

# Document de travail

COMITÉ SUR LA RÉÉVALUATION DU MODE  
DE BUDGÉTISATION DES CENTRES HOSPITALIERS  
DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS (CHSGS)

RAPPORT D'ÉTAPE  
SUR LES MESURES TRANSITOIRES 2001-2002

Première partie : cadre méthodologique

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Janvier 2001

## **1. Mandat du Comité**

---

Le mandat du Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) est de revoir le financement actuel des centres hospitaliers afin de mieux refléter l'évolution du volume et de la lourdeur de la clientèle, de favoriser la performance relative des établissements, tout en visant le maintien d'un contrôle adéquat des budgets alloués. Comme le système de santé du Québec est un système public universel, il doit garantir à toute la population l'accessibilité aux soins qui sont reconnus comme assurés. Le mode de budgétisation peut concourir à l'atteinte de cet objectif de base en permettant que l'allocation des ressources entre les établissements soit faite de façon équitable, compte tenu des besoins de la population de leur territoire et de la mission qui leur est dévolue. La dimension de l'équité par rapport à la consommation des services s'ajoute comme un élément important du mandat du Comité.

Il est également important de souligner que dans l'organisation actuelle du système de santé, l'allocation des ressources aux établissements est faite par l'intermédiaire des régies régionales de la santé et des services sociaux, à partir d'une enveloppe régionale qui est déterminée selon une logique de production de services. Il y a ainsi un lien entre la budgétisation des régions et celle des établissements et l'objectif d'équité dans le processus d'allocation des ressources a de ce fait une double dimension dont il faut tenir compte.

Pour répondre au mandat, le nouveau mode de budgétisation devra donc inclure des mesures qui tiendront compte du volume et de la lourdeur de la clientèle, des besoins de la population et de la performance relative des centres hospitaliers dans un contexte d'équité interrégionale. Le mandat prévoit qu'au terme de son travail, le Comité devra formuler les modalités opérationnelles

permettant d'intégrer ces mesures dans le processus d'allocation des ressources et proposer un plan pluriannuel d'implantation en précisant les mesures transitoires qui pourraient être appliquées pour l'année budgétaire 2001-2002.

Le rapport final doit être remis au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en avril 2001, mais, comme le stipule le mandat, le Comité a préparé un rapport d'étape sur les mesures transitoires afin qu'elles puissent être l'objet de décisions avant la prochaine année financière débutant le 1<sup>er</sup> avril. Le présent document constitue la première partie de ce rapport, intitulée « Cadre méthodologique », et il comprend trois sections, à savoir une présentation de la démarche suivie, une explication des mesures transitoires et une proposition pour leur mise en application.

## **2. Les travaux du Comité**

---

Les questions qui sont soulevées par la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers exigent une réflexion technique très importante. 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 dont les principaux éléments furent les suivants.

- a) Tout d'abord, pour bien comprendre le processus actuel de budgétisation au Québec et pour connaître les pratiques dans le financement des centres hospitaliers dans d'autres juridictions, le Comité a fait faire trois études par des groupes externes. La première a porté sur les modes d'allocation utilisés depuis 1995 par les régies régionales de la santé et des services sociaux à l'égard des CHSGS. Les deux autres études visaient à comparer les méthodes de financement et de gestion budgétaire dans les autres provinces canadiennes<sup>1</sup> et dans un groupe choisi de pays (les États-Unis, la Grande-Bretagne, la Norvège et la Belgique). Les résultats de ces études seront présentés dans le rapport final.
  
- b) Un comité technique consultatif et un groupe de travail ont par ailleurs été formés afin de faire l'analyse des systèmes d'information actuels (Med-Écho, APR-DRG et NIRRU) et afin d'aider à la mise au point des composantes techniques d'un nouveau mode de budgétisation. La

---

1. La première partie de l'étude complétée en octobre a porté sur l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Le rapport final inclura toutes les provinces.

priorité de travail fut au début de vérifier la qualité et l'homogénéité des données de l'année 1998-1999 et de faire de même pour celles de 1999-2000 lorsqu'elles furent disponibles.

- c) Le Comité s'est quant à lui penché sur ce que devraient être les règles de base de la budgétisation des CH. Il a ensuite poursuivi sa réflexion sur le cadre méthodologique d'un nouveau modèle qui introduirait d'une part dans le processus d'allocation des ressources la budgétisation des coûts reliés au volume ainsi qu'à la lourdeur des clientèles et qui permettrait d'autre part de faire une comparaison de la performance relative des établissements, de même qu'une évaluation de la consommation des services par la population de la région qu'ils couvrent.
- d) Afin de vérifier l'intérêt d'une telle approche, le Comité a confié à l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) la tâche de procéder à une consultation auprès de ses membres à partir d'un document préparé par le Comité et expliquant les orientations et les composantes du modèle.

La consultation a permis de constater que les administrateurs du réseau sont généralement d'accord avec une approche budgétaire qui serait basée sur l'évolution des clientèles et des services et qui serait utilisée pour promouvoir la performance de gestion et l'équité dans l'accessibilité des services par rapport aux besoins des populations de référence. Comme les systèmes d'information pour appuyer cette approche ne sont pas tous développés et que les composantes du modèle ne sont pas encore précisées, les administrateurs consultés ont surtout soulevé des questions sur les modalités d'application et sur la capacité du modèle à s'adapter à la dynamique, de l'offre des soins de santé et notamment de l'évolution des technologies et de la pratique médicale.

- e) Le Comité a également demandé à la Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux de procéder auprès de ses membres à une consultation similaire à celle de l'AHQ. Dans le rapport du groupe de travail constitué pour cette consultation, les représentants des régions régionales rappellent les recommandations qui furent présentées à la Commission Clair. Sur le plan de l'allocation des ressources, ces recommandations favorisaient un système orienté davantage vers la demande de services plutôt que vers l'offre de services. Chaque région devrait être dotée en conséquence d'une enveloppe budgétaire globale basée sur les caractéristiques de la population et qui serait répartie entre les CHSGS en fonction des services par bassin de desserte et en tenant compte des volumes et de la lourdeur des clientèles. La répartition entre les CH devrait alors faire appel à la méthodologie basée sur des indicateurs utilisant l'APR-DRG et le NIRRU; cette méthodologie est présentée dans le document de consultation.

La position des régions régionales consiste donc à faire le lien entre le financement des régions sur une base de consommation de services et la budgétisation des centres hospitaliers en tant que producteurs de services.

À la suite de la consultation effectuée et compte tenu des tendances observées dans les autres provinces et dans plusieurs autres pays, on peut conclure que les orientations décrites dans le document de consultation répondraient bien aux objectifs souhaités pour le financement des centres hospitaliers québécois.

### **3. La description des mesures transitoires**

---

#### **3.1 Les orientations des mesures transitoires**

Le Comité est d'avis que les mesures transitoires pour l'année 2001-2002 devraient être le plus possible conformes aux objectifs que les mesures permanentes viseront à réaliser à moyen terme, à savoir refléter le volume et la lourdeur des clientèles, favoriser le contrôle budgétaire ainsi que la performance de gestion et rechercher l'équité dans la consommation et l'accessibilité des services. De ce point de vue, pour bien comprendre la portée de cette nouvelle approche, il est important de faire la distinction entre, d'une part, le *niveau global des ressources budgétaires* et, d'autre part, leur *répartition entre les régions et entre les établissements*.

##### *a) Le niveau global des ressources budgétaires*

Le réseau des CHSGS est financé à 90 % par des subventions du ministère de la Santé et des Services sociaux, le reste provenant essentiellement des revenus autonomes gérés par les établissements. La détermination du montant des subventions pour l'ensemble du réseau est au point de départ une décision gouvernementale qui découle du choix des priorités fait dans le cadre de la préparation des budgets des ministères. Lorsque le niveau des ressources budgétaires est déterminé, le MSSS a la responsabilité de répartir équitablement les subventions entre les régies régionales.

##### *b) La répartition entre les régions*

Pour répartir les ressources budgétaires entre les régions, le Ministère utilise au point de départ une méthode basée sur l'évolution historique des dépenses à partir des résultats financiers de la dernière année et en appliquant globalement les paramètres qui découlent du budget dont il dispose. En période de compressions budgétaires, entre 1995-1996 et 1997-1998, on a ajusté les enveloppes budgétaires régionales en introduisant des éléments d'équité interrégionale pour déterminer le montant des efforts budgétaires demandés ainsi que celui des réallocations budgétaires. De plus, à partir de 1998-1999, une partie importante des crédits de développement a été allouée sur la base de l'équité interrégionale.

*c) La répartition entre les établissements*

Les régies régionales ont ensuite la responsabilité de répartir entre les établissements l'enveloppe régionale qui leur est allouée. Pour faire cette répartition, elles doivent tenir compte des paramètres qui ont servi à déterminer l'enveloppe régionale, mais elles peuvent modifier ces paramètres en les ajustant aux objectifs poursuivis dans l'organisation régionale des services. Elles peuvent également introduire des éléments qui incitent les établissements à une gestion efficiente des ressources.

L'étude des processus d'allocation budgétaire mis en place par les régies régionales a montré que deux méthodes ont été utilisées au cours des dernières années. Certaines régies se sont inspirées de la méthode de budget à base zéro en procédant à une réévaluation de l'organisation des services, des niveaux de production et des coûts attendus. Les autres régies ont plutôt utilisé une approche de continuité de base budgétaire, ajustée pour rationaliser les ressources et mettre en place des services alternatifs.

d) *Les difficultés du processus actuel*

Le processus de budgétisation utilisé depuis quelques années soulève deux difficultés. La première a trait à la cohérence du processus. Les responsabilités dévolues aux régies régionales incitent inévitablement celles-ci à vouloir organiser de façon efficiente et efficace la production des services en relation avec les besoins de leur population à l'intérieur de leurs régions, tandis que le Ministère est préoccupé avant tout par la gestion globale de l'offre de services en tenant compte des contraintes de la politique budgétaire gouvernementale. Les objectifs poursuivis par chaque régie régionale en ce qui a trait à la production et à la consommation de services ne sont pas explicitement pris en compte à l'intérieur du processus global de budgétisation ministérielle.

La deuxième difficulté est au niveau des établissements. Quelle que soit la façon dont une régie régionale s'y prend pour faire l'allocation des budgets, il lui est par la suite impossible d'intervenir dans les décisions de gestion prises à l'intérieur des CHSGS pour répondre à la demande de soins. Le processus actuel de budgétisation n'est donc pas complété par un suivi opérationnel efficace.

Depuis le début de la période de compressions budgétaires, les difficultés de budgétisation et de contrôle se sont traduites par l'apparition de déficits de plus en plus élevés. Comme il a été souligné dans le document de consultation, la pratique qui s'est installée depuis quelques années et qui consiste à faire des ajustements *a posteriori* pour les déficits encourus a créé des conséquences négatives importantes sur la gestion hospitalière. La raison d'être d'un processus de budgétisation est d'établir les règles qui servent à déterminer *a priori* le niveau des contraintes financières qui doivent être respectées dans la gestion du budget annuel. La répétition de la pratique actuelle de révision en vient à créer un vide de règle budgétaire qui pénalise les

établissements qui essaient de gérer leurs coûts de fonctionnement et le niveau de services à l'intérieur de leur budget, par rapport à ceux qui laissent évoluer leurs dépenses au rythme de l'offre et de la demande de soins.

Le Comité croit qu'il est urgent de renforcer la cohérence et la discipline budgétaire dans le financement du réseau hospitalier. Pour soutenir ce changement, il faut que le processus de budgétisation quitte la base historique à la fois au niveau des régions et des centres hospitaliers pour commencer à prendre en considération l'évolution des clientèles et la performance relative des établissements. Sur le plan technique, les mesures transitoires auront pour objectif d'introduire une formule totalement nouvelle de répartition de l'enveloppe budgétaire pour le financement du réseau, en calculant explicitement la part de chaque CHSGS. La somme des budgets ainsi calculés constituera au niveau de chaque région l'enveloppe financière de la région régionale.

### **3.2 Le contenu des mesures transitoires**

Comme on l'explique dans le document de consultation, le nouveau mode de budgétisation, lorsqu'il sera complété, comprendra quatre composantes distinctes mais complémentaires :

- la mesure uniforme et complète des services de santé de chaque établissement, c'est-à-dire le volume et l'intensité des soins par catégorie de diagnostic ;
- l'évaluation précise des coûts moyens de chaque épisode de soins par diagnostic ;

- l'analyse de la consommation des services par la clientèle spécifique de chaque établissement ;
- la prise en compte dans les coûts de l'impact des facteurs non directement reliés aux épisodes de soins (enseignement, recherche, taille, etc.).

Plusieurs de ces différents aspects du fonctionnement des centres hospitaliers ont déjà été analysés au cours des dernières années dans le cadre d'études qui ont été faites au Ministère et qui portaient sur l'efficacité des activités, les soins aux patients hospitalisés ou l'équité interrégionale. Ces travaux sont demeurés toutefois incomplets par manque d'information. La conception et la mise en application du nouveau mode de budgétisation vont donc exiger d'importants travaux pour améliorer les systèmes d'information actuels (comme ceux de la banque de données Med-Écho) et pour concevoir de nouveaux systèmes afin de connaître notamment le volume et la lourdeur des soins ambulatoires ainsi que les coûts par épisode de soins. De tels développements vont prendre quelques années pour que soit disponible l'information nécessaire à l'implantation du nouveau mode de budgétisation. Les développements requis seront présentés et expliqués dans le rapport final.

Entre-temps, les mesures transitoires devront s'appuyer sur les systèmes d'information actuels. Les recherches effectuées à cette fin laissent croire qu'il sera possible d'en arriver à une formule de répartition qui pourrait être opérationnelle en 2001-2002. De façon plus précise, la formule sera composée de quatre volets qui exigent chacun une procédure distincte de calcul.

#### *a) Les soins de santé physique aux patients hospitalisés*

Les coûts pour les soins de santé physique aux patients hospitalisés correspondent à environ 50 % des dépenses des CHSGS (51,2 % en 1998-1999). C'est la partie des soins pour lesquels on dispose d'une information

complète sur les diagnostics et les épisodes de soins. Ces données sont comptabilisées dans la banque de données Med-Écho et elles sont classifiées selon le système APR-DRG, qui permet de regrouper ensemble les cas de diagnostics similaires.

Le nombre de cas ainsi classifiés peut ensuite être pondéré par un indice de lourdeur appelé NIRRU (niveau d'intensité relative des ressources utilisées) que le Ministère a conçu à partir des données de charges prescrites par épisode de soins obtenues de l'État du Maryland. Les données concernant les APR-DRG et le NIRRU sont disponibles pour l'année 1999-2000. Elles ont été validées et vérifiées pour en corriger les anomalies et les mauvaises classifications.

Pour les mesures provisoires, on calculera pour chaque établissement un budget de base à partir du volume prévu de cas d'hospitalisation pondérés pour l'année 2001-2002. La procédure de calcul serait la suivante :

- calcul du volume des cas d'hospitalisation pondérés pour l'année 1999-2000 en utilisant les données APR-DRG et l'indice NIRRU ;
- projection sur deux ans (2000-2001 et 2001-2002) du volume de cas pondérés à partir de l'analyse des clientèles spécifiques de chaque établissement ;
- calcul du budget standardisé 2001-2002 en multipliant le volume projeté de cas pondérés par le coût moyen standard<sup>2</sup> de l'ensemble des établissements ;
- calcul de l'objectif de performance en comparant le coût moyen standard et le coût moyen réel de l'établissement ;

---

<sup>2</sup> Voir la section *d*) pour le calcul du coût moyen standard.

- ajustement du budget standardisé pour les montants accordés en 2000-2001 pour l'ajout de nouveaux services reconnus.

Comme le but de l'exercice est d'arriver à une formule de répartition, les coûts moyens utilisés seraient ceux de 1999-2000. Il n'est pas nécessaire de les projeter à 2001-2002 car l'effet serait sensiblement le même pour tous les établissements du point de vue de la répartition.

*b) Les soins ambulatoires de santé physique*

Les coûts pour les soins ambulatoires de santé physique représentent en moyenne 30 % du budget total des CHSGS (29,2 % en 1998-1999). Les soins ambulatoires couvrent les soins donnés à l'urgence, les chirurgies d'un jour, la médecine d'un jour, les soins donnés en clinique externe et les services aux patients enregistrés. Comme la banque de données Med-Écho ne recense que les chirurgies d'un jour, le groupe de travail est en train de mettre au point une méthodologie pour estimer le volume et la lourdeur des autres catégories de soins ambulatoires en utilisant les statistiques des rapports annuels des CHSGS et les données recueillies par la RAMQ pour la rémunération des médecins. Les résultats préliminaires de la démarche semblent indiquer qu'il sera possible d'obtenir une information valable pour la mesure des soins donnés à l'urgence et peut-être pour les autres soins ambulatoires.

La procédure de calcul du budget de base d'un établissement pour les cas ambulatoires serait la suivante :

- calcul du volume des cas ambulatoires pondérés pour l'année 1999-2000 selon la méthodologie actuellement en développement ;

- projection sur deux ans (2000-2001 et 2001-2002) du volume de cas pondérés en se basant sur une analyse de tendance en relation, si possible, avec l'évolution des bassins de desserte ;
- calcul du budget standardisé 2001-2002 en multipliant le volume projeté de cas pondérés par le coût moyen standard de l'ensemble des établissements ;
- calcul possible d'un objectif de performance en comparant le coût moyen standard et le coût moyen réel de l'établissement.

En additionnant les résultats obtenus pour les soins nécessitant une hospitalisation et les soins ambulatoires, on obtient pour chaque établissement un budget standardisé de soins de santé physique de courte durée. Pour calculer le budget total d'un établissement, il faut y ajouter les dépenses pour les autres services offerts par les CHSGS.

*c) Les soins de longue durée, de santé mentale et autres*

Les soins autres que ceux de santé physique de courte durée représentent en moyenne 20 % du budget des centres hospitaliers : les deux tiers de ces dépenses sont pour les soins d'hébergement de longue durée et le tiers pour les soins de santé mentale. Il n'y a pas de base de données qui permettrait de faire une estimation du volume et de la lourdeur de ces cas. Il faudra donc effectuer une projection de la dépense de 1999-2000 (à coût constant) en utilisant une méthodologie basée sur une analyse de l'évolution des indicateurs pertinents, par exemple le nombre de jours-présence et d'heures-soins. Il est évident qu'une telle procédure de calcul ne permettra pas d'établir des objectifs d'amélioration de performance pour ces catégories de soins.

*d) Estimation des facteurs spécifiques pour le calcul du coût moyen standard*

Certains centres hospitaliers assument par ailleurs des responsabilités d'enseignement et de recherche qui ont un impact sur leurs coûts de fonctionnement, en augmentant par exemple les activités de diagnostic ou en prolongeant les durées de séjour. D'autres centres hospitaliers opèrent dans un contexte qui diminue leur potentiel d'efficience, soit à cause de leur taille, de leur localisation ou de la configuration de leurs installations. Pour que la budgétisation soit équitable, il faut donc prendre le plus possible en considération ces facteurs spécifiques dans les comparaisons de performance. Toutefois, comme leurs effets sur les coûts sont diffus et indirects, ils ne peuvent pas être mesurés directement. Le Ministère a déjà fait des études sur ces sujets et elles étaient basées sur une méthode statistique de calcul, à savoir des équations à régression multiple. Le groupe de travail examine la possibilité de remettre ces études à jour ou de procéder à de nouvelles estimations des facteurs les plus importants, soit l'enseignement, la taille et la localisation.

L'impact financier des facteurs spécifiques sera pris en compte dans le calcul du coût moyen standard de l'ensemble des établissements (en soustrayant l'impact total des coûts totaux) et dans le calcul de l'objectif de performance d'un établissement (en soustrayant de ses coûts réels l'impact financier de ses propres facteurs spécifiques).

### **3.3 La formule de répartition et les objectifs de performance**

La formule de répartition sera basée sur l'addition des trois composantes de services, à savoir les coûts standardisés pour les soins aux patients hospitalisés et les soins ambulatoires, et la projection de coûts pour les autres soins (maladies mentales, hébergement et autres services). Les coûts totaux seront ensuite ajustés pour déduire les revenus autonomes, de façon à pouvoir calculer un indice de répartition qui déterminerait la part de chaque CHSGS dans l'enveloppe de subvention disponible.

La répartition obtenue constituerait le montant de base pour le financement de l'année 2001-2002. Ce montant de base serait comparé à celui qui serait obtenu en utilisant les coûts réels de l'établissement pour les soins aux patients hospitalisés et les soins ambulatoires. Si le montant de base devrait être plus élevé, l'écart signifierait que le centre hospitalier a une performance financière au-dessus de la moyenne. Par contre, si le montant de base s'avèrerait plus faible, la différence équivaldrait à un objectif possible d'amélioration de la performance. Lorsque les exercices de simulation seront complétés, on verra s'il y a lieu de calibrer la formule de répartition et la fixation des objectifs de performance, en comparant notamment les établissements selon leur niveau d'activités et la complexité des soins.

### **3.4 L'évolution de la technologie et de la pratique médicale**

Il est admis que la croissance des dépenses réelles de santé dépend principalement de deux facteurs, soit les changements démographiques et le développement de la technologie et de la pratique médicale. En incorporant le volume et la lourdeur de la clientèle, l'approche proposée pour les mesures transitoires permettra de tenir compte du premier facteur, mais non du deuxième.

L'évolution de la technologie et de la pratique médicale a un impact sur le financement des soins hospitaliers de plusieurs points de vue. Tout d'abord, à l'instar des changements démographiques, elle est de nature à accroître le volume et la lourdeur de la clientèle, en permettant de faire de plus en plus de diagnostics et d'interventions thérapeutiques à des âges avancés. Les nouvelles technologies peuvent par ailleurs accroître l'efficacité en diminuant le coût des soins courants spécialisés ou ultra-spécialisés. L'effet net est d'accroître l'offre potentielle des soins de santé et d'exercer une pression à la hausse sur les besoins de financement, et donc sur l'enveloppe de subventions du MSSS.

Du point de vue des mesures transitoires, comme l'objectif est d'avoir une formule de répartition équitable, la question qui en découle est de savoir si les changements de la technologie et de la pratique ont un impact différent selon la taille ou la spécialisation des établissements. La réponse n'est pas évidente puisque si on prend le cas de certains nouveaux médicaments très coûteux pour des maladies chroniques, il peut y avoir un impact potentiel dans tous les centres hospitaliers. À moyen terme, cet impact se traduira en volume et en lourdeur, et il sera éventuellement pris en compte dans la formule de répartition. Par contre, à court terme au cours d'un exercice financier, ce sont surtout les centres hospitaliers de soins ultra-spécialisés qui sont susceptibles d'être confrontés à des choix de priorités difficiles puisque les nouvelles technologies s'introduisent souvent par cette catégorie de soins.

Pour faire face à ces situations spéciales, le Comité recommande que le Ministère réserve à même son budget une enveloppe budgétaire spéciale pour le financement de projets visant l'introduction de nouvelles technologies et pratiques médicales de pointe. À défaut d'un tel financement, les

établissements devront absorber le coût de ces développements à même la base de leur financement.

#### **4. La mise en application des mesures transitoires**

---

Comme on peut le constater, la mise en œuvre des mesures transitoires exige un développement important de méthodes de calcul afin de pouvoir utiliser l'information disponible dans les banques de données actuelles. Il faut également s'assurer de la qualité de ces données et c'est en procédant à des simulations qu'on pourra vérifier si les résultats constituent une base crédible pour répartir les budgets de fonctionnement en 2001-2002.

Les attentes à l'égard du nouveau mode de budgétisation sont très grandes, à la fois au sein du gouvernement et dans le réseau. Pour que les mesures transitoires aient un impact positif sur le financement et la gestion du réseau, le Comité croit que la nouvelle démarche de budgétisation doit absolument intégrer non seulement le volume et la lourdeur mais, aussi la performance, de façon à reconnaître l'effort des établissements qui au cours des dernières années ont contrôlé leurs coûts et leurs dépenses.

Il convient également de signaler l'aspect suivant. Au cours de l'année 2000-2001, le Ministère a accordé des ajustements spéciaux pour financer la croissance de certains coûts dans les zones dites de fragilité. Comme les données utilisées dans les procédures de calcul pour l'application des mesures transitoires sont celles de 1999-2000, ces ajustements seront en fait recyclés dans la formule de répartition. C'est la conséquence d'un budget qui ne se fera plus sur une base historique. La question de la récurrence des montants accordés en 2000-2001 dans les bases budgétaires des établissements ne se pose donc pas (sauf s'il s'agit du financement de développements de services reconnus).

Dans la deuxième partie du rapport d'étape, le Comité proposera des règles précises d'application à la lumière des résultats des simulations qui auront été faites. Une de ces règles sera de déterminer le rythme possible de réalisation des objectifs d'amélioration de la performance lorsqu'un écart significatif aura été constaté entre la base budgétaire standardisée et la base budgétaire calculée selon les coûts réels de l'établissement.

La mise en application des mesures transitoires soulève finalement un problème de processus de décision. Dans le cadre actuel de partage des responsabilités, l'allocation interrégionale de l'enveloppe budgétaire est du ressort du Ministère alors que l'allocation interétablissement relève des régies régionales. L'application des mesures transitoires exigera au point de départ de procéder à une allocation interétablissement qui se trouvera ainsi à déterminer l'allocation interrégionale. La procédure suivie aura pour effet de limiter la croissance du volume en fonction de l'évolution de la consommation attendue des populations des bassins de référence et elle favorisera la performance en étant moins avantageuse pour les établissements qui sont moins performants. Elle permettra ainsi d'améliorer l'équité de la distribution des ressources sur la base de la production des services qui est le cadre actuel de la gouverne du réseau. L'application de mesures transitoires se fera donc dans un contexte de *statu quo*, sans résoudre le fond de la question de l'équité interrégionale, à savoir, s'il est préférable pour le financement du système de soins de procéder selon une logique d'offre de services où « l'argent passe par le producteur », par rapport à une logique de consommation de services où « l'argent suit le client ». Cette question sera discutée dans le rapport final.

En conclusion, le Comité désire souligner un dernier point. Le succès relatif d'un nouveau mode de budgétisation ne sera pas indépendant des objectifs financiers qui découleront de l'enveloppe budgétaire disponible. La nouvelle approche va générer elle-même de nouvelles contraintes en fixant des objectifs

d'amélioration de performance. La démarche pourrait devenir contre-productive si on y superpose des compressions budgétaires qui rendraient problématique la gestion de la demande de soins. Le Comité essaiera de présenter une évaluation du potentiel d'économies dans la deuxième partie du rapport d'étape.

# Document de travail

COMITÉ SUR LA RÉÉVALUATION DU MODE  
DE BUDGÉTISATION DES CENTRES HOSPITALIERS  
DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS (CHSGS)

RAPPORT D'ÉTAPE

SUR LES MESURES TRANSITOIRES 2001-2002

Deuxième partie : simulation et application

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mars 2001

## INTRODUCTION

---

L'objectif des mesures transitoires est d'essayer de changer dès l'exercice financier 2001-2002 le processus de budgétisation des services de soins de courte durée donnés en centre hospitalier, de façon à introduire des éléments prenant en compte l'évolution des clientèles et la performance relative des établissements. Le cadre méthodologique décrit dans la première partie du rapport d'étape a été élaboré de façon à permettre de calculer pour chaque centre hospitalier un budget standardisé pour 2001-2002 et de le comparer au budget basé sur une prévision des coûts réels. La comparaison peut ensuite servir à évaluer le niveau relatif de performance financière et à proposer des objectifs d'améliorations spécifiques pour chaque établissement.

Le calcul des mesures transitoires repose toutefois sur la possibilité d'utiliser les systèmes actuels d'information pour estimer le volume et la lourdeur des soins. Le cadre méthodologique élaboré faisait l'hypothèse que l'information disponible serait adéquate. Toutefois, comme ces systèmes n'avaient pas été conçus *a priori* pour les besoins de la décision budgétaire, il fallait, dans une première étape de travail, valider la qualité et la pertinence des données utilisées afin de réduire au minimum les biais dans l'estimation de la performance. Compte tenu des enjeux financiers pour chacun des établissements, la crédibilité des résultats repose donc sur une bonne démarche de validation.

Il faut par ailleurs être conscient qu'il est impossible d'avoir une information parfaite, mais dans la mesure où la qualité des données est généralement satisfaisante, la règle d'utilisation est d'essayer de bien calibrer l'impact des décisions afin de ne pas entraîner de préjudice pour les établissements qui ont

à les gérer et pour les patients qui, en bout de ligne, les fréquentent et reçoivent les soins.

Cette deuxième partie du rapport d'étape explique le calcul des trois composantes des mesures transitoires, à savoir les patients admis en santé physique, les soins ambulatoires et les autres soins qui regroupent la santé mentale, l'intégration sociale (soins de longue durée), la santé publique et l'adaptation sociale. Les résultats globaux des simulations sont ensuite présentés et un scénario de mise en application est suggéré en conclusion.

Comme on pourra le constater, il a été impossible de traiter tous les éléments qui ont été prévus au cadre méthodologique pour des raisons qui relèvent à la fois de la disponibilité des bases de données et de la faisabilité technique. À cause de ces difficultés, il ne convenait plus de faire une projection sur deux ans à partir de 1999-2000. L'objectif d'en arriver à une formule globale de répartition applicable à l'enveloppe budgétaire 2001-2002 n'a pu être réalisé. Par contre, les profils de performance qui se dégagent pour les années 1998-1999 et 1999-2000 peuvent servir de base à des ajustements budgétaires en 2001-2002. C'est ce qui sera expliqué dans le scénario de mise en application. En prenant connaissance de ce rapport, le lecteur devra toujours se rappeler que le terme performance utilisé dans le texte fait uniquement référence à la performance financière. Les autres aspects de la performance, telles la qualité et la pertinence des soins, s'analysent par d'autres méthodes. Il faudra donc interpréter les résultats dans le contexte restreint de la gestion budgétaire.

## **1. Les soins aux patients hospitalisés en santé physique**

---

### **1.1 Le volume des clientèles hospitalisées**

À la suite de chaque hospitalisation au Québec, les données médico-administratives reliées à l'épisode de soins sont captées dans un système d'information appelé Med-Écho. On y retrouve entre autres le diagnostic principal, les diagnostics secondaires et les traitements.

À partir de ces informations, chaque épisode de soins se voit attribuer une codification selon la méthode APR-DRG qui réunit en groupes homogènes (quant au diagnostic, au traitement et au niveau de consommation des ressources) 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 d'hospitalisations médicales ou chirurgicales. La classification des CMD est basée sur les spécialités médicales et/ou les grands systèmes du corps humain. Les CMD se subdivisent ensuite en 384 catégories de diagnostic qui peuvent avoir quatre degrés de sévérité qui correspondent 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 valident l'information à partir du dossier médical rempli par le médecin traitant. Le système Med-Écho a été mis en place au début pour l'analyse de la consommation des soins par établissement par région et pour l'ensemble du Québec. Dans la mesure où 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 comporter les problèmes suivants :

- possibilité de manque d'homogénéité découlant des pratiques de codage ;
- inadaptation de la classification face à l'évolution de la pratique médicale ;
- non-validation de la conformité des données avec le dossier médical.

Ces problèmes peuvent influencer la classification en DRG et résulter en des sous-codifications ou sur-codifications de diagnostics et de traitements, qui risque de fausser l'information sur la sévérité des cas. Seul un audit systématique pourrait préciser l'importance de ces variations et aider à porter un jugement précis sur la qualité du codage des établissements. Pour les besoins du calcul 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 sur-codification qui a pour effet de surévaluer la performance financière relative. La sous-codification a évidemment l'effet inverse, mais elle aura tendance, éventuellement, à se corriger puisque les établissements auront tout avantage à codifier correctement si leur niveau d'allocations budgétaires en dépend. La plupart des anomalies constatées au cours de l'exercice ont été corrigées et, à la suite de ce travail, la base de données sur les diagnostics des patients admis a servi à établir le classement des patients hospitalisés par APR-DRG ainsi qu'à déterminer le volume total de patients.

## 1.2 La lourdeur des cas des patients hospitalisés

La lourdeur d'un cas d'hospitalisation est défini par référence aux coûts du traitement. Ainsi, si une classe (APR-DRG) d'épisode 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 en appliquant un indice de coûts à chaque APR-DRG et ce, pour l'ensemble des *cas typiques*, à savoir les cas jugés complets (excluant décès, transferts et départs sans autorisation) ou dont la durée de séjour n'est pas considérée comme statistiquement excessive. Les indices utilisés sont appelés NIRRU (niveau d'intensité relative des ressources utilisées) et ils sont calculés à partir de la banque des données de charges pour les hospitalisations du Maryland. Ces données ont été évidemment vérifiées pour les ajuster aux différences de pratique médicale au Québec et aux différences de poids de certains éléments de coûts. Enfin, pour chaque *cas atypique*, un NIRRU individuel est calculé selon des méthodes reconnues afin de pouvoir refléter la lourdeur relative de l'ensemble des patients hospitalisés dans chaque centre hospitalier.

Un des problèmes soulevés lors des discussions techniques du comité consultatif était à l'effet que les indices NIRRU des cas typiques variaient parfois en sens inverse du degré de gravité des diagnostics. Le nombre de cas qui ont été identifiés comme étant potentiellement problématiques est d'environ 1 500, soit 0,2 % du total des hospitalisations. Après analyse, certaines corrections ont été apportées, surtout pour les DRG 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 des centres hospitaliers touchés.

### **1.3 Le calcul des coûts réels pour les des clientèles hospitalisées**

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 services infirmiers, services de soutien, services administratifs, etc. Les différents centres d'activités concourent, en des proportions variables, à donner des soins aux différentes catégories de clientèles, mais les coûts précis et réels de ces soins ne sont pas directement comptabilisés par catégories de clientèles. Pour les obtenir, le Ministère procède par la méthode du *contour financier* qui consiste à déterminer et à répartir les coûts des centres d'activités par type de clientèle et mode de prise en charge.

La répartition des coûts est effectuée, pour les CHSGS, entre 14 sous-catégories de bénéficiaires regroupées dans les cinq grands champs d'activités : santé physique, santé mentale, intégration sociale, adaptation sociale et santé publique. Les dépenses considérées sont les coûts directs nets, desquels ont été soustraits les montants qui augmentent d'une façon importante les coûts d'un centre d'activités soit parce qu'ils ne sont pas récurrents d'année en année, soit parce qu'ils sont assumés par un seul établissement ou par un petit groupe d'établissements.

Les imputations se font selon quatre approches :

- la première affecte la majorité sinon la totalité des coûts directs nets du centre d'activités (principalement de soins) à une clientèle spécifique ou exclusive ;
- la deuxième s'appuie sur des clés de répartition tirées des unités de mesure disponibles selon différentes sources (M30, Med-Écho, rapport statistique) et

couvre principalement les centres d'activités diagnostiques et thérapeutiques ;

- la troisième utilise une analyse de régression pour mesurer et pondérer la quantité de ressources associées à diverses clientèles (exemple : procédures simples de laboratoire, imagerie médicale et électrophysiologie pour les clientèles de la clinique externe, de l'urgence et de la médecine de jour) ;
- la dernière s'effectue, pour les centres restants (essentiellement des activités administratives et de soutien représentant le quart des coûts), au prorata des dépenses issues des résultats des trois premières approches.

Une fois tous les montants répartis selon leur catégorie spécifique, on peut alors les associer aux clientèles correspondantes pour établir le *coût moyen* réel par cas d'APR-DRG.

#### **1.4 Le calcul des coûts attendus pour les clientèles hospitalisées**

Si tous les centres hospitaliers avaient des clientèles 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 localisés un à côté de l'autre, on pourrait normalement s'attendre à ce que le coût moyen par cas soit presque identique d'un CH à l'autre. Dans une telle hypothèse, le coût par cas attendu pour chaque CH serait identique à la moyenne des coûts par cas de l'ensemble et les budgets pourraient être

obtenus en multipliant cette moyenne par le nombre de cas attendus dans l'année.

En réalité, les coûts par cas moyens varient de façon significative d'un CH à l'autre et cette variation peut découler de plusieurs facteurs, comme :

- la lourdeur relative de l'ensemble des cas, qui est le facteur le plus important dans la variation des coûts moyens ;
- la proportion de cas tertiaires, qui pourrait être un élément qui s'ajoute à la lourdeur relative de l'ensemble des cas (facteur qui a été retenu dans le modèle ontarien) ;
- la néo-natalité 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 à la clientèle de l'établissement, ce qui affecte le coût par une plus grande utilisation des services diagnostiques et autres services de soutien ;
- la taille du CH et la proportion de coûts fixes qui doivent être absorbés peu importe le volume de cas ;
- la localisation géographique du CH et la dispersion de sa clientèle, qui sont susceptibles d'augmenter entre autres les durées de séjour et les coûts d'approvisionnement.

Certains de ces facteurs peuvent se recouper statistiquement, comme par exemple la lourdeur relative de la clientèle des établissements et la proportion des cas tertiaires, même si, pris individuellement, chacun d'eux justifie des variations dans le coût par cas moyen du CH. Dans cet exemple, la proportion des cas tertiaires n'a pas été retenue car les simulations ont montré que ce facteur n'augmentait pas la capacité explicative du modèle.

Afin de produire un coût par cas attendu pour chaque CH qui reflète les facteurs les plus explicatifs de variations dans les coûts par cas dans l'ensemble du Québec, on a retenu un modèle économétrique basé sur quatre paramètres, à savoir la lourdeur de la clientèle (NIRRU), l'enseignement (équivalent résident divisé par les équivalents cas du CH), l'éloignement (distance au-dessus de 150 kilomètres de Québec ou Montréal) et la néo-natalité tertiaire par rapport à l'ensemble des cas pondérés du CH). En utilisant les données de 1999-2000 comme base de référence, le modèle de régression multiple où sont introduits ces quatre paramètres génère une équation linéaire dont l'application démontre un pouvoir explicatif des coûts par cas réels par CH de l'ordre de 82 à 83 %. Le poids respectif de chacun des facteurs retenus est le suivant : 87 % pour la lourdeur de la clientèle, 9 % pour l'enseignement médical, 2 % pour la néo-natalité tertiaire, et 2 % pour l'éloignement du CH des deux grands centres urbains.

Il faut souligner que le modèle a été mis en retenant 61 des 81 CH du Québec. Le modèle exclut les centres ayant hospitalisé moins de 2 000 patients (environ 40 lits ou moins en santé physique) ; globalement, les dépenses totales en santé physique de ces 20 établissements représentent 3 à -4 % des dépenses totales au niveau de la province. Nous recommandons pour le moment que les régies régionales procèdent à des analyses spécifiques pour déterminer les zones d'amélioration possible de la performance.

D'autre part, 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. Par conséquent, un modèle similaire a été mis au point à partir des données de 1998-1999 et 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 besoins de la budgétisation portant sur la clientèle hospitalisée en santé physique. C'est une analyse similaire qui a été faite pour la clientèle ambulatoire et qui est expliquée dans la section suivante.

## **2. Les soins aux patients ambulatoires et aux autres clientèles**

---

### **2.1 Le volume des clientèles ambulatoires**

Actuellement, les établissements hospitaliers rendent principalement compte de leurs activités ambulatoires au moyen des rapports financiers et statistiques. On y retrouve des données sur les volumes totaux de visites des clientèles ambulatoires réparties dans quelques centres d'activités. 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 de visites. Il n'y a, de plus, aucune information sur la nature clinique des problèmes de ces patients, ce qui empêche de les classer en groupes homogènes et d'y rattacher des coûts comme on peut le faire pour les patients hospitalisés à partir du système Med-Écho.

On ignore donc la spécificité de la clientèle ambulatoire soignée par chaque établissement de même que sa lourdeur, à l'exception de la clientèle de chirurgie d'un jour pour laquelle des données cliniques unitaires sont colligées dans Med-Écho, ce qui permet de la classer en APR-DRG ou en *Day Procedure Groups* (DPG) et éventuellement de la pondérer. Pour essayer d'avoir une base de données homogènes pour l'ensemble des clientèles ambulatoires (la chirurgie d'un jour, l'urgence, la médecine de jour, les diverses cliniques externes et les activités destinées à des patients enregistrés), la seule autre source possible de données est d'utiliser les fichiers de rémunération de la RAMQ.

## **2.2 La lourdeur des patients ambulatoires**

Les fichiers de la RAMQ sur la rémunération médicale à l'acte renferment un volume important de données unitaires pouvant aider à porter un jugement sur l'état clinique des clientèles ambulatoires soignées dans chaque établissement, pour éventuellement les classer en *Ambulatory Patients Groups* (APG) et les pondérer avec des poids reflétant l'expérience américaine (Iowa). On pourrait également classer en DPG le sous-ensemble des patients avec interventions (CDJ, endoscopies, biopsies, etc.) et leur associer des poids canadiens (ICIS).

Les données de la RAMQ renseignent sur les diagnostics posés pour chacun des patients vus à l'urgence ou en consultation externe et indiquent toutes les interventions et procédures significatives qui ont été pratiquées sur eux. Les diagnostics sans intervention sont en général sommaires, mais les classifications auxquelles ils conduisent ont des différences de lourdeur peu marquées. Par ailleurs, lorsqu'il y a intervention, celles-ci 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.

En plus d'utiliser les données Med-Écho pour les chirurgies d'un jour, le défi consistait à analyser les fichiers de rémunération à l'acte de la RAMQ pour classifier, en APG et par établissement, les visites ambulatoires ayant mis le patient en contact avec un médecin. Il fallait plus précisément catégoriser les visites en APG selon le milieu où les soins sont fournis (urgence et cliniques externes), selon la nature de la visite (médicale ou avec intervention) et le type de visite (simple, multiple, avec ou sans services accessoires). Il fallait ensuite pondérer ces APG pour établir un NIRRU qui mesure la lourdeur de la clientèle RAMQ et finalement les associer aux volumes déclarés par les établissements dans les rapports financiers et statistiques pour y appliquer le NIRRU. Cette

procédure a été suivie pour les clientèles de chirurgie d'un jour, de l'urgence, des cliniques externes et des patients enregistrés.

*a) La chirurgie d'un jour*

Les clientèles pour lesquelles les données Med-Écho ont rendu possible l'attribution d'un regroupement homogène et l'attribution d'un indice de lourdeur furent d'abord les patients de chirurgie d'un jour, qui ont été classés en DPG et en APR-DRG et pondérés respectivement avec les données de coûts du Canada (Ontario et Alberta via ICIS) et du Maryland. Les corrélations obtenues en comparant les vecteurs de lourdeur par établissement sont de 0,889 entre les DPG et les APR-DRG, résultat qui indique que la lourdeur est établie de façon très homogène.

*b) L'urgence*

Comme les données portant particulièrement sur l'urgence sont bien identifiées dans les fichiers de la RAMQ, il a été possible d'attribuer des APG à cette clientèle. Le volume des visites est généralement très comparable entre les données RAMQ et celles déclarées par les établissements au centre #6240-Urgence, dans une proportion moyenne de 94,4 %. La principale difficulté a trait à certains CH, 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 NIRRU a ensuite été bâti en prenant le nombre de visites correspondant au nombre de jours-présence enregistrés à l'urgence.

*c) Les cliniques externes et les patients enregistrés*

L'univers des cliniques externes des établissements s'est avéré 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 sont évidemment pas dans les fichiers. Deuxièmement, sont regroupés ensemble les actes relatifs à la chirurgie d'un jour, la médecine de jour, les endoscopies, les biopsies, les cliniques spécialisées, l'hémodynamique, l'hémodialyse, etc. Enfin, troisièmement, certains centres d'activités pour patients ambulatoires, dont le budget totalise environ 200 millions de dollars, ont été exclus car 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 ce qu'il fallait mesurer par établissement et ce qui pouvait être identifié à la RAMQ. Non seulement le taux de couverture totale n'était que des deux tiers, mais il était aussi très variable, avec un pouvoir explicatif de l'indice de lourdeur trop faible.

Enfin, faute de données pertinentes, tous les services offerts aux patients enregistrés (sans contact médecin), qui totalisent 250 millions de dollars, dont la moitié pour les seuls laboratoires, n'ont fait l'objet ni de regroupement, ni de pondération, ni d'évaluation.

En conclusion, en ce qui concerne les soins ambulatoires, les données relatives aux chirurgies d'un jour et aux urgences ont été retenues pour les besoins de la simulation, mais comme il a été impossible de mesurer adéquatement les cliniques externes et les autres soins ambulatoires, il a fallu abandonner l'idée de les intégrer dans le modèle économétrique des mesures transitoires.

### **2.3 Le calcul des coûts attendus pour les clientèles ambulatoires**

La simulation des coûts en fonction du volume et de la lourdeur relative a été faite séparément pour la clientèle des chirurgies d'un jour et pour celle des urgences.

En ce qui concerne tout d'abord les chirurgies d'un jour, les calculs économétriques n'ont donné aucun résultat permettant d'obtenir un facteur significatif de corrélation. Comme les données de base étaient issues du système Med-Écho, on a alors essayé d'ajouter cette clientèle aux patients hospitalisés en santé physique. On a constaté, même si l'équation linéaire des patients hospitalisés se trouvaient quelque peu modifiée, que les quatre paramètres demeuraient statistiquement significatifs et que la valeur explicative du modèle passait même de 82 à 85 %, ce qui s'explique probablement par l'aspect complémentaire des deux clientèles. Cette nouvelle équation a donc été retenue pour le calcul des coûts attendus des deux clientèles.

La clientèle des urgences a, quant à elle, été simulée en la mettant en relation avec deux facteurs, soit premièrement les volumes de cas obtenus des regroupements homogènes d'APG et pondérés par des indices NIRRU établis à partir de données de l'Iowa, et deuxièmement l'enseignement médical, en utilisant le même paramètre que celui du modèle des patients hospitalisés en santé physique. La valeur explicative du modèle retenu est de 78 %, ce qui est assez significatif pour être utilisé dans le calcul des coûts attendus de la clientèle des urgences.

## **2.4 Les soins et services de longue durée, de santé mentale et autres**

Pour les catégories de soins et services autres que ceux de santé physique, le groupe de travail du Ministère a essayé, à titre de mesures transitoires 2001-2002, de projeter les dépenses 1999-2000 à coût et à performance constants, en utilisant différents indicateurs pertinents aux clientèles touchées. Une analyse de l'évolution des dépenses de chaque établissement pris individuellement a été faite pour obtenir un indicateur représentatif de l'évolution spécifique 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 annuels d'augmentation. De même, au niveau des établissements pris globalement, aucune tendance de fond n'a pu être dégagée pour les soins et services analysés.

Comme ces écarts auraient pu être explicables par des variations de volumes, des travaux additionnels ont été réalisés afin d'établir une évolution des volumes basée sur le concept d'« équivalent cas » pour chaque catégorie de soins et services analysée. Cette notion, qui provient du contour financier des CHSGS, vise à rendre comparables les différents types de volumes à l'intérieur d'une catégorie de soins et services. Or, il a été constaté qu'il n'y avait pas de lien apparent entre l'évolution des dépenses et celle des « équivalents cas », 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, de santé mentale et autres programmes n'ont pas été pris en considération dans le modèle retenu.

Rappelons que la période sous analyse est marquée par la transformation et la consolidation des réseaux régionaux de services, ce qui a eu un impact sur les services donnés à ces clientèles. Cela explique les variations très différentes

dans l'évolution des dépenses et du volume d'équivalents cas de chacun des CHSGS. En raison de ces difficultés, il a été conclu qu'il ne serait pas approprié, pour les besoins des mesures transitoires, de projeter les dépenses des programmes de santé mentale, d'intégration sociale et d'adaptation sociale.

### **3. Le calcul des performances financières relatives**

Afin de calculer les performances financières relatives, un dernier ajustement a été fait à la base des coûts 1999-2000 pour les patients hospitalisés afin de tenir compte des coûts indirects de recherche qui sont supportés par les budgets d'opération des centres hospitaliers à vocation universitaire. Ces coûts indirects ont été estimés en prenant les dépenses des centres d'activités de soutien et en calculant une proportion au prorata de la surface des centres de recherche par rapport à la surface totale des CH. Toutefois, 50 % des dépenses ainsi estimées ont été réparties au prorata des subventions de recherche reçues par les centres, afin de tenir compte des types de recherche exigeant moins de locaux. Le montant total de l'ajustement a été de 14,3 millions de dollars, ce qui correspond à environ 14 % des subventions de recherche des centres (base 1998-1999).

Après avoir déduit les frais indirects de recherche des coûts totaux, les valeurs des facteurs du modèle économétrique pour les patients hospitalisés et les chirurgies d'un jour ont été ensuite recalculées en tenant compte d'autres corrections ayant trait à la précision des données. Ces derniers ajustements ont diminué légèrement la capacité explicative de 86 % à 85 %, mais ils ont amélioré la position relative des CHU qui ont des activités importantes de recherche. Le calcul des coûts attendus de ces deux clientèles a été additionné aux coûts attendus des clientèles d'urgence. Les totaux des coûts attendus ont ensuite été comparés aux coûts réels pour obtenir les écarts de performance financière. Un élément important prévu au cadre méthodologique des mesures transitoires n'a pas pu finalement être inclus. Il avait été prévu en effet que les volumes de cas pondérés par établissement devaient être projetés sur deux ans (2000-2001 et 2001-2002) de façon à tenir compte de l'évolution possiblement variable des clientèles durant cette période. Pour faire une telle projection, il aurait fallu procéder à une analyse des bassins de desserte par établissement

et les délais ne l'ont pas permis. Les mesures calculées sans projection de volume équivalent donc à conserver les mêmes niveaux comparatifs de volume entre établissements que ceux de 1999-2000. Cette question complexe est reliée à la problématique de l'accessibilité des soins et elle sera discutée plus en profondeur dans le rapport final.

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 attendus sont inférieurs à leurs coûts réels est de 105,4 millions \$. 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 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 CH non performants est égale à -7,3 % de leur base de coûts réels simulés, qui est de 1 388,6 millions de dollars, tandis que la même moyenne des CH performants est de 6,8 % sur une base de coûts réels simulés de 1 54,4 millions de dollars. Entre les deux ensembles d'hôpitaux, on peut ainsi présumer une différence moyenne de performance de 14,1 points de pourcentage découlant des facteurs explicatifs qui ont été retenus pour calculer les modèles économétriques. Cette différence correspond au champ possible des améliorations de performance pour tous les établissements qui sont en bas de la moyenne de 6,8 % des établissements performants.

Dans l'interprétation des résultats, il faudra tenir compte de deux éléments importants. Tout d'abord, il est possible que d'autres facteurs ou d'autres indices expliquent davantage les variations de coûts moyens par établissement, ce qui

permettrait d'aller au-delà du 85 % obtenu. Compte tenu des coûts plus élevés des soins aux personnes, il se pourrait, par exemple, que l'ajout du facteur de l'âge en relation avec le nombre de cas de sévérité élevée ait ainsi un impact sur la capacité explicative du modèle. Mais le raffinement des calculs exigera autant une amélioration de la qualité des données que la poursuite des recherches statistiques et économétriques. Deuxièmement, comme nous l'avons mentionné précédemment, la consommation des soins n'a pas pu être analysée par rapport aux bassins de desserte de chacun des établissements et par rapport au profil de consommation de l'ensemble du Québec. Il est donc possible théoriquement qu'un établissement apparaissant financièrement performant n'essaie pas de contrôler le volume de soins, ce que font au contraire certains établissements qui ont comme objectif de respecter la contrainte imposée par leur budget. Ce volet devra être inclus dans l'approche des mesures transitoires des prochaines années.

Enfin, il est important de souligner que la performance générale d'un CH dépend beaucoup de la disponibilité des services en amont et en aval dans les autres établissements du réseau, dont notamment les services de première ligne, la disponibilité des lits de longue durée, l'organisation des soins à domicile ou encore l'accès à des services de réadaptation. On touche ici à l'organisation globale des services de santé et des services sociaux, et c'est un des éléments importants sur lesquels interviennent les régies régionales pour optimiser la performance des établissements.

#### **4. Proposition de mise en application des mesures transitoires**

---

Le calcul des mesures transitoires a donc 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. 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 clientèles ambulatoires. Par ailleurs, malgré les lacunes des données actuelles, il a recommandé que le mode de financement des CHSGS soit modifié dès 2001-2002 en utilisant le modèle qui a été conçu.

C'est aussi l'avis de notre comité qui croit que la méthode utilisée est valable et crédible car les résultats à chacune des étapes furent basés sur des tests statistiques qui se sont avérés fiables. En la mettant en application, il est important que le Ministère envoie un message clair au réseau des CHSGS afin, d'une part, d'encourager la performance et, d'autre part, de décourager l'utilisation de la voie du déficit et de la non-performance financière comme moyen de rehausser les bases budgétaires. Le Comité propose en conséquence les recommandations suivantes.

- 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 impact significatif, il faut que les ajustements correspondent à au moins 20 % des écarts qui ont été identifiés par la méthode, en évitant toutefois 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 apparaissant 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, on réduit au minimum les erreurs possibles et inhérentes à ce genre de calcul. Le Comité est donc d'avis que la mise en application de la méthode ne créera pas de préjudices aux établissements qui seront visés par les ajustements négatifs et qu'elle encouragera dans tous les hôpitaux les pratiques de gestion visant la performance. Toutefois, l'impact global par région sera différent et le Ministère devra être prudent pour que ne soient pas augmentés les écarts défavorables d'équité interrégionale qui en découleraient.

Il faut enfin prévoir pour les prochaines années un processus d'amélioration continu du nouveau mode de budgétisation. À court terme, d'ici à ce que de nouveaux systèmes d'information soient disponibles, un mécanisme d'audit devra être mis en place pour vérifier la qualité des données des systèmes actuels. Il faudra compléter la procédure de calcul utilisée pour 2001-2002 par une analyse du volume et des besoins afin de relier la production à la consommation de la clientèle visée. Une troisième amélioration, également

possible à court terme, serait d'utiliser des indices de coûts canadiens au lieu du NIRRU actuellement utilisé. Ces différents points, de même que le développement des systèmes à long terme, seront discutés plus en profondeur dans le rapport final.

## Lexique

- APG : Ambulatory Patient Groups # : regroupements de patients ambulatoires analogues aux DRG et établis par les mêmes concepteurs américains. Couvre la quasi-totalité des clientèles ambulatoires.
- APR-DRG : All Patient Refined - Diagnosis Related Groups # : système de classification des patients admis en groupes homogènes sur le plan clinique et sur le plan ressources mobilisées.
- DPG : Day Procedures Groups # : regroupements de patients ayant subi une ou des interventions médicales sur une base ambulatoire. Outil mis au point par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
- NIRRU : Niveau d'intensité relative des ressources utilisées : indice de lourdeur servant à normaliser les clientèles.
- CMD : Catégorie majeure de diagnostics # : regroupement d'APR-DRG de même appareil ou système corporel.
- CPC : Coûts par cas. Par extension : coût par patient, coût par visite.
- CH : Centre hospitalier.
- CHU : Centre hospitalier universitaire.
- CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.
- CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée.
- M30 : Rapport financier par lequel l'établissement rend des comptes au Ministère.
- RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec.
- Admis : Patient admis, occupant un lit compris dans le nombre figurant au permis car son état de santé nécessite une hospitalisation.
- Inscrit : Patient recevant des services qui ne nécessite pas son hospitalisation et n'occupant pas un lit inscrit au permis.
- Enregistré : Patient enregistré à la suite d'une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste pour des services externes en vue d'un diagnostic médical ou dentaire.

## Liste des membres

Monsieur Denis Bédard, président du Comité

Monsieur Richard Bastien, directeur  
Suivis budgétaires et environnement  
Association des hôpitaux du Québec

Docteur Bruce Brown, vice-président  
Services professionnels  
Centre hospitalier St. Mary's

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

Docteur Luc Deschênes, directeur général  
Direction 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 et du Centre-du-Québec

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

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