
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Programme de soins en établissement Paiements de transfert aux hôpitaux publics

La *Loi sur les hôpitaux publics* établit la compétence législative pour la réglementation et le financement du fonctionnement des hôpitaux publics de l'Ontario, tandis que la *Loi sur l'assurance santé* définit les services médicaux que les hôpitaux doivent offrir.

Actuellement, environ 80 pour 100 des coûts de fonctionnement des hôpitaux publics sont financés par les paiements de transfert accordés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le conseil d'administration de chaque hôpital est responsable de la prestation des services par l'hôpital. Le ministère et les conseils d'administration sont tous deux responsables de garantir le respect des lois et des règlements.

En avril 1996, le ministre de la Santé mettait sur pied la Commission de restructuration des services de santé (CRSS), en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé*, à titre d'organisme autonome indépendant du gouvernement. Le but principal de la restructuration vise à garantir l'offre de services de santé adéquats, et à des coûts convenables, qui conviennent aux besoins de la population sans cesse croissante et vieillissante de l'Ontario.

Le Programme de soins en établissement du ministère verse aux hôpitaux des sommes correspondant aux coûts de fonctionnement de leurs installations. Ce programme est géré par la Division des Programmes de soins de santé du ministère, qui s'occupe de la planification opérationnelle, de l'élaboration de politiques et du financement des hôpitaux publics.

Au cours de l'exercice 1998-1999, le ministère a versé environ 7,1 milliards de dollars en vue du fonctionnement des hôpitaux publics (voir le tableau ci-après).

Résumé des paiements de transfert pour le fonctionnement des hôpitaux publics

Type de financement	1997-1998 (millions de dollars)	1998-1999 (millions de dollars)
Financement de base	6 509	6 646
Financement transitoire	24	251
Financement de croissance	47	62
Financement du service des urgences	0	35
Autre financement	124	83
Total	6 704	7 077*

* De plus, en 1998-1999, le ministère a accordé une aide financière aux hôpitaux publics afin qu'ils rendent leurs systèmes informatiques conformes au passage à l'an 2000.

Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Outre les responsabilités mentionnées ci-dessus, la division facilite et coordonne la mise en œuvre des recommandations et des orientations de la CRSS. Au cours de l'exercice 1998-1999, le ministère a remis 248 millions de dollars aux hôpitaux pour les coûts uniques découlant de la mise en œuvre des orientations de la CRSS.

Le Groupe des services ministériels, par l'entremise du Programme des établissements de santé, offre une aide financière aux hôpitaux, afin de supporter les coûts de l'aménagement des installations approuvées. Durant l'exercice 1998-1999, le ministère a remis environ 52 millions de dollars en vue de la construction d'installations hospitalières et 49 millions pour des projets d'immobilisations réalisés sous la direction de la CRSS.

OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION

La vérification des paiements de transfert aux hôpitaux publics visait à déterminer si le ministère dispose de méthodes adéquates pour :

- s'assurer que le financement des hôpitaux est équitable et conforme aux lois pertinentes et aux politiques du ministère;
- contrôler l'efficacité du fonctionnement du réseau d'hôpitaux publics et faire rapport à ce sujet.

Pour la vérification, nous avons respecté les normes pour les missions de certification, qui englobent l'optimisation des ressources et la conformité et qui ont été établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés. En conséquence, nous avons eu recours à des tests et à d'autres méthodes que nous avons jugés nécessaires étant donné les circonstances. Avant le début de la vérification, nous avons déterminé les critères qui permettraient d'atteindre les objectifs fixés. La haute direction du ministère a passé en revue et approuvé ces critères.

Dans le cadre de la vérification, nous avons examiné et analysé les politiques et les

méthodes du ministère, nous avons interviewé des membres du ministère et de la CRSS, nous avons parcouru les rapports et la documentation se rapportant à ce sujet, ainsi que les documents d'hôpitaux conservés par le ministère, et nous avons examiné le fonctionnement de réseaux hospitaliers d'autres régions.

Nous avons également passé en revue le travail de la Direction de la vérification interne du ministère en cette matière. Toutefois, étant donné que la direction n'a pas réalisé, récemment, de vérification des programmes administrés par la Division des Programmes de soins de santé, nous n'avons pas pu faire appel à leur travail pour diminuer l'ampleur de la vérification. En mai 1999 nous avons terminé la majeure partie de la vérification.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES DE LA VÉRIFICATION

Certes, le ministère dispose de méthodes adéquates pour garantir que le financement des hôpitaux est conforme aux lois pertinentes, mais les méthodes destinées à s'assurer que les hôpitaux sont financés équitablement sont insuffisantes. Pour faire en sorte que le financement corresponde aux services assurés par les hôpitaux, le ministère doit :

- mettre au point des systèmes de financement des hôpitaux axés sur les demandes de services plutôt que sur les dépenses passées des hôpitaux;
- élaborer et utiliser des critères adéquats pour l'aide offerte aux hôpitaux qui connaissent des difficultés financières;
- mettre en place un processus de négociation plus rigoureux afin que les fonds consacrés au fonctionnement correspondent aux nouvelles installations approuvées.

En 1994, nous avons signalé qu'un cadre de responsabilisation adéquat permettrait à la direction du ministère de mettre en place des politiques et des méthodes qui exigeraient que les hôpitaux utilisent judicieusement les fonds publics. Toutefois, on n'a pas encore élaboré ce cadre.

De plus, le ministère ne dispose pas de méthodes adéquates pour le contrôle de l'efficacité du fonctionnement du réseau des hôpitaux publics et la production de rapports à cet effet. Plus particulièrement, le ministère doit :

- élaborer un ensemble d'indicateurs pour mesurer la performance des hôpitaux publics quant à la prestation de services de qualité et faire rapport à ce sujet;
- améliorer son processus en vue de la présentation, de l'examen et de l'approbation rapides des plans de fonctionnement des hôpitaux;
- mettre au point des protocoles destinés à s'assurer que les plaintes des patients reçues par le ministère font l'objet d'une enquête suivie et qu'on règle le problème en temps opportun;
- évaluer l'efficacité du financement des services des urgences temporaires et des initiatives visant à réduire la surpopulation des salles d'urgence des hôpitaux;
- contrôler périodiquement et évaluer l'efficacité du processus de restructuration.

CONCLUSIONS DÉTAILLÉES DE LA VÉRIFICATION

FINANCEMENT DES HÔPITAUX

ATTRIBUTION DES SUBVENTIONS DE FONCTIONNEMENT

3.09

On attribue les fonds de fonctionnement des hôpitaux en vertu d'une subvention de base et de subventions uniques accordées notamment pour le financement transitoire, la prise en charge de l'accroissement de la population et les programmes de traitement spécialisés. En général, le montant de la subvention de base de chaque hôpital est renouvelé d'une année à l'autre. Toutefois, au cours des exercices 1996-1997 et 1997-1998 on a réduit les subventions de base, dans l'ensemble, de 365 et de 435 millions de dollars, respectivement. Pour l'exercice 1998-1999, les subventions de base se sont élevées à environ 6,6 milliards de dollars, tandis que les subventions uniques versées aux hôpitaux ont été de 431 millions de dollars.

Au mois de mars de chaque année, on avise les hôpitaux du montant de la subvention de fonctionnement qu'on compte leur accorder pour le prochain exercice. D'après ce montant, chaque hôpital élabore un plan d'exploitation que le ministère doit approuver. En général, on autorise les hôpitaux à conserver les excédents, mais ils doivent éponger leurs déficits.

Nous avons passé en revue le calcul des subventions de base et uniques d'un ensemble d'hôpitaux choisis, pour l'exercice 1997-1998, et nous avons constaté qu'en général on établit le montant à accorder conformément aux politiques et méthodes en vigueur.

En cas de modification aux subventions accordées, on faisait appel à une formule de facteurs de redressement de financement qui visait à tenir compte de la rentabilité de l'hôpital. Cette formule a été mise au point par le Comité mixte des politiques et de la planification (CMPP), qui est composé de représentants du ministère et de l'Association des hôpitaux de l'Ontario. Cette formule est plus avantageuse pour les hôpitaux rentables que pour ceux qui ne le sont pas. On s'est servi de cette formule pour ventiler les réductions des subventions de base, lors des exercices 1996-1997 et 1997-1998, ainsi que pour attribuer un certain financement transitoire en 1998-1999.

Nous avons examiné la formule des facteurs de redressement de financement et nos conclusions sont les suivantes :

- La formule ne tient pas compte de la demande des services hospitaliers et elle ne mesure pas le bien-fondé des pratiques des hôpitaux. Actuellement, on n'attribue que certaines subventions ponctuelles par le recours à cette formule.
- La formule n'a pas établi le rapport précis entre la rentabilité relative d'un hôpital et sa subvention de base. En septembre 1998, environ 34 pour 100 des hôpitaux qui enregistraient un déficit étaient jugés rentables, tandis que 10 pour 100 des hôpitaux qui avaient déclaré des excédents étaient perçus comme non rentables.
- La formule est axée sur les activités et les coûts des soins actifs en établissement, qui représentent environ 60 pour 100 de toutes les dépenses des hôpitaux. On n'inclut pas des activités comme les services de consultations externes et les soins d'urgence, car on ne dispose pas de données statistiques fiables sur celles-ci.

Recommandation

Afin que ses méthodes correspondent davantage à la nature changeante des services hospitaliers et pour garantir un financement équitable des hôpitaux publics, le ministère doit :

- **améliorer le mécanisme de financement des hôpitaux, en tenant compte de la demande de services;**
- **élargir le mécanisme de financement afin d'englober d'autres activités hospitalières importantes, comme les services de consultations externes et les soins d'urgence.**

Réponse du ministère

Le ministère examine d'autres méthodes de financement qui sont davantage axées sur les activités. Le CMPP, qui constitue un partenariat auquel participe le ministère et les hôpitaux, sous l'égide de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, offrira des conseils continus au ministère au sujet d'un financement des hôpitaux axé sur la population.

Ailleurs au pays, ainsi qu'à l'étranger, on préconise de plus en plus le recours à un financement axé sur la population. Il s'agit d'un outil qui distribue une somme prédéterminée aux endroits où les gens ont le plus besoin de ressources.

Cette méthode de financement, une fois qu'elle aura été adoptée, tiendra compte de la demande de services de même que de l'ampleur des services de consultations externes et des soins d'urgence. Le CMPP élaborera une approche de mise en œuvre partagée vis-à-vis de la méthode de financement selon l'équité des taux et des volumes (RAVE). La phase finale englobera la part du financement des hôpitaux qui porte sur les traitements actifs de patients en établissement et les opérations effectuées le jour de l'admission (soit 60 pour 100); les soins prolongés complexes, la réadaptation et les services d'urgence viendront par la suite.

FINANCEMENT TRANSITOIRE

Au cours de l'exercice 1998-1999, le ministère a mis en place des programmes de financement transitoire destinés à accorder une aide financière aux hôpitaux aux prises avec des problèmes financiers à court terme. D'après son examen des plans de fonctionnement présentés par les hôpitaux pour l'exercice 1998-1999, le ministère a prévu que 121 hôpitaux enregistraient un déficit de fonctionnement s'élevant à environ 236 millions de dollars (voir le tableau ci-après).

Déficits prévus des hôpitaux en 1998-1999

Déficit à titre de pourcentage du budget	Nombre d'hôpitaux	Déficit total (millions de \$)
0 à 5 %	92	79
5 à 10 %	20	53
Plus de 10 %	9	104
Total	121	236

Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

3.09

On a accordé le financement transitoire, qui a totalisé 275 millions de dollars, en trois phases distinctes : 47 millions de dollars en avril 1998, 100 millions en décembre 1998 et 128 millions en mars 1999. Ainsi, le ministère prévoyait que la plupart des hôpitaux présenteraient un budget équilibré pour l'exercice se terminant le 31 mars 1999. Nous avons passé en revue l'attribution du financement transitoire et nos conclusions sont les suivantes :

- On n'a pas toujours tenu compte de la rentabilité relative de l'hôpital. Par exemple, au cours de la phase de décembre 1998, alors qu'un hôpital rentable pouvait recevoir jusqu'à 4,2 pour 100 du montant annuel attribué, un hôpital non rentable ne pouvait se procurer que 1,2 pour 100. Toutefois, pour la phase de mars 1999, la rentabilité relative de l'hôpital n'avait aucune incidence sur l'attribution. Au total, 8 des 28 hôpitaux qui ont reçu un financement étaient jugés non rentables par le ministère. Précisons cependant que les 28 hôpitaux ont reçu 5 pour 100 du montant annuel attribué.
- Chaque phase comportait des critères d'admissibilité différents. Par exemple, on a imposé un plafond quant au montant de financement transitoire qu'un hôpital pouvait recevoir pour la phase de décembre 1998 en raison du changement de sa situation d'exploitation, en faveur d'un excédent de 1 pour 100, mais on n'a établi aucune limite de ce type pour le financement de la phase de mars 1999. Par conséquent, 17 des 28 hôpitaux qui ont reçu un financement en mars 1999 prévoient réaliser des excédents de fonctionnement variant de 2 à 6 pour 100 du montant accordé par le ministère.

Recommandation

Pour s'assurer qu'à l'avenir on accorde le financement transitoire de manière plus équitable, le ministère doit passer en revue et revoir, au besoin, les critères d'attribution d'aide financière aux hôpitaux qui connaissent des difficultés financières.

Réponse du ministère

Le ministère continuera à développer et à peaufiner sa méthode d'attribution d'un financement transitoire. Le financement transitoire était la première expérience de ce type pour le ministère et celui-ci est maintenant mieux apte à proposer une méthode cohérente visant l'atteinte des buts en matière de financement.

FINANCEMENT DE CROISSANCE

En 1996-1997, le ministère a introduit un programme visant à accorder un financement additionnel aux hôpitaux dans les régions géographiques qui connaissent une croissance importante de leur population. Entre 1996-1997 et 1998-1999, le ministère a attribué au total 139 millions de dollars en financement de croissance aux hôpitaux, en se fondant sur les méthodes de répartition élaborées par le Comité mixte des politiques et de la planification (CMPP).

Pour l'exercice 1997-1998, le ministère a annoncé l'octroi de subventions axées sur les statistiques préliminaires de croissance du CMPP. Lorsque le CMPP a revu ses calculs, le ministère a décidé d'offrir aux différents hôpitaux le montant correspondant au total le plus élevé des deux calculs. Ainsi, le ministère a octroyé 5,6 millions de dollars de plus en financement de croissance, dont 2 millions attribués à 19 hôpitaux qui n'étaient pas admissibles à ce type de subvention.

Le ministère a averti les hôpitaux qu'on apporterait, à la fin de l'exercice, des correctifs afin de tenir compte de la véritable croissance démographique, mais on n'avait pas encore mis en oeuvre le processus de redressement au mois de mars 1999. Le financement de croissance ayant été renouvelé pendant deux années supplémentaires, le trop-perçu pourrait s'élever à 16,8 millions de dollars, à moins qu'on n'apporte des corrections en fonction de la croissance démographique réelle.

Recommandation

Le ministère doit mettre au point sa formule de financement afin que l'aide financière accordée aux hôpitaux qui connaissent un accroissement de patients soit adéquate et justifiée.

Réponse du ministère

Le ministère, par sa collaboration avec le Comité mixte des politiques et de la planification, continue de peaufiner sa méthode de financement de croissance.

La méthode préconisée au départ pour le financement de croissance consistait à comparer la croissance démographique des comtés avec la moyenne provinciale. Puis, on déterminait ainsi la croissance prévue, établie d'après la population, pour les hôpitaux desservant des régions où la croissance démographique ou le vieillissement de la population sont élevés. Pour l'exercice 1999-2000, on s'est servi des données mises à jour du recensement et des derniers profils d'hôpitaux disponibles (1997-1998, cas pondérés). On peut également améliorer encore davantage le financement de croissance par la mise en place de la méthode de financement selon l'équité des taux et des volumes.

FINANCEMENT DES SERVICES D'URGENCE

En 1997-1998, on informait le ministère que les services d'urgence des hôpitaux de la région métropolitaine de Toronto et des régions environnantes étaient de plus en plus surpeuplés : souvent, les ambulances devaient éviter les hôpitaux situés à proximité et

3.09

transporter les patients à d'autres endroits. Le ministère et l'Association des hôpitaux de l'Ontario ont mis sur pied un groupe de travail mixte chargé d'étudier cette question.

En avril 1998, ce groupe rendait public un rapport présentant 25 recommandations visant l'amélioration des salles d'urgence de Toronto. Il concluait qu'en moyenne, les patients en attente d'hospitalisation monopolisaient 47 pour 100 des ressources des services d'urgence et que ceux qui attendaient un transfert vers des foyers de soins infirmiers ou des centres de réadaptation occupaient environ 10 pour 100 des lits réservés aux soins actifs. Les recommandations du groupe de travail portaient, notamment, sur la mise en place de lits temporaires de soins de longue durée dans la région de Toronto ainsi que sur le financement provisoire d'hôpitaux qui pouvaient démontrer que la surpopulation de leur service d'urgence entraînait la création de lits non financés pour les soins actifs.

En outre, en avril 1998, le ministère accordait 225 millions de dollars sur deux ans pour la mise en œuvre des recommandations et mettait sur pied un comité directeur chargé de superviser ce projet. Nous avons examiné le processus de financement des services d'urgence par le ministère et nos conclusions sont les suivantes :

- En octobre 1998, afin d'amenuiser les problèmes propres aux services d'urgence, on accordait à 60 hôpitaux un financement s'élevant à 32,8 millions de dollars, afin d'aider à compenser les coûts de fonctionnement des lits pour soins actifs non financés, à augmenter le personnel des services d'urgence ainsi qu'à apporter d'autres améliorations aux services. Afin de garantir que le financement servait à améliorer les services d'urgence, la direction de chaque hôpital recevant un financement devait signer une entente de service détaillée. Par ailleurs, chaque hôpital devait recueillir des données afin de mettre au point des analyses comparatives destinées à améliorer le service à la clientèle, puis présenter ces données au ministère à chaque mois, à partir du 1^{er} janvier 1999. Pour vérifier le progrès de chaque hôpital quant au respect des modalités de l'entente, le ministère a élaboré un processus de vérification.

En mars 1999, avant la réception des données mensuelles requises des hôpitaux, le ministère commençait à attribuer les 40 millions de dollars prévus pour le financement des services d'urgence pour l'exercice 1999-2000, en vue d'un versement en avril 1999. Au moment de notre vérification, le ministère était en train de recueillir les données mensuelles et il n'avait mis au point aucun processus pour déterminer si le financement offert initialement avait contribué à réduire les délais d'attente des services d'urgence ou le nombre de fois que les ambulances devaient éviter les hôpitaux situés à proximité.

- En juillet 1998, le ministère présentait une demande de qualification à tous les hôpitaux de l'Ontario, et aux établissements de soins de longue durée, qui visait la mise en place de 1 700 lits de soins temporaires de longue durée devant servir aux patients qui attendent un transfert vers des foyers de soins infirmiers ou des centres de réadaptation. Le financement de deux ans qui était offert s'élevait à 55 millions de dollars. Le ministère précisait que les lits seraient en place au plus tard en octobre 1998. En mars 1999, toutefois, seulement 962 lits étaient en place et 620 d'entre eux étaient occupés. Le financement du ministère s'élevait à 3,3 millions de dollars. Le ministère a indiqué que plusieurs raisons expliquaient les retards, dont le manque d'espace disponible pour les lits dans les hôpitaux existants et les établissements de soins de longue durée.

Étant donné le nombre et la complexité des problèmes se rapportant aux services d'urgence, il importe d'établir la réussite relative des mesures financées par le ministère. L'évaluation de l'incidence sur la réduction de la surpopulation des salles d'urgence serait utile pour le ministère dans la prise de décision quant à l'introduction d'autres mesures de cette nature.

Recommandation

Pour garantir une utilisation efficace du financement temporaire des services d'urgence, le ministère doit déterminer l'efficacité de l'ensemble du financement des services d'urgence et des mesures destinées à réduire la surpopulation des salles d'urgence des hôpitaux.

Réponse du ministère

On a accordé le financement, pour l'exercice 1999-2000, d'après les besoins relatifs. Les critères pour l'octroi du financement comprenaient la croissance des cas pondérés admis par le service d'urgence de l'hôpital, le nombre de jours de soins de rechange et le taux d'occupation des lits de l'hôpital. On a calculé le financement d'après le coût direct prévu par cas pondéré. Une étude complémentaire entreprise par le ministère en février 1999 visait l'établissement de normes pour la suspension des soins aux malades en phase critique. Ces normes précisent l'éventail de mesures que les hôpitaux doivent mettre en marche pour qu'on puisse déterminer s'ils sont surpeuplés.

Le ministère est résolu d'évaluer le financement temporaire des services d'urgence d'ici la fin de l'exercice 1999-2000.

FINANCEMENT DE PROJETS D'IMMOBILISATIONS

Le ministère offre des subventions d'équipement aux hôpitaux en vue de la construction et de la rénovation d'installations. En général, le ministère finance environ 50 pour 100 des coûts d'immobilisations et d'équipement admissibles des projets approuvés.

Les projets de construction doivent respecter le processus de planification des immobilisations du ministère, qui exige que les projets fassent l'objet de demandes de soumissions. Nous avons examiné divers dossiers de projet d'immobilisations et nous avons constaté qu'on les avait approuvés conformément aux priorités établies par le ministère et en tenant compte des limites de financement stipulées par la politique du ministère.

Nous avons cependant remarqué qu'en 1993, le ministère avait approuvé la construction d'un nouvel hôpital devant desservir une population à forte croissance et offrir certains services de soins de santé spécialisés à des personnes qui devaient auparavant se rendre dans les grands centres urbains. Le nouvel hôpital, qui a ouvert ses portes en 1997, a coûté environ 110 millions de dollars, dont 68 millions offerts par le ministère. Le ministère avait approuvé ce projet d'immobilisations à la condition que l'hôpital exploite les

3.09

nouvelles installations par le recours au financement qui lui était déjà offert. Le financement annuel que le ministère versait à l'hôpital est demeuré à peu près constant, soit 46 millions de dollars, de 1996-1997 à 1998-1999. Durant cette période, l'hôpital a indiqué au ministère qu'en raison de la croissance de son déficit de fonctionnement, il ne pouvait utiliser pleinement les ressources additionnelles des nouvelles installations. Par exemple, quatre de ses huit salles d'opération étaient inutilisées et les habitants de la région devaient toujours se rendre à d'autres endroits pour recevoir des soins spécialisés. En février 1999, les experts-conseils que le ministère avait embauchés ont signalé que l'hôpital accusait un déficit important et que celui-ci demeurerait si on n'augmentait pas le financement qui lui est accordé.

Recommandation

Le ministère doit mettre en place un processus de négociation plus rigoureux afin de faire correspondre les fonds de fonctionnement aux nouvelles installations approuvées.

Réponse du ministère

Le processus de planification des immobilisations du ministère exige que les hôpitaux précisent les budgets de fonctionnement avant la construction dans le cadre de la planification de leur projet. Étant donné les calendriers serrés mis de l'avant par la Commission de restructuration des services de santé (CRSS) pour la mise en œuvre des projets dirigés, le ministère a permis aux hôpitaux de concevoir les projets d'après les programmes fonctionnels approuvés. L'autorisation d'effectuer la planification des immobilisations ne signifie pas que le ministère s'engage à accorder un financement de fonctionnement.

Dans certains cas, le ministère a autorisé les hôpitaux à procéder rapidement en ce qui concerne certains éléments du projet global d'immobilisations, afin de s'assurer que les préparatifs nécessaires soient effectués.

Le ministère vise maintenant à dresser les budgets de fonctionnement avant la construction pour les projets approuvés qui sont sur le point de démarrer ou qui le seront sous peu. Le ministère a prévu l'incidence des projets dirigés par la CRSS et intégré cet aspect au processus de planification pluriannuel.

CADRE DE RESPONSABILITÉ

La *Loi sur les hôpitaux publics* accorde au ministère l'autorité d'imposer les modalités de l'attribution de l'aide financière aux hôpitaux.

En 1988, le Conseil de gestion du gouvernement émettait une directive, quant à la responsabilité en matière de paiement de transfert, destinée à tenir les bénéficiaires de ces

paiements responsables de l'utilisation des fonds publics accordés. Cette directive prescrivait un cadre comportant quatre exigences cruciales :

- l'établissement des objectifs;
- la sous-traitance de services;
- la communication rapide des résultats obtenus;
- l'adoption de mesures correctives au besoin.

On réaffirmait ces exigences dans une directive émise en 1998. Les ministères doivent, d'ici le 1^{er} avril 2000, se conformer entièrement à ces exigences. Jusqu'à ce moment, les ministères doivent les respecter dans la mesure du possible en tenant compte de l'efficacité et des coûts.

Dans nos rapports annuels de 1991 et 1994, nous indiquions que le ministère ne respectait pas entièrement la directive initiale. En effet, on n'avait pas conclu les accords avec les hôpitaux au sujet des objectifs et des résultats à atteindre. En 1992, le ministère mettait sur pied un comité directeur destiné à passer en revue la *Loi sur les hôpitaux publics* et à conseiller le ministre sur les changements à apporter pour pouvoir répondre efficacement aux besoins futurs de soins de santé en Ontario. Les recommandations du comité portaient notamment sur l'élaboration d'une nouvelle loi définissant clairement les responsabilités du ministère et des conseils d'administration des hôpitaux. Toutefois, on n'a jamais mis en œuvre ces recommandations.

On nous a indiqué qu'en réaction à nos rapports précédents, le ministère avait entrepris, en juillet 1997, l'élaboration d'un cadre de responsabilité pour le fonctionnement des hôpitaux. Toutefois, nous avons établi que la mise en œuvre de ce cadre a été reportée, car une étude plus poussée s'avérait nécessaire.

En 1998, le ministère retenait les services d'experts-conseils chargés de déterminer si le plan de fonctionnement actuel des hôpitaux tenait suffisamment compte de la responsabilité. Dans leur rapport, les experts-conseils signalaient l'absence d'une entente mutuelle quant aux liens de responsabilité. Par exemple, les experts-conseils ont fait remarquer que, certes, le ministère présume que les hôpitaux sont responsables devant lui de l'utilisation des fonds publics, mais les hôpitaux estiment qu'ils sont responsables devant leurs collectivités et leurs patients et que le ministère est avant tout un organisme qui leur verse des fonds. Les experts-conseils recommandaient au ministère :

- de mettre en œuvre un processus visant à définir clairement un cadre de responsabilité pour le ministère et les hôpitaux;
- de remanier les plans de fonctionnement des hôpitaux afin que ceux-ci tiennent compte du nouveau cadre et l'appuient.

Le ministère a convenu du bien-fondé de ces recommandations et, en janvier 1999, il mettait sur pied un groupe de travail chargé d'élaborer un cadre de responsabilité qui précisait clairement les rôles et les responsabilités du ministère et des hôpitaux. Ce groupe de travail est composé de représentants du ministère, de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, des directions des hôpitaux et d'autres groupes d'intervenants. À la fin de notre vérification, le travail de ce groupe n'était pas terminé.

3.09

Recommandation

Le ministère doit mettre en œuvre dès que possible un cadre de responsabilité précisant clairement ce qu'il attend des hôpitaux ainsi que la responsabilité de ceux-ci devant le ministère.

Réponse du ministère

Le ministère, en association avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario, est en train d'élaborer un cadre de responsabilité. Ce cadre précisera les rôles et les responsabilités, il décrira les principes du lien de responsabilité, il définira des exigences raisonnables en matière de production de comptes rendus, il indiquera les processus d'examen et de redressement ainsi que la présentation de renseignements au public et il recommandera une stratégie de mise en œuvre pour l'examen des mécanismes actuels de production de comptes rendus, d'examen et de présentation des renseignements. On mettra au point de nouveaux mécanismes afin de respecter les critères du cadre de responsabilité.

Le cadre de responsabilité sera normalement terminé en 1999.

MESURE DES PERFORMANCES ET PRODUCTION DE COMPTES RENDUS

Depuis notre vérification de 1994, le ministère a tenté à plusieurs reprises de mettre au point des indicateurs de performance destinés à évaluer les services et les résultats des hôpitaux. Par exemple, on nous a indiqué qu'on a abandonné en 1996 un projet entrepris en 1994 devant élaborer des indicateurs d'efficacité et de performance, car il s'est avéré trop complexe et il n'utilisait pas les données du système de déclaration des hôpitaux de l'Ontario (Ontario Hospital Reporting System).

En Ontario, la *Loi sur le ministère de la Santé* exige du ministre qu'il présente chaque année un compte rendu des affaires internes du ministère. Le ministère produit un plan ministériel annuel, mais celui de 1998-1999 ne contenait que deux mesures de performance pour le réseau hospitalier :

- le taux de réadmission pour le même diagnostic dans la semaine suivant la sortie de l'hôpital;
- le pourcentage de jours passés par un patient dans un hôpital de soins actifs, dans les cas où un autre type d'établissement aurait mieux convenu.

Le ministère s'était engagé à élaborer des objectifs pour chaque mesure. Toutefois, ces indicateurs fournissent des renseignements incomplets sur la performance du réseau hospitalier. La haute direction nous a également informés que les taux de réadmission ne constituaient plus une mesure adéquate de la performance du réseau hospitalier.

L'élaboration d'indicateurs de performance faisait partie des plans de travail de 1998-1999 de deux groupes de travail du ministère. Cependant, en mars 1999, on n'avait encore mis

au point aucun indicateur qui aurait permis de mesurer adéquatement la performance du réseau des hôpitaux publics.

Notre étude de divers plans de fonctionnement d'hôpital pour 1998-1999 a révélé que certains hôpitaux avaient commencé à élaborer des indicateurs principaux des résultats, afin de contrôler et d'évaluer leur fonctionnement, mais aucune mesure n'exige que ces résultats soient déclarés dans les plans de fonctionnement annuels des hôpitaux. Le ministère a la responsabilité de présenter périodiquement un rapport sur la performance du réseau des hôpitaux publics. Toutefois, le dernier rapport préparé par le ministère sur le fonctionnement du réseau des hôpitaux publics, Rapport sur l'état des plans de fonctionnement de 1997-1998 (Operating Plan Status Report), n'a jamais été divulgué.

Recommandation

Afin de mieux mesurer la performance des hôpitaux publics et, au besoin, de réagir, le ministère doit :

- **préciser un ensemble complet d'indicateurs de performance et s'assurer que ces indicateurs sont intégrés aux plans de fonctionnement des hôpitaux;**
- **présenter périodiquement un compte rendu de la performance des hôpitaux publics en ce qui concerne la prestation de services de qualité à l'intention du public.**

Réponse du ministère

On travaille actuellement à ces indicateurs et aux facteurs de comparabilité. On a utilisé plusieurs indicateurs financiers durant l'examen des plans de fonctionnement. On intégrera les indicateurs de la qualité des données aux rapports de vérification qui serviront à améliorer la qualité des données présentées pour le système de déclaration des hôpitaux de l'Ontario de 1998-1999. L'examen actuel des exigences imposées aux plans de fonctionnement de 2000-2001 a déterminé certains indicateurs à intégrer aux modèles de production de compte rendu.

On demande aux hôpitaux de présenter leurs commentaires sur la qualité des données, afin de s'assurer que les indicateurs seront utiles pour l'élaboration des plans de fonctionnement. On mettra au point d'autres rapports pour toutes les zones et on prévoit envoyer une trousse complète de rapports portant sur l'exercice 1998-1999.

Le ministère travaille actuellement à la production d'une «fiche de rendement» pour les hôpitaux.

CONTRÔLE PAR LE MINISTÈRE

PLANS DE FONCTIONNEMENT

Les hôpitaux doivent présenter différents rapports au ministère, dont des plans de fonctionnement annuels, des rapports trimestriels et des états financiers vérifiés. Les plans de fonctionnement des hôpitaux décrivent et quantifient les programmes et les services, la main-d'œuvre et les projets financiers des hôpitaux. Les conseils régionaux de santé passent en revue chacun des plans de fonctionnement en tenant compte des besoins en soins de santé locaux, régionaux et du district. Le ministère donne l'approbation finale après s'être assuré que le financement sert à offrir des services adéquats.

Dans leurs rapports des deuxième et troisième trimestres de chaque exercice, les hôpitaux doivent décrire les écarts par rapport à leur plan de fonctionnement, les raisons de ces écarts et les mesures correctives entreprises à cet effet. Le ministère peut réaliser des examens opérationnels ainsi que des vérifications cliniques et, dans les cas les plus graves, avoir recours à des enquêteurs et des superviseurs.

Les conclusions des experts-conseils embauchés par le ministère et chargés d'évaluer l'efficacité des plans de fonctionnement des hôpitaux sont les suivantes :

- Les plans de fonctionnement variaient considérablement quant à la qualité des renseignements offerts à l'appui. Certains plans précisaient une documentation restreinte pour appuyer l'orientation et les résultats escomptés de l'hôpital.
- La méthode d'examen des plans de fonctionnement n'était pas assez cohérente, ce qui dénote la différence quant aux styles individuels des examinateurs du ministère.
- Le plan de fonctionnement de divers hôpitaux n'a été approuvé qu'à la fin du troisième trimestre de l'exercice correspondant. Ces retards ont éliminé en bonne partie l'utilité du processus de planification.

Nous avons examiné les plans de fonctionnement et les rapports trimestriels d'hôpitaux, pour les exercices 1997-1998 et 1998-1999, et nous avons constaté que bon nombre des points soulevés par les experts-conseils étaient justifiés. Plus particulièrement :

- En mars 1999, le ministère n'avait pas encore approuvé les plans de fonctionnement de 42 des 180 hôpitaux pour l'exercice précédent. La plupart de ces hôpitaux avaient prévu des déficits importants pour l'exercice 1998-1999.
- Même si le personnel du ministère a indiqué qu'il avait examiné les rapports trimestriels des hôpitaux, nous n'avons pas pu déterminer la cohérence ou la qualité de ces examens, en raison du peu de renseignements à cet égard.

Recommandation

Afin d'améliorer le processus de plan de fonctionnement des hôpitaux à titre de mesure de responsabilisation et de contrôle, le ministère doit :

- **s'assurer que les plans de fonctionnement sont présentés, examinés et approuvés de manière opportune;**
- **élaborer des normes de documentation pour l'examen et l'analyse des rapports trimestriels.**

Réponse du ministère

Le ministère prévoit d'avancer la date de présentation des plans de fonctionnement. Ainsi, il sera en mesure d'examiner et d'approuver les plans de manière plus opportune. Toutefois, le moment de l'approbation du financement doit se plier aux calendriers fixés par le gouvernement.

Le processus d'examen des plans de fonctionnement, pour l'exercice 1999-2000, comporte un guide d'examen mis à jour à l'intention du personnel du ministère. Celui-ci vise à améliorer le processus d'examen. Les principaux points ont trait à l'amélioration de la cohérence du traitement des plans, à l'élaboration d'indicateurs, à l'établissement des tendances sur trois ans ainsi qu'à la préparation de lignes directrices quant aux calendriers et au délai d'exécution. Le personnel du ministère a mis au point le document Processus d'examen et calendrier :

Organigramme de chemin critique (Review Process and Timelines) ainsi qu'une Liste de contrôle des calendriers, de l'achèvement et de la qualité (Timelines, Completeness and Quality Checklist) visant l'amélioration de la responsabilisation pour les hôpitaux et le ministère.

Le guide d'examen mis à jour pour le personnel présente également des normes pour l'examen des rapports trimestriels.

Le ministère envisage par ailleurs de demander aux hôpitaux de fournir, à chaque trimestre, les données financières et statistiques enregistrées dans le système d'information de gestion.

PROCESSUS D'ANALYSE COMPARATIVE DU MINISTÈRE

L'analyse comparative est un processus qui consiste à cerner et à adopter les meilleures pratiques afin de favoriser l'amélioration de la performance. L'Outil de soutien à la décision et à la planification (OSDP) du ministère contient les données brutes ainsi qu'un ensemble d'analyses comparatives pour diverses catégories de soins actifs en établissement. Ces analyses soulignent les points qui peuvent permettre d'améliorer l'efficacité du fonctionnement.

L'OSDP vise à aider les hôpitaux à analyser et à examiner les soins actifs, à évaluer la performance en fonction de moyennes et d'objectifs provinciaux ainsi qu'à analyser les niveaux de performance. Le système comprend des analyses qu'on peut regrouper en trois catégories, soit la durée moyenne du séjour, la chirurgie d'un jour et les taux d'admission. Nos conclusions sont les suivantes :

- Le ministère n'a pas vérifié l'utilité des analyses actuelles à titre de mesure du fonctionnement des hôpitaux. Pour que les analyses soient efficaces, on doit vérifier périodiquement l'utilité et la pertinence des différentes analyses pour le processus de prise de décisions du ministère et des hôpitaux.
- Le ministère compte sur les différents hôpitaux pour établir et mettre en œuvre leurs propres stratégies. Toutefois, si un hôpital dispose de renseignements sur les meilleures pratiques, il pourrait les résumer afin d'aider les autres hôpitaux.

3.09

Recommandation

Pour s'assurer que le processus d'analyse comparative constitue un outil de gestion efficace, le ministère doit :

- vérifier l'utilité des analyses comparatives actuelles;
- mettre au point des processus de partage de l'information sur les meilleures pratiques.

Réponse du ministère

La refonte et la mise au point de l'Outil de soutien à la décision et à la planification (OSDP) est un processus permanent qui est constamment mis à jour, afin que les hôpitaux puissent accéder plus facilement à l'information de l'OSDP. Le ministère a récemment mis à jour l'OSDP, qui sera mis à la disposition des hôpitaux d'ici le 31 décembre 1999.

On prévoit que le projet de «fiche de rendement» du gouvernement aidera les hôpitaux à communiquer l'information sur les meilleures pratiques.

PROCESSUS DE TRAITEMENT DES PLAINTES

Les plaintes sur les services ou traitements reçus dans un hôpital peuvent donner une bonne idée de la qualité des soins offerts. Les patients peuvent adresser leurs plaintes à l'hôpital, au ministère ou à des organismes comme l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. En général, les patients prennent d'abord contact avec la direction de l'hôpital.

La *Loi sur les hôpitaux publics* ne renferme pas de dispositions exigeant des hôpitaux qu'ils répondent aux plaintes des patients, mais la plupart des hôpitaux disposent d'un processus officiel pour traiter les plaintes de patients au sujet des services ou des traitements reçus.

Le ministère jouit certes d'une autorité restreinte pour faire enquête au sujet des plaintes, mais la *Loi sur le ministère de la Santé* autorise la collecte de statistiques touchant le public. Le ministère a la responsabilité de prendre des mesures correctives en cas d'inquiétudes générales quant à la qualité des soins. Ces préoccupations peuvent résulter de nombreuses plaintes de patients ou de plaintes de corporations comme l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

Dans notre rapport de vérification de 1994, nous avons recommandé au ministère d'améliorer le processus de traitement des plaintes. En 1995, le Comité mixte des politiques et de la planification (CMPP) passait en revue diverses plaintes et formulait des recommandations quant à l'amélioration du processus de traitement des plaintes du ministère, y compris l'analyse annuelle du processus et l'évaluation de la faisabilité d'offrir un seul numéro de téléphone pour la réception des plaintes.

Nous avons passé en revue le processus de traitement des plaintes du ministère et nos conclusions sont les suivantes :

- Le ministère n'a pas élaboré de processus normalisés pour les personnes qui adressent des plaintes exigeant un suivi.

-
- D'après nos tests, le ministère a pris en moyenne 40 jours ouvrables pour répondre à une plainte. Le ministère n'a pas établi de niveaux de performance particuliers pour le traitement des plaintes.
 - On effectuait rarement un suivi des plaintes dans le but de s'assurer qu'on s'occupait de la question et que les mesures correctives nécessaires, le cas échéant, étaient entreprises. Le ministère a été officiellement informé du règlement des plaintes, par les hôpitaux, dans moins de 10 pour 100 des cas que nous avons examinés.

On pourrait intégrer l'information sur les plaintes reçues par les hôpitaux à un profil d'hôpital général ou s'en servir pour corroborer d'autres indications de manquements à la qualité des services. Le ministère ne dispose toutefois pas d'information sur le nombre et les types de plaintes déposées contre les différents hôpitaux.

En mai 1998, le ministère approuvait un plan élaboré par un groupe de travail et visant l'amélioration du processus de traitement des plaintes. Le groupe de travail a formulé certaines recommandations, y compris au sujet de la mise au point de politiques et de protocoles ainsi que de la constitution d'une base de données devant assurer le suivi des plaintes. Cependant, en avril 1999, on n'avait pas encore donné suite à ces recommandations.

Recommandation

Le ministère doit élaborer des protocoles afin de s'assurer que les plaintes des patients adressées au ministère font l'objet d'une enquête et que la situation est réglée de manière opportune.

Réponse du ministère

Les hôpitaux sont responsables de la qualité des soins donnés dans leurs établissements, conjointement avec les associations professionnelles.

Le ministère estime que la réponse initiale aux plaintes qui lui sont adressées est donnée dans des délais raisonnables. On effectue un appel téléphonique immédiatement après la réception de la plainte, mais on ne consigne pas toujours les renseignements pertinents. Le ministère est résolu à améliorer le processus de documentation.

AGRÉMENT DES HÔPITAUX

Le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) est un organisme indépendant qui gère un programme d'agrément des établissements de soins de santé. Ce programme préconise une auto-évaluation complète qui se fonde sur les normes nationales du CCASS ainsi qu'une visite par une équipe de professionnels chevronnés de la santé provenant d'autres hôpitaux. Quant aux hôpitaux, les normes CCASS et l'évaluation par l'équipe concernent les processus, les résultats et les structures se rapportant à la qualité des soins et des services offerts. À la différence de la situation qui prévaut aux États-Unis, où la participation est obligatoire, le programme canadien est offert à titre volontaire.

3.09

Dans notre rapport de 1994, nous faisons remarquer qu'aucun processus n'était en place pour garantir que le ministère recevait et examinait tous les rapports d'agrément et en effectuait le suivi. Dans sa réponse, le ministère acceptait de mettre au point un processus de contrôle destiné à s'assurer que les hôpitaux prennent les mesures qui s'imposent pour régler les problèmes cernés dans le rapport. En 1997 et 1998, le ministère n'a pas demandé aux hôpitaux de présenter des rapports d'agrément. Cependant, le ministère exige maintenant des hôpitaux qu'ils présentent le résumé de leurs plus récents rapports d'agrément avec leurs plans de fonctionnement de 1999-2000.

Selon le CCASS, la plupart des hôpitaux de soins actifs de l'Ontario ont pris part au processus d'agrément en 1997 et ont reçu l'agrément standard de trois ans. Toutefois, 10 pour 100 des hôpitaux ont reçu un agrément conditionnel, qui précise le niveau minimal de conformité aux normes du CCASS.

Recommandation

Le ministère doit déterminer si les hôpitaux respectent les normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé.

Réponse du ministère

Les hôpitaux sont responsables de la qualité des soins offerts dans leurs établissements. Ils doivent également régler les questions d'agrément.

À partir de 1999-2000, les plans de fonctionnement présentés par les hôpitaux devront comprendre le rapport sommaire du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Dans le cadre du processus d'examen, le ministère envisagera également la possibilité de recueillir d'autres renseignements qui pourraient aider à déterminer quels hôpitaux exigent un examen et un suivi additionnels.

RESTRUCTURATION DES HÔPITAUX

La Commission de restructuration des services de santé (CRSS) dispose de l'autorisation légale pour ordonner aux hôpitaux d'entreprendre des activités de restructuration et pour conseiller le ministre sur la restructuration d'autres aspects du réseau des services de santé de l'Ontario, par exemple le réinvestissement des économies réalisées.

Depuis sa mise sur pied en 1996, la CRSS a produit des directives légalement obligatoires pour les hôpitaux en ce qui concerne l'entreprise de projets d'immobilisations dont le coût était estimé à environ 2,1 milliards de dollars et elle a recommandé au ministère d'investir 1,1 milliard de dollars dans des ressources communautaires comme les établissements de soins de longue durée et les soins à domicile. Dans ses rapports de restructuration, la CRSS estimait que ses décisions généreraient 1,1 milliard de dollars en économies annuelles pour le réseau de santé, par l'amélioration de l'efficacité clinique et administrative, la rationalisation des services et la fermeture d'établissements.

En février 1999, le gouvernement annonçait que le travail de la CRSS quant à la restructuration des hôpitaux et son autorité de produire de nouvelles directives se termineraient le 12 mars 1999. Au cours de son mandat, la CRSS a précisé des directives

finale touchant 22 collectivités et 110 hôpitaux. Ces directives stipulaient le regroupement de 45 hôpitaux pour n'en former que 13 et la fermeture de 29 ensembles hospitaliers. Jusqu'en mars 2000, la CRSS continuera à contrôler la mise en œuvre de ses directives actuelles, en plus de donner des conseils au ministère sur l'intégration du réseau.

Dans le cadre du processus de restructuration, le ministère accorde une aide financière aux associations d'hôpital afin de contribuer à la mise en œuvre des directives de la CRSS. La part du ministère des coûts de restructuration admissibles s'élève à 70 pour 100 pour les immobilisations et à 85 pour 100 pour les frais de fonctionnement. L'autre partie des coûts est la responsabilité de l'hôpital ou de la collectivité.

MISE EN ŒUVRE DE PROJETS D'IMMOBILISATIONS

La CRSS a indiqué aux hôpitaux d'entreprendre au total 81 projets d'immobilisations dont le coût total recommandé est d'environ 2,1 milliards de dollars. Le rapport de situation de mars 1999 du projet CRSS du ministère révèle que selon les estimations des hôpitaux, le coût de ces projets d'immobilisations pourrait atteindre 3,9 milliards de dollars. Le tableau ci-après précise que la part du ministère des coûts d'immobilisations totaux découlant de la restructuration des hôpitaux pourrait grimper jusqu'à environ 2,7 milliards de dollars, par rapport au montant de 1,5 milliard de dollars qu'on avait estimé au départ, si le ministère convient que les coûts supplémentaires sont justifiés.

Résumé des coûts d'immobilisations des hôpitaux découlant des directives de la CRSS, mai 1999

	Estimation initiale de la CRSS (milliards de dollars)	Estimation préliminaire des hôpitaux (milliards de dollars)
Coût estimé	2,1	3,9
Part éventuelle du ministère	1,5	2,7
Part éventuelle de l'hôpital	0,6	1,2

Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

En discutant des causes et de la nature des écarts entre les estimations, le personnel de la CRSS nous a informés que pour l'estimation du coût des projets d'immobilisations, celle-ci n'avait tenu compte que des éléments qui relevaient directement de ses directives. Le personnel de la CRSS a précisé que, selon lui, les coûts estimés supplémentaires n'étaient pas en rapport direct avec ses décisions.

Selon le ministère, les projets approuvés jusqu'à maintenant sont conformes aux directives de la CRSS quant aux services et aux lits. Toutefois, le cas échéant, le financement approuvé par le ministère tenait compte des écarts importants par rapport aux coûts prévus par la CRSS. On attribuait ces écarts à divers facteurs :

- les coûts réels de la rénovation au pied carré, qui sont plus élevés que ce qu'on avait prévu;

3.09

- la surface additionnelle dont on avait besoin pour les programmes déplacés;
- les coûts supplémentaires découlant de l'amélioration des systèmes de chauffage et de climatisation.

Lors de notre examen, nous avons constaté que des retards importants prévalaient pour l'approbation et la mise en œuvre des projets d'immobilisations demandés par la CRSS. Dans le budget du ministère pour l'exercice 1998-1999, on attribuait 271 millions de dollars aux projets d'immobilisations visant la restructuration des hôpitaux. Toutefois, les dépenses en immobilisations réelles effectuées au cours de l'exercice 1998-1999, quant aux projets exigés par la CRSS, s'élevaient à environ 49 millions de dollars.

Selon le ministère, les retards sont imputables au délai nécessaire pour le ministère et les hôpitaux à s'entendre sur les éléments qui sont directement attribuables aux directives de la CRSS, et donc financés à 70 pour 100 par le ministère, et ceux qui sont requis pour la mise en œuvre du projet mais qui ne sont pas demandés par la CRSS, et qui font donc l'objet d'un financement à 50 pour 100.

La CRSS visait à ce que tous les projets d'immobilisations en rapport avec la restructuration soient terminés avant l'achèvement de son mandat de quatre ans, qui se termine en l'an 2000. Toutefois, d'après les informations dont on dispose actuellement, le ministère estime que ces projets ne seront pas terminés avant 2003-2004.

En mars 1999, le ministère soulignait la nécessité de simplifier le processus de mise en œuvre des projets sur la direction de la CRSS. En mars et avril 1999, 18 projets avaient été approuvés : leur nombre s'élevait alors à 30. Toutefois, le ministère attendait toujours des hôpitaux qu'ils présentent des plans détaillés pour les 51 autres projets.

Recommandation

Pour garantir l'achèvement en temps opportun des projets d'immobilisations en appui au processus de restructuration des hôpitaux, le ministère doit travailler en collaboration avec les hôpitaux afin de simplifier le processus de planification et d'approbation.

Réponse du ministère

Le ministère a entamé la simplification du processus d'approbation des projets d'immobilisations. Le ministère est résolu à examiner le processus actuel au cours de l'exercice 1999-2000.

REMBOURSEMENT DES DÉPENSES DE RESTRUCTURATION

Pour aider les hôpitaux à supporter le coût de la mise en œuvre des directives en matière de restructuration, le ministère offre 834 millions de dollars sur cinq ans devant servir à rembourser certains coûts de fonctionnement des hôpitaux. Pour faire l'objet d'un remboursement, les coûts supportés doivent découler directement d'une mesure de restructuration et non correspondre aux activités normales de l'hôpital. Les dépenses de

restructuration ponctuelles admissibles comprennent les indemnités de licenciement, les frais liés aux avantages sociaux, les honoraires d'avocat, les frais de counseling et de formation concernant les employés licenciés ainsi que les frais des experts-conseils et de vérification.

Nous avons examiné différentes demandes de remboursement de coûts de fonctionnement liés à la restructuration présentées par des hôpitaux, pour l'exercice 1997-1998, et nos conclusions sont les suivantes :

- L'examen et l'approbation des demandes des hôpitaux en matière d'indemnités de licenciement et d'avantages sociaux, qui représentent 78 pour 100 des remboursements versés à ce jour, ne s'appuyaient que sur très peu de renseignements et sur aucune vérification réelle. Pour approuver les demandes, on se fondait sur les connaissances que le personnel du ministère a des hôpitaux et sur l'estimation du caractère raisonnable de la demande.
- La politique du ministère exige que tous les hôpitaux fassent vérifier leurs coûts de restructuration par des vérificateurs externes. Toutefois, le ministère n'a pas rapproché les tableaux complémentaires vérifiés, qui se fondent sur une comptabilité d'exercice, avec les demandes de remboursement des hôpitaux, qui sont plutôt axées sur une comptabilité de caisse. On nous a indiqué que les demandes ne servaient qu'à l'établissement des calculs, par le ministère, du coût par cas pondéré et non au rapprochement du montant remboursé.
- Le ministère a versé à deux hôpitaux un somme totale d'environ 100 000 \$ pour des frais d'avantages sociaux non admissibles. On nous a informés que le ministère était en train de récupérer ces trop-perçus.

Recommandation

Le ministère doit s'assurer que les dépenses de restructuration des hôpitaux sont remboursées de manière cohérente et équitable.

Réponse du ministère

Le ministère prendra des mesures afin d'améliorer le processus d'approbation, dans le but d'accroître la responsabilité des hôpitaux quant à l'exactitude et à la fiabilité de l'information présentée en vue du remboursement des coûts de restructuration.

En raison du caractère confidentiel des indemnités de licenciement, les hôpitaux n'ont pas fourni au ministère des renseignements complets quant à ces coûts. Le personnel du ministère qui examine les demandes est au courant du nombre approximatif de personnes licenciées et est en mesure d'analyser le caractère raisonnable de la demande.

MISE EN ŒUVRE DE LA RESTRUCTURATION DES HÔPITAUX

La réussite de la restructuration des hôpitaux exige une organisation minutieuse des changements. Par exemple, on doit effectuer les investissements en installations matérielles et en ressources communautaires avant que les hôpitaux puissent réaliser des économies résultant de l'amélioration de l'efficacité clinique et administrative. Outre les directives de la CRSS, différents hôpitaux ont offert d'entreprendre des activités de restructuration comme des transferts de programmes et le partage des ressources administratives.

Lors de notre examen de divers dossiers de restructuration, nous avons constaté qu'en général, on a mis en œuvre comme prévu les directives de la CRSS se rapportant à la régie et au regroupement des hôpitaux. Toutefois, de nombreux hôpitaux n'ont pas été en mesure de réaliser les économies escomptées. Dans six cas, on a regroupé des hôpitaux sans procéder à l'intégration correspondante des activités ou à une rationalisation des services. À titre d'exemple, mentionnons le regroupement de trois hôpitaux devant constituer un nouvel hôpital. Toutefois, en raison des retards à recevoir l'approbation du ministère pour les projets d'immobilisations, les trois ensembles hospitaliers ont continué à fonctionner. On a indiqué que les retards étaient attribuables à des complications quant à l'élaboration et l'approbation des projets d'immobilisations. Par conséquent, le nouvel hôpital n'a pas été en mesure de réaliser les économies annuelles prévues, qui devaient s'élever à 40 millions de dollars.

Nous avons en outre remarqué que, souvent, la compression des effectifs des hôpitaux et les programmes de transfert n'étaient pas accompagnés de redressements adéquats du financement offert en ce qui concerne le budget d'exploitation de l'hôpital en question. Actuellement, le ministère doit négocier les modifications du financement avec chaque hôpital. Ce processus nuit à la restructuration de nombreux hôpitaux. Par exemple :

- En 1998, la CRSS a demandé à un hôpital de fermer sa section de 100 lits de malades chroniques pour le printemps 2000. Toutefois, nous avons constaté que cet hôpital, sans obtenir au préalable l'approbation du ministère, a fermé tous les lits deux ans plus tôt et a consacré les 10 millions de dollars ainsi économisés à d'autres services hospitaliers.
- Un hôpital a connu une augmentation de coûts de 24 millions de dollars suite à l'admission de patients provenant d'un autre établissement, mais on n'a augmenté son budget de fonctionnement annuel que de 6 millions. Par voie de conséquence, cet hôpital prévoit un déficit de 19 millions de dollars pour 1998-1999, tandis que l'établissement qui a réalisé le transfert jouit d'un excédent de 1,1 million.

Nous avons indiqué plus haut que le ministère estime désormais que bon nombre de projets ne seront pas achevés avant 2003-2004. Par conséquent, le mandat de la CRSS se terminera avant qu'elle puisse déterminer l'efficacité du processus de restructuration quant à l'atteinte des objectifs financiers et opérationnels. Les expériences d'autres régions qui ont entrepris la restructuration des hôpitaux soulignent l'importance d'évaluer ce processus durant la mise en œuvre et suite à celle-ci, afin qu'on puisse adopter les mesures correctives nécessaires.

Recommandation

Pour s'assurer des avantages de la restructuration le ministère doit :

- **élaborer un processus normalisé visant à déterminer le montant de financement requis pour appuyer les transferts de programme et les regroupements;**
- **mettre au point un mécanisme de contrôle et d'évaluation périodiques de l'incidence de la restructuration;**
- **prendre les mesures correctives qui s'imposent.**

Réponse du ministère

On a réalisé un travail considérable en vue de l'élaboration d'un processus normalisé pour le redressement du financement des transferts de programme et des regroupements. Suite à des discussions sur la méthode à préconiser avec des représentants des hôpitaux, on a apporté des correctifs qu'on passera encore une fois en revue avant la mise au point finale. La méthode actuelle n'est utilisée qu'à titre provisoire.

La méthode comprend une disposition quant au contrôle des volumes réels comparés aux volumes employés pour le rajustement des fonds ainsi qu'au redressement du financement au besoin. Le ministère se servira également de la méthode de la «fiche de rendement» pour déterminer la progression de la restructuration. En outre, étant donné que le ministère sera décentralisé, la structure régionale favorisera l'établissement de l'incidence au niveau local.

Si des redressements s'avèrent nécessaires, on en discutera avec le personnel du ministère afin de régler le problème à l'aide d'un plan correctif convenu.