
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE

4.09—Programme de soins en établissement – Paiements de transfert aux hôpitaux publics

(Suivi de la section 3.09 du *Rapport annuel 1999*)

CONTEXTE

Le Programme de soins en établissement du ministère verse des fonds aux hôpitaux publics pour couvrir les coûts de fonctionnement de leurs installations. Le conseil d'administration de l'hôpital est responsable de la prestation des services. Le ministère et le conseil sont tous deux responsables de la conformité aux lois et aux règlements. La *Loi sur les hôpitaux* accorde au ministre le pouvoir d'imposer les modalités régissant l'aide financière versée aux hôpitaux.

Au cours de l'exercice 1998-1999, le ministère a versé 7,1 milliards de dollars pour les coûts de fonctionnement des hôpitaux publics et 248 millions de dollars pour des coûts ponctuels engagés par les hôpitaux afin d'appliquer les directives de la Commission de restructuration des services de santé (CRSS).

En outre, le Programme des établissements de santé du ministère fournit une aide financière aux hôpitaux à l'égard des coûts de construction des installations approuvées. Pendant l'exercice 1998-1999, le ministère a versé environ 52 millions de dollars aux hôpitaux pour des coûts de construction et à peu près 49 millions de dollars pour les projets d'immobilisations de la CRSS. Dans le cadre de notre vérification de 1999, nous avons découvert que le ministère n'avait pas élaboré ce qui suit :

- un cadre de responsabilité précisant les rôles et les responsabilités du ministère et des hôpitaux;
- un mécanisme permettant de surveiller et d'évaluer périodiquement l'impact de la restructuration des hôpitaux;
- des modes de financement des hôpitaux en fonction de la demande de services;
- des critères cohérents pour le versement d'une aide aux hôpitaux éprouvant des difficultés financières;
- des indicateurs pour mesurer et présenter la performance du système d'hôpitaux publics relativement à la qualité de la prestation des services.

Des exemples de constatations liées aux problèmes susmentionnés sont les suivants :

- en fonction des estimations des hôpitaux, le coût en capital de la restructuration des hôpitaux augmenterait pour atteindre approximativement 3,9 milliards de dollars, comparativement au calcul initial de 2,1 milliards de dollars établi par la CRSS;

- un hôpital a déclaré qu'en raison de l'insuffisance de son fonds de fonctionnement, la pleine utilisation de ses nouvelles installations, dont la construction avait coûté à peu près 110 millions de dollars, n'était pas possible. Quatre de ses huit salles d'opération étaient inutilisées pendant que les résidents locaux continuaient d'aller à d'autres centres pour recevoir des soins spécialisés.

Nous avons fait certaines recommandations aux fins d'amélioration et le ministère s'est engagé à prendre les mesures correctives nécessaires.

ÉTAT ACTUEL DES RECOMMANDATIONS

Selon l'information fournie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ce dernier a pris certaines mesures à l'égard de toutes les recommandations formulées dans notre *Rapport annuel 1999*. L'état actuel de l'ensemble des recommandations est exposé ci-après.

FINANCEMENT DES HÔPITAUX

Attribution des subventions de fonctionnement

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.*

État actuel

Le ministère a déclaré qu'en décembre 2000, le Cabinet a approuvé en principe un modèle de financement des affectations intégrées fondées sur la population (modèle IPBA). Selon le ministère, le modèle IPBA tient compte du volume prévu de services et du taux ou coût de la prestation, de même que d'autres facteurs influant sur l'efficacité de l'hôpital, ce qui constitue une méthode plus progressive pour le financement des hôpitaux.

D'après le ministère, le modèle IPBA prend en considération les dépenses et les activités liées aux soins actifs, aux malades hospitalisés, à la chirurgie d'un jour et aux malades chroniques, ce qui représente environ 66 % des charges directes de fonctionnement des hôpitaux. Les activités relatives aux services d'urgence viendront ensuite. À l'heure actuelle, le ministère applique le modèle IPBA pour le financement par reconduction et vise l'équité au cours d'un certain nombre d'années. Il faudra entre cinq et dix ans pour que le modèle de financement soit entièrement opérationnel et appliqué pour la pleine affectation des dépenses hospitalières. Le ministère nous a informés qu'au cours de cette période et par la suite, la collecte et le mécanisme de rajustement des données seront constamment perfectionnés. Pendant ce temps, les hôpitaux doivent améliorer leur rendement et faire en

sorte que leurs prévisions sur les volumes et les coûts des services se rapprochent le plus possible des résultats réels. Par conséquent, en fonction de l'application du modèle IPBA, le ministère a versé environ 100 millions de dollars de nouveau financement aux hôpitaux ontariens en juillet 2001.

Financement transitoire

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.

État actuel

Le ministère a souligné que depuis 1999-2000, il a versé plus de 850 millions de dollars pour moderniser, élargir et stabiliser le secteur hospitalier. L'utilisation du modèle IPBA pour le financement transitoire permettrait dans une large mesure de répondre aux préoccupations concernant l'inégalité de l'application. Le modèle IPBA tient compte de l'efficacité des hôpitaux au niveau des coûts et des volumes. À court terme, le nouveau modèle ne s'appliquera qu'au nouveau financement. Selon le ministère, l'un des avantages découlant de cette approche est qu'elle oblige les hôpitaux inefficaces et déficitaires à améliorer leur performance. Les mesures incitatives du modèle IPBA récompensent les hôpitaux efficaces en uniformisant les règles du jeu à l'intention de tous les établissements. Une fois qu'il sera totalement en vigueur, le modèle IPBA éliminera la nécessité du financement transitoire.

Financement de croissance

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.

État actuel

Selon le ministère, le modèle IPBA est et sera appliqué pour financer l'impact de la croissance, même à court terme. Un problème de longue date découle du fait que des collectivités de taille et de population semblables peuvent utiliser des services hospitaliers à des degrés très différents. La composante de volume du modèle IPBA sert à régler ce problème en encourageant les hôpitaux à collaborer dans les régions où les taux d'utilisation des services sont élevés pour mieux gérer ces derniers. La composante de volume reflète la population de chaque région et, selon le profil d'utilisation antérieur (ajusté pour l'âge, le sexe et d'autres facteurs), estime l'impact de la croissance démographique au cours d'une année donnée. La formule tient également compte du volume des services fournis aux résidents d'une région et permet d'établir si des régions sont insuffisamment desservies.

Financement des services d'urgence

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.

État actuel

Le ministère a déclaré qu'il avait répondu en 1999 au rapport final du groupe de travail des services d'urgence de la région 3 de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et communiqué de nouvelles normes sur le réacheminement des patients et le contournement des unités de soins intensifs. De plus, les exigences relatives à l'utilisation d'un outil de triage commun (*Canadian Triage and Assessment Scale*) et au tri de tous les patients des services d'urgence dans un délai de 15 minutes suivant leur arrivée sont entrées en vigueur. Un sondage du ministère en 1999 a montré un taux de conformité à la norme de 90 %. Quant aux 10 % restants, les services concernés avaient entrepris de se conformer à ladite norme.

Des examens du réacheminement et du contournement réalisés par les hôpitaux, particulièrement dans la Région du Grand Toronto, ont eu lieu en même temps que l'introduction du plan en dix points de la Région. Un suivi constant des régions choisies se poursuit depuis. Le ministère a fait connaître son intention de remplacer le réacheminement et le contournement en tant qu'outil de communication en septembre 2001. Un réseau des services d'urgence a été établi dans chaque région de la province afin de suivre les activités et de relever les problèmes ainsi que de trouver des solutions locales.

En 2001, des « fiches de rendement » seront préparées pour la première fois à l'égard des services d'urgence des hôpitaux dans le cadre d'un rapport distinct devant être publié à la fin de l'automne ou au début de l'hiver.

Financement de projets d'immobilisations

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.

État actuel

Le ministère a déclaré qu'il avait élaboré un nouveau processus de plan de fonctionnement postérieur à la construction et qu'il l'avait communiqué aux hôpitaux. Le processus doit documenter les contacts entre le ministère et l'hôpital à propos des plans de ce dernier après la parachèvement d'un projet d'immobilisations et la mise en œuvre des changements des services. Il doit établir la responsabilité des volumes, des coûts et des revenus des services ainsi que les volumes prévus et les échéanciers du rajustement du financement. Il est prévu d'inclure le processus de rajustement dans les discussions entre le ministère et l'hôpital au moment du rajustement. Par le biais de ce processus, les projets de construction devraient évoluer conformément en fonction de la compréhension mutuelle entre le ministère et les hôpitaux.

Le ministère nous a informés que depuis juin 2000, il a continué à développer et à mettre en œuvre le processus de plan de fonctionnement postérieur à la construction, dont les principales composantes sont les suivantes :

- la négociation des changements prévus des services lors du parachèvement des projets d'immobilisations;
- la collecte et la vérification des données selon un cadre normalisé;
- l'application de méthodes de financement normalisées.

CADRE DE RESPONSABILITÉ

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.

État actuel

Le ministère nous a informés qu'il avait élaboré, en partenariat avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario, un tout premier cadre de responsabilité, qui précise les relations de responsabilisation entre les hôpitaux et le ministère et qui définit les rôles et les responsabilités des parties. On s'attend à ce que le cadre soit perfectionné au cours des 12 à 18 prochains mois en mettant l'accent sur la définition et la conclusion d'un accord à l'égard des attentes en matière de rendement et des résultats.

La *Loi sur l'obligation de rendre compte dans le secteur public* (projet de loi 46) a été présentée à la législature le 9 mai 2001. Le projet prévoit des normes sur l'équilibre budgétaire pour l'ensemble du secteur public, y compris les hôpitaux, certaines installations de soins de longue durée, les conseils de la santé et un grand nombre d'organismes, de commissions et de conseils.

Mesure de la performance et production de comptes rendus

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.*

État actuel

Selon le ministère, la prochaine phase de l'élaboration du cadre de responsabilité comprendra des discussions avec les hôpitaux sur le développement d'indicateurs de la performance devant être inclus dans leurs plans de fonctionnement.

Le ministère collabore avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario pour élaborer et mettre en œuvre la fiche de rendement des soins actifs des hôpitaux de l'Ontario, qui comprend des indicateurs pour mesurer la performance de l'utilisation clinique et des résultats, la performance financière et les modalités, la satisfaction des patients ainsi que l'intégration et la modification des systèmes. Un projet pilote sur la fiche de rendement a été réalisé en 1999 et les résultats de la fiche de rendement 2000 sont attendus en 2001.

CONTRÔLE PAR LE MINISTÈRE

Plans de fonctionnement

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.*

État actuel

Le ministère a commencé graduellement à devancer la présentation des plans de fonctionnement afin de les réviser et de les approuver plus rapidement. Le 12 février 2001, il a publié son document sur les normes relatives aux plans de fonctionnement pour l'exercice 2001-2002. Le ministère avait transmis ses commentaires à tous les hôpitaux en date du 13 juillet 2001. Selon lui, il s'agissait d'une amélioration par rapport aux années précédentes.

En juin 2001, un groupe consultatif sur les hôpitaux a été créé pour renforcer les relations entre le ministère et ces derniers. Il est composé de représentants des conseils et de la direction des hôpitaux à l'échelle de la province et relève directement du ministre. D'après le ministère, ce groupe se penchera sur les problèmes du secteur hospitalier et travaillera avec le ministère pour stabiliser le système de soins de santé à partir des ressources disponibles. Le groupe consultatif comprend quatre sous-groupes. L'un d'entre eux sera chargé d'étudier attentivement la performance du secteur hospitalier et son mandat comprend l'évaluation du processus de plan de fonctionnement et les ententes de services connexes, les fiches de rendement des hôpitaux, les objectifs de rendement et les meilleures pratiques.

Processus d'analyse comparative du ministère

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.*

État actuel

Le ministère a indiqué que les initiatives suivantes avaient été entreprises :

- Un comité consultatif sur la fiche de rendement, composé de représentants de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et du ministère, a élaboré une fiche de rendement comprenant des données permettant l'analyse comparative et le partage de l'information. L'Association des hôpitaux de l'Ontario a préparé une fiche de rendement fondée sur les éléments d'information choisis par le comité, qui s'est servi des chiffres de 1997-1998. La fiche a été transmise aux hôpitaux. Une fiche plus détaillée et mise à jour sera publiée à l'automne 2001;
- L'élaboration et le perfectionnement de l'Outil de soutien à la décision et à la planification (OSDP) font partie d'un processus continu pour améliorer, à l'intention des hôpitaux, l'accès à l'information sur l'efficacité réelle des hôpitaux et sur celle éventuelle du rendement clinique. Tous les hôpitaux, conseils régionaux de santé et employés du ministère pourront consulter l'OSDP 2000 à partir d'un site Web, ce qui permettra d'accélérer la distribution de l'outil et la communication des points de repère connexes. L'OSDP 2001 sera disponible prochainement;
- Le ministère a fourni des indicateurs de performance provisoires pour chaque hôpital par centre fonctionnel de soins et de diagnostics en fonction des données de 1998-1999, ce qui a permis aux hôpitaux de faire des comparaisons sur l'affectation des ressources. Les hôpitaux ont été tenus de formuler des commentaires sur les rapports, commentaires qui seront intégrés aux versions futures des analyses comparatives. Ces rapports font l'objet d'un projet pilote sur la présentation de rapports normalisés par les hôpitaux.

Processus de traitement des plaintes

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.

État actuel

Des mesures de fond ont été prises suivant cette recommandation. Selon le ministère, des protocoles ont été élaborés, et les plaintes sont acheminées aux bureaux régionaux appropriés du ministère, où elles sont traitées conformément aux normes de service mises en œuvre au sein de la fonction publique de l'Ontario dans le cadre de la stratégie sur la qualité du service de 1998.

Agrément des hôpitaux

Recommandation

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

État actuel

Des mesures de fond ont été prises suivant cette recommandation. À l'heure actuelle, les hôpitaux sont tenus d'indiquer dans leurs plans de fonctionnement la date de leur dernier

agrément ainsi que le nombre d'années pendant lequel ils ont été agréés. Ils doivent également fournir une copie du sommaire de l'agrément si le Conseil canadien d'agrément des services de santé a effectué une visite de l'établissement depuis la présentation du plus récent plan de fonctionnement de ce dernier.

RESTRUCTURATION DES HÔPITAUX

Mise en œuvre de projets d'immobilisations

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.

État actuel

Le ministère a collaboré avec les hôpitaux pour élaborer les projets *Headstart* afin de répondre aux besoins urgents et aux axes prioritaires d'intervention comme les unités des services d'urgence et des soins intensifs, ce qui a donné plus de temps aux hôpitaux pour échauffer des plans à l'égard des grands projets de redéveloppement.

Pour permettre de profiter des principaux avantages susmentionnés en matière de restructuration, le ministère a encouragé les hôpitaux à accélérer la planification des grands projets proposés par la CRSS.

À l'automne 2000, le ministère a amorcé un projet de révision du financement et de la planification des dépenses en capital afin de formuler des recommandations pour l'amélioration de la responsabilisation, de la prise de décisions, de l'élaboration des politiques et de la gestion des projets au sein du ministère. Un plan d'exécution de projet est en cours d'élaboration au sujet de ces recommandations.

Remboursement des dépenses de restructuration

Recommandation

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

État actuel

Le ministère a souligné qu'il continuait d'améliorer le processus d'approbation des demandes des hôpitaux concernant les dépenses de restructuration. Pour assurer la responsabilisation des hôpitaux et garantir l'exactitude et la fiabilité de l'information, le ministère exige la présentation de documents à l'appui des demandes de remboursement. Toutefois, la confidentialité des renseignements sur le versement des indemnités de départ soulève encore des problèmes, ce qui limite l'étendue et l'ampleur de l'examen. Même si son personnel continue à vérifier le caractère raisonnable des montants réclamés, le ministère nous a informés que les ressources financières actuelles ne permettent pas d'effectuer un examen approfondi et intégral de chaque hôpital.

Mise en œuvre de la restructuration des hôpitaux

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 correctrices qui s'imposent.*

État actuel

Nous avons appris que le ministère avait mis au point la méthodologie de calcul du financement à l'appui des transferts de programme et qu'il avait modifié son approche pour encourager un accord préalable entre les hôpitaux participant aux transferts de programme. Le ministère a indiqué que la méthodologie sert à vérifier les transferts convenus entre les parties et à régler les différends, de même qu'elle peut permettre de recalculer et d'augmenter les transferts antérieurs. Le suivi des services se poursuit dans le cadre du processus établi pour l'examen des plans annuels de fonctionnement des hôpitaux.