

RÉSUMÉ

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



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 2-550-38697-3

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

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE EXÉCUTIF	I
1. LE MANDAT DU COMITÉ	1
2. LA SITUATION DES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS AU QUÉBEC	2
3. LE FINANCEMENT DES CENTRES HOSPITALIERS AU CANADA ET DANS D'AUTRES PAYS.....	5
4. LA RÉVISION DU MODE DE BUDGÉTISATION DES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS	7
Recommandation 1	9
Recommandation 2	9
Recommandation 3	10
5. LA MISE EN APPLICATION DU NOUVEAU MODE DE BUDGÉTISATION DES CHSGS : LES MESURES PROVISOIRES 2001-2002	13
Recommandation 4	15
6. LA RÉVISION DU PROCESSUS D'ALLOCATION DES RESSOURCES DU SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ	17
Recommandation 5	18
Recommandation 6	19
Recommandation 7	19
Recommandation 8	20
Recommandation 9	20
7. LE DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES D'INFORMATION SUR LES PATIENTS ET LES COÛTS.....	23
Recommandation 10	24
Recommandation 11	24
Recommandation 12	25
Recommandation 13	25
8. QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES RELIÉES À LA RÉFORME DU PROCESSUS BUDGÉTAIRE	27
Recommandation 14	28
Recommandation 15	28
Recommandation 16	28
Recommandation 17	29
Recommandation 18	30
Recommandation 19	31
LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ.....	33

RAPPORT DU COMITÉ SUR LA RÉÉVALUATION DU MODE DE BUDGÉTISATION DES CHSGS

SOMMAIRE EXÉCUTIF

L'objectif de la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) était, d'une part, d'introduire le volume et la lourdeur des soins dans le processus budgétaire et, d'autre part, de favoriser la performance relative des établissements. Le Comité devait proposer un plan d'implantation comprenant des mesures transitoires dès l'année financière 2001-2002.

La base budgétaire des CHSGS est actuellement d'environ 6 milliards de dollars. Après avoir été stable durant la période des premières compressions budgétaires (de 1994-1995 à 1997-1998), elle connaît une nouvelle croissance annuelle de plus de 5 % depuis 1998-1999. L'évolution des dernières années a eu comme conséquence de placer les hôpitaux dans une situation financière difficile et le Comité est d'avis qu'il est urgent de revoir leur mode de budgétisation afin d'éviter que la voie du déficit devienne une pratique normale de financement.

Face aux mêmes enjeux, on remarque que les autres gouvernements, qui administrent des systèmes publics de santé, recherchent également à mettre en place de nouveaux processus budgétaires. Ces processus visent à répartir les ressources entre les régions de façon équitable, en fonction des besoins des populations, et à financer ensuite les établissements selon une approche normative basée sur des coûts moyens standards par catégorie de soins. Cette orientation est devenue possible grâce au développement de systèmes d'information sur les coûts et les soins qui s'inspirent de la méthode dite des DRG (Diagnosis Related Groups) mise en application aux États-Unis au début des années 1980. Ce type d'information permet de calculer les budgets standards et d'évaluer la performance financière des hôpitaux par la comparaison des coûts moyens des diagnostics, ces derniers étant pondérés pour la lourdeur relative des traitements. Les coûts standards sont ajustés lorsque les hôpitaux encourrent des coûts supplémentaires reliés à l'enseignement, la recherche, l'éloignement ou tout autre facteur hors de leur contrôle.

Le Comité propose que le nouveau mode de budgétisation des CHSGS s'inspire d'une telle approche normative. Comme le ministère de la Santé et des Services sociaux dispose déjà de l'information requise sur les diagnostics pour les

patients hospitalisés, de même que pour les soins en chirurgie d'un jour et l'urgence, il a été possible de concevoir des mesures transitoires s'appliquant à 65 % du budget des CHSGS. Les mesures transitoires furent mises en application par le Ministère à l'occasion du budget 2001-2002 alors que les enveloppes budgétaires des centres hospitaliers ont été ajustées à la marge en fonction de leur performance relative.

Pour utiliser le modèle intégral, il faudra améliorer l'information sur les coûts par épisode de soins et compléter les systèmes d'information de façon à couvrir toutes les catégories de soins. La mise en application du nouveau mode de budgétisation ne pourra toutefois se faire sans une révision en profondeur du processus d'allocation des ressources concernant le Ministère et les régies régionales de la santé et des services sociaux. Le processus actuel est, en effet, caractérisé par l'utilisation du budget global historique à tous les niveaux, sans aucune référence aux programmes de services. Si on introduit le volume et la lourdeur des soins dans la budgétisation des CHSGS, il n'y aura plus de cohérence dans l'ensemble du processus.

Le Comité propose donc de revoir également le mode de budgétisation du Ministère et des régies régionales, en procédant à la ventilation de leurs enveloppes budgétaires par programme de services et en prévoyant les budgets selon l'évolution de la demande de soins. La répartition interrégionale des ressources devra être faite, comme l'exige déjà la Loi sur les services de santé et les services sociaux, en proportion du niveau des besoins des populations, basés sur une consommation normalisée des soins. Les enveloppes régionales ainsi réparties devront être ajustées, afin de compenser les coûts entraînés par les échanges de services : les services nationaux super spécialisés seront facturés aux régies régionales d'où proviennent les patients, tandis que les échanges de services locaux et régionaux donneront lieu à une compensation financière globale entre les régions (sans facturation). Les enveloppes régionales devront aussi être ajustées pour financer les coûts supplémentaires encourus par les centres hospitaliers pour l'enseignement, la recherche et l'éloignement.

Le nouveau processus budgétaire va permettre une répartition plus équitable des ressources et une accessibilité aux services comparables entre les régions. L'utilisation des coûts standards sera un puissant incitatif à l'amélioration de la performance financière et clinique. La mise en application des mesures aura donc un effet important sur la dynamique et l'évolution à long terme du système de santé, ce qui va toutefois exiger des investissements importants pour le développement des systèmes d'information. Ces investissements qui seront de l'ordre de 115 millions de dollars sont absolument nécessaires si on veut améliorer la gestion d'un réseau qui dépense annuellement 6 milliards de dollars. Pour appuyer le Ministère dans la réalisation de la réforme et pour s'assurer que les enjeux ne seront pas oubliés, le Comité propose la création d'un comité conjoint permanent dont le mandat sera de faire le suivi des recommandations du rapport.

**Le processus d'allocation des ressources :
Comparaison entre le processus actuel
et le processus proposé**

PROCESSUS ACTUEL

- ◆ Enveloppe globale non ventilée.
- ◆ Taux d'augmentation fixant un objectif de dépenses sans référence à la demande prévue de soins.
- ◆ Enveloppe globale non ventilée.
- ◆ Répartition interrégionale basée sur la structure de production.
- ◆ Base budgétaire historique.
- ◆ Ajustements pour développement ou correction des bases.
- ◆ Aucune procédure.
- ◆ Budget global.
- ◆ Base historique.
- ◆ Ajustements pour développement ou correction des bases.
- ◆ Objectif d'efficience (coûts moyens par activité hospitalière).



PROCESSUS PROPOSÉ

- ◆ Enveloppe budgétaire ventilée par programme.
- ◆ Prévion de la consommation de soins.
- ◆ Prévion des coûts standards.
- ◆ Estimation des besoins financiers et des ajustements pour atteindre l'équilibre.
- ◆ Enveloppe budgétaire par programme.
- ◆ Répartition interrégionale basée sur une consommation normalisée (approche populationnelle).
- ◆ Ajustements pour le développement et coûts supplémentaires liés à l'enseignement, la recherche, l'éloignement, etc.
- ◆ Services nationaux : facturation.
- ◆ Services locaux et régionaux : compensation interrégionale des échanges.
- ◆ Enveloppe par programme.
- ◆ Approche normative basée sur services produits (volume et lourdeur) et coûts standards.
- ◆ Estimation d'un budget standard et objectif de performance (coûts moyens par service).

1. LE MANDAT DU COMITÉ

a/ La définition du mandat

Le Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) a été créé en juin 2000 par le ministère de la Santé et des Services sociaux qui lui a confié le mandat de revoir le 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 aussi déterminer 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.

b/ Les enjeux

Le mode de budgétisation des CHSGS se définit comme un ensemble de procédures qui visent à fixer le niveau de revenus et de dépenses que devra respecter un établissement durant un exercice financier donné. Il a un effet direct sur la répartition des ressources, l'accessibilité aux services de santé et donc sur l'équité de la consommation des services. De plus, comme il est la dernière étape d'un processus budgétaire qui implique trois niveaux décisionnels, à savoir le Ministère, les régies régionales de la santé et des services sociaux et les établissements eux-mêmes, il est important que l'ensemble du processus soit cohérent d'une étape à l'autre. Enfin, pour que le nouveau mode de budgétisation tienne compte, d'une part, du volume et de la lourdeur des soins et, d'autre part, de la performance relative des centres hospitaliers, il faut faire appel à des systèmes sophistiqués d'information qui permettent de regrouper les soins en catégories homogènes et de connaître les coûts de traitement de chacune des catégories. L'équité de la consommation des services, la cohérence du processus et les systèmes d'information sont apparus comme les trois enjeux importants du mandat du Comité.

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

a) L'évolution financière du réseau depuis 1994-1995

Sur environ 125 établissements classés dans la catégorie des CHSGS, le Comité a retenu pour fins d'analyse 81 centres hospitaliers qui offrent un minimum de soins de courte durée. Ces établissements ont dépensé 4 954 millions de dollars en 1994-1995, année à partir de laquelle les régies régionales ont reçu la responsabilité d'allouer les budgets aux établissements sociosanitaires de leur région. Par la suite, en réponse à l'objectif de la politique gouvernementale visant l'atteinte du déficit zéro, le niveau de dépenses des CHSGS est resté stable jusqu'en 1998-1999, mais il a augmenté de 15 % au cours des deux années suivantes pour atteindre 5 731 millions de dollars en 2000-2001.

On constate rétroactivement que les contraintes budgétaires qui leur furent imposées durant cette période ont été difficilement respectées, puisque les CHSGS sont passés graduellement d'une position de quasi-équilibre en 1994-1995 à un déficit de 452 millions de dollars en 1999-2000. Ces résultats montrent qu'ils n'ont pu absorber totalement les compressions budgétaires et le Ministère a dû injecter 1,7 milliard de dollars depuis deux ans pour financer les déficits accumulés et rehausser les bases budgétaires.

b) Les dispositions légales régissant le processus budgétaire

Dans le cadre actuel de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les responsabilités du processus budgétaire se répartissent comme suit :

- ◆ le Ministère doit voir à la répartition interrégionale des ressources en fonction des populations à desservir et il doit établir les règles applicables aux régies régionales quant à l'allocation des budgets aux établissements ;
- ◆ les régies régionales sont responsables des plans d'organisation des services pour répondre aux besoins de la population et elles allouent les budgets de fonctionnement aux établissements ;
- ◆ les établissements doivent préparer leurs prévisions budgétaires selon l'enveloppe financière reçue et elles doivent transmettre un budget équilibré à la régie régionale qui n'a pas à l'approuver.

Selon ces dispositions, le processus budgétaire doit théoriquement respecter trois critères, à savoir :

- ◆ tenir compte des besoins de la population et viser l'équité interrégionale ;
- ◆ financer les services prévus dans le plan d'organisation des services ;
- ◆ viser l'équilibre budgétaire.

c/ Le déroulement du processus budgétaire

Le processus budgétaire observé au cours des dernières années s'est toutefois déroulé de façon différente de celui qui est prévu par la loi. Tout d'abord, le Ministère a continué à reconduire les budgets des régies régionales selon leur base historique et l'approche basée sur les besoins de la population (dite approche populationnelle) n'a été utilisée que marginalement, notamment pour l'application des compressions budgétaires et pour la distribution des crédits additionnels visant l'amélioration des services.

À la deuxième étape du processus décisionnel, comme le Ministère n'a pas édicté de règles pour encadrer l'allocation des budgets aux établissements, les régies régionales ont adopté, depuis 1994–1995, des modes de budgétisation qui leur semblaient les plus appropriées à la situation de leur région. Elles ont utilisé en général deux approches. La première approche consistait à répartir les efforts budgétaires demandés en proportion des bases budgétaires et en fonction des possibilités de réduire le coût des services. La deuxième approche visait plutôt à réévaluer les besoins financiers des centres hospitaliers selon une méthode normative en relation avec les besoins de la population. Les deux approches cherchaient de manière différente à améliorer l'efficacité de la gestion et à réinvestir les économies de transformation en fonction des objectifs des plans d'organisation des services, notamment le développement des soins à domicile.

d/ La nécessité de réviser le processus budgétaire

En encourageant la réalisation des plans de transformation du réseau, combinée à une réforme de la pratique des soins, la stratégie financière du Ministère et du gouvernement durant la période de compressions a reposé sur l'hypothèse que les économies engendrées et les efforts faits pour accroître l'efficacité des établissements seraient suffisants pour maintenir les budgets constants et pour 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. Aucune mesure ne fut toutefois planifiée en vue d'influencer la demande de services. Les tentatives déployées ont permis de stabiliser les dépenses mais elles ne furent pas suffisantes, comme on le sait, pour empêcher une détérioration de la situation financière qui s'est soldée par des déficits de plus en plus importants pour un nombre de plus en plus élevé d'établissements.

Au-delà des difficultés de financement, ce qui caractérise en définitive le processus actuel d'allocation des ressources est le fait qu'il soit basé sur une approche uniquement globale. L'Assemblée nationale vote une enveloppe ministérielle globale pour le fonctionnement des établissements de santé et de services sociaux. Cette enveloppe est répartie entre les régies régionales qui reçoivent à leur tour une enveloppe globale, laquelle est finalement allouée aux établissements également sous forme globale. Il n'y a donc pas de lien direct avec les différents programmes de services. De plus, comme les budgets sont

reconduits sur une base historique, le processus budgétaire ne prend pas en considération la performance des établissements et l'évolution du volume et de la lourdeur des soins. La pratique des déficits a amené le gouvernement à passer, en 2000, une loi sur l'équilibre budgétaire précisant l'obligation pour les régies régionales et les établissements publics de respecter les enveloppes budgétaires. Le Comité est toutefois d'avis qu'il faudra réviser l'ensemble du processus d'allocation des ressources si on veut parvenir à un équilibre permanent du fonctionnement du réseau des CHSGS.

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

La croissance des coûts des systèmes publics de santé a amené tous les gouvernements des pays développés 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'efficacité et à l'efficacités. 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 Comité a 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 était 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. Notre analyse, qui a aussi porté sur l'organisation et le fonctionnement des systèmes publics d'assurance maladie, a fait 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 DRG¹,
- d) la recherche de mécanismes pour faire l'interface 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.

1. La méthode DRG (Diagnosis Related Groups) classe les diagnostics en groupes homogènes et leur assigne un indice de coûts afin de tenir compte de leur lourdeur relative.

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

a) 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, afin de viser un équilibre entre l'efficacité des services et l'efficience du fonctionnement ;
- ◆ la règle de l'équivalence des ressources financières et matérielles afin de doter chaque établissement de moyens comparables pour une prestation de services de qualité comparable ;
- ◆ la règle de la conformité à la pratique médicale, afin que la gestion budgétaire et la gestion clinique soient complémentaires ;
- ◆ la règle de la transparence afin de faciliter l'imputabilité des décisions des gestionnaires à tous les niveaux ;
- ◆ la règle de la cohérence de l'ensemble du système pour faciliter les choix de priorités compte tenu de la contrainte de la rareté des ressources.

Quant au mode de budgétisation lui-même, il 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 catégories de soins.

b) 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. Toutefois, pour implanter un nouveau processus budgétaire intégrant les dimensions volume, lourdeur et performance, il faudra disposer d'une information complète, uniforme et 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 financiers des programmes de santé et elle sera ensuite nécessaire pour faire une répartition interrégionale équitable des ressources. Les régions 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 de fixer des objectifs de performance relativement aux coûts de ces services.

c/ La méthode normative

La méthode à la base du nouveau mode de budgétisation repose sur une démarche normative qui consiste à comparer les coûts réels de chaque établissement avec les coûts moyens de l'ensemble du réseau et à expliquer la cause des écarts observés en analysant l'impact des dépenses qui découlent de facteurs sur lesquels les établissements n'ont pas de contrôle, tels que 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 sur performance.

d/ L'analyse des coûts par catégorie de soins

La mesure de l'influence potentielle des différents facteurs explicatifs est faite à l'aide d'un modèle économétrique qui évalue globalement la relation statistique entre les paramètres retenus et le coût réel observé. La méthode d'analyse est appliquée séparément à chacune des grandes catégories de soins, tels les soins aux patients hospitalisés et les soins aux patients ambulatoires. La procédure de calcul exige d'une part, pour chaque CHSGS, l'évaluation du volume de cas équivalents selon la lourdeur et le calcul du coût moyen réel par cas équivalent et, d'autre part, pour l'ensemble des CHSGS, l'évaluation du coût standard par cas équivalent. L'équation économétrique permet ensuite de calculer pour chaque CHSGS un coût standard ajusté par cas équivalent et c'est la comparaison de ce coût standard ajusté avec le coût moyen réel précédent qui permet de dire si un établissement est performant ou non.

En ce qui concerne la révision du mode de budgétisation, le Comité fait les trois recommandations suivantes.

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 afin de doter chaque établissement d'un budget comparable, 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.

— Tableau 1 —

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.	♦ 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.	♦ 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.	♦ 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.	♦ 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.	♦ 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	♦ 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.

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

La conception des mesures transitoires pour l'année budgétaire 2001-2002 a constitué une première étape dans la mise en application du nouveau mode de budgétisation des CHSGS. L'information actuellement disponible a permis de le faire pour 65 % de la base budgétaire, c'est-à-dire la plus grande partie des soins de santé physique, dont les soins offerts aux patients hospitalisés, les soins à l'urgence et les soins de chirurgie d'un jour. Pour ces trois catégories de soins, il a été possible de faire une estimation adéquate du volume de cas, de leur lourdeur et des coûts des épisodes de soins, pour ensuite procéder aux simulations visant à identifier les facteurs explicatifs des écarts entre les coûts moyens réels et les coûts standards ajustés².

a) Calcul du coût des soins et évaluation des facteurs explicatifs

L'information relative aux patients hospitalisés et à la chirurgie d'un jour provient du système québécois d'information appelé MED-ÉCHO, dans lequel on retrouve les diagnostics et les traitements reçus, lesquels sont codifiés selon la méthode dite des DRG (Diagnosis Related Groups) qui réunit en groupe homogène toutes les hospitalisations et chirurgies d'un jour au Québec. La lourdeur d'un cas est, par ailleurs, définie par référence à des indices de coûts des traitements. Les indices utilisés sont appelés NIRRU (niveau d'intensité relative des ressources utilisées) et en l'absence d'information sur les coûts des hôpitaux québécois par catégorie DRG, ces indices sont calculés à partir de données américaines adaptées à la pratique québécoise. L'information relative aux cas traités à l'urgence provenait des fichiers de la RAMQ (Régie de l'assurance maladie du Québec), ainsi que des rapports statistiques des centres hospitaliers. Les coûts indirects de la recherche ont été déduits des dépenses totales dans les centres hospitaliers universitaires.

À la suite des calculs statistiques et des simulations faites pour expliquer les écarts de coûts, le Comité a retenu pour les soins aux patients hospitalisés et la chirurgie d'un jour, les facteurs explicatifs suivants :

- ♦ la lourdeur des cas mesurée par l'indice NIRRU,
- ♦ l'enseignement médical,
- ♦ l'éloignement par rapport à Québec et à Montréal,
- ♦ la néonatalité.

L'ensemble des quatre facteurs a généré une équation linéaire qui permet d'expliquer 85 % des coûts réels des soins aux patients hospitalisés et des soins de chirurgie d'un jour, ce qui est considéré comme un bon résultat. En ce

2. Pour les fins des mesures transitoires, le modèle a été appliqué à 61 des 81 établissements mentionnés à la section 2, c'est-à-dire, ceux ayant plus de 2000 patients par année.

qui concerne les soins à l'urgence, les facteurs explicatifs sont au nombre de deux, soit la lourdeur des cas et l'enseignement médical. La capacité explicative du modèle utilisé a été de 78 %, ce qui est également satisfaisant.

b) Les résultats et la mise en application des mesures transitoires

Comme la méthode normative est basée sur la moyenne des coûts de l'ensemble, le total des écarts des hôpitaux performants est le même que celui des hôpitaux non performants, soit 105 millions de dollars. Ces écarts 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 pour les 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.

Malgré certaines lacunes de l'information actuelle sur les soins et les coûts, le Comité 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 un rapport d'étape, de les mettre en application afin que le Ministère laisse savoir clairement aux centres hospitaliers qu'il désire encourager la performance et décourager l'utilisation de la voie du déficit comme moyen d'augmenter les bases budgétaires. Pour avoir un effet significatif, il a été proposé que les écarts de performance ou non performance donnent lieu à des ajustements correspondant à 20 % des écarts estimés, sans dépasser les montants prévus pour l'indexation dans les cas de non performance. Le Ministère a accepté cette proposition en plafonnant toutefois les écarts négatifs à 10 % des dépenses analysées et en limitant à 2 % de leur budget l'octroi de ressources supplémentaires aux hôpitaux performants.

En ce qui concerne les mesures transitoires, le Comité a fait la recommandation suivante.

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.

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

La mise en application 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 actuel 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 régies régionales et le mode de budgétisation des établissements.

a) La répartition interrégionale des ressources

La répartition interrégionale des ressources doit tenir 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). Pour intégrer ces deux dimensions, il faut pouvoir les rattacher à une base budgétaire qui fait le lien entre les ressources et les services et qui peut être obtenue en répartissant l'enveloppe budgétaire globale du Ministère en programme de services. Les programmes de services seront l'élément intégrateur du processus budgétaire à chaque niveau décisionnel.

Le Comité propose en conséquence que le processus budgétaire annuel du Ministère se déroule de façon à ce que l'estimation des crédits budgétaires soit faite par programme et qu'elle traduise les priorités en matière de politique de santé et les objectifs quant au volume de services qui sont attendus des établissements du réseau.

À la deuxième étape du processus budgétaire, c'est-à-dire la répartition interrégionale des ressources, il faut utiliser une approche dite populationnelle qui consiste à calculer **un indice pondéré par personne** qui correspond à une consommation normalisée pour l'ensemble du Québec. Chaque régie régionale recevrait alors les ressources nécessaires pour financer les services reçus par ses résidents, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de la région. L'approche populationnelle permettrait un financement plus équitable des régions, mais sa mise en place soulève la question du règlement des échanges interrégionaux de services.

b) Les échanges de services

On distingue deux catégories d'échanges de services. La première catégorie a trait à des services ultraspécialisés ou suprarégionaux qui desservent plusieurs régions ou même l'ensemble du Québec. La deuxième catégorie comprend les échanges de services locaux et régionaux qui découlent habituellement de la mobilité de la population ou de choix personnels de la part des bénéficiaires.

La valeur des services nationaux totalise environ 400 millions de dollars et le Comité propose que ces services soient dorénavant planifiés centralement par le Ministère et financés en facturant les régies régionales d'où viennent les bénéficiaires. Pour minimiser les coûts administratifs, la facturation pourrait transiter par la RAMQ qui établirait les comptes à payer et à recevoir de chacune des régies. L'avantage d'un tel système serait d'avoir une gestion transparente des services nationaux et une meilleure garantie d'accessibilité équitable.

En ce qui concerne les services locaux et régionaux, on évalue leurs échanges à environ 440 millions, dont 58 % pour les patients hospitalisés et 42 % pour les soins ambulatoires. La plus grande partie des échanges ont lieu dans les grandes régions de Montréal et de Québec et 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.

Sur le plan budgétaire, la solution administrative la plus facile de tenir compte des échanges de services locaux et régionaux est de procéder par un mécanisme de compensation globale entre les régies régionales, compensation qui serait basée sur une évaluation des services rendus et des services reçus. Cette solution aura 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 des services dans leur région et d'accroître leur taux d'autosuffisance des services hospitaliers.

En ce qui concerne la révision du processus d'allocation des ressources du secteur des soins de santé, le Comité propose les recommandations suivantes.

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 ;

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

- /// 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.

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.

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 ;

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

- /// 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.

— Tableau 2 —

**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	◆ Prév́ision des volumes de services en tenant compte de l'évolution des besoins des bénéficiaires par programme ou composante de programme. ◆ Prév́ision 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 prév́isions 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.	◆ 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.	◆ 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.	◆ Mise en application du nouveau mode de budgétisation des CHSGS qui détermine les enveloppes budgétaires des établissements en tenant compte de la prév́ision 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.

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 visant à mesurer la performance financière des établissements. À cela s'ajoute 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 chacun des niveaux décisionnels en prenant les programmes de services comme élément intégrateur.

a) Les constats sur les systèmes 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 à savoir qu'elles ne couvraient pas tous les soins ambulatoires, que certaines classifications étaient devenues désuètes, que les procédures de collecte et d'agrégation ne sont pas assez normalisées et qu'il n'y a aucun processus de vérification. Enfin, il n'y a pas d'information sur les coûts québécois par catégorie de traitement.

b) Les mesures proposées

Afin de corriger ces lacunes, la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation du Ministère a préparé un plan de développement qui nécessitera des investissements importants pour concevoir les nouveaux systèmes, les valider et les mettre en application. Certaines mesures seront prises à court terme pour améliorer la qualité et la comparabilité des données du système actuel MED-ÉCHO. Le plan de développement proprement dit comprendra trois volets : le premier volet portera sur la refonte de 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.

Les données complètes provenant des nouveaux systèmes 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.

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. C'est pour ces raisons que le Comité a fait les recommandations suivantes.

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 :

- /// 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.

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.

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 Comité s'est penché précisément sur 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 rapport aborde, en terminant la question de l'implantation de la réforme du processus budgétaire et la relation entre le processus budgétaire et la gouverne du réseau.

a) 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 que ces règles devraient être basées sur le principe que la prise en compte des facteurs de croissance ne doit pas servir de mesure indirecte de compression. Ceci est particulièrement vrai pour les taux d'indexation relatifs aux prix et aux salaires. En ce qui concerne par ailleurs l'évolution des technologies et de la pratique médicale, leur impact se reflètera dans la hausse du volume et de la lourdeur des cas et il n'y a pas lieu d'en faire un facteur spécifique de croissance afin de ne pas créer de pressions inflationnistes au plan des dépenses.

Le Comité a donc fait les trois recommandations suivantes à l'égard des facteurs de croissance.

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.

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.

b) Le financement des investissements

La valeur totale des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux est estimée à 13 milliards de dollars, dont 10,1 millions pour les immeubles et 1,9 milliard pour les équipements et le mobilier. Le montant annuel total des investissements est de l'ordre de 600 millions de dollars. Il n'était pas dans le mandat du Comité d'étudier le financement global des

investissements mais le problème qui se pose est de savoir si le budget de fonctionnement devrait inclure les dépenses relatives à l'entretien et aux réparations, ainsi qu'à l'achat du mobilier et des équipements.

La question du financement des investissements a été récemment étudiée par un groupe de travail comprenant des représentants du Ministère, des régies régionales et des associations d'établissement. Ce groupe de travail a recommandé de réviser le processus actuel et de proposer un mode de fonctionnement plus décentralisé. Selon la nouvelle approche, les établissements sont responsables de l'entretien et du maintien de leurs actifs, tandis que les régies régionales s'occupent du maintien de la fonctionnalité des immeubles et de l'achat des équipements spécialisés. Mais tout ce qui touche au développement des services est sous la responsabilité du Ministère. Pour s'acquitter de leurs responsabilités, les établissements et les régies régionales disposeront d'enveloppes budgétaires protégées.

Le Comité est d'accord avec l'orientation proposée et comme les enveloppes annuelles autorisées seront financées par service de dette, le budget de fonctionnement doit demeurer distinct et ne servir qu'à financer les dépenses courantes de services. Le Comité recommande toutefois d'ajouter à la proposition du groupe de travail un élément relatif aux systèmes d'information qui sont aussi une forme d'investissement qui a besoin d'être entretenu et renouvelé.

Le Comité a donc fait la recommandation suivante à l'égard du financement des investissements.

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.

c/ Les systèmes d'évaluation de la décision clinique

L'objectif du processus de réévaluation du mode de budgétisation des CHSGS est de tenir compte de l'évolution du 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 plus pertinente. 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.

Toutefois, 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.

Le Comité a fait la recommandation suivante concernant les systèmes d'évaluation de la décision clinique.

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.

d/ 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, l'urgence et la chirurgie d'un jour. Il reste donc à couvrir les autres services donnés par les CHSGS. De plus, 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 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. Compte tenu des enjeux en cause et du temps qu'il faudra pour les résoudre, le Comité est d'avis que le Ministère devrait créer un comité conjoint permanent sur la budgétisation et la gestion des établissements. Comme les établissements sont en majorité multivocationnels, ce nouveau comité devrait être composé de représentants du Ministère, des régions régionales et des différentes associations d'établissements. Non seulement il permettrait de dégager les consensus qui faciliteraient la réalisation de la réforme, mais 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 les services publics accessibles et de qualité.

Concernant l'implantation de la réforme budgétaire, le Comité fait la recommandation suivante.

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.

e/ 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 ».

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. 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.

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.