la hausse du volume et de la

26. MINISTRES DE LA SANTÉ PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX, Comprendre les coûts des services de santé au Canada, rapport intérimaire, 2000, 73p.

lourdeur des clientèles a pu ainsi être en partie absorbée par les gains de productivité découlant de la réforme du système de soins, la baisse des durées de séjour et la diminution des frais généraux de gestion.

La difficulté est d'évaluer ce que sera la tendance des gains de productivité au cours des prochaines années. On ne voit pas actuellement dans le fonctionnement des systèmes publics de santé des nouveaux changements structurels qui permettraient de faire des gains aussi importants que ceux qui ont découlé des réformes réalisées au cours des années 90. Mais il y a toujours possibilité de continuer à progresser si on prend comme preuve les écarts de coûts moyens mesurés entre les centres hospitaliers très productifs et ceux qui le sont moins. De plus, comme le secteur public de la santé n'est pas confronté aux mêmes règles que celles qu'impose le marché au secteur privé, il faut qu'il y ait un minimum de pression pour que les administrateurs d'établissements publics gardent le souci constant de la performance et de la productivité. C'est dans ce contexte qu'il faut voir l'importance et l'utilité des analyses de performance comparative.

Afin d'inciter à la recherche des hausses potentielles de productivité, le Comité recommande que la croissance des dépenses découlant des changements démographiques ne soit reconnue qu'à partir d'un seuil, de façon à ce que le réseau en absorbe une partie par l'amélioration de sa productivité. La détermination de ce seuil nécessitera une analyse plus poussée de l'effet des changements démographiques et de l'évolution de la productivité hospitalière en relation avec les coûts marginaux de production de service.

RECOMMANDATION 15

Le Comité recommande :

- ⌘ que les changements démographiques soient reconnus explicitement comme facteur de croissance des dépenses ;
- ⌘ que le Ministère analyse l'effet des changements démographiques sur la hausse du volume et de la lourdeur des soins en relation avec l'évolution de la productivité hospitalière afin de déterminer la proportion qui devrait être reconnue comme facteur de croissance des dépenses.

c) L'introduction des nouvelles technologies et des nouveaux traitements

Comparativement aux changements démographiques qui se traduisent par une hausse de la demande de services, l'évolution des technologies et des traitements a un impact important sur l'évolution de l'offre des soins de santé. Cet impact est difficile à estimer précisément car il n'y a pas d'indicateur pouvant mesurer l'apport des nouvelles technologies ou l'influence des changements de pratique. Ce facteur de croissance apparaît toujours comme facteur résiduel dans les analyses et on en déduit que l'impact annuel moyen pourrait être de l'ordre de 1 à 1,5 %.

Vu dans la perspective du processus budgétaire, l'impact du facteur technologique peut être de deux ordres. D'une part, les nouvelles technologies sont de nature à accroître indirectement le volume et la lourdeur des soins, en permettant de faire de plus en plus de diagnostics et d'interventions thérapeutiques à des âges avancés. D'autre part, les nouvelles technologies peuvent aussi accroître l'efficacité du système de santé en diminuant le coût des soins courants spécialisés ou ultraspecialisés. Globalement, il semble que l'effet net du facteur technologique à moyen terme est d'accroître le volume et la lourdeur des soins mais cet effet sera automatiquement pris en considération par le nombre de cas pondérés dans le nouveau modèle de budgétisation et d'allocation interrégionale des ressources. Il faut aussi souligner que c'est le Ministère qui autorise l'achat des équipements par lesquels s'introduisent les nouvelles technologies coûteuses et il lui est possible de planifier leurs mises en place en fonction des capacités budgétaires et pour en assumer le fonctionnement.

La difficulté de composer avec le facteur « changement technologique » des soins hospitaliers est plutôt à court terme, au cours d'un même exercice financier, lorsque de nouveaux produits comme les médicaments arrivent sur le marché à des coûts extrêmement élevés. Ce sont surtout les centres hospitaliers de soins spécialisés et ultraspecialisés qui sont susceptibles d'être confrontés à des choix difficiles puisqu'ils sont les premiers à faire face à la pression d'introduire ces nouveaux produits très efficaces, mais dont l'utilisation n'était pas prévue au moment de la préparation du budget de l'établissement.

Comme l'arrivée de nouveaux médicaments est un phénomène récurrent d'année en année, il devrait aussi faire l'objet d'une prévision de la part des gestionnaires des centres hospitaliers et donner lieu à la constitution d'une réserve annuelle à même l'accroissement budgétaire consenti pour l'augmentation du volume et de la lourdeur des cas. Il faut prendre comme règle générale, dans un mode de budgétisation, d'éviter l'ajout de facteurs de croissance trop spécifiques qui risquent de créer des pressions inflationnistes au plan des dépenses.

RECOMMANDATION 16

Le Comité recommande :

- ⌘ que le facteur « changement technologique » dans la composition des soins hospitaliers soit financé par le processus budgétaire régulier à même les taux d'indexation prévus pour la hausse du volume et de la lourdeur des cas ;
- ⌘ que les établissements universitaires soient compensés pour les coûts supplémentaires découlant des études spécifiques qui leur sont confiées pour faire l'évaluation des nouvelles technologies, y compris les nouveaux médicaments.

8.2. Le financement des investissements

La valeur totale des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux est estimée à 13,0 milliards de dollars, dont 10,1 milliards pour les immeubles et 1,9 milliard de dollars pour les équipements et le mobilier. Au cours des dernières années, la moyenne annuelle des investissements dans les immeubles a été de 267 millions de dollars. Une somme presque aussi importante, soit 233 millions de dollars, a aussi été dépensée chaque année par les établissements pour l'entretien et les réparations. Quant au mobilier et aux équipements, les investissements annuels ont été de l'ordre de 115 millions de dollars, auxquels il faut ajouter les dépenses faites par les établissements à même leur enveloppe de fonctionnement. Les investissements annuels dans le réseau de la santé et des services sociaux atteignent donc un total d'environ 615 millions de dollars.

Le processus décisionnel pour gérer les investissements comporte actuellement plusieurs niveaux d'intervention, soit le Conseil du trésor, le Ministère, la Corporation d'hébergement du Québec, les régies régionales et, finalement, les établissements eux-mêmes qui sont les ultimes responsables du parc immobilier ainsi que du mobilier et des équipements. On peut résumer le partage des responsabilités concernant la phase *planification des investissements* en soulignant a) que les régies régionales planifient les besoins d'espaces de mobilier et équipements en fonction du plan régional d'organisation de services et des besoins exprimés par les établissements, b) que le Ministère détermine les orientations de gestion et les normes à respecter et c) que le Conseil du trésor autorise le Plan triennal d'investissement (PTI). À l'intérieur du plan PTI, le partage des responsabilités pour les autorisations relatives à l'*exécution* des travaux est par ailleurs fonction de seuils, le Ministère se réservant, dans le domaine immobilier, ce qui excède 500 000 de dollars pour le secteur social ou 1 000 000 de dollars pour

le secteur santé. Les régies régionales ont le pouvoir d'autoriser les travaux en bas de ces seuils et la Corporation d'hébergement du Québec s'occupe, quant à elle, de la réalisation des projets d'immobilisation.

En résumé, les procédures de gestion des projets immobiliers sont relativement centralisées, tandis que la gestion des investissements en mobilier et en équipements est essentiellement régionalisée, le Ministère n'approuvant que les équipements ultraspécialisés. Les critiques du cadre actuel de gestion portent, d'une part, sur l'insuffisance des ressources allouées, spécialement pour le maintien des actifs, et, d'autre part, sur l'arrimage entre les responsabilités, les modes d'allocation des ressources et les choix qui sont faits quant à l'orientation, la planification et la priorisation de projets.

Le Comité n'avait pas le mandat de se prononcer sur la gestion et le financement des investissements. L'ensemble de la question a par ailleurs été étudié par la Direction des investissements et du partenariat à la Direction générale des services à la population du Ministère, en collaboration avec des représentants des régies régionales et des associations d'établissements. Cette démarche a permis d'élaborer une proposition pour réviser le processus d'allocation et de financement.

Par rapport au processus actuel, la nouvelle approche propose un mode de fonctionnement décentralisé. Selon ce projet, les établissements seront responsables de l'entretien et du maintien de leurs actifs ; les régies régionales s'occuperont du maintien de la fonctionnalité des immeubles et de l'acquisition des équipements médicaux spécialisés sur leur territoire, mais tout ce qui touche au développement des soins et des services restera sous la responsabilité du Ministère. Pour s'acquitter de leurs responsabilités, les établissements disposeront d'une enveloppe annuelle protégée pour le maintien de leurs actifs de même que d'une enveloppe annuelle protégée pour le rehaussement et le remplacement de leur mobilier et de leurs équipements médicaux généraux. Les régies régionales disposeront également d'une enveloppe annuelle pour les projets de rénovation fonctionnelle et les équipements médicaux spécialisés. Leur limite d'autorisation de projets sera par ailleurs portée à 2,0 millions de dollars. Les autres investissements seront du ressort du Ministère, à l'intérieur du PTI approuvé par le Conseil du trésor.

Le Comité est d'accord avec l'approche proposée, notamment en ce qui concerne la relation entre le financement des travaux de maintien d'actifs et le budget de fonctionnement des établissements. Comme l'enveloppe annuelle autorisée du maintien d'actifs sera financée par service de dette, il est nécessaire qu'elle soit totalement indépendante du budget de fonctionnement. Le Comité recommande toutefois d'ajouter à cette proposition un élément relatif aux systèmes d'information. Ces systèmes sont aussi une forme d'investissements, puisqu'ils requièrent des achats importants d'équipements et des dépenses pour leur maintien. Ces investissements devraient donc être inclus dans les enveloppes protégées.

RECOMMANDATION 17

Le Comité recommande :

- ⌘ que le Ministère mette en application la nouvelle orientation de financement des investissements prévoyant la création d'enveloppes annuelles protégées pour le maintien des actifs ainsi que pour l'amélioration et le remplacement du mobilier et des équipements médicaux généraux ;
- ⌘ que les investissements pour les systèmes d'information soient aussi inclus dans la composition des enveloppes protégées.

8.3. Les systèmes d'évaluation de la décision clinique

On aura répété tout au long de ce rapport que l'objectif du processus de réévaluation du mode de budgétisation des CHSGS est de tenir compte de l'évolution de volume et de la lourdeur des soins et de favoriser l'amélioration de la performance financière. Cette réévaluation a été faite dans une perspective de meilleure gestion des ressources financières, tout en maintenant la qualité des soins et des services.

Dans la réalité du fonctionnement d'un centre hospitalier, la recherche de l'efficacité économique ne peut se faire indépendamment de la gestion des activités cliniques, puisque c'est la décision clinique qui conditionne directement la nature des soins et l'utilisation des ressources. En développant les systèmes d'information sur les diagnostics et les actes thérapeutiques, en relation avec les coûts, il devient possible de faire l'analyse non seulement des résultats financiers mais aussi des résultats cliniques eux-mêmes. En fait, avec l'implantation du mode de budgétisation, l'analyse de la performance clinique va devenir inévitable car elle peut faire la différence entre un établissement qui est financièrement performant et celui qui l'est moins. L'établissement qui est performant est alors avantagé car il peut bénéficier, pour ses propres fins, de tout gain d'efficacité qu'il fait par rapport aux autres établissements.

L'objectif de l'analyse de la performance clinique est d'évaluer si la décision médicale relative à un diagnostic et à un traitement a été la meilleure ou la plus pertinente. Il s'agit, plus précisément, de s'assurer que la prise en charge des patients par le personnel médical professionnel a donné des résultats conformes aux risques de mortalité ou de complications que ces patients présentaient et que l'utilisation des moyens diagnostiques et thérapeutiques ait été faite en conformité avec les meilleurs résultats observés pour l'ensemble

des patients au Québec. Pour faire cette évaluation, il faut que les médecins disposent de l'information décrivant l'incidence de leurs décisions sur les résultats en les comparant à des standards propres à leur type de clientèle et à notre système de soins. Les systèmes d'analyse qui remplissent ce rôle sont appelés systèmes de soutien à la décision clinique : ils peuvent fournir *a priori* des prévisions de performance clinique pour une catégorie donnée de patients, ou ils donnent *a posteriori* aux médecins une analyse de leurs pratiques thérapeutiques, c'est-à-dire les résultats réels obtenus en matière de mortalité, de complications, de durées de séjour et de coût.

Ces systèmes de soutien à la décision clinique utilisent exactement la même information que celle que l'on retrouve dans le système MED-ÉCHO sur les patients hospitalisés. Des systèmes semblables ont été développés aux États-Unis et ils pourraient être adaptés à la réalité québécoise. Pour tirer pleinement profit de la réévaluation du mode de budgétisation et des nouveaux systèmes d'information qui seront développés, le Comité est d'avis qu'il est urgent d'introduire dans les centres hospitaliers, avec la collaboration des organisations médicales, l'utilisation des systèmes de soutien à la décision clinique. Il faut éventuellement que l'analyse de la performance clinique et de la performance financière se fasse de façon complémentaire afin d'assurer une qualité optimale de soins et une gestion efficiente des ressources.

Toutefois, il est important de souligner que l'analyse de la performance clinique ne peut pas être abordée de la même façon que l'analyse de la performance financière. La régulation de l'activité médicale est en effet non hiérarchique. Le médecin est professionnellement indépendant face à son patient, tout en ayant l'obligation d'utiliser les meilleures pratiques qui font consensus scientifique. L'analyse de la performance clinique permet une auto-régulation, mais comme elle se fait sur une base comparative, elle est une forme de contrôle entre pairs. De l'avis du milieu médical, elle sera acceptée si, d'une part, elle est faite de façon rigoureuse dans le respect des principes de la pratique et si, d'autre part, les gains d'efficacité sont utilisés à l'amélioration des soins.

RECOMMANDATION 18

Le Comité recommande :

- que le Ministère, en collaboration avec les organisations médicales, introduise l'utilisation des systèmes de soutien à la décision clinique afin que l'analyse de la performance clinique se fasse de façon complémentaire à l'analyse de la performance financière.

8.4. L'implantation de la réforme budgétaire

En décidant de mettre en application les mesures transitoires que le Comité avait proposées pour 2001-2002, le Ministère a indiqué par le fait même qu'il endossait la méthode qui avait été utilisée et qui est la base du nouveau mode de budgétisation des CHSGS. Les mesures transitoires ne portaient que sur les patients hospitalisés et la chirurgie d'un jour. Il reste donc à couvrir les autres services donnés par les CHSGS. De plus, dans le présent rapport, le Comité recommande de revoir le processus budgétaire du Ministère et la méthode d'allocation interrégionale des ressources.

La mise en application complète du nouveau modèle n'est pas chose faite, car elle va exiger des investissements importants pour développer les systèmes d'information nécessaires. L'implantation ne pourra se faire que de façon graduelle, sur une période de quatre à cinq ans. Entre-temps, des travaux supplémentaires seront nécessaires pour améliorer l'analyse économétrique et pour préciser d'autres composantes du modèle, notamment la structure des programmes et les liens avec la production des services et les besoins des différentes catégories d'utilisateurs.

Le défi de mener à terme la réforme budgétaire va demander un effort soutenu de la part de tous les intervenants visés. Les étapes à compléter sont complexes et la démarche ne réussira qu'à trois conditions :

- ◆ que le Ministère y accorde une très grande priorité à la fois en ce qui a trait aux ressources humaines et au budget nécessaires pour la conception et la mise en œuvre des nouveaux systèmes d'information ;
- ◆ qu'elle soit bien coordonnée ;
- ◆ qu'elle continue d'être conjointe afin que les exigences et les besoins de tous les intervenants puissent y être intégrés.

Il faut profiter de l'impulsion qui a été donnée par la mise en application des mesures transitoires et la publication des résultats des premières analyses sur la performance. Compte tenu des enjeux en cause, des problèmes soulevés par la démarche proposée et du temps qu'il faudra pour les résoudre, le Comité est d'avis que le Ministère devrait créer un comité permanent sur la budgétisation et la gestion des établissements. De plus, comme le Ministère a également entrepris la réévaluation du mode de budgétisation des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), il faudra que ce comité couvre éventuellement l'ensemble des établissements qui, pour la plupart, ont des vocations multiples en ce qui a trait aux programmes et aux catégories d'utilisateurs. Les CLSC offrent des soins ambulatoires, comme les CHSGS, et ces derniers offrent des services de longue durée aux personnes âgées, comme les CHSLD. En regroupant les

établissements dans une même démarche, on sera en mesure de poursuivre les travaux de façon coordonnée et intégrée pour tout le secteur sociosanitaire.

Ce nouveau comité devrait donc être composé de représentants des directions générales du Ministère qui participent directement ou indirectement au processus budgétaire ainsi que des représentants des régies régionales, des associations d'établissements.

Le mandat du comité sur la gestion et la budgétisation des établissements devrait être le suivant :

- ◆ étudier le processus d'allocation interrégionale des ressources et les modes de budgétisation afin de tenir compte des besoins des usagers et de favoriser une gestion efficiente et efficace des services ;
- ◆ faire le suivi des recommandations du Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation et, notamment, améliorer le modèle explicatif des écarts de coûts et mettre au point un sous-modèle pour les petits établissements ;
- ◆ donner des avis sur le développement des systèmes d'information concernant les programmes, les usagers, les services et les coûts ;
- ◆ coordonner le développement de systèmes et d'outils d'aide à la gestion des ressources financières et des pratiques professionnelles.

Les travaux de ce comité seraient confiés aux directions générales du Ministère ou, s'il y a lieu, à des équipes conjointes Ministère-réseau. Ils seraient coordonnés par un cadre supérieur du Ministère qui agirait comme secrétaire. Ce cadre supérieur devrait préférablement avoir une expérience générale des systèmes budgétaires, du fonctionnement du réseau et des programmes de santé et de services sociaux. Le comité pourrait donner des mandats à des sous-comités pour étudier des questions se rapportant spécialement à certaines catégories d'établissements et procéder, s'il y a lieu, à des consultations auprès des gestionnaires du secteur.

Un comité semblable existe dans d'autres provinces, notamment en Ontario, en Colombie Britannique et au Manitoba. C'est une formule qui favoriserait la formation de consensus entre le Ministère, les régies régionales, les établissements et les intervenants professionnels au Québec. Il apporterait l'assurance que les enjeux ne sont pas oubliés et que tous les efforts sont déployés pour parvenir à une gestion des ressources dont l'objectif principal est de donner à la population des services publics accessibles et de qualité.

RECOMMANDATION 19

Le Comité recommande :

- ⌘ que le Ministère forme un comité conjoint permanent pour l'assister dans la poursuite de la réforme du processus d'allocation des ressources et des modes de budgétisation des établissements ;
- ⌘ que ce comité soit composé de représentants du Ministère, des régies régionales et des associations d'établissements ;
- ⌘ que son mandat soit :
 - d'étudier le processus d'allocation interrégionale des ressources et les modes de budgétisation afin de tenir compte des besoins des usagers et de favoriser une gestion efficiente et efficace des services ;
 - de faire le suivi de l'application des recommandations du Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des CHSGS et, notamment, sur l'utilisation de l'approche populationnelle, sur l'amélioration du modèle explicatif des écarts de coûts et sur la mise au point d'un sous-modèle pour les petits établissements ;
 - de donner des avis sur le développement des systèmes d'information concernant les programmes, les clientèles, les services et les coûts;
 - de proposer et coordonner le développement de systèmes et d'outils d'aide à la gestion des ressources financières et des pratiques professionnelles.

8.5. Le processus budgétaire et la gouverne du réseau

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux a abordé, dans le dernier chapitre de son rapport, la question de la gouverne du réseau. Parmi les défis à relever sur le plan de la gestion, elle a mentionné celui de l'allocation optimale des ressources, en soulignant qu'il fallait « passer d'un modèle de budgétisation historique vers un mode basé sur une pondération *per capita* au niveau territorial et, pour les établissements, sur le coût et le volume des activités »²⁷.

Un des avantages importants de bien définir un mode de budgétisation a trait au fait que les gestionnaires du réseau peuvent connaître exactement les règles et les contraintes qu'ils doivent respecter dans la gestion des ressources

27. La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *op.cit.* page 211.

financières qui leur sont confiées pour offrir à la population des services correspondant à la mission des établissements dont ils ont la responsabilité. D'un point de vue opérationnel, le processus budgétaire est le point de départ du fonctionnement d'un système de reddition de compte puisqu'il permet de faire le lien entre l'allocation des ressources et les objectifs de production de services. Lorsque les résultats sont connus, on peut procéder à l'évaluation de la performance des organisations.

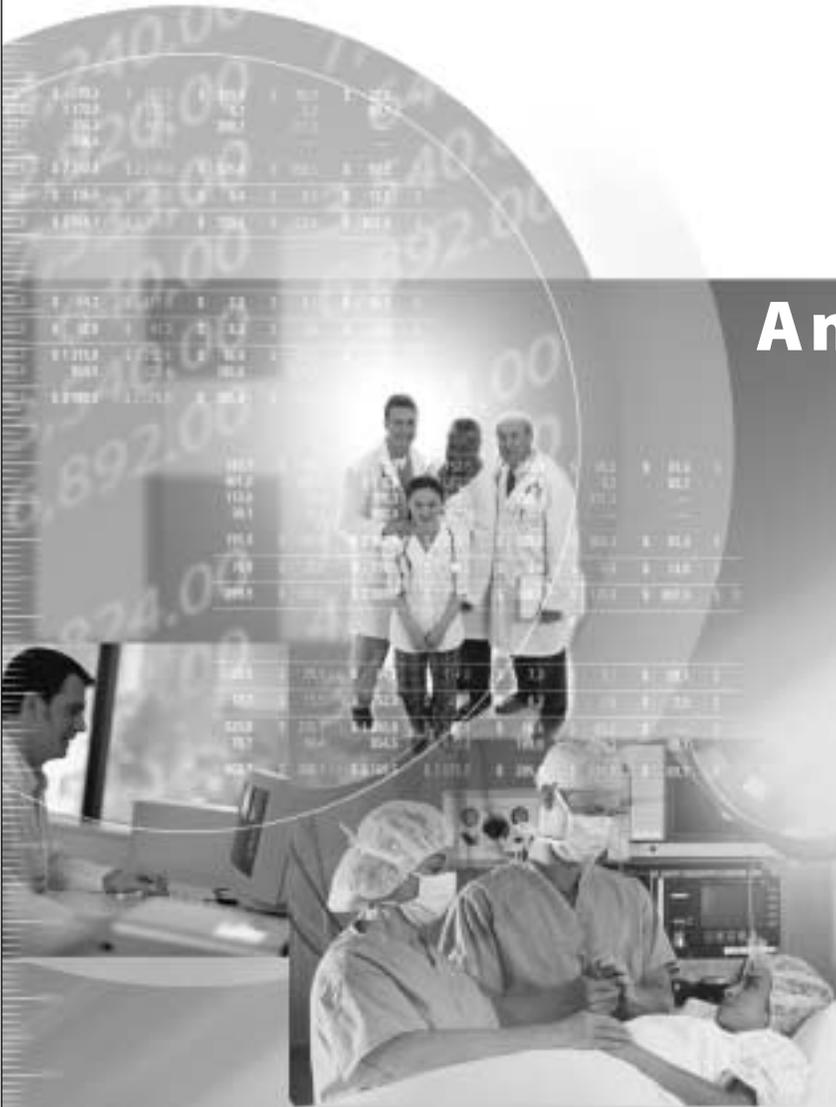
Le Comité croit que les recommandations qu'il propose permettront de mettre en application l'orientation suggérée par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux quant à la gouverne non seulement du réseau, mais aussi de l'ensemble du système, y compris le Ministère. Il est important, en effet, qu'il y ait une transparence et une cohérence des processus décisionnels entre chacun des niveaux impliqués et c'est pourquoi l'implantation du nouveau mode de budgétisation des CHSGS exige une révision complémentaire du mode d'allocation des ressources du Ministère et des régies régionales.

L'avantage qui découlera de la mise en application des recommandations du Comité sera de tirer un meilleur profit des ressources qui sont consacrées aux soins de santé. Toutefois, le nouveau mode de budgétisation ne pourra pas changer la dynamique de la croissance des dépenses de santé. De plus, si la politique budgétaire gouvernementale fixe au secteur de la santé un objectif de dépenses qui est incompatible avec l'évolution des besoins de la population, il s'ensuivra un sous-financement qui se traduira en déficit, en diminution de services et en file d'attente.

Compte tenu de l'expérience des dernières années, le Ministère doit se donner comme objectif de stabiliser le fonctionnement du réseau des CHSGS en mettant en place une politique budgétaire crédible, appuyée par des systèmes d'information qui permettront de mesurer de façon comparable et équitable les coûts et les services de chaque établissement.

De plus, pour qu'il y ait à long terme un équilibre entre la demande et l'offre des services de santé, il faut que le processus d'allocation des ressources tienne compte des facteurs qui ont un effet sur la demande et sur l'offre, c'est-à-dire les changements démographiques, l'évolution des technologies, l'utilisation des nouveaux médicaments ou encore, les changements de pratiques médicales. L'effet net de l'ensemble de ces facteurs est justement reflété dans l'évolution du volume et de la lourdeur des services, lesquels sont la base du mode de budgétisation proposé.

Annexes



LISTE DES RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION 1

Le Comité recommande :

- /// que le mode de budgétisation des CHSGS respecte la finalité du système public de santé en garantissant l'accessibilité à des soins hospitaliers universels, continus et de qualité ;
- /// qu'à l'intérieur du processus budgétaire, la conception du mode de budgétisation respecte les cinq règles de base suivantes :
 - ◆ la performance de la gestion, afin de viser un équilibre entre l'efficacité des services et l'efficience du fonctionnement,
 - ◆ l'équivalence des ressources financières et matérielles afin de doter chaque établissement de moyens comparables, pour une prestation de services de qualité comparable,
 - ◆ la conformité à la pratique médicale, afin que la gestion budgétaire et la gestion clinique soient complémentaires,
 - ◆ la transparence, afin de faciliter l'imputabilité des décisions des gestionnaires à tous les niveaux,
 - ◆ la cohérence avec l'ensemble du système, pour faciliter les choix de priorités compte tenu de la contrainte de la rareté des ressources.

RECOMMANDATION 2

Le Comité recommande que le nouveau mode de budgétisation des CHSGS soit basé sur les éléments suivants :

- /// un système de classification uniforme des diagnostics et une estimation normalisée des coûts représentatifs des épisodes de soins au Québec ;
- /// une comparaison par catégorie de soins, des coûts réels de chaque établissement avec les coûts moyens normalisés de l'ensemble ;
- /// une explication des écarts de coûts par l'analyse de l'effet des dépenses additionnelles causées par les facteurs qui ont une influence sur les coûts de production, comme la lourdeur, l'enseignement, la recherche, l'âge des patients ou l'éloignement ;
- /// une estimation, pour chaque établissement, d'un budget prévisionnel basé sur les volumes projetés et les coûts réguliers estimés par catégorie de soins ;
- /// une estimation, pour chaque établissement, d'un budget standard ajusté basé sur les volumes projetés et les coûts standards ajustés par catégorie de soins.

RECOMMANDATION 3

Le Comité recommande :

- /// que les enveloppes régionales de ressources soient réparties au prorata des budgets standards calculés pour chaque établissement ;
- /// que les régies régionales se donnent une stratégie relative à l'amélioration de la performance de leur réseau d'établissement qui soit adaptée aux objectifs poursuivis par les plans d'organisation des services ;
- /// que la mise en application du nouveau mode de budgétisation soit faite de manière graduelle pour faciliter les réallocations budgétaires entre les régions et entre les établissements.

RECOMMANDATION 4

Le Comité recommande :

- /// que le Ministère continue, au cours des prochaines années, à mettre en application les mesures transitoires en améliorant le modèle explicatif des écarts de coûts, en évaluant notamment l'effet possible des catégories d'âge avancé sur la lourdeur et en y intégrant d'autres catégories de soins lorsque l'information sur les diagnostics et les coûts sera disponible ;
- /// que le montant des ajustements en proportion des écarts de performance relative soit augmenté graduellement et annuellement à des niveaux supérieurs au 20 % initial, mais que les corrections négatives soient limitées de façon à ne pas pénaliser les populations ;
- /// qu'un processus d'audit externe soit mis en place pour assurer la fiabilité de l'information médicale et garantir une meilleure équité dans la répartition des ressources entre les centres hospitaliers.

RECOMMANDATION 5

Le Comité recommande :

- /// que le Ministère adopte, après consultation auprès des régies régionales et des établissements, une structure de programmes qui regroupe les services de santé et les services sociaux en fonction des objectifs des politiques ministérielles ;
- /// que le budget du Ministère prévu pour financer les établissements soit ventilé selon les programmes de services ;
- /// que les enveloppes budgétaires transmises aux régies régionales soient ventilées selon les programmes de services ;

ANNEXE 1

- /// que les projets de développement ayant un effet sur le volume de services d'un programme soient l'objet d'un financement spécifique et protégé ;
- /// que le mode de budgétisation des CHSGS tiennent compte des programmes ;
- /// que les systèmes d'information financière et comptable soient adaptés pour véhiculer l'information nécessaire à la prise de décision sur les programmes à tous les niveaux.

RECOMMANDATION 6

Le Comité recommande :

- /// que la planification budgétaire ministérielle pour établir les besoins financiers de chacun des programmes comprennent les éléments suivants :
 - ◆ la prévision des consommations de services, compte tenu de l'évolution du volume et de la lourdeur de ces services,
 - ◆ la prévision de l'évolution des coûts unitaires, compte tenu de l'évolution des pratiques professionnelles, des nouvelles technologies et de l'augmentation du prix des intrants,
 - ◆ l'identification des mesures d'économies et des ajustements de services nécessaires pour garantir une situation financière équilibrée des établissements.

RECOMMANDATION 7

Le Comité recommande :

- /// que l'allocation interrégionale des ressources pour chacun des programmes soit faite selon la méthode populationnelle ;
- /// que la méthode de répartition soit basée sur un indice pondéré par personne qui reflète une consommation moyenne normalisée pour l'ensemble du Québec ;
- /// que la définition pour chacun des programmes d'un indice pondéré par personne soit basée sur les facteurs sociosanitaires pouvant le mieux refléter les besoins des populations des différentes régions et que la question soit référée pour avis au futur comité conjoint prévu à la recommandation 19 ;
- /// que les enveloppes régionales soient ajustées pour les coûts supplémentaires découlant des facteurs spécifiques comme l'enseignement, la recherche ou l'éloignement ;
- /// que le Ministère accorde une très grande priorité à la mise en application de la méthode populationnelle.

RECOMMANDATION 8

Le Comité recommande :

- /// que les services nationaux soient gérés et financés de façon distincte ;
- /// que leur planification et développement soient sous la responsabilité du Ministère en concertation avec les régies régionales des régions universitaires et les établissements offrant les services ;
- /// que les services nationaux ainsi convenus soient intégrés dans le plan d'organisation des services de la région où il se trouvent et qu'ils soient supervisés par les régies régionales concernées afin qu'elles puissent garantir la continuité de leur fonctionnement ;
- /// que le financement des services nationaux soit spécifique et protégé et qu'il provienne de la facturation aux régies régionales pour les soins donnés à des patients résidants sur leur territoire.

RECOMMANDATION 9

Le Comité recommande :

- /// que le financement des échanges de services locaux et régionaux soit réglé par une formule de compensation globale basée sur une évaluation des services reçus et des services rendus.

RECOMMANDATION 10

Le Comité recommande que les systèmes d'information sur les patients, les diagnostics et les coûts aient les caractéristiques suivantes :

- /// couvrir l'ensemble des patients hospitalisés et ambulatoires ;
- /// produire des données qui reflètent le mieux possible la réalité des services rendus à ces patients au Québec ;
- /// être basés sur des définitions, des règles de codification et des procédures de traitement qui soient normalisées et uniformes ;
- /// assurer une qualité continue des données par l'utilisation de nouveaux outils de vérification et par la tenue d'audits sur la validité et la fiabilité de la codification et du traitement des données.

RECOMMANDATION 11

Le Comité recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux poursuive l'application des mesures suivantes pour améliorer la qualité et la comparabilité du système actuel MED-ÉCHO :

- /// la révision du cadre normatif ;
- /// l'harmonisation des pratiques des archivistes ;
- /// l'utilisation de nouveaux outils pour assurer la qualité des données, à savoir l'analyse des profils de codification et les audits par échantillonnage.

RECOMMANDATION 12

Le Comité recommande que le Ministère donne suite à la réalisation du plan de développement des systèmes d'information, lequel comprend trois volets :

- /// la refonte du système MED-ÉCHO sur les patients hospitalisés et la chirurgie d'un jour, ce qui implique l'implantation du nouveau système de classification internationale des maladies CIM-10, adapté à la pratique québécoise ;
- /// la mise en place d'un système d'information sur les patients ambulatoires basé sur une adaptation des systèmes canadiens NACRS et CACS ;
- /// la création d'une banque québécoise de référence sur les coûts par épisode de soins, ce qui implique la révision des rapports financier et statistique pour les rendre comparables au Système d'information de gestion canadien et l'établissement d'un système de mesure des charges de travail.

RECOMMANDATION 13

Le Comité recommande :

- /// que les systèmes d'information soient un axe prioritaire d'investissement du Ministère ;
- /// que le développement des systèmes tire profit des expériences de l'ICIS et des provinces qui ont beaucoup investi dans le domaine.

RECOMMANDATION 14

Le Comité recommande :

- /// que le Ministère compense correctement les prévisions de hausse de prix et de salaires pour éviter que la sous-indexation soit une manière indirecte d'imposer des compressions ;

ANNEXE 1

- ⌘ de ne pas faire d'ajustement en cours d'année si l'évolution des prix s'avère différente de la révision ;
- ⌘ de développer un indice de prix spécifique aux achats des centres hospitaliers.

RECOMMANDATION 15

Le Comité recommande :

- ⌘ que les changements démographiques soient reconnus explicitement comme facteur de croissance des dépenses ;
- ⌘ que le Ministère analyse l'effet des changements démographiques sur la hausse du volume et de la lourdeur des soins en relation avec l'évolution de la productivité hospitalière afin de déterminer la proportion qui devrait être reconnue comme facteur de croissance des dépenses.

RECOMMANDATION 16

Le Comité recommande :

- ⌘ que le facteur « changement technologique » dans la composition des soins hospitaliers soit financé par le processus budgétaire régulier à même les taux d'indexation prévus pour la hausse du volume et de la lourdeur des cas ;
- ⌘ que les établissements universitaires soient compensés pour les coûts supplémentaires découlant des études spécifiques qui leur sont confiées pour faire l'évaluation des nouvelles technologies, y compris les nouveaux médicaments.

RECOMMANDATION 17

Le Comité recommande :

- ⌘ que le Ministère mette en application la nouvelle orientation de financement des investissements prévoyant la création d'enveloppes annuelles protégées pour le maintien des actifs ainsi que pour l'amélioration et le remplacement du mobilier et des équipements médicaux généraux ;
- ⌘ que les investissements pour les systèmes d'information soient aussi inclus dans la composition des enveloppes protégées.

RECOMMANDATION 18

Le Comité recommande :

- ⌘ que le Ministère, en collaboration avec les organisations médicales, introduise l'utilisation des systèmes de soutien à la décision clinique afin que l'analyse de la performance clinique se fasse de façon complémentaire à l'analyse de la performance financière.

RECOMMANDATION 19

Le Comité recommande :

- ⌘ que le Ministère forme un comité conjoint permanent pour l'assister dans la poursuite de la réforme du processus d'allocation des ressources et des modes de budgétisation des établissements ;
- ⌘ que ce comité soit composé de représentants du Ministère, des régions régionales et des associations d'établissements ;
- ⌘ que son mandat soit :
 - d'étudier le processus d'allocation interrégionale des ressources et les modes de budgétisation afin de tenir compte des besoins des usagers et de favoriser une gestion efficiente et efficace des services ;
 - de faire le suivi de l'application des recommandations du Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des CHSGS et, notamment, sur l'utilisation de l'approche populationnelle, sur l'amélioration du modèle explicatif des écarts de coûts et sur la mise au point d'un sous-modèle pour les petits établissements ;
 - de donner des avis sur le développement des systèmes d'information concernant les programmes, les clientèles, les services et les coûts;
 - de proposer et coordonner le développement de systèmes et d'outils d'aide à la gestion des ressources financières et des pratiques professionnelles.

LISTE DES TABLEAUX

— Tableau 1 — Nombre d'établissements par catégorie selon le nombre de missions assumées au 31 mars 2001	11
— Tableau 2 — Comparaison des principaux indicateurs de soins hospitaliers, 1994-1995 et 1999-2000.....	13
— Tableau 3 — Dépenses des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés par groupe d'activités, 1994-1995 et 1999-2000.....	14
— Tableau 4 — Dépenses des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés par catégorie de soins, 1994-1995 et 1999-2000	15
— Tableau 5 — Évolution de la situation financière des centres hospitaliers de soins de généraux et spécialisés de 1994-1995 à 1999-2000.....	16
— Tableau 6 — Budget du ministère de la Santé et des Services sociaux , 2001-2002 Programme 2 -Fonctions régionales.....	23
— Tableau 7— Résumé des avantages et des inconvénients des méthodes de budgétisation et d'allocation des ressources	33
— Tableau 8 — Processus budgétaires utilisés dans les provinces canadiennes	35
— Tableau 9 — Schéma résumant les étapes et procédures du nouveau mode de budgétisation des CHSGS	66
— Tableau 10 — Écarts de consommation du programme de santé physique pour l'année 1999-2000	98
— Tableau 11 — Importations et exportations nettes de services locaux et régionaux par région en comparaison de la consommation régionale pour l'année 1999-2000	100
— Tableau 12 — Schéma résumant les étapes et les procédures du nouveau processus d'allocation des ressources.....	106
— Tableau 13 — Schéma illustrant l'imputation des coûts nécessaires au calcul des dépenses par période de traitement	114
— Tableau 14 — Évolution comparative de l'indice des prix des dépenses gouvernementales et l'indice des prix à la consommation au Québec entre 1990-1991 et 2000-2001	121

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ

Monsieur Denis Bédard, président du Comité
Économiste, Membre de l'Observatoire d'administration publique
École nationale d'administration publique
Québec

Monsieur Richard Bastien
Directeur
Direction suivis budgétaires et environnement
Association des hôpitaux du Québec

Docteur Bruce Brown
Directeur des services professionnels
Centre hospitalier St. Mary's, Montréal

Monsieur Jean-Pierre Chicoine,
Directeur général
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dr Luc Deschênes
Directeur général
Direction générale des Affaires médicales et universitaires
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Mireille Fillion,
Sous-ministre adjointe
Direction générale de la Planification stratégique et de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Michèle Laroche
Directrice générale
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec

Monsieur René Rouleau
Directeur
Direction des Immobilisations et finances
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Monsieur François Turenne*
Sous-ministre associé
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale du financement, du suivi budgétaire et des technologies de l'information

* Monsieur François Turenne a été membre du Comité jusqu'à sa nomination à titre de secrétaire associé au Secrétariat du Conseil du trésor, en septembre 2001.

ANNEXE 3

Personnes qui ont participé régulièrement aux réunions du Comité :

Monsieur Hung Do, directeur
Coordonnateur des travaux et responsable du comité consultatif
Direction générale du financement, du suivi budgétaire et des technologies de l'information
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Andrée Morin, chef de service
Responsable du groupe de travail
Direction générale de la Planification stratégique et de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Christiane Morin
Observatrice
Secrétariat du Conseil du trésor

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ TECHNIQUE CONSULTATIF

Monsieur Jocelyn Boucher
Directeur des ressources financières
Centre hospitalier universitaire de Montréal

Madame Carole Deschambault
Directrice générale adjointe
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Monsieur Jean-Marie Lance
Directeur scientifique
Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

Monsieur François Latreille
Directeur des finances et des systèmes d'information de gestion
Centre hospitalier universitaire de Québec

Madame Anne Lemay
Adjointe au directeur général
Centre hospitalier de l'université de Montréal

Madame Andrée Morin, chef de service
Service des indicateurs et mesure de la performance
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Maurice Roy
Directeur des services cliniques
Hôtel-Dieu d'Arthabaska

Dr Julien Veilleux
Directeur de l'Organisation des services médicaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Monsieur Hung Do
Directeur des Politiques et des systèmes financiers
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Robert Grignon, actuaire-conseil
Eckler Associés Ltée

LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Madame Gisèle Drapeau
Direction générale de la planification stratégique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Monsieur Daniel Labbé
Direction générale de la planification stratégique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Monsieur Normand Lefebvre
Direction générale du financement, des investissements et du suivi budgétaire
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Aline Lavoie
Centre hospitalier universitaire de Québec

Monsieur Jean Paquin
Direction générale de la planification stratégique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Sandra Panos
Direction générale de la planification stratégique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Guylaine St-Pierre
Direction générale de la planification stratégique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Robert Grignon, actuaire-conseil
Eckler Associés Ltée

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES DÉFINITIONS

APG :	<i>Ambulatory Patient Groups</i> , méthode de regroupement de patients ambulatoires (système analogue à celui des DRG pour les patients hospitalisés).
APR-DRG :	<i>All Patient Defined -Diagnosis Related Groups</i> : méthode de regroupement des patients hospitalisés comprenant de nouvelles catégories pour des maladies non incluses dans la méthode originale.
ARH :	<i>Agence régionale d'hospitalisation</i> : organisme français d'administration régionale responsable des budgets des hôpitaux.
CACS	<i>Comprehensive Ambulatory Classification System</i> : méthode développée par l'Institut canadien d'information sur la santé pour regrouper tous les patients ambulatoires recevant des soins dans un hôpital.
CH	<i>Centre hospitalier</i> .
CHAM	<i>Canadian Hospital Accounting Manual</i> : manuel de comptabilité hospitalière utilisé dans les autres provinces canadiennes
CHSGS	<i>Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés</i> : catégorie comprenant l'ensemble des établissements hospitaliers de soins de courte durée au Québec.
CHSLD	<i>Centre hospitalier de soins de longue durée</i> : catégorie comprenant les établissements de soins de longue durée au Québec.
CHU	<i>Centre hospitalier universitaire</i> .
CIM	<i>Classification internationale des maladies</i> : classification utilisée par tous les pays pour établir des regroupements de patients.
CMD	<i>Classification majeure des diagnostics</i> : catégorie principale de regroupement des patients admis (au nombre d'environ 24) dans la méthode DRG.
CMU	<i>Couverture médicale universelle</i> : programme français à l'intention des personnes non couvertes par le système d'assurance.
CNAMTS	<i>Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés</i> : principale caisse du système français d'assurance maladie couvrant plus de 80 % de la population.
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i> : méthode de regroupement de patients en groupes homogènes sur le plan clinique et sur le plan des ressources utilisées.
GHM	<i>Groupe homogène de maladies</i> : méthode française de classification des patients similaire aux DRG.
HMO	<i>Health Maintenance Organisation</i> : organisme américain, à but lucratif ou non, qui finance les soins de santé de ses membres et qui peut être affilié à des groupes de médecins et à des hôpitaux.
HCFA	<i>Health Care Financing Administration</i> : organisme fédéral américain responsable de l'administration des programmes Medicaid et Medicare.
HBG	<i>Health Benefit Groups</i> : méthode utilisée en Grande-Bretagne pour mesurer les besoins en matière de soins de santé par catégorie de population.
HRG	<i>Health Resource Groups</i> : méthode similaire au DRG utilisée en Grande-Bretagne.
ICIS	<i>Institut canadien d'information sur la santé</i> : organisme autonome à charte

	fédérale dont le mandat principal est l'élaboration du système d'information sur la santé au Canada.
IPC	<i>Indice des prix à la consommation.</i>
ISA	<i>Indice synthétique d'activité</i> : méthode utilisée en France pour calculer les coûts de séjours hospitaliers des patients regroupés par GHM.
LFSS	<i>Loi sur le financement de la sécurité sociale</i> : loi française qui détermine les objectifs de dépenses et les équilibres financiers de la sécurité sociale.
NHS	<i>National Health System</i> : organisme de la Grande-Bretagne responsable du système de soins de santé.
M30	Rapport financier par lequel l'établissement rend des comptes au ministère de la Santé et des Services sociaux.
NIRRU	<i>Niveau d'intensité relative des ressources utilisées</i> : indice de lourdeur permettant de calculer les cas hospitaliers sur une base normalisée.
OCDE	<i>Organisation de coopération et de développement économique</i> : organisme international qui regroupe les gouvernements de 30 pays et qui joue un rôle conseil concernant les politiques à l'égard du secteur public et du secteur privé.
ONDAM	<i>Objectif national de dépenses d'assurance maladie</i> : objectif voté dans le cadre de la loi française sur le financement.
PAF	<i>Performance Assessment Framework</i> : méthode utilisée en Grande-Bretagne pour l'évaluation des services locaux de santé.
PCG	<i>Primary Care Group</i> : organisme de soins de première ligne en Grande-Bretagne, regroupant des médecins auprès desquels s'inscrivent les patients pour recevoir les soins.
PCT	<i>Primary Care Trust</i> : organisme équivalent au PCG qui ont en plus les ressources pour financer la totalité des soins hospitaliers et ambulatoires de leurs patients.
PIB	<i>Produit intérieur brut.</i>
PMSI	<i>Programme de médicalisation des systèmes d'information</i> : programme français d'analyse médico-économique de l'activité hospitalière.
PPS	<i>Propective Payment System</i> : méthode de paiement de la HCFA basé sur les coûts moyens des soins hospitaliers selon la classification des DRG.
PTI	<i>Plan triennal d'investissement</i> : document du ministère de la Santé et des Services sociaux relatifs aux projets immobiliers pour le développement des capacités.
RAMQ	<i>Régie d'assurance maladie du Québec</i> : organisme responsable du paiement des honoraires ou des salaires des médecins et de l'administration du programme d'assurance médicaments.
SIAP	<i>Système informatisé de l'analyse de la performance</i> : méthode d'analyse des activités hospitalières développée par l'Associations des hôpitaux du Québec.
SOFI	<i>Système de données opérationnelles, financières, informatisées</i> : banque de données sur les activités hospitalières de l'Association des hôpitaux du Québec.

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, *Réflexion sur les modalités d'allocation des ressources dans le système sociosanitaire québécois*, Collection La reconfiguration du réseau, n° 11, 1997, 65 p.

BÉDARD, Denis, *Le financement des soins sociosanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, rapport préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2000, 62 p.

BRETON, Guy, *Une gestion immobilière « en santé » : un enjeu important*, (présentation du vérificateur général du Québec), colloque SAN-TECH 2001 de l'AHQ, Montréal, mars 2001.

COFFEY, Rosanna M., « Casemix information in the United States : fifteen years of management and clinical experience », *CASEMIX Quarterly*, vol.1 n° 1, mars 1999.

COMITÉ TRIPARTITE, *L'équité dans l'allocation des ressources du champ de la santé physique*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994, 96 p.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Les solutions émergentes, rapport et recommandations*, Québec, 2000, 410 p.

THE DANISH MINISTRY OF HEALTH, *Hospital Funding and Casemix*, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S, Copenhague, 1999, 89 p.

DE KERBVASDOUÉ, Jean, *Le carnet de santé de la France en 2000* (rapport publié sous l'égide de la Mutualité Française), Fédération nationale de la Mutualité Française, Paris, 2000, 352 p.

Gouvernement du QUÉBEC, *Lois refondues du Québec*, Éditeur officiel du Québec, c. S-4-2.

GRIGNON, Robert, *Financement et budgétisation en centres hospitaliers, comparaison internationale*, Eckler Associés Ltée, (étude préparée pour le ministère de la Santé et des Services sociaux), 2001, 91 p.

GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ALLOCATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES, *Cadre de référence sur l'allocation des ressources dans le contexte de la gestion par programmes et de la décentralisation des activités*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993, 93 p.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA RECHERCHE DE L'ÉQUITÉ DANS L'ALLOCATION INTERRÉGIONALE DES RESSOURCES, *L'enveloppe nationale, les services nationaux, la clientèle de l'héritage asilaire, l'enseignement et la recherche*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 103 p.

HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION, 1999, *HCFA Statistics*, HCFA Press Office, 1999, 42 p.

KOEN, Vincent, *Public Expenditure Reform : the Health Care Sector in the United Kingdom*, OECD, Economics Department Working Papers, n° 56, 1998, 29 p.

IMAI, Yukata, Stéphane JACOBZONE et Patuch LENAIN, *The changing health system in France*, Economics Department Working Papers, no 260, Paris, 2000, 41 p.

LAMBERT, Denis-Clair, *Les systèmes de santé, analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*, Paris, Édition du Seuil, 2000, 521 p.

LEMAY, Anne, « L'élaboration d'une démarche d'analyse de la performance valide pour la prise de décision : un enjeu complexe », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 6, n° 1, 1999, pp 67-82.

MEKILLOP, Ian, George H. PINK, et Lina M. JOHNSON, *La gestion financière des soins de courte durée au Canada*, Institut canadien d'information sur la santé, 2001, 279 p.

MONTNEY L., « The Increasing role of Casemix in understanding the NHS in England, » *CASEMIX Quarterly*, vol. 0, Oct. 3 p.

NATIONAL HEALTH SERVICE, 2000, *The NHS Plan*, HMSO, Londres, 2000, 142 p.

NOOD, Paul van den, Terje HAGEN, et Tor IVERSEN, *The Norwegian Health Care System*, OECD, Economics Department Working Papers, n° 198, Paris, 1998, 32 p.

OCDE, *À la recherche de mécanismes de marché, les systèmes de santé au Canada, en Islande et au Royaume-Uni*, Études de politique de santé, n° 6, Paris, 1995, 29 p.

SALTMAN, Richard B. et Josep FIGUERAS, *European Health Care Reform*, World Health Organization, Copenhagen, 1997, 308 p.

**Santé
et Services sociaux**

Québec

