

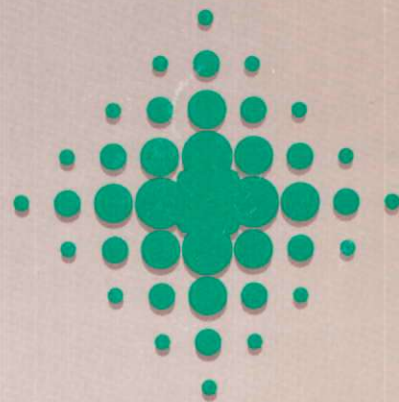
30

Synthèse
critique

Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

Financement et budgétisation des hôpitaux

Gilles DesRochers



COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

WA
540
DC2.1
Q44
C734
1987
V.30



Québec 

SANTÉCOM



30

Synthèse
critique

Institut national de santé publique du Québec
4895, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

Financement et budgétisation des hôpitaux

Gilles DesRochers

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4^e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08476-8

FINANCEMENT ET BUDGETISATION DES HOPITAUX

(Rapport soumis à la Commission d'Enquête sur les
Services de santé et les Services sociaux)

Gilles DesRochers
Professeur titulaire
Département d'administration de la santé
Faculté de Médecine
Université de Montréal

Juillet 1987

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
 1.0 <u>BUDGÉTISATION DES CENTRES HOSPITALIERS DEPUIS L'ASSURANCE</u> <u>HOSPITALISATION</u>	
1.1 Les dépenses de fonctionnement	3
1.1.1. De la budgétisation détaillée à la budgétisation globale	3
1.1.2. Budgétisation globale de performance	8
1.2 Les immobilisations	12
1.2.1. Financement centralisé	12
1.2.2. Financement décentralisé	13
1.3 Décentralisation budgétaire	16
 2.0 <u>ÉVALUATION DU FINANCEMENT HOSPITALIER</u>	
2.1 Budget global et contrôle des activités	21
2.2 Budget global et contrôle des coûts	26
2.3 L'application du budget global de performance (MRBB)	31
2.4 Les immobilisations	39
 3.0 <u>RÉFORME DU FINANCEMENT HOSPITALIER</u>	45
3.1 Budgétisation en fonction de groupes de malades homogènes (DRG)	46
3.2 Capitation	48
3.3 Budgétisation globale flexible de performance	49
 4.0 CONCLUSION	56
 RÉFÉRENCES	62
 ANNEXE I	

REMERCIEMENTS

L'auteur tient à remercier monsieur Robert Dallaire, directeur général adjoint du Centre hospitalier de l'Université Laval, ainsi que monsieur André-Pierre Contandriopoulos, professeur titulaire au Département de l'administration de la santé à l'Université de Montréal et directeur du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, pour les commentaires qu'ils ont faits sur une première version de cette étude.

Monsieur Albert Painchaud et monsieur Michel Dubreuil, respectivement directeur général et directeur des programmes de santé au Conseil régional de la Santé et des Services sociaux de l'Estrie ont aussi apporté une contribution utile sur la décentralisation budgétaire, dont nous voulons les remercier.

Il va de soi que l'auteur assume l'entière responsabilité du contenu de l'étude.

RESUME

Le rapport a pour objet d'analyser l'importante question de la budgétisation dans le processus de financement des hôpitaux. Nous verrons qu'il existe une dichotomie dans la budgétisation des dépenses hospitalières puisque le budget de fonctionnement est fondé sur des critères distincts du budget d'immobilisation.

Le budget global de fonctionnement

A compter de l'instauration de l'assurance-hospitalisation au Québec en 1961 et jusqu'en 1971, l'Etat a accordé aux établissements hospitaliers un budget détaillé par catégories de dépenses. Ce mode de budgétisation des dépenses de fonctionnement qui avait l'inconvénient d'être rigide pour les administrateurs fut remplacé, à compter de 1972, par un budget global qui décentralisait, au niveau des gestionnaires d'hôpitaux, le processus d'allocation des ressources à l'intérieur des établissements.

Malgré la plus grande flexibilité qu'il accordait aux gestionnaires dans le processus décisionnel interne, le budget global avait un contenu arbitraire puisqu'il conservait un caractère historique. L'enveloppe globale de 1972 résultait en effet d'une simple indexation des dépenses réelles de l'année de base 1970 et qui continuèrent d'être majorées annuellement au moyen d'un taux global d'indexation fondé sur une prévision de l'augmentation des salaires et des autres dépenses. Au moment où le budget global fut instauré, aucune correction ne fut effectuée afin d'évaluer l'adéquation de l'enveloppe globale accordée à chaque établissement en regard de l'efficacité, voire de l'efficacité avec laquelle ces ressources étaient utilisées.

La révision des bases budgétaires

C'est précisément en vue de corriger ce que le caractère historique du budget global comportait d'inefficace et d'inéquitable que l'on procéda en 1977 à la "révision des bases budgétaires" des hôpitaux, fondée sur leur performance comparative. La "méthode de révision des bases budgétaires" (MRBB) comportait trois étapes. La première consistait à regrouper entre eux les établissements selon la ressemblance de leurs activités, mesurée principalement en fonction des diagnostics traités, pondérés par la durée de séjour. Après que les établissements eurent été regroupés, il fallait en second lieu comparer la performance (productivité et coûts unitaires) de chaque centre d'activités, de chaque établissement, à la performance moyenne du groupe auquel cet établissement appartenait. Cela permettait de mesurer, pour chaque centre d'activités et pour l'ensemble des centres d'activités, si l'établissement était performant ou en économie de ressources ou si, au contraire, il était non performant, c'est-à-dire en

excédent de ressources. Puis, finalement, la performance économique de l'établissement était comparée à sa situation budgétaire et financière afin d'apporter les correctifs à sa dotation budgétaire. Ainsi, un établissement performant, c'est-à-dire en économie de ressources, mais en situation déficitaire était notoirement sous-budgétisé, son déficit devant être comblé. Au contraire, un établissement non performant, c'est-à-dire en excédent de ressources, mais arborant un surplus budgétaire était visiblement surbudgétisé. L'enveloppe budgétaire devait donc être réduite et l'établissement devait résorber ses ressources excédentaires en améliorant sa performance afin de retrouver l'équilibre budgétaire. Et ainsi de suite pour les établissements se trouvant dans d'autres circonstances économiques et financières.

Evaluation du budget global

Le rapport compare le budget global à d'autres modes de budgétisation, soit le prix de journée, le remboursement en fonction des coûts moyens des groupes de malades homogènes (DRG) ou encore en fonction des dépenses réelles encourues. Les comparaisons portent sur l'impact de ces modes de budgétisation sur le volume et la qualité des services, l'efficacité ou le coût unitaire ainsi que sur les dépenses totales. En l'absence d'études empiriques, l'analyse démontre que le budget global, du moins dans sa forme élémentaire, c'est-à-dire lorsqu'il constitue une enveloppe fixe, ne comporte pas d'incitation à accroître le volume, contrairement au prix de journée ou au remboursement selon les coûts moyens des groupes de malades homogènes (DRG). Toutefois, le budget global de performance, fondé sur la "méthode de révision des bases budgétaires" (MRBB), tient compte de l'effet de volume, ce qui est indispensable, faute de quoi il est impossible de juger de l'adéquation de l'enveloppe budgétaire en regard du volume d'activités. Soulignons que le volume de jours-présence pour les patients exigeant des soins de courte durée est resté stable au Québec entre 1975 et 1985, passant de 8.1 millions à 8.4 millions.

Le budget global, à l'instar des DRG, incite aussi à l'efficacité, c'est-à-dire au contrôle des coûts unitaires. C'est donc davantage par le contrôle des coûts unitaires que par le contrôle du volume d'activités que la maîtrise des dépenses totales peut s'effectuer, tant par la budgétisation globale que par les DRG. Il est à craindre cependant que la maîtrise des dépenses puisse se faire au détriment de la qualité des soins et des services plutôt que par une amélioration de l'efficacité en période de contraintes financières prononcées ou prolongées.

Le budget global de performance peut donc constituer un instrument de maîtrise des dépenses hospitalières relativement efficace à condi-

tion d'être utilisé correctement. Or, au Québec il a servi principalement comme instrument de répartition des contraintes financières imposées aux hôpitaux, surtout au début de la présente décennie, plutôt que comme moyen d'améliorer l'équité et l'efficacité dans la répartition de l'enveloppe financière accordée aux hôpitaux. La cause pourrait en être attribuée à une conjoncture économique et financière défavorable, mais cela tient surtout à une attitude négative de la part des responsables de l'application de la MRBB, à la manière dont celle-ci a été appliquée et enfin à une compréhension erronée de la méthode elle-même. Il en est finalement résulté un certain discrédit de la MRBB et son abandon en 1985, sans qu'une solution de rechange ne soit proposée.

Doit-on aller jusqu'à abandonner le budget global? On pourrait certes lui substituer le mode de remboursement selon les groupes de malades homogènes (DRG) en vigueur aux Etats-Unis depuis 1983 dans le régime Medicare. Ce mode de remboursement consiste à verser aux établissements hospitaliers le coût moyen d'un groupe de diagnostics homogènes. Un établissement traitant des maladies cardio-vasculaires recevrait par exemple \$2000. par cas traité et encaisserait un profit de \$200. si son coût moyen était de \$1800., mais subirait une perte de \$200. si son coût atteignait \$2200. L'enveloppe du budget global pourrait d'ailleurs être définie de façon prospective, en fonction d'un ensemble de groupes de diagnostics homogènes, à l'intérieur d'une enveloppe budgétaire prédéterminée.

Vers un budget global flexible de performance

La "méthode de révision des bases budgétaires" (MRBB) a été critiquée parce qu'elle était rétrospective, à cause de l'utilisation de données antérieures à l'année de la budgétisation dans le calcul de la performance, ce qui atténuait le caractère prospectif du budget global. Le rapport apporte un correctif à la MRBB et propose une budgétisation globale flexible de performance (BGFP). Plutôt que d'apporter des correctifs à la marge, aux budgets des hôpitaux, en tenant compte de la performance, la MRBB servirait dorénavant à calculer l'enveloppe d'un budget global flexible de performance (BGFP). Il s'agirait d'une budgétisation flexible puisque la MRBB tiendrait toujours compte, implicitement, de l'effet de volume. De plus, le BGFP serait un budget prospectif fondé sur la performance de l'établissement par rapport à son groupe.

Un établissement qui serait globalement performant, c'est-à-dire en économie de ressources, se verrait attribuer un budget fondé sur le coût moyen de chacun de ses centres d'activités. Un volume-cible d'activités serait fixé préalablement mais un établissement qui améliorerait sa performance pourrait être autorisé à accroître son volume de production à condition de ne pas dépasser son enveloppe budgétaire.

L'établissement globalement non performant, c'est-à-dire en excédent de ressources, se verrait attribuer un budget basé sur le coût moyen de chacun de ses centres d'activités où il est performant. Dans les centres d'activités non performants, le budget serait calculé en utilisant un facteur de normalisation qui aurait pour résultat de budgétiser chacun de ces centres d'activités à un coût moyen supérieur à celui du groupe d'établissements de référence, mais inférieur au coût moyen de l'établissement. En d'autres termes, une fraction de l'excédent de ressources dans les centres d'activités non performants serait financée par l'Etat, mais l'établissement devrait résorber la fraction résiduelle en cours d'exercice, de manière à ce que cet excédent disparaisse après un ou deux ans. Un objectif-cible de production, comportant éventuellement une baisse du volume d'activités, serait fixé pour cet établissement qui devrait se retrouver en équilibre budgétaire en fin d'exercice.

Le financement des immobilisations

Les dépenses pour l'achat d'équipement, la construction et les réparations majeures sont financées selon des règles différentes de celles qui s'appliquent aux dépenses de fonctionnement ou d'exploitation que nous venons d'examiner.

La construction d'un centre hospitalier est financée par l'émission d'obligations garanties par l'Etat provincial et le service de la dette s'effectue au moyen de subventions versées à l'établissement. Pour ce qui est des dépenses d'équipement, elles furent financées jusqu'en 1967 au moyen de crédits accordés par le Ministère de la Santé sous forme de provisions d'amortissement. Puis de 1967 à 1976, ces dépenses furent financées directement au moyen de crédits prévus à cet effet.

A compter du 1er avril 1976, le financement des dépenses d'équipement et des projets de construction et de réaménagement dont le coût était égal ou inférieur à \$1 million fut décentralisé au niveau des Conseils de la santé et des services sociaux et des hôpitaux eux-mêmes. Pour ce faire, ils se partagèrent, avec le Ministère de la Santé, le produit des revenus provenant des suppléments exigés pour l'occupation d'une chambre privée et semi-privée. En 1985 cette politique fut abandonnée et le Ministère de la Santé verse dorénavant aux conseils régionaux et aux hôpitaux des crédits équivalents aux revenus des suppléments de chambres privées et semi-privées qu'il récupère.

Le financement des équipements et des dépenses d'immobilisations de \$1 million ou moins par les revenus tirés des suppléments de chambres constituèrent une véritable décentralisation financière puisque les instances régionales et locales disposaient de sources de revenus autonomes. Il

est vrai que ces revenus ne pouvaient s'accroître que par la hausse des tarifs, le nombre de chambres demeurant à peu près inchangé au cours des années. Ainsi, dans la région de Montréal métropolitain, ces revenus s'accrurent de 1.6% en moyenne par année entre 1977 et 1984, alors que les dépenses des hôpitaux et du Conseil régional (CSSSMM) augmentaient de 5.6% par année au cours de cette même période, sans compter le déficit d'investissement estimé à 427.5\$ millions accumulé au cours des cinq dernières années.

Il aurait été possible toutefois d'accroître les revenus en ajoutant aux suppléments de chambre les revenus provenant des prix de journée exigés des malades chroniques et éventuellement en imposant un tarif d'hôtellerie pour les malades hospitalisés, ce qui aurait suffi au rattrapage qui autrement devra se faire tôt ou tard à même les fonds publics.

Le tarif d'hôtellerie constituerait une source nouvelle de financement par les usagers mais la nouvelle loi fédérale sur la santé prévoit une pénalité pour les provinces sous forme de réductions équivalentes des transferts fédéraux pour ce qui serait considéré comme un frais modérateur. Quant au prix de journée, qui est aussi considéré comme un frais modérateur, le produit de ces revenus aurait constitué un simple transfert financier de l'Etat aux hôpitaux et aux conseils régionaux, au même titre que les suppléments de chambre.

Il existe d'autres moyens de financer les immobilisations ou d'accroître les sources de leur financement mais qui constituent, à plus ou moins brève échéance, des revenus transférés du provincial vers les instances régionales ou locales. L'Etat pourrait prévoir par exemple dans les budgets hospitaliers des provisions d'amortissement, basées sur les coûts de remplacement des immobilisations. Ces coûts sont toutefois difficiles à évaluer et une part d'arbitraire serait inévitable.

Le recours au crédit-bail (leasing), qui constitue en vérité une forme d'achat à tempérament lorsque l'équipement est conservé à la fin du contrat, permet d'étaler la dépense sur plusieurs années, mais il faut que des revenus soient prévus à chaque année pour défrayer les coûts de location.

Il n'existe pas de solution miraculeuse au financement des dépenses d'immobilisations hospitalières, ni des dépenses de fonctionnement. Si la progression des dépenses hospitalières doit se maintenir au cours des prochaines années et même s'accroître, ce qui n'est pas improbable, ce sont les principes mêmes du financement qui devront être revus et en particulier la participation des usagers aux coûts de la santé. Ainsi, par exemple, la gratuité des médicaments pour toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus pourrait être remise en cause, à défaut de quoi le rationnement des services devra s'accroître, la qualité des soins pourra être menacée ou les autres services collectifs être comprimés au profit des soins de santé.

INTRODUCTION

Les services hospitaliers constituent la plus grande part des dépenses pour les soins personnels de santé au Québec, soit environ 70% de celles-ci depuis 1975 (Santé et Bien-être social Canada, s.d). C'est pourquoi l'étude du financement des dépenses hospitalières est indispensable à la compréhension et l'impact de cette activité.

Dans un régime public, la part des dépenses publiques accordée aux dépenses pour les services de santé, de même que la part de celles-ci dévolue aux hôpitaux dépend des choix collectifs et ce processus, dans un système démocratique, est essentiellement politique. Ce n'est pas de cette réalité dont il sera question ici, mais plutôt des mécanismes de budgétisation des hôpitaux qui constituent un élément primordial, mais technique, du processus plus large de financement, c'est-à-dire d'allocation des ressources à ces établissements.

La budgétisation des établissements de santé par l'État, considérée comme instrument de financement s'applique surtout aux dépenses de fonctionnement ou d'exploitation. Il existe une dichotomie entre le financement des dépenses de fonctionnement et des dépenses d'immobilisation et celles-ci seront traitées de façon distincte.

L'étude se divise en trois chapitres. Le premier traite de l'évolution de la budgétisation des hôpitaux au Québec depuis l'assurance-hospitalisation. Une évaluation du système de budgétisation fait l'objet du deuxième chapitre. Dans le dernier chapitre, quelques propositions de réforme de la budgétisation hospitalière sont suggérées.

1.0 BUDGÉTISATION DES CENTRES HOSPITALIERS DEPUIS L'ASSURANCE-HOSPITALISATION

Les dépenses hospitalières appartiennent à l'une ou l'autre des catégories suivantes: les dépenses de fonctionnement ou d'exploitation d'une part, et les dépenses d'investissement d'autre part. Le régime de financement public au Québec prévoit des règles différentes pour le financement et la budgétisation de chaque catégorie de dépenses.

1.1 Dépenses de fonctionnement

Il s'agit des dépenses effectuées pour produire les services aux patients hospitalisés et aux personnes qui utilisent les services ambulatoires. Ces services engendrent diverses dépenses salariales, à l'exclusion des honoraires médicaux qui sont facturés par les médecins à la Régie de l'Assurance-maladie du Québec, des dépenses pour l'achat de fournitures médicales et non médicales, de médicaments, etc.

1.1.1 De la budgétisation détaillée à la budgétisation globale

Depuis la prise en charge des hôpitaux par le Gouvernement du Québec au moment de l'instauration du régime d'assurance-hospitalisation en 1961 et jusqu'en 1972, la budgétisation des dépenses de fonctionnement des centres hospitaliers s'est effectuée de façon détaillée. Les hôpitaux devaient soumettre au Ministère de la Santé un budget détaillé, préparé selon les normes

établies par le ministère et publiées dans le Manuel des coûts unitaires et des salaires comparatifs (Castonguay-Nepveu, 1970).

Ces normes portaient sur quatre catégories de dépenses: les fournitures médicales et chirurgicales, les médicaments, les autres fournitures et autres dépenses et les salaires bruts. Les normes des trois premières catégories de dépenses étaient fondées essentiellement sur le nombre de jours-patients et celle des salaires sur les taux de rémunération moyens, compte tenu des conventions collectives, et sur des ratios de personnel par jour-patient. Les budgets, généralement insuffisants pour couvrir les dépenses, donnaient lieu à des ajustements budgétaires ou règlements de fin d'année et il y avait des dépenses non remboursées. Aucune analyse de performance comparative systématique ne servait à évaluer le processus d'allocation des ressources. Ce mode de budgétisation avait aussi l'inconvénient de placer le gestionnaire dans une position relativement rigide quant au déploiement de ses ressources dans la gestion quotidienne de son établissement.

Afin d'accorder plus de flexibilité au gestionnaire et d'éviter un long processus de négociation budgétaire, le ministère de la Santé décida de généraliser le budget global en 1972, après une expérience-pilote qui avait porté sur un échantillon de 23 établissements.

L'enveloppe du budget global de 1972 fut calculée, pour chaque établissement, à partir des dépenses effectives indexées de l'année de base 1970. Le budget global était en réalité constitué de deux composantes. L'une, appelée composante globale, devait être majorée annuellement du taux d'accroissement des prix des fournitures et des salaires. L'autre composante, appelée composante détaillée, continuait, tout comme aujourd'hui, de faire l'objet d'un examen détaillé. Ainsi, les honoraires des médecins spécialistes oeuvrant dans les hôpitaux étaient alors budgétisés dans la composante détaillée. Ils furent transférés plus tard à la RAMQ mais les dépenses des départements de santé communautaires apparaissent toujours à la composante détaillée. Celle-ci représentait 12% du budget total des centres hospitaliers de soins de courte durée en 1984-1985.

Le budget global a l'avantage de décentraliser, au niveau de l'établissement, le processus décisionnel quant à l'affectation des ressources financières et de donner ainsi plus de flexibilité aux gestionnaires du réseau. Le budget global peut être représenté par la formule suivante (DesRochers, 1979, 1985).

$$B_t = G_t + D_t \quad (1.1)$$

$$G_t = G_{t-1} (1 + g_t) \quad (1.2)$$

$$S_t = B_t - R_t \quad (1.3)$$

où B_t est le budget global de l'année t , G_t la composante globale, D_t la composante détaillée et g_t le taux global d'accroissement appliqué à la composante globale de l'année précédente (G_{t-1}). La contribution du ministère (S_t) est calculée comme la différence entre le budget brut des dépenses approuvées diminué des autres revenus (R_t). Ce processus de détermination du budget est décrit à l'annexe 1.

Au budget global peut s'ajouter, depuis 1974, un budget de développement pour les nouveaux services à financer. Le budget de développement d'une année est ensuite annualisé et intégré au budget global de l'année suivante. Quant à l'accroissement des volumes d'activités, il pouvait donner lieu, à l'occasion, à des ajustements budgétaires. Afin d'améliorer l'efficacité, c'est-à-dire les coûts unitaires, la mise en place du budget global fut accompagnée de la fixation volontaire d'objectifs de réduction de coûts, en vertu desquels un établissement pouvait conserver une portion des économies réalisées grâce à cet incitatif financier. (DesRochers 1979, 1985). Ce régime d'incitatif fut inopérant, d'abord parce qu'il ne prévoyait pas de sanction pour les établissements qui refusaient de se fixer des objectifs de réduction de coûts et qui encouraient des déficits. Ces établissements furent même récompensés puisque leurs déficits furent ultérieurement remboursés. On ne pouvait d'ailleurs dire avec certitude dans quelle mesure ces déficits

étaient attribuables à l'inefficience ou à la sous-budgétisation. En second lieu, il faut se rappeler que le budget global n'a fait que "globaliser", donc entériner un niveau historique de dépenses, constitué de sédimentations budgétaires successives. Les incitatifs de réduction de coûts n'atteignirent donc pas l'objectif désiré faute de base comparative pour mesurer la performance réelle des établissements. Enfin, l'incitatif était lui-même insuffisant puisque les économies réalisées étaient éventuellement défalquées, en tout ou en partie, du budget des dépenses brutes approuvées des années ultérieures. Cela pouvait alors être justifié ou non selon que ces économies étaient réelles ou non, dans ce dernier cas à cause d'un budget trop généreux ou d'une chute du volume d'activités. Mais faute de données sur la performance comparative des établissements, le ministère ne pouvait s'en assurer, pas plus d'ailleurs qu'il ne pouvait l'attribuer à l'inefficience ou à la sous-budgétisation.

Ces incitatifs financiers furent donc abandonnés sans qu'on en ait vraiment mesuré l'impact. Les règlements de fin d'année furent abolis en 1974 et on régla les déficits. Toutefois, ceux-ci réapparurent aussitôt et le taux global d'accroissement des fournitures fut en conséquence comprimé de deux points de pourcentage en 1976 afin de forcer les établissements à resserrer leur gestion et réduire ainsi l'écart qui existait alors entre le coût par jour d'hospitalisation au Québec et celui de l'Ontario.

1.1.2. Budgétisation globale de performance

L'apparition de la première mesure de restrictions budgétaires que nous venons de mentionner et qui semble bien modeste aujourd'hui, si on la compare aux compressions du début des années '80, souleva un tollé de protestations en raison de son caractère généralisé. Tous les établissements hospitaliers de soins de courte durée subirent en effet une amputation du taux d'accroissement global de deux points, sans autre forme de procès, c'est-à-dire sans égard à leur performance effective. Il fut par la suite décidé que l'examen des bases budgétaires des hôpitaux ferait l'objet d'une évaluation plus systématique. Cette opération, amorcée en 1976, connue sous le nom de révision des bases budgétaires visait à rendre plus rationnelle la budgétisation des hôpitaux en la fondant sur une analyse économique de la performance de chaque établissement, relativement à celle d'un groupe relativement homogène d'établissements. Il faut se rappeler que le budget global de 1972 avait consisté à indexer les dépenses réelles des hôpitaux de l'année 1970. Il s'agissait donc de budgets historiques, dont la base datait en vérité de 1960, les états financiers de cette année-là ayant servi de base de budgétisation. L'indexation annuelle du budget global depuis 1972 n'avait donc pas corrigé les facteurs d'iniquité qui avaient inévitablement entaché un mode de budgétisation certes amélioré, mais qui n'avait pas fait l'objet d'une évaluation de l'adéquation des ressources accordées aux établissements en

regard des activités déployées, et surtout de l'efficience, pour ne rien dire de l'efficacité, avec laquelle ces ressources avaient été employées.¹

La méthode de revision des bases budgétaires (MRBB) a été décrite ailleurs (DesRochers 1979, 1985). Qu'il suffise de rappeler qu'elle comporte trois étapes. La première consiste à regrouper les établissements selon la ressemblance de leurs activités, mesurée principalement en fonction des diagnostics traités pondérés par la durée de séjour, mais aussi en tenant compte d'autres facteurs (Lange et Contandriopoulos, 1980).

Les groupes d'établissements homogènes étant obtenus grâce au calcul des indices de ressemblance, il faut, en second lieu, comparer entre eux les établissements d'un même groupe, de manière à établir la performance comparative de chacun. L'évaluation de la performance s'effectue en calculant, pour chaque centre d'activités (soins infirmiers, services hospitaliers, pharmacie, buanderie, etc.), la productivité moyenne de chaque groupe d'établissements, puis en comparant cette moyenne à la productivité de chaque établissement individuel. Un établissement qui, dans un centre d'activités, a une productivité inférieure à celle de son groupe, dans ce

(1) L'efficience consiste à produire un bien ou un service au moindre coût ou avec la plus grande productivité. L'efficacité consiste par ailleurs à produire le bon résultat, c'est-à-dire, le bon service.

même centre d'activités, est décrété en excédent de ressources. Autrement dit, son coût moyen est supérieur à celui du groupe dans ce centre d'activités. Il est en économie de ressources dans le cas contraire. Et la somme algébrique des économies et des excédents le classe soit en économie ou en excédent généralisé de ressources, c'est-à-dire performant ou non (Ministère des Affaires sociales, 1977, 1984).

Enfin, la troisième et dernière étape consiste à comparer la performance économique de l'établissement à sa situation budgétaire et financière. En d'autres termes, il faut déterminer si le budget accordé à chaque établissement est adéquat, compte tenu de sa performance, mesurée par l'excédent ou l'économie net de ressources dégagé dans la seconde étape de l'analyse. Il suffit alors de confronter la performance à la situation financière de l'établissement. Ainsi, par exemple, un établissement en économie de ressources, donc performant puisque ses coûts unitaires sont globalement inférieurs à ceux des établissements de son groupe, mais qui affiche un déficit, est notoirement sous-budgétisé et sa base budgétaire doit être majorée.

À l'inverse, l'établissement non performant, affichant un surplus, est doté d'un budget trop généreux devant être amputé. D'autres situations sont aussi possibles (DesRochers, 1979).

Cette méthode de revision des bases budgétaires fut d'abord appliquée en 1977-1978 aux centres hospitaliers de soins de courte durée. Ce nouveau budget global de performance peut être résumé dans la formule suivante en ajoutant un terme à l'identité (1.1):

$$B_t = G_t + D_t + N \quad (N \geq 0) \quad (1.4)$$

où N représente l'injection ou la récupération budgétaire, c'est-à-dire la révision de la base budgétaire.

La budgétisation globale de performance, appliquée avons-nous dit à compter de l'exercice financier 1977-1978, subit au fil des ans des modifications. Le modèle de regroupement des établissements fut amélioré afin de tenir compte de nouveaux facteurs, comme l'environnement externe (Lance et Contandriopoulos, 1980); la méthode de calcul des excédents et économies de ressources fut aussi modifiée (Ministère des Affaires sociales, 1984). Mais c'est surtout l'application de la méthode qui eut à souffrir de la conjoncture politique et économique puisqu'elle fut utilisée à des fins de compressions budgétaires plutôt qu'à réaliser un partage plus équitable et plus efficace de l'enveloppe financière allouée au secteur hospitalier. Nous reviendrons sur ce point. Qu'il suffise de dire ici que c'est l'incompréhension de ce mode de budgétisation et son application erratique qui l'a progressivement discréditée auprès des administrateurs du réseau et qui a provoqué sa mise au rancart en 1985, sans que malheureusement on ne lui ait trouvé, à ce jour, une solution de rechange acceptable.

1.2 Les immobilisations

Les dépenses pour l'achat d'équipement, la construction et les réparations majeures sont financées selon des règles différentes de celles qui s'appliquent aux dépenses de fonctionnement ou d'exploitation que nous venons d'examiner.

1.2.1 Financement centralisé

Le financement de la construction d'un centre hospitalier s'effectue par l'émission d'obligations garanties par le gouvernement provincial et le service de la dette s'effectue au moyen de subventions versées à l'établissement.

Pour ce qui est de l'équipement, les règles en vigueur ont évolué depuis l'avènement de l'assurance-hospitalisation en 1961.

Jusqu'en 1967, les achats d'équipement furent financés par des crédits accordés par le Ministère de la Santé aux hôpitaux sous forme de provisions d'amortissement dans le budget de fonctionnement. Puis, de 1967 à 1976, le Ministère approuva les achats d'équipement et en défraya le coût au moyen de crédits affectés par l'Assemblée nationale à un programme prévu à cet effet (C.-E. Germain, 1981).

1.2.2. Financement décentralisé

À compter du 1er avril 1976, une nouvelle politique de financement des immobilisations hospitalières fut mise en vigueur. L'objectif principal de cette politique était de décentraliser le processus de prise de décision (autorisation et financement) en matière d'investissement hospitalier, vers les conseils régionaux ou conseils de la santé et des services sociaux (CRSSS) et vers les établissements eux-mêmes (Ministère des Affaires sociales, 1976, 1977). En vertu de ces nouvelles règles, les hôpitaux sont autorisés, avec les CRSSS, à engager des dépenses pour l'achat d'équipements spécialisés, d'équipements ordinaires et à entreprendre des projets de construction et de réaménagement dont le coût est égal ou inférieur à 1\$ million, de même qu'à les financer. Ce financement est assuré à même le produit des revenus tirés des suppléments exigés des patients pour l'occupation d'une chambre privée ou semi-privée, l'assurance-hospitalisation n'assurant la gratuité de l'hébergement des patients en salle seulement. Le Ministère continuait par ailleurs à autoriser et à financer les dépenses de construction et de réaménagement d'un coût supérieur à 1\$ million.

Le partage des revenus provenant des suppléments de chambre s'effectua, à l'origine, de la manière suivante:

45% étaient retenus par le centre hospitalier

45% étaient versés au CRSSS

10% étaient retenus par le Ministère au moment de la budgétisation de l'établissement et devait servir à la péréquation interrégionale.

La responsabilité de l'autorisation des dépenses de construction de 1\$ million ou moins, ainsi que des dépenses pour l'achat d'équipement spécialisé est confiée aux CRSSS, les hôpitaux pouvant décider des priorités de dépenses pour l'achat et le financement des dépenses d'équipement ordinaire. Le CRSSS est autorisé à financer jusqu'à 80% des dépenses autorisées et même 100% dans le cas d'établissements ne disposant pas de revenus de suppléments de chambre.

Un tel mode de financement constitue une véritable décentralisation décisionnelle puisque non seulement les centres hospitaliers et les CRSSS peuvent-ils au niveau local et régional décider des objets et des priorités de dépenses, mais disposent de plus d'une source autonome de financement. La seule restriction à leur autonomie vient de ce que le gouvernement se réserve le pouvoir de modifier l'enveloppe des revenus en fixant par décret, le barème des tarifs des suppléments de chambre. Ceux-ci sont par ailleurs modulés en fonction des caractéristiques des diverses catégories de chambres.

La politique instaurée en 1975 fut modifiée en 1981. En effet, le produit des recettes fut réparti également, les CRSSS, les hôpitaux et le Ministère en conservant chacun le tiers. Cette première entorse à la décentralisation financière fut aussi l'occasion pour le Conseil du Trésor d'amputer la part du Ministère (Association des hôpitaux du Québec, 1983), mais fut compensée par une majoration de 50% des tarifs des suppléments.

En 1985, les établissements furent autorisés à financer les projets d'investissement à même les économies réalisées à leur budget de fonctionnement à cause d'un projet, qu'il s'agisse d'économies de personnels, d'énergie ou autres. Le remboursement du capital et des intérêts doit se faire sur une période ne dépassant pas cinq ans (Ministère des Affaires sociales, 1985).

En 1985, la politique instaurée en 1976 fut abandonnée. À l'heure actuelle les revenus tirés des suppléments de chambre sont de nouveau soustraits du budget des dépenses admissibles pour le calcul de la subvention du Ministère qui doit, en principe, verser aux hôpitaux, sous forme de budget d'immobilisation, l'équivalent des revenus qu'ils auraient conservés en vertu de la politique antérieure. Quant aux CRSSS, ils financent par emprunt leur participation au financement des immobilisations, en attendant que les règles d'une nouvelle politique soient établies.

1.3 Décentralisation budgétaire

La seule véritable mesure de décentralisation en matière de financement hospitalier a été celle du financement de l'équipement et des immobilisations d'un montant de 1\$ million ou moins. Nous venons de voir que cette politique a été modifiée récemment et les règles précises concernant la nouvelle politique ne sont pas connues, du moins il n'existe pas de directives écrites à ce sujet.

Quant à la budgétisation des dépenses de fonctionnement des centres hospitaliers, elle est demeurée, pour l'essentiel, centralisée au niveau du Ministère de la Santé. Toutefois certains pouvoirs additionnels ont été confiés aux conseils régionaux, en vertu desquels ils peuvent, depuis 1979, proposer au Ministère, pour approbation, des plans de réallocation de ressources et répartir l'enveloppe régionale de développement, fixée par le Ministère, entre les établissements et les organismes. En somme ces mesures ne constituent pas une véritable décentralisation puisque la décision de définir les enveloppes financières revient au ministère. Il s'agit tout au plus de mesures de déconcentration régionale visant à favoriser une meilleure concertation entre les établissements de la région.

En 1980, le Ministère des Affaires sociales publia un document de consultation sur la décentralisation administrative

(Ministère des Affaires sociales, 1980). Parmi les diverses mesures préconisées, certaines concernaient la détermination des budgets. Selon le processus proposé dans le document précité, la responsabilité première concernant les diverses activités relatives à la budgétisation devrait se répartir de la manière suivante entre les intervenants.

I. Responsabilités du Ministère

1. Élaborer la politique de budgétisation des établissements et organismes du réseau.
2. Communiquer la politique de budgétisation aux CRSSS et aux établissements.
3. Déterminer les paramètres régionaux pour la préparation des enveloppes régionales.
4. Communications des paramètres régionaux aux CRSSS.
5. Répartir les budgets alloués par le Conseil du Trésor.
6. Distribuer les budgets d'exploitation et de développement aux établissements.

II. Responsabilités des conseils régionaux (CRSSS)

1. Déterminer les paramètres locaux pour la préparation des prévisions budgétaires des établissements (masse globale).
2. Communiquer les paramètres locaux aux établissements.
3. Élaborer les prévisions budgétaires régionales selon la structure des programmes du ministère.

III. Responsabilités des établissements

1. Élaborer les demandes budgétaires selon les paramètres du CRSSS.
2. Établir le budget annuel.
3. Exécuter le budget.
4. Contrôler le budget.

En juillet 1980, le Conseil des ministres publia le décret ministériel no 2234-80 "Concernant l'exercice de certaines fonctions par le Conseil régional de la santé et des Services sociaux des Cantons de l'Est". En vertu de ce décret, le CRSSS-05 se voyait confier, entre autres fonctions, des responsabilités accrues en matière de financement des établissements. Celles-ci devraient au préalable être déterminées par entente avec le Ministère de la Santé et les dispositions du décret concernant les responsabilités budgétaires à être confiées au CRSSS-05 devraient, au préalable, être approuvées par le Conseil du Trésor.

En réalité, ce projet de décentralisation dans la région de l'Estrie datait de juin 1977. Le Conseil régional avait procédé à deux consultations sur son territoire en 1978 et 1979, avant que le décret ne soit adopté.

À compter de 1980 et plus particulièrement en 1982-1983 et 1983-1984, certaines activités budgétaires ont été décentralisées, comme par exemple certaines réallocations budgétaires découlant de changement à la programmation, la répartition des contraintes et de la marge de manoeuvre régionales, l'établissement de plans de redressement, etc.

En janvier 1985, un document de travail sur la gestion financière régionalisée fut préparé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce document exposait certaines propositions simulées pour l'exercice 1986-1987, qui ne furent cependant pas réalisées.

Il semble qu'à l'heure actuelle l'expérience de décentralisation, il vaudrait mieux dire de régionalisation budgétaire, est au point mort. En réalité, peu de progrès ont été réalisés depuis la publication du décret no 2234-80.

On est en droit de se demander si cette expérience, qui n'a peut-être pas vraiment débutée, sera reprise, compte tenu du fait qu'elle n'a pas accordée au CRSSS-05 des pouvoirs plus grands, en matière budgétaire, que ceux attribués aux autres conseils régionaux, en vertu des règlements existants, en matière de budgets de développement, de réallocations budgétaires, d'applications de contraintes budgétaires, etc. On ne peut dire, pour l'instant, s'il s'agit d'une histoire à suivre.

2.0 ÉVALUATION DU FINANCEMENT HOSPITALIER

La budgétisation globale ne constitue qu'un mode de remboursement¹ parmi d'autres. Le prix de journée, le remboursement rétrospectif des dépenses réelles encourues, le remboursement prospectif des coûts anticipés par groupes de malades homogènes (DRG) représentent d'autres modalités de budgétisation. Afin de juger de la supériorité d'un mode sur l'autre, il faut s'en remettre à des critères d'évaluation. Ceux-ci touchent généralement aux facteurs suivants: l'impact de la budgétisation sur les activités (nombre et types de patients traités, la qualité des soins et services), les coûts unitaires, c'est-à-dire l'efficience², le contrôle des coûts ou dépenses totales.

(1) Le remboursement ou la budgétisation constitue une façon de compenser un établissement hospitalier pour les dépenses encourues dans le traitement des patients, c'est-à-dire une modalité selon laquelle l'État attribue des fonds à un établissement public. Le financement est un terme plus général qui s'applique aux sources de revenus, comme par exemple le financement public ou privé, le financement par obligations, etc.

(2) L'efficience consiste à minimiser les coûts unitaires de la production de biens ou de services. Pour cela, il faut obtenir la plus grande productivité possible des facteurs de production utilisés, pour une qualité donnée des biens ou services à produire, et payer les facteurs de production au plus bas prix possible.

Dans ce chapitre, nous tenterons de faire ressortir les forces et les faiblesses du budget global, tel qu'appliqué au Québec, par rapport à d'autres modes de budgétisation ou d'autres façons d'utiliser le budget global.

2.1 Budget global et contrôle des activités

Le budget global se présente comme une contrainte financière globale fixée d'avance, c'est-à-dire de façon prospective, à l'intérieur de laquelle les diverses activités d'un établissement hospitalier doivent être budgétisées. Cela présuppose que le volume et la nature des activités, y compris la qualité des soins, sont définis de manière à ce que les dépenses qui découlent des soins dispensés aux patients hospitalisés ainsi que des soins ambulatoires n'excéderont pas l'enveloppe budgétaire globale. Le concept du budget global implique naturellement l'idée de contrainte. Celle-ci est d'autant plus sentie par l'administrateur que la demande de soins n'est pas contrainte dans un régime public où les soins sont "gratuits".

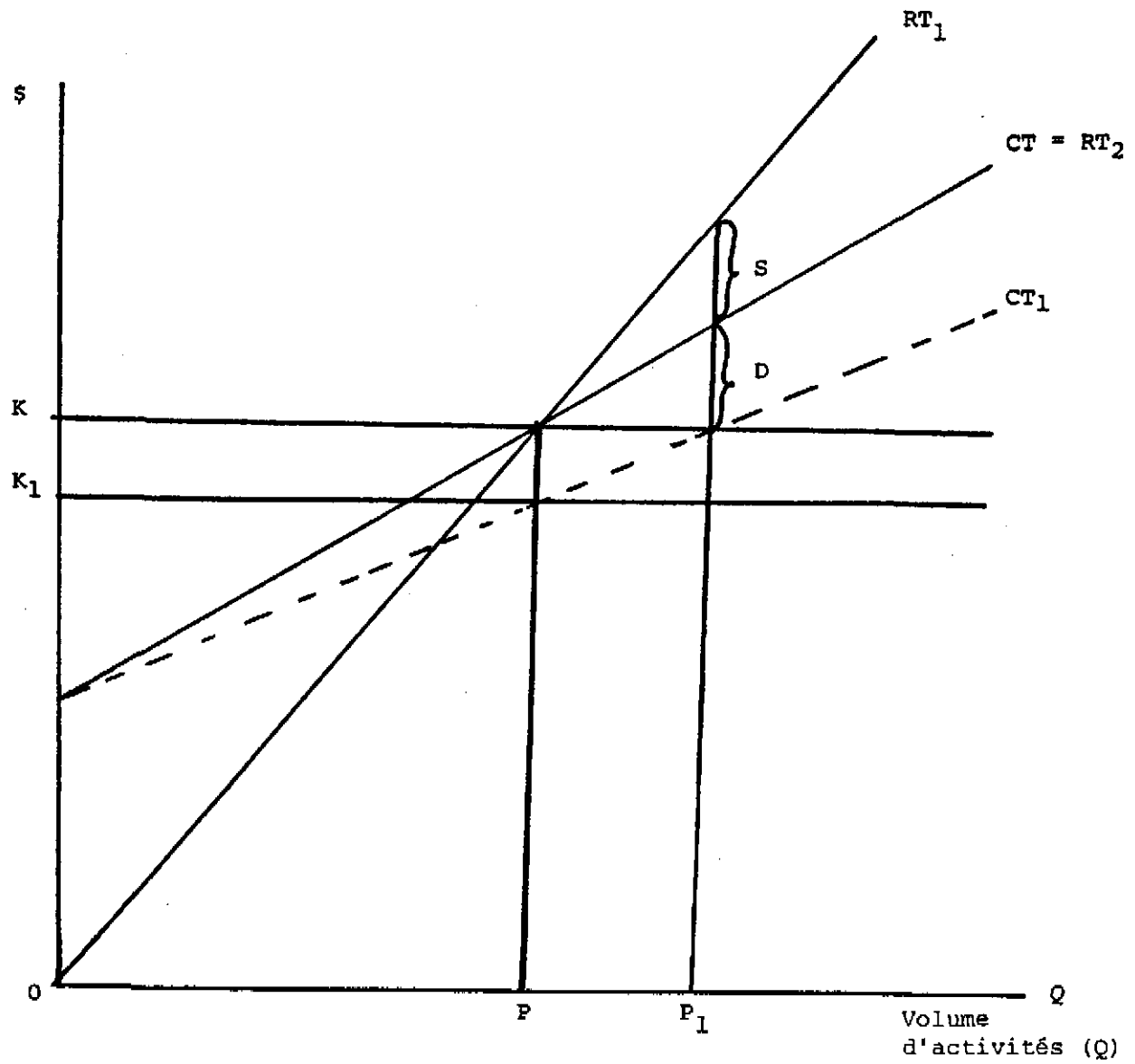
Cela est différent dans un régime qui prévoit le remboursement des dépenses encourues, ou bien le versement ex-post d'un prix de journée, ou encore le remboursement des coûts moyens des groupes de malades homogènes (DRG). Ainsi, sur le graphique 2.1, pour un volume OP de patients traités, le budget global OK assure une

situation d'équilibre budgétaire à l'établissement¹. Pour un volume supérieur, soit OP_1 , le déficit budgétaire est égal à D pour l'établissement doté d'un budget global, soit la différence entre le budget global OK et le coût total CT , alors qu'un prix de journée (droite RT_1) lui permettra de réaliser un surplus S . Pour l'établissement remboursé selon le coût moyen des groupes de malades homogènes, il sera toujours en équilibre budgétaire, à supposer que ses coûts soient identiques à ceux du groupe de référence (v.g. $RT_2 = CT$), quel que soit le volume de cas traités, par exemple OP ou OP_1 .

Il semble donc juste de conclure, au moins sur le plan analytique, que le budget global ne comporte pas d'incitation à accroître le volume d'activités (Dowling, 1974, 1976) puisqu'au-delà d'un volume donné (OP sur le graphique 2.1), il en résulte une situation déficitaire.

(1) Il est important de noter ici que le coût total CT est linéaire, c'est-à-dire que le coût variable est supposé constant. Cette hypothèse est sans doute réaliste dans un intervalle d'utilisation de la capacité de production variant de 70% à 95% par exemple.

GRAPHIQUE 2.1



Une compression budgétaire, par exemple une réduction du budget global de OK à OK_1 devrait donc avoir pour effet de réduire le volume d'activités d'équilibre budgétaire, en deça de OP , sans compter les effets secondaires sur la structure des cas traités, dépendant des préférences des médecins quant à la nature, l'urgence ou la gravité des patients à admettre à l'hôpital (Hornbrook et Rafferty, 1982). De plus, la qualité des soins pourrait aussi être réduite dans le but de comprimer les dépenses, disons de CT à CT_1 , de façon à restaurer l'équilibre budgétaire pour un volume d'activités inchangé à OP .

Bien qu'il n'existe pas de travaux empiriques permettant de confirmer ou d'infirmer l'impact possible du budget global sur le volume, la nature (case-mix) des patients traités, ou sur la qualité des soins prodigués aux malades, les effets indésirables prévisibles peuvent éventuellement être évités en améliorant l'efficience avec laquelle les soins sont prodigués. Cela peut être représenté par un déplacement vers le bas de la droite CT à CT_1 sur le graphique 2.1, qui permettrait de traiter OP_1 patients tout en maintenant l'équilibre budgétaire, ou encore de traiter un nombre de patients OP avec un budget global réduit à K_1 , comme nous l'avons souligné précédemment lorsque la réduction des coûts de CT à CT_1 s'effectuait par une baisse de la qualité des soins.

Quant au budget global de performance, dont il a été question précédemment, il tient compte lui aussi de l'effet de volume puisque la performance est définie par la productivité qui consiste en un rapport entre la quantité d'output ou d'extrant réalisée et la quantité d'input ou d'intrant utilisée¹. Il est d'ailleurs indispensable d'associer au budget global la notion de performance, faute de quoi il devient impossible de juger de l'adéquation de l'enveloppe de ressources attribuées à l'établissement au volume d'activités réalisées. Le budget global est alors déterminé arbitrairement; il est, pour ainsi dire, désincarné.

Bien que la prise en compte de l'effet de volume soit implicite dans le budget global de performance, il est toujours possible de limiter le volume d'activités, soit le nombre de jours-patients, par décision administrative. Ce qui ne veut pas dire que le budget sera équilibré en fin d'exercice, dans un régime de gratuité, c'est-à-dire où l'accessibilité aux services est totale. Tout dépendra de l'attitude des gestionnaires et des médecins, ainsi que des pressions politiques de la population si les files d'attente devaient s'allonger indûment. Alors que l'encombrement des urgences pose des problèmes périodiques on constate que le volume des activités hospitalières a peu varié au cours de la décennie s'étalant de 1974 à 1985. Dans les hôpitaux publics, le nombre de lits dressés a

(1) La performance peut être aussi définie par l'efficience qui consiste à minimiser les coûts, ce qui suppose que la productivité est optimale.

légèrement diminué, de même que les admissions, le nombre de malades traités, les visites à l'urgence et les consultations externes. Il n'y a que le nombre de jours-présence qui a légèrement augmenté de 15.6 millions à 16.6 millions au cours de la période. Si l'on exclut les malades en soins prolongés dans les centres hospitaliers de courte durée, on constate que les jours-présence pour les patients nécessitant des soins de courte durée restent stables, passant de 8.1 millions en 1975 à 8.4 millions en 1984-1985.

2.2 Budget global et contrôle des coûts

Les dépenses effectives encourues par un centre hospitalier et le budget destiné à les défrayer peuvent être représentées par une formule simple du type:

$$RT = K \quad (\text{Budget global})$$

$$RT = P \times Q \quad (\text{Budget selon prix de journée ou DRG})$$

$$CT = CM \times Q \quad (\text{Dépenses})$$

$$RT \approx CT$$

Cela signifie que le budget ou le revenu total (RT) d'un établissement sera égal au volume d'activités produit (Q), par exemple des patients traités ou des jours-patients, multiplié par le taux de remboursement ou le prix reçu (P) pour chaque unité produite (DRG ou jour-patient). Dans le cas du budget global, le revenu total est invariable.

Quant aux dépenses ou coût total (CT), elles seront égales au coût moyen (CM) des patients traités ou des jours-patients, multiplié par le volume de patients ou de jours-patients (Q).

Le résultat net financier: déficitaire, excédentaire ou équilibré dépendra donc de l'importance des dépenses encourues par rapport au budget.

La recherche de la productivité conduit à l'efficience, c'est-à-dire, à la minimisation du coût moyen unitaire (CM). Or, comme on l'a vu précédemment, l'amélioration de la productivité qui permet d'abaisser le coût total de CT à CT_1 (cf. graphique 2.1) permet aussi au centre hospitalier d'accroître ses activités de OP à OP_1 tout en se maintenant en situation d'équilibre budgétaire, ou encore de conserver celui-ci et de maintenir un niveau d'activités OP en cas de restrictions budgétaires qui réduiraient le budget global à OK_1 .

La budgétisation selon un prix de journée ou le remboursement prospectif des coûts par groupes de malades homogènes (DRG) comporte aussi une incitation à améliorer l'efficience puisque cela permet de dégager des ressources additionnelles en vue d'une production accrue, ou de réaliser un surplus si le volume d'activités demeure inchangé.

Le contrôle du coût unitaire (CM) n'est cependant pas le seul paramètre qui influence les dépenses totales. Le volume d'activités constitue l'autre facteur déterminant. Or, nous avons mentionné, dans la section précédente, que le budget global tend à freiner le volume d'activités, du moins dans sa forme élémentaire, c'est-à-dire lorsqu'il est défini comme une contrainte prédéterminée. Par ailleurs, le remboursement selon un prix de journée ou selon le coût des groupes de malades ou de diagnostics homogènes (DRG) ne favorise pas le contrôle des activités mais seulement l'efficacité, c'est-à-dire la minimisation du coût unitaire CM. Le budget global devrait donc permettre un meilleur contrôle des dépenses, c'est-à-dire du coût total puisqu'il exerce un effet de freinage à la fois sur le coût unitaire, en favorisant l'efficacité, ainsi que sur le volume d'activités.

Certains auteurs (Evans, 1983, Detky et al., 1983) attribuent précisément le contrôle des coûts hospitaliers au Canada, au cours de la décennie des années soixante-dix, à l'effet restrictif du budget global, ainsi qu'à d'autres mesures restrictives, comme le contrôle des salaires des personnels hospitaliers et des honoraires médicaux par la négociation collective à l'échelle provinciale, les restrictions sur le nombre de lits, etc. Il est vrai que le pourcentage des dépenses de santé par rapport au PIB est demeuré stable au cours des années soixante-dix bien que la proportion des dépenses hospitalières se soit accrue.

L'effet restrictif du budget global sur les dépenses ne peut exister que dans le cas où la budgétisation globale est appliquée dans sa version primaire, c'est-à-dire lorsque l'enveloppe budgétaire est fixe, et ne tient pas compte du volume ou seulement de façon limitée et discrétionnaire. Une telle approche consiste en réalité à placer une limite sur le niveau de dépenses, sans pouvoir juger de l'adéquation des budgets accordés aux activités réalisées. À plus ou moins brève échéance, une telle application du budget global, c'est-à-dire dans une optique restrictive, peut produire des effets favorables sur l'efficience mais défavorables sur la qualité et le volume de soins, ou encore conduire à des déficits. C'est ce qu'on a démontré précédemment à l'aide du graphique 2.1. En cas de restrictions budgétaires, lorsque le budget global passe de OK à OK_1 , on doit alors réduire la production en deçà de OP ou encore la maintenir au même niveau OP en abaissant les coûts de CT à CT_1 . Cela peut se faire sans changer la qualité des soins et services, grâce à une amélioration de l'efficience, soit en réduisant la qualité ou par une combinaison des deux stratégies. Il est par ailleurs improbable que les restrictions budgétaires aient pour effet d'améliorer la qualité, puisqu'il en résulte généralement une augmentation des coûts, ce qui aurait pour effet de créer un déficit budgétaire.

Dans une société où la population vieillit, et où les progrès de la technologie médicale vont s'accélégrant, il devient éventuelle

ment impossible d'appliquer le budget global dans sa forme élémentaire ou, si on le fait, il faut alors prévoir, outre la majoration de l'enveloppe globale nécessaire pour compenser l'inflation, prendre en compte l'effet de volume, au moins dans une certaine mesure, ainsi que l'impact du progrès technologique. Le gouvernement de l'Ontario prévoit par exemple un taux d'accroissement supplémentaire plafonné pour compenser l'accroissement du volume d'activités, alors que certains programmes (v.g. la chirurgie cardio-vasculaire) sont financés séparément, de même que les programmes nouveaux.

Au Québec, le budget global de performance tient compte implicitement de l'effet de volume puisque la base budgétaire d'un établissement en équilibre budgétaire, mais dont le volume d'activités s'accroît, et qui se situe à un niveau de productivité égal ou supérieur à la moyenne du groupe, doit être corrigée à la hausse puisque le déficit créé par cet accroissement de volume n'est pas attribuable à une performance moindre, c'est-à-dire un coût unitaire accru. Par ailleurs, tout surplus résultant d'une réduction de volume, sans amélioration de productivité, doit être récupéré.

L'abandon, en 1985, par le gouvernement du Québec, de la budgétisation globale de performance constitue à cet égard un recul, bien qu'elle ait été appliquée essentiellement dans le but d'imposer des contraintes budgétaires. Afin de compenser l'effet de volume dû principalement au vieillissement de la population, et surtout l'im

pact du développement technologique, le Ministère de la Santé et des services sociaux a décidé d'accorder un taux d'accroissement budgétaire de 0,4% aux établissements comme "coût du système" pour l'exercice 1986-1987. Le Conseil du Trésor avait estimé ce taux à 1,33% et l'Association des Hôpitaux du Québec à 2%. Si le budget global de performance eût été appliqué selon la méthode de révision des bases budgétaires, l'effet de volume eût été pris en compte de façon automatique et l'arbitraire limité à l'effet du progrès technologique sur les coûts puisque l'inflation est censée être compensée par l'application d'un taux global de majoration budgétaire approprié.

2.3 L'application du budget global de performance (MRBB)

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, le budget global de performance, ou la méthode de révision des bases budgétaires (MRBB) consiste essentiellement à réviser annuellement la base budgétaire de chaque établissement en fonction de la performance relative de celui-ci par rapport à celle du groupe d'établissements auquel il appartient. Cela permet de modifier le budget global à chaque année en fonction d'une comparaison portant sur les dernières données disponibles. Cela constitue une faiblesse de la méthode dans la mesure où les résultats de la performance passée servent de base à la détermination d'un budget prospectif pour l'année à venir. Cela pourrait être corrigé en utilisant la performance moyenne, c'est-à-dire

les ratios de productivité moyens et les volumes d'activités prédéterminés qui serviraient, après avoir indexé correctement les coûts à l'aide du taux global d'accroissement, à fixer l'enveloppe globale pour l'année à venir. La lourdeur ou la complexité des cas devrait aussi être prise en compte.

Indépendamment des améliorations que l'on pourrait apporter à la budgétisation globale de performance et sur laquelle nous reviendrons, il convient ici d'expliquer pourquoi ce mode de budgétisation n'a pas donné les résultats escomptés. Ces facteurs sont largement exogènes au contenu de la méthode elle-même et tiennent plutôt: a) à l'attitude des responsables de son application, b) à la façon dont elle a été appliquée et c) à certaines incompréhensions de la méthode de revision des bases budgétaires elle-même.

a) Pour ce qui est de l'attitude des responsables de son application, il suffit de rappeler les remarques du Vérificateur général du Québec dans son rapport du 31 mars 1984 à l'Assemblée nationale (Vérificateur du Québec, 1984). Parmi diverses observations formulées dans ce rapport ayant trait à la gestion financière des dépenses de transfert du Ministère des Affaires sociales pour le réseau hospitalier, certaines touchent à l'évaluation de la performance. Il reproche par exemple à certains gestionnaires du ministère de douter de la validité de la méthode, d'en utiliser une autre alors que les critiques formulées à l'endroit de la méthode ne s'appuient pas sur des évaluations approfondies qui pourraient suggérer des améliorations. Il reproche également au ministère d'avoir

gérer des améliorations. Il reproche également au ministère d'avoir fait perdre de la crédibilité à la méthode en favorisant, dans l'allocation des ressources en 1983-1984, des centres hospitaliers qualifiés de non performants en vertu de cette méthode.

b) Quant à la façon dont elle a été appliquée, il convient d'abord de mentionner que les regroupements ont été constamment modifiés. Cela n'est pas un mal en soi mais une nécessité dans la mesure où les regroupements sont largement fondés sur la ressemblance des diagnostics traités par les établissements d'un même groupe. Mais le remaniement des groupes a de quoi laisser songeur lorsque cela conduit à avoir autant de groupes qu'il y a d'établissements. Avec le résultat qu'en 1982-1983, sur la base des regroupements de 1981-1982, sur 16 établissements d'un projet-pilote, 12 d'entre eux affichaient un excédent total de ressources de 21.7 millions de \$ et les 4 autres une économie globale de 1.6 million de \$ seulement, soit 20 millions nets d'excédents de ressources. (Association des Hôpitaux du Québec, 1985, p. 66). Il faut noter, par ailleurs, que de 1980 à 1984, les excédents bruts de ressources mesurés par la MRBB ont été en moyenne de 2,44% des dépenses totales des hôpitaux de courte durée. En 1976-1977, soit la première année où la MRBB fut utilisée, les excédents de ressources représentaient 3,75% des dépenses admissibles.

Pour établir l'état des ressources (excédents ou économies) la méthode de comparaison fut aussi modifiée au cours des années. Les ratios de productivité de chaque établissement furent d'abord comparés aux ratios moyens du groupe. On substitua par la suite une méthode de régression quadratique. On peut toutefois douter de la validité de l'utilisation de la régression dans le cas d'un petit nombre d'observations.

La méthode de révision des bases budgétaires avait été mise au point afin d'assurer une meilleure adéquation des ressources aux activités des établissements et devait servir à redistribuer une enveloppe financière dont la répartition s'était faite en vertu de "critères" historiques. En vérité, cette méthode ne fut jamais appliquée intégralement mais a plutôt servi à répartir des contraintes budgétaires (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1985; Association des Hôpitaux du Québec, 1981). Ainsi, en 1979-80, la modulation des taux d'accroissement des fournitures accordés par le Conseil du Trésor fut basée sur la performance et la situation financière des hôpitaux. Le contenu du document du Ministère, fondé sur les directives budgétaires du Conseil du Trésor, fait ressortir que la budgétisation des hôpitaux au cours des années quatre-vingt fut dominée par la nécessité d'appliquer des compressions budgétaires. A cet égard, les résultats de la méthode de révision des bases budgétaires (MRBB) portant sur la performance des hôpitaux furent utilisés de telle façon qu'on ne peut retrouver aucune cri-té-riologie que la budgétisation des hôpitaux au cours de la

période 1979-1985 dans les décisions budgétaires. On constate d'ailleurs que les mesures de compressions budgétaires ont eu pour effet de créer des déficits budgétaires attribuables à une sous-budgétisation des hôpitaux au cours de la récession. Ainsi, en 1980-1981 et 1981-1982, les excédents de ressources ont été respectivement de 52.7 et 53.5 millions de dollars, alors que les déficits étaient plus du double des excédents, soit 115.8 et 121.6 millions de dollars. Plus de la moitié de ces déficits étaient donc attribuable à des budgets insuffisants, dûs aux compressions budgétaires, plutôt qu'à une performance déficiente des établissements.

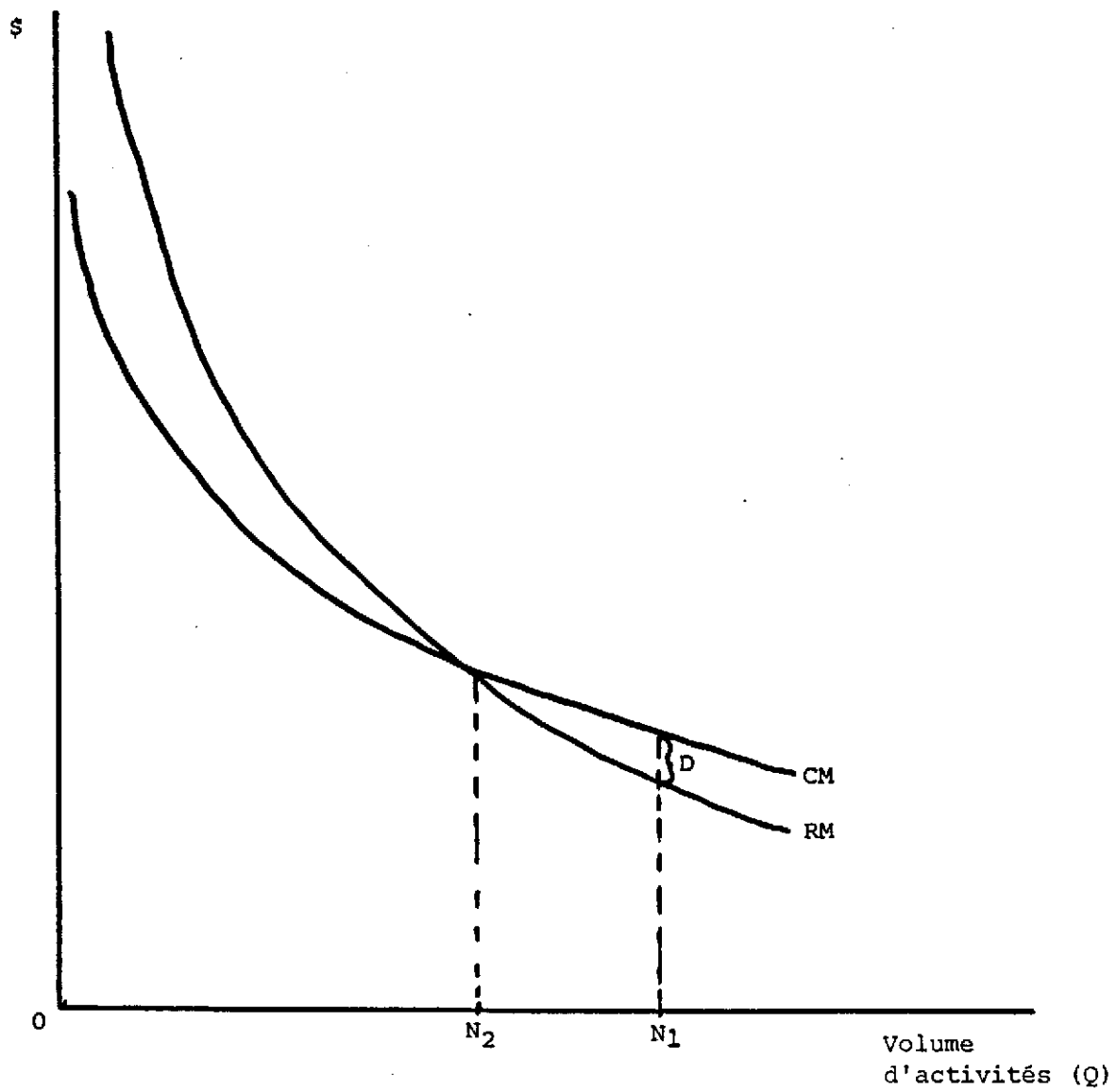
c) Enfin, l'incompréhension de la signification et de la portée de la MRBB et donc de l'utilisation que l'on peut en faire est illustrée dans un document qui recommande par ailleurs sa mise en veilleuse (Gouvernement du Québec, 1985). On y affirme, à la page 8, que "l'exigence de la performance constitue plutôt une descente en spirale vers un budget nul étant donné que lorsque l'établissement est performant, on n'accroît pas son budget car cela aurait pour effet de le rendre non performant; cela signifie qu'il peut produire les mêmes services avec moins de ressources et, en conséquence, on diminue son budget". Cela n'est vrai que si un établissement performant réalise un surplus non attribuable à une amélioration de sa performance, déjà supérieure à la moyenne du groupe (DesRochers, 1979). Dans le cas contraire le surplus dû à

une plus grande efficience devrait être libéré, au moins partiellement, à titre d'incitatif. Par ailleurs, si un établissement performant est en déficit, la règle budgétaire qui s'applique consiste alors à réajuster ses ressources de manière à combler une sous-budgétisation. Cela est bien différent d'un budget inexorablement voué au déclin.

La recherche de l'équilibre budgétaire et l'amélioration de la productivité ne constituent pas deux objectifs contradictoires, comme le soutient le document. Ainsi, on affirme, par exemple, à la page 9, qu' "un établissement qui atteint l'équilibre budgétaire en réduisant son volume d'activités peut être pénalisé parce que ses coûts s'abaissent moins rapidement que son volume d'activités, ce qui entraîne une baisse de productivité". Or, comme l'indique le graphique 2.2, un établissement qui produit un volume d'activités égal à ON_1 réalise un déficit par unité égal à D . (coût moyen (CM) - revenu moyen (RM)). Il peut le résorber en diminuant le volume à ON_2 , sans que la productivité diminue, ce qui signifierait alors un déplacement de la courbe de CM vers le haut. Il se produit tout simplement, une hausse du coût moyen dû à une diminution de la production en raison du caractère décroissant de la courbe du coût moyen. Cela est dû au fait que le coût marginal est inférieur au coût moyen dans les hôpitaux à cause de l'importance des frais fixes (J. Lipscomb, et al, 1978).

C'est à partir de cette analyse erronée de la MRBB que le

GRAPHIQUE 2.2



comité a recommandé au ministère "...de garder en suspens la notion de performance en tant que critère d'allocation des ressources".

S'il est vrai qu'aucun mode de budgétisation ne permet d'atteindre simultanément tous les objectifs que l'on peut souhaiter: l'amélioration de l'efficience, de la qualité des soins, de l'accessibilité et du contrôle des coûts totaux, le budget global ne se classe pas, dans l'ensemble, de façon défavorable par rapport à d'autres modes de budgétisation. Il est toutefois nécessaire d'associer au budget global le concept de performance. Sinon une enveloppe globale devient alors vide de signification.

Le budget global favorise la recherche de l'efficience mais il faut s'assurer que ce ne soit pas au détriment de la qualité des soins et des services. Par ailleurs, le contrôle des coûts peut être réalisé en s'assurant que certaines contraintes sont appliquées aux volumes d'activités, dans un budget global dit de performance, puisque l'effet de volume est automatiquement pris en compte. Ce contrôle des coûts dépend de l'incitation que comporte le budget global à améliorer l'efficience, soit le coût moyen, et à contrôler le volume des activités. Il n'est pas évident que le budget global permette seul d'y parvenir car le contrôle des coûts a été réalisé au cours des quinze dernières années, au Québec comme au Canada, par d'autres mesures, comme la réduction du nombre de lits, le contrôle de la profession médicale (via le nombre de résidents, les négociations des honoraires) de la rémunération des personnels

hospitaliers et par le biais de compressions budgétaires. Dans ce sens, le budget global a servi plutôt d'instrument de restrictions budgétaires que d'instrument visant à améliorer l'efficacité et l'équité dans le partage de l'enveloppe financière entre les hôpitaux. Ce qui a fait dire à un administrateur hospitalier (Chicoine, 1985) que l'on n'a jamais vraiment mis à l'essai le budget global, du moins au Québec, malgré les efforts déployés en vue de l'améliorer.

2.4 Les immobilisations

Nous avons dit, au chapitre précédent, que la politique de financement des équipements et des projets de construction et de réaménagement dont le coût est inférieur à 1\$ million a été abandonnée en 1985. L'avantage principal de cette mesure était de décentraliser véritablement le financement d'une part importante des dépenses d'investissement des hôpitaux, ce qui favorisait une plus grande efficacité dans l'allocation des ressources au niveau régional et local, tout en allégeant le processus bureaucratique gouvernemental. De plus, cette politique comportait un stimulant à la perception des suppléments de chambre puisque les revenus tirés de ceux-ci n'étaient plus déduits du budget brut approuvé, dans le calcul de la contribution financière du ministère.

Il n'en demeure pas moins que cette source de revenu était limitée par deux paramètres, soit le nombre de chambres privées et semi-privées, d'une part, et le barème des tarifs de suppléments fixé par le gouvernement, d'autre part. En réalité, le nombre de chambres étant fixe, à toutes fins pratiques, l'enveloppe des revenus ne pouvait croître qu'en fonction de la hausse des tarifs de suppléments. Ainsi, dans la région de Montréal métropolitain, on a constaté que l'augmentation des revenus des suppléments de chambre de 1977 à 1984 fut attribuable à la hausse des tarifs plutôt qu'à celle du nombre de lits dressés des chambres privées et semi-privées ou de leur taux d'occupation (Raymond, Chabot, Martin, Paré et cie, 1985). Malgré la hausse des tarifs, les revenus, en dollars constants, que les établissements et le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain ont perçu des suppléments de chambres a diminué de 11 806 000\$ à 10 724 000\$ entre 1977 et 1984, soit une baisse moyenne de 1,6% par année. Pendant ce temps, les dépenses des établissements et du Conseil régional augmentaient, en dollars constants, de 17 868 000\$ à 25 753 000\$, soit un taux d'accroissement annuel de 5,6% (Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain, 1985). L'écart a été comblé grâce à des sources de revenus non récurrentes et de façon inégale selon les établissements, ce qui risque d'engendrer des inégalités dans les services offerts.

L'insuffisance des revenus des suppléments de chambre est encore plus flagrante lorsqu'on la compare aux besoins. En cinq ans, le déficit d'investissement accumulé dans la région 6-A (Montréal métropolitain) serait de 427.5\$ millions, en projetant les revenus des suppléments de chambre selon le partage du 1/3 par niveau de responsabilité soit les 2/3 au Conseil régional et aux établissements. La substitution de crédits équivalents versés par le ministère aux établissements et au Conseil régional ne changera rien à cet égard.

L'inadéquation des revenus de suppléments de chambre aux besoins en investissements hospitaliers ne constitue pas en soi un argument pour l'abandon de cet instrument de financement décentralisé. Bien au contraire, puisqu'il existe d'autres sources de revenus. Ainsi, si les revenus provenant des prix de journée imposés aux malades chroniques s'ajoutaient aux suppléments de chambre, ainsi qu'un tarif d'hôtellerie de 4\$ par jour d'hospitalisation, cela suffirait à financer l'enveloppe des besoins en investissement de la région de Montréal métropolitain, pour le maintien et l'adaptation des ressources identifiée par le Conseil régional (CSSS-MM, 1985).

Pour le gouvernement provincial cela signifierait que sa contribution financière au financement des dépenses de fonctionnement des hôpitaux augmenterait du montant des revenus du prix de journée

transféré aux hôpitaux pour financer, conjointement avec le conseil régional, leurs dépenses d'immobilisation. Quant au frais d'hôtellerie, ils constitueraient une source nouvelle de financement. Cependant, le gouvernement provincial verrait la contribution du gouvernement fédéral aux financement des services de santé diminuer d'autant en vertu de la nouvelle loi fédérale sur la santé puisque ce frais serait perçu comme un frais modérateur. À terme, il n'est pas invraisemblable que cette restriction soit allégée en raison de la pression croissante des programmes de sécurité sociale sur les finances publiques. Quant à l'impact d'un frais d'hôtellerie sur les individus, il serait atténué par l'exonération des bénéficiaires de l'aide sociale et des personnes âgées qui touchent le supplément de revenu et déductible en tout ou en partie pour les autres, selon leur revenu imposable. Pour ceux qui ne pourraient bénéficier d'une réduction d'impôt, en raison de leur revenu élevé, ils auraient vraisemblablement recours à l'assurance privée, tout comme c'est le cas présentement lorsqu'ils désirent s'assurer pour couvrir le coût d'occupation d'une chambre privée et celui des médicaments.

Le gouvernement provincial pourrait aussi reconsidérer sa politique de gratuité des médicaments d'ordonnance en faveur des personnes âgées de 65 ans et plus. En assurant cette gratuité aux seules personnes qui bénéficient du supplément de sécurité du revenu, le gouvernement récupérerait des sommes qui compenseraient la perte de contribution du gouvernement fédéral aux soins de santé dans une

proportion qui reste à déterminer. Là encore, le mécanisme de déduction ou de remboursement fiscal pourrait être utilisé pour les personnes âgées non admissibles au supplément de sécurité du revenu mais dont le revenu est faible.

Ces quelques réflexions suggèrent que c'est l'ensemble du régime de financement des services de santé et le principe de gratuité qui doivent être revus. Ce n'est évidemment pas l'objet de cette étude d'en faire l'examen.

Le crédit-bail (leasing) a aussi été suggéré (Raymond, Chabot..., 1985) comme moyen d'accélérer le rattrapage à effectuer dans le domaine de l'équipement médical. Certains établissements y ont eu recours ces dernières années pour financer certains équipements spécialisés très coûteux, comme les tomomodensitomètres.

Le crédit-bail consiste essentiellement en un contrat en vertu duquel l'établissement loue un équipement ou l'achète à tempérament s'il désire le conserver à la fin du contrat. Il peut aussi échanger la pièce d'équipement contre une autre plus récente et renouveler le bail lorsque celui-ci vient à échéance. Cette modalité de financement ne constitue pas une source nouvelle de financement mais permet d'étaler les coûts d'acquisition dans le temps puisque l'établissement ne débourse annuellement que le coût de location. C'est dans ce sens que le crédit-bail peut permettre d'augmenter le volume annuel d'acquisition d'équipements. Il faut toutefois prévoir des revenus suffisants pour défrayer les coûts annuels de location.

Le financement des immobilisations des hôpitaux peut aussi se faire en incluant, dans le budget de fonctionnement, une somme équivalente à l'amortissement annuel. Si l'amortissement est calculé sur le coût d'acquisition des actifs, ces sommes seront insuffisantes pour défrayer le coût de remplacement des immobilisations. Par ailleurs si les crédits accordés sont fondés sur le coût de remplacement, cela pose des problèmes. Ce coût de remplacement peut être difficile à déterminer, surtout si l'on tient compte du progrès technique, rapide surtout en matière d'équipements médicaux spécialisés. Une nouvelle génération d'équipements plus sophistiqués en remplace une autre, selon un rythme imprévisible ce qui signifie généralement des coûts plus élevés, indépendamment des facteurs inflationnistes. De plus, les besoins de remplacement et d'expansion en matière d'immobilisations ne sont pas évalués, comme dans le secteur privé, en fonction de leur rentabilité financière, puisque les services de soins de santé sont gratuits, mais plutôt selon des critères de clientèles, de vétusté, etc. Il n'en demeure pas moins, malgré ses limites, que l'évaluation de l'amortissement annuel de la valeur de remplacement des immobilisations d'un établissement constitue une mesure valable de ses besoins et un indicateur utile à comparer aux sommes effectivement dépensées.

Enfin, la mise en place d'une meilleure stratégie d'investissement au sein même des établissements (Bureau de coordination des centres hospitaliers d'enseignement affiliés à l'Université de

Montréal, 1985) constitue un élément indispensable à une meilleure gestion des fonds disponibles en accroissant la rentabilité des investissements existants et en favorisant les investissements susceptibles d'engendrer le plus d'économies et d'améliorer le plus la qualité des soins.

3.0 RÉFORME DU FINANCEMENT HOSPITALIER

Nous avons vu qu'aucune formule de budgétisation hospitalière ne saurait satisfaire tous les objectifs poursuivis, soit la qualité des soins la plus grande, au coût unitaire le plus bas possible et en contrôlant le volume des soins de même que le coût total.

Parce qu'il constitue une contrainte, le budget global, nous l'avons vu, tend à limiter le volume d'activités, à condition que les déficits ne soient pas comblés, ce qui n'est pas assuré dans un régime public où les soins sont "gratuits". Par ailleurs, le respect de la contrainte budgétaire, tout en favorisant la recherche de l'efficacité, risque de nuire à la qualité des services. La budgétisation globale de performance, en tenant compte implicitement de l'effet de volume, tout en maintenant l'incitation à la productivité ou l'efficacité ne favorise pas forcément la recherche de l'équilibre budgétaire au détriment de la qualité, puisque celle-ci peut être maintenue, à l'intérieur de certaines limites, par une amélioration de l'efficacité.

3.1 Budgétisation en fonction de groupes de malades homogènes (DRG)

On a toutefois reproché au budget global de ne pas tenir compte de la gravité des cas traités (AHQ, 1985) et de pénaliser ainsi les établissements qui traitent des cas plus lourds. D'où la suggestion d'abandonner la MRBB au profit d'autres méthodes. Celles-ci s'inspirent toutes plus ou moins de la budgétisation en fonction des coûts des diagnostics homogènes ou des groupes de malades homogènes (DRG). Cette dernière est utilisée par le gouvernement américain depuis 1983 pour rembourser les hôpitaux qui traitent les patients assurés en vertu du programme Medicare. Elle consiste essentiellement à rembourser les hôpitaux sur la base du coût moyen des groupes de diagnostics traités. En vertu de ce mode de budgétisation, l'hôpital qui traite les patients atteints de maladies cardio-vasculaires à un coût de 1 800\$ par cas traité, réalisent un excédent par cas traité de 200\$ si le coût moyen effectivement remboursé est de 2 000\$. La perte est de 200\$ par patient pour l'hôpital qui traite les mêmes cas à un coût unitaire de 2 200\$. Cette formule de remboursement peut conduire, à moyen terme, à modifier la nature des cas traités par un établissement.

Ce mode de budgétisation incite aussi les établissements à la recherche de l'efficience, c'est-à-dire à traiter les patients au moindre coût, en favorisant par exemple la diminution de la durée de séjour et une meilleure surveillance des procédures diagnostiques et

thérapeutiques utilisées. Les travaux analytiques et empiriques connus à ce jour semblent le confirmer (DesRochers, 1986). Toutefois, il s'agit d'un mode de remboursement qui ne limite pas le volume d'activités et ne tend pas à freiner les dépenses totales, contrairement au budget global lorsque celui-ci est défini comme une contrainte absolue (DesRochers, 1986). Il faut aussi souligner la tendance au DRG "creeping", ce phénomène qui consiste à rechercher le diagnostic le plus rémunérateur lors de la classification des patients, ce qui favorise l'accroissement des coûts totaux. De plus, dans sa forme actuelle, la gravité des cas traités n'est pas prise en compte, ce qui fait qu'une partie importante des écarts de coûts entre les établissements pour un même diagnostic sont inexpliqués. Des travaux en cours permettent d'espérer que cette faiblesse pourra être corrigée. Ce mode de remboursement ne s'applique actuellement qu'aux patients hospitalisés mais il n'est pas exclu de croire qu'il pourra l'être aux patients ambulatoires. Enfin, le remboursement étant fondé sur le coût moyen, plutôt que marginal, cela peut aussi entraîner des distorsions dans l'affectation des ressources (Bridges et Jacob, 1986).

Il n'est donc pas déraisonnable de penser que le budget global pourrait être remplacé par la budgétisation en fonction des coûts des diagnostics traités. On pourrait aussi songer à définir l'enveloppe globale en fonction de ces coûts et d'un volume prédéterminé de cas traités, si l'on désire conserver au budget global son

caractère contraignant. Dans un régime où les soins sont gratuits, une telle contrainte ne permet pas d'assurer la disparition des déficits, même pour les établissements performants. Par ailleurs, les établissements non performants seraient incités à le devenir davantage, tout comme c'est le cas avec le budget global traditionnel ou avec le budget global de performance (MRBB). Mais dans ce dernier cas, la contrainte budgétaire n'incite pas à freiner le volume des activités ou des cas traités, mais favorise uniquement le contrôle des coûts unitaires. L'effet net sur les dépenses totales est donc incertain dans le budget global de performance, tout comme dans le cas du remboursement selon le coût des diagnostics traités.

3.2 Capitation

Cette forme de budgétisation ou de financement est la seule qui favorise à la fois le contrôle des coûts unitaires et du volume d'activités (Pauly, 1970). Aux Etats-Unis, la capitation trouve son application dans le cas des Health Maintenance Organization (HMO). Ces organismes sont en quelque sorte des coopératives qui assurent aux patients, moyennement une prime forfaitaire annuelle, une couverture totale des frais médicaux et, dans certains cas, des coûts d'hospitalisation. Ceux qui gèrent ces établissements ont donc intérêt à surveiller la nature et le nombre des traitements prodigués aux patients assurés puisque leur profit résulte de la diffé

rence entre les primes encaissées et les indemnités versées pour défrayer les coûts de ces traitements. Par ailleurs, la concurrence qui s'exerce entre ces établissements favorise le maintien de la qualité des soins, ce qui n'est toutefois pas encore démontré de façon définitive. Les HMO sont toutefois incités à sélectionner les meilleurs risques en vue d'assurer ou d'améliorer leur rentabilité.

L'implantation au Québec d'institutions analogues aux HMO supposerait des modifications au régime juridique qui régit l'organisation du système de soins et pourrait aussi avoir un impact sur le mode de rémunération des médecins.

3.3 Budgétisation globale flexible de performance

On pourrait aussi envisager de conserver au budget son caractère global et contraignant tout en lui assurant une certaine flexibilité quant à la prise en compte du volume d'activités et en conservant le critère de performance de la MRBB. Celle-ci en fait constitue un budget global flexible de performance puisqu'elle tient compte implicitement de l'effet de volume. Celui-ci peut être reconnu et contrôlé de façon explicite si l'on désire donner au budget un caractère contraignant ou limitatif, tout en évitant les compressions budgétaires trop arbitraires et en fixant des objectifs de réduction de coûts par centre d'activités.

Cette méthode, nous le verrons, permettrait d'abord d'éviter de mettre sous le tapis la nécessité d'ajuster les budgets en fonction des volumes d'activités ou de prendre en compte ce phénomène de manière discrétionnaire, comme en Ontario, où il est reconnu et plafonné à la hausse mais où il n'y a pas de correction à la baisse.

Dans la proposition qui suit, la MRBB serait conservée mais servirait à établir, contrairement à la formule antérieure, le montant de l'enveloppe globale accordée aux établissements, plutôt que le seul montant des économies et des excédents de ressources et les corrections à la marge de l'enveloppe globale. L'enveloppe budgétaire pour les établissements en excédent global de ressources, serait accordée de façon globale, et serait constituée de la somme des enveloppes de chaque centre d'activités (soins infirmiers, laboratoires, alimentation, etc.) calculée selon la formule suivante:

$$(3.1) \text{ Budget global (BG)} = \sum B_i^j$$

$$(3.2) B_i^j = CMN_i^j \times Q^*$$

$$(3.3) CMN_i^j = CM_i^j \cdot \sigma$$

$$(CM_g^j / CM_i^j) < \sigma < 1 \text{ lorsque } (CM_g^j / CM_i^j) < 1$$

$$\sigma = 1 \text{ lorsque } (CM_g^j / CM_i^j) > 1$$

B_i^j = budget accordé dans un centre d'activités j , à l'établissement i .

CM_i^j = coût moyen de l'établissement i , dans le centre d'activités j .

CM_g^j = coût moyen du groupe d'établissements g dans le centre d'activités j.

CMN_i^j = coût moyen normalisé de l'établissement i dans le centre d'activités j

α = facteur de normalisation par rapport au coût moyen du groupe

Q_i^* = volume cible d'activités pour l'établissement i

Prenons, à titre d'exemple, l'alimentation dans un établissement qui, globalement, est en excédent de ressources. Si, dans cet établissement, le coût par jour-repas est de 18.00\$ alors que celui de son groupe d'établissements est de 16.00\$, l'établissement aurait droit à 720 000\$ pour 40 000\$ jours-repas, s'il était budgétisé à son coût moyen de 18.00\$, mais à seulement 640 000\$ s'il était budgétisé à 16.00\$ du jours-repas, c'est-à-dire au coût moyen du groupe. Cet établissement a donc un excédent de ressources de 80 000\$. Selon le modèle proposé, le gouvernement pourrait décider de financer une fraction seulement de cet excédent, le reste devant être résorbé par l'établissement en cours d'année. Selon la formule proposée, l'État pourrait fixer la valeur du facteur de normalisation à 0.95 c'est-à-dire financer un coût moyen égal à 17.10\$ (18.00 X 0.95) plutôt que 18.00\$. L'établissement devra donc résorber 0.90\$ par jour-repas au cours de l'exercice à venir, et le gouvernement financera un excédent de ressources de 1.10\$ par jour-repas. La valeur de serait fixée en fonction de l'importance

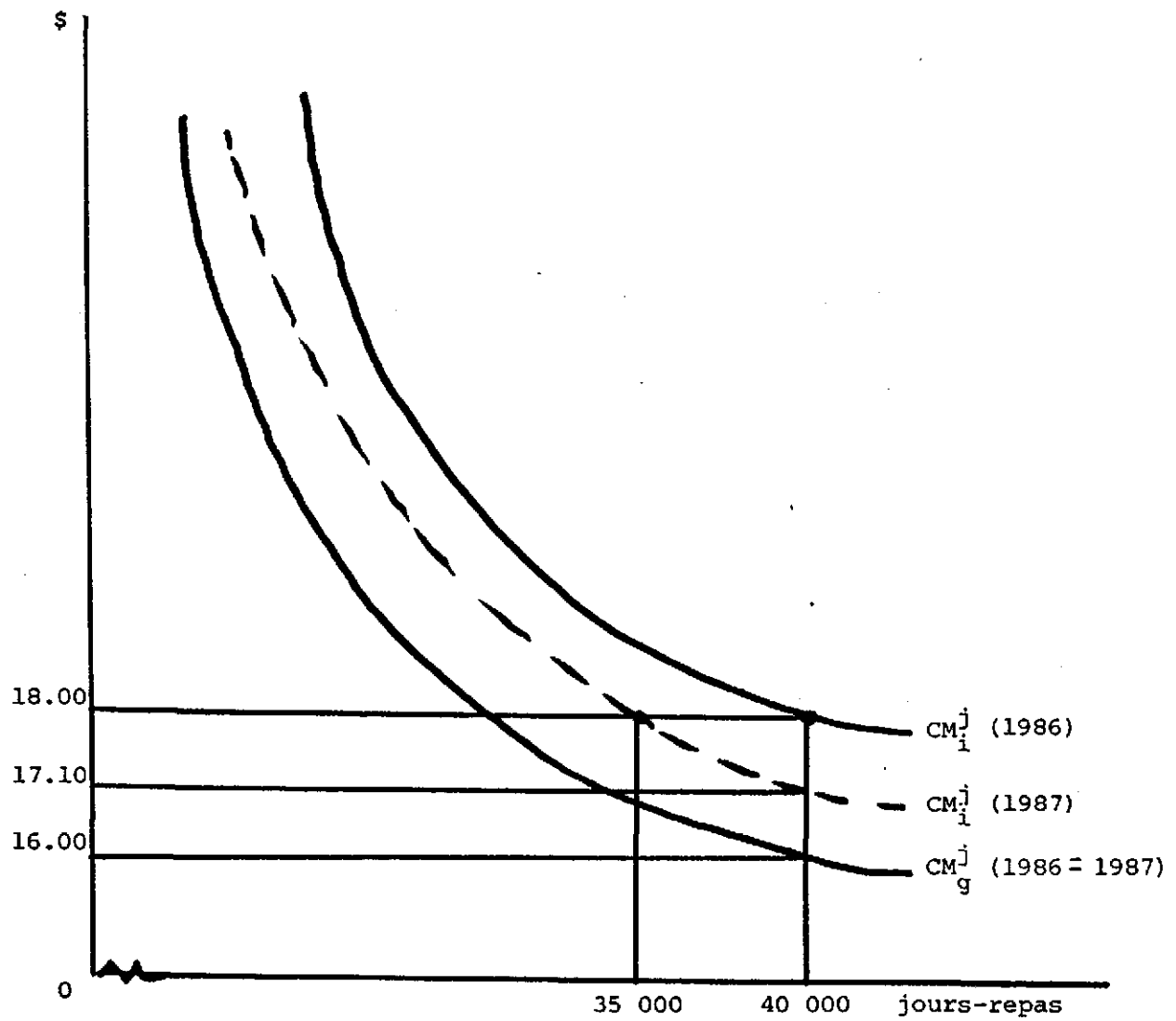
de l'excédent total de ressources de l'établissement globalement non performant et de la capacité de résorption qui en découle.

Dans les centres d'activités où le coût moyen de l'établissement serait inférieur ou égal à celui du groupe, le budget serait basé sur le coût moyen de l'établissement.

Quant au volume-cible Q^* , il faut tenir compte de la nature de la courbe du coût moyen dans le centre d'activité. À supposer qu'elle soit constante dans l'intervalle de réduction de la production ou du volume d'activités projetée, une réduction du volume réduira davantage l'excédent de ressources et donc le déficit, que si le volume demeurerait constant. Ainsi, si l'établissement réduit son coût unitaire de 18.00\$ à 17.10\$ par jour-repas, l'excédent de ressources est réduit de 80 000\$ à 44 000\$ pour un volume de production inchangé de 40 000\$ jours-repas, à supposer que le coût moyen du groupe ne bouge pas au cours de l'exercice à venir. Si, de plus, l'établissement réduit son volume d'activités à 35 000 jour-repas, l'excédent de ressources à l'alimentation sera réduit à 38 500\$. L'excédent de ressources pourrait aussi être réduit davantage par une réduction de volume dans le cas où le coût moyen serait croissant.

Qu'en est-il, si le coût moyen décroissant, entre 40 000 et 35 000 unités, comme sur le graphique 3.1? Le coût moyen par jour-repas de l'établissement en 1986 est représenté par la courbe

GRAPHIQUE 3.1



CM_1^j (1986) et par CM_1^j (1987) l'année suivante. À un niveau de production de 40 000 jours-repas le coût unitaire baissera de 18.00\$ à 17.10\$, soit un excédent de ressources de 1.10\$ par jour-repas, en 1987, comparé à 2.00\$ en 1986. Toutefois, si la production est réduite à 35 000 jours-repas, le coût unitaire remonte à 18.00\$. Si par ailleurs, dans le groupe d'établissement, la production moyenne demeure à 40 000\$ jours-repas, le coût moyen demeurera inchangé à 16.00\$ et l'excédent de ressources par jour-repas demeurera à 2.00\$ par unité puisque le coût moyen de l'établissement sera de 18.00\$ au lieu de 17.10\$. L'excédent de ressource diminuera alors de 80 000\$ à 70 000\$ c'est-à-dire de 2.00\$ multiplié par la réduction de production de 5 000 jour-repas, soit 10 000\$ seulement au lieu d'une réduction de l'excédent de 44 000\$ si la production avait été maintenue à 40 000 jours-repas.

Comme le coût marginal est en général inférieur au coût moyen, comme nous l'avons déjà souligné, cela signifie que le coût moyen est décroissant dans les hôpitaux, et au mieux constant dans certains intervalles de production. C'est donc avec beaucoup de circonspection qu'une réduction des activités doit être envisagée comme moyen de résorber l'excédent de ressources et, par voie de conséquence, le déficit d'un établissement non performant. Il ne faut pas oublier que la performance se définit par le ratio suivant: Output/Input (ou l'inverse selon la manière comptable). La performance s'améliore si l'on diminue l'input, pour un même output, mais demeurera inchangée si l'output est réduit proportionnellement à

l'input et il en sera de même du coût unitaire.

Selon le modèle proposé, tout déficit en fin d'exercice serait alors dû ou bien à une détérioration globale de la performance ou à une amélioration inférieure à celle prévue, au niveau de production fixé.

L'avantage de cette méthode est de reconnaître, à priori, une situation déficitaire due à une performance déficiente et de budgétiser l'établissement en vue d'une amélioration progressive de cette performance. L'application antérieure de la MRBB visait non pas à déterminer l'enveloppe budgétaire mais à corriger celle-ci tout en sachant que l'excédent de ressources ne pouvait généralement être complètement résorbé au cours d'une même année, d'où l'accumulation de déficits, le plus souvent impossibles à résorber par la suite. Cette carence fut officiellement reconnu par la politique de redressement budgétaire qui prévoyait que les déficits antérieurs seraient comblés, à condition que l'établissement parvienne à l'équilibre budgétaire dans l'année en cours. Mieux vaut budgétiser à priori une partie du déficit qui ne saurait être résorbée au cours des années futures que de résorber a posteriori des déficits non budgétisés.

Quant aux établissements, ils devraient être en équilibre budgétaire à la fin de chaque exercice et leur performance devrait s'améliorer progressivement de manière à ce que chaque établissement

devienne performant.

La même formule pourrait par ailleurs s'appliquer à la budgétisation en fonction du coût moyen des groupes de malades homogènes, plutôt que du coût moyen par centre d'activités.

Pour ce qui est des établissements performants, c'est-à-dire qui se trouvent en économie de ressources dans l'ensemble de leurs activités, le budget global serait calculé selon l'équation 3.1. Tout déficit serait donc attribuable à une sous-budgétisation, devant être épongé par le gouvernement puisque l'excédent des dépenses sur le budget ne serait pas attribuable à une performance déficiente. Les surplus attribuables à l'amélioration de la performance seraient libérés et utilisés selon certaines règles précises, l'établissement pouvant être autorisé à accroître son volume d'activités.

4.0 CONCLUSION

Le présent rapport étudie l'importante question de la budgétisation dans le processus de financement des hôpitaux. L'implantation du budget global en 1972 faisait suite à un processus de budgétisation détaillée centralisé qui handicapait les gestionnaires d'hôpitaux dans l'affectation de leurs ressources à l'intérieur de l'établissement.

La décentralisation budgétaire consécutive au budget global n'avait pas entamé la base historique de la budgétisation, datant de la venue de l'assurance-hospitalisation au début des années soixante. C'est pourquoi la méthode de revision des bases budgétaires (MRBB), utilisée pour la première fois en 1977, tenta d'apporter certains correctifs au caractère historique des budgets hospitaliers, en vue de rendre la budgétisation plus équitable et plus efficace. La MRBB consistait à corriger, à la marge et progressivement au cours des ans, la base budgétaire de chaque établissement, en injectant ou en retranchant de la base budgétaire les sommes jugées insuffisantes ou excessives, compte tenu de la performance comparative avec laquelle les ressources accordées à chaque établissement étaient employées.

Cette méthode de budgétisation qui fut utilisée jusqu'en 1985, ne le fut jamais vraiment en fonction de son objectif initial qui était de répartir équitablement et efficacement l'enveloppe budgétaire accordée aux hôpitaux. La nécessité de procéder à des compressions budgétaires généralisées, l'imcompréhension de la méthode et son application déficiente, volontairement ou non, sont responsables du climat de suspicion qui a nui à son utilisation et a conduit à sa mise au rancart, du moins temporairement.

Bien qu'on ne sache pas, à l'heure actuelle, ce qui adviendra de la budgétisation des hôpitaux, il demeure certain que l'on devra revenir à un mode d'attribution des ressources fondé sur des critères

res systématiques tenant compte, d'une manière ou d'une autre, de la productivité et des coûts des établissements, c'est-à-dire de la performance, faute de quoi nous assisterons au retour de méthodes arbitraires ou pseudo rationnelles qui ne peuvent qu'être discriminatoires.

C'est pourquoi le dernier chapitre de l'étude propose de considérer certaines réformes possibles de la budgétisation hospitalière qui, tout en conservant au processus actuel son caractère global, favorisent la flexibilité de la budgétisation des activités de chaque établissement, tout en intégrant la notion de performance.

Si l'on exclut la capitation selon la formule des HMO, qui impliquerait des modifications profondes à l'organisation du système de santé du Québec, deux propositions de réforme du budget global demeurent. La première consisterait à utiliser les DRG, ou groupes de malades homogènes, pour la détermination de l'enveloppe globale, tout en fixant une limite au volume d'activités. La seconde consisterait à implanter un budget global flexible de performance. Il s'agirait de modifier la méthode de révision des bases budgétaires (MRBB) de manière à ce que celle-ci ne soit plus seulement une façon de redistribuer, à la marge, les ressources financières entre les établissements, mais serve plutôt à fixer, de façon prospective, le montant de l'enveloppe globale, à partir d'une budgétisation par centre d'activités, comportant un objectif de résorption de ressources dans le cas des établissements non performants. Le

gouvernement budgétiserait l'établissement pour le solde de l'excédent de ressources jusqu'à ce que celui-ci soit résorbé entièrement. Les mêmes modalités pourraient d'ailleurs être utilisées dans le cas où le coût des diagnostics homogènes (DRG) serviraient à déterminer l'enveloppe globale. Dans tous les cas, il pourrait être nécessaire d'imposer une contrainte additionnelle sur le volume d'activités autorisé. Enfin, il faudrait trouver un moyen de prendre en compte l'impact de la technologie médicale sur les coûts, ce qui en soi constitue un autre objet d'étude bien que cet impact se reflète dans le coût moyen des groupes homogènes d'hôpitaux qui doit servir de base au calcul de la performance. Une étude plus poussée de cet élément de coût s'avère quand même nécessaire.

Quant aux modalités de budgétisation ou de financement des dépenses d'immobilisations, elles ont aussi évolué depuis l'avènement de l'assurance-hospitalisation, à l'exception de la construction des hôpitaux, financée par l'émission d'obligations garanties par l'Etat. Pour ce qui est de l'équipement, le Ministère de la Santé a accordé aux hôpitaux, jusqu'en 1967, des crédits sous forme de provisions d'amortissement incluses dans le budget de fonctionnement. Puis de 1967 à 1976, le Ministère approuva les dépenses d'équipement financées à même des crédits prévus à cet effet.

A compter du 1er avril 1976, le financement des dépenses d'équipement, de même que les dépenses de construction et de réaménagement inférieures à 1\$ million fut décentralisé au niveau

des conseils régionaux et des hôpitaux. Ceux-ci partagèrent, avec le Ministère de la Santé, le produit des revenus des suppléments exigés pour l'occupation d'une chambre privée ou semi-privée, pour défrayer ces dépenses. Malgré la plus grande autonomie de gestion que permettait cette décentralisation financière, les revenus de suppléments ne progresseraient pas au rythme de dépenses et cette politique fut abandonnée en 1985. Le Ministère de la Santé partage maintenant entre les conseils régionaux et les hôpitaux, une enveloppe correspondant aux revenus des suppléments qu'il récupère. Cela ne règlera pas le rattrapage nécessaire, en raison du sous-investissement depuis le début de la présente décennie.

Il faudra que l'Etat accroisse ses crédits pour résoudre la vétuste des immeubles et remplacer les équipements désuets. Il aurait pu et pourrait toujours ajouter aux suppléments de chambre le produit des prix de journée exigés des malades chroniques et même imposer un tarif d'hôtellerie dans les hôpitaux de soins de courte durée. Seul le tarif d'hôtellerie ajouterait des ressources nouvelles mais il aurait aussi l'inconvénient d'être considéré, selon la nouvelle législation fédérale, comme un frais modérateur, à l'instar des prix de journée, ce qui causerait une perte de transferts fédéraux pour le Québec.

On pourrait aussi songer à budgétiser des provisions d'amortissement des immobilisations hospitalières. Cela comporterait cer-

taines difficultés en raison du caractère souvent arbitraire de cette dernière, dû à la désuétude précoce. Quant au crédit-bail ou "leasing", il s'agit en quelque sorte d'un achat à tempérament lorsque l'équipement est conservé à la fin du contrat de location. Il permet d'accélérer l'achat d'équipements en raison de l'étalement du remboursement du coût d'acquisition, mais il faut néanmoins prévoir les sommes nécessaires pour défrayer le coût annuel de location. Il s'agit donc plutôt d'une modalité de financement que d'une source nouvelle de fonds.

On en arrive vite à penser, qu'au-delà des incitations qui doivent accompagner la réforme de la budgétisation des dépenses de fonctionnement, il sera sans doute nécessaire de revoir les principes même du financement des dépenses hospitalières (de fonctionnement et d'immobilisation) dans un avenir prochain. Cela sera inévitable si la progression des dépenses de santé se maintient ou s'accélère, ce qui semble probable. Ainsi, il faudra reconsidérer la participation des usagers au financement des soins; à défaut de quoi le rationnement des services deviendra de plus en plus inévitable, la qualité de soins pourra être amoindrie ou alors les autres services collectifs devront être comprimés au profit des soins de santé, à moins d'envisager carrément une hausse des impôts, ce qui semble peu probable à l'heure actuelle.

RÉFÉRENCES

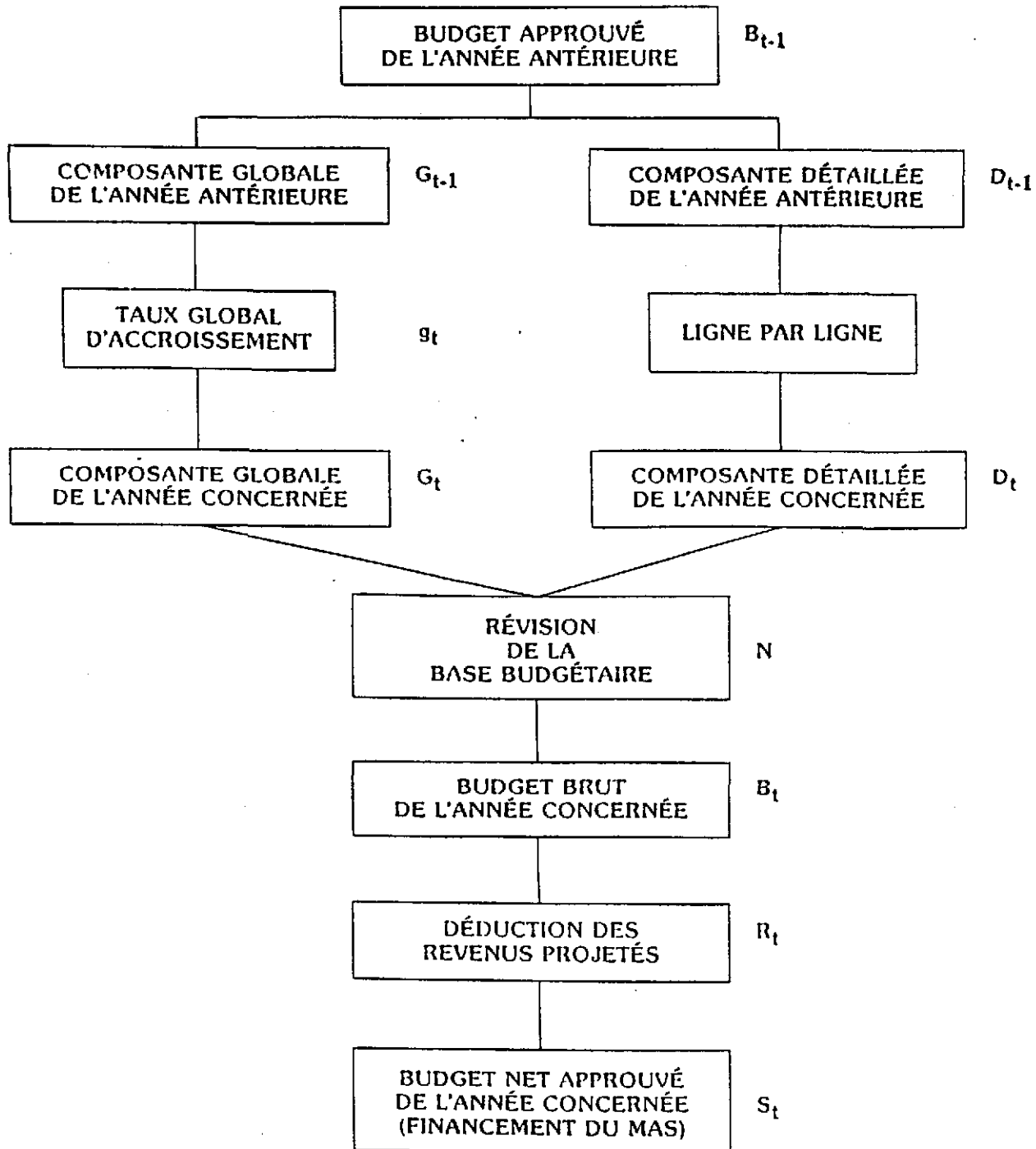
- . Association des Hôpitaux du Québec, Document de réflexion sur une nouvelle approche de gestion financière par catégories de diagnostics, 1985.
- . Association des hôpitaux du Québec, Document-position sur le financement du maintien et du renouvellement des immobilisations des centres hospitaliers du Québec, 1983.
- . Association des Hôpitaux du Québec, Les Finances hospitalières à la croisée des chemins, 1981.
- . BRIDGES, J.M. et JACOBS, P., "Obtaining estimates of marginal cost by DRG", Health Care Financial Management, octobre 1986, pp. 40-46.
- . Bureau de coordination des centres hospitaliers d'enseignement affiliés à l'Université de Montréal, Stratégie d'investissement et changement technologiques, 1985.
- . CASTONGUAY, C., NEPVEU, G., Rapport de la Commission d'Enquête sur la Santé et le Bien-être social, deuxième partie, La Santé, tome III, titre deuxième, Le régime de la Santé, 1970.
- . CHICOINE, J.-P., "Organisation et distribution des services hospitaliers: réussite ou échec du budget global?" in: DesRochers, Gilles, Le Système de santé: financement à repenser?, 7^e colloque Jean-Yves-Rivard, 1985.
- . Conseil de la santé et des Services sociaux de la région de Montréal métropolitain, Nouvelles sources de financement des immobilisations des centres hospitaliers publics de la région du Montréal métropolitain, (Document-position), 1985.
- . CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et LEMAY, A., Évolution, composition et comparaison des coûts du système de santé québécois, 1985.
- . DESROCHERS, Gilles, "Le financement des établissements de santé et de services sociaux", Administration publique du Canada/ Canadian Public Administration, vol. 22, automne 1979, no 3, pp. 366-379.

- . DESROCHERS, Gilles, "La budgétisation des centres hospitaliers au Québec: rétrospective et prospective", Administration hospitalière et sociale, septembre/octobre 1985, pp. 27-37.
- . DESROCHERS, Gilles, "Global Budgeting for Canadian Hospitals: A time for Reform?", in Virgo, J.M. (ed.), Restructuring Health Policy: An International Challenge, 1986, pp. 107-115.
- . DESROCHERS, Gilles, "Le financement des services de santé et la budgétisation des hôpitaux au Québec depuis 1970: un bilan", in: Dussault, Gilles (ed.), Une politique de santé pour le Québec, 1986.
- . DETSKY, A.S., STAGEY, S.R., BOMBARDIER, C., "The Effectiveness of a Regulatory Strategy in Containing Hospital Costs", The New England Journal of Medicine, 309, no 3, juillet, 1983, pp. 151-159.
- . DOWLING, W.L., "Prospective Reimbursement of Hospitals", Inquiry, xi, septembre 1974.
- . DOWLING, W.L., "Prospective Rate Setting: Concept and Practice", Topics in Health Care Financing, 3, no 2, hiver 1976.
- . EVANS, R.G., "Health Care in Canada: Patterns of Funding and Regulation", Journal of Health Politics, Policy and Law, 8, No. 1, Spring 1983, pp. 1-43.
- . GERMAIN, C.-E., La budgétisation des besoins des centres hospitaliers, Ministère des Affaires sociales, 1981.
- . Gouvernement du Québec, Rapport du Comité interministériel sur les causes structurelles de l'évolution des coûts hospitaliers, 1985.
- . HORNBOOK, M. et RAFFERTY, J., "The Economics of Hospital Reimbursement", in: Advances in Health Economics and Health Services Research, vol. 3, pp. 79-115, 1982.
- . LANCE, Jean-Marie et CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, "Le regroupement des hôpitaux selon leur production: base d'évaluation de leur performance", L'actualité économique, avril-juin 1980, pp. 308-38.

- . Lispcomb, J., Raskin, I.E., Eichenholz, J., "The Use of Marginal Cost Estimates in Hospital Cost-Containment Policy", Hospital Cost-Containment: Selected Notes for Future Policy, Milkbank, Memorial Fund, 1978.
- . Ministère des Affaires sociales, Éléments pour une politique de décentralisation administrative, 1980.
- . Ministère des Affaires sociales, Financement des immeubles et de l'équipement des centres hospitaliers publics, Circulaire NP-4-1976.
- . Ministère des Affaires sociales, Financement des immeubles et de l'équipement des centres hospitaliers publics, Normes et pratiques de gestion, 30-00-08, 1977.
- . Ministère de la Santé et des Services sociaux, La revision de la base budgétaire dans la budgétisation, 1985.
- . Ministère des Affaires sociales, Mandat confié aux centres hospitaliers publics et aux conseils de la santé et des Services sociaux concernant le financement des projets inférieurs à un million de dollars, Circulaire INF-85-1976.
- . Ministère des Affaires sociales, Méthode de revision des bases budgétaires, 1984.
- . Ministère des Affaires sociales, Projets d'investissement financés par le budget de fonctionnement, Circulaire 1985-007, 1985.
- . Ministère des Affaires sociales, Rapport sur la revision de la base budgétaire des centres hospitaliers de courte durée: bilan de l'exercice 1977-78, septembre 1977.
- . PAULY, M.V., "Efficiency, Incentives and Reimbursement for Health Care", Inquiry, vii, no 1, 1970.
- . RAYMOND, CHABOT, MARTIN, PARÉ et cie, Nouvelles sources de financement des immobilisations des centres hospitaliers publics de la région du Montréal métropolitain, 1985.
- . Santé et Bien-être social Canada, Les dépenses nationales de santé au Canada: 1970-1982, s.d.
- . Vérificateur général du Québec, Rapport à l'Assemblée nationale, Année financière terminée le 31 mars 1984.

ANNEXE 1

GRAPHIQUE POUR LA DÉTERMINATION DU BUDGET



FORMULE

$$\begin{cases} B_t = G_t + D_t + N & (N \geq 0) \\ G_t = G_{t-1} (1 + g_t) \\ S_t = B_t - R_t \end{cases}$$

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre
du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les
services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services
sociaux

- No 1¹ Gilles Beausoleil - *Intervention socio-économique de
l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger - *La croissance du secteur public: une
recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon
- *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout - *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx - *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry - *Prospective des interventions de
l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - *Le rôle et le
devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

- No 2 Gilles Bibeau - *A la fois d'ici et d'ailleurs: les
communautés culturelles du Québec dans leurs rapports
aux services sociaux et aux services de santé.*
No 3 Doris Hanigan - *Le suicide chez les jeunes et les
personnes âgées: une recension des écrits et
propositions d'action.*
No 4 Frédéric Lesemann - *Les nouvelles pauvretés,
l'environnement économique et les services sociaux.*
No 5 Monique Provost - *Les nouveaux phénomènes sociaux: la
catégorie sociale "jeunesse".*
No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard - *Les
solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes
sociaux et sanitaires.*
No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau - *Community -
Initiated Health and Social Services.*
No 8 Rita Therrien - *La contribution informelle des femmes
aux services de santé et aux services sociaux.*
No 9 Michel Tousignant et al. - *Utilisation des réseaux
sociaux dans les interventions. Etat de la question
et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

- No 10 Ellen Corin - *Les dimensions sociales et psychiques de
la santé: outils méthodologiques et perspectives
d'analyse.*
No 11 John Hoey et al. - *L'Etat de santé des Québécois: un
profil par région socio-sanitaire et par département
de santé communautaire*

¹Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume
sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemar, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20¹ Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*

Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*

Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*

Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*

Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

¹Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

- No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin
- *La face cachée du système.*
- No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu
- *Amour, bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*
- No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*
- No 25¹ Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

- No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*
- No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

- No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*
- No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*
- No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*
- No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*
- No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*
- No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*
- No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*
- No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*
- No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*
- No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

¹Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

- No 38 André Beaudoin - *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*
No 39 Elaine Carey-Bélanger - *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*
No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont - *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*
No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault - *Les services sociaux en milieu hospitalier.*
No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx - *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*
No 43 Francine Duelllet, Christiane Lampron - *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*
No 44 Marie Simard, Jacques Vachon - *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

- No 45¹ Renaldo Battista - *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvoirville - *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge - *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy - *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de
Les Publications du Québec ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

¹Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume
sous le titre "Le développement de la technologie"

0 10,657
Ex.2

E-2027

DesRochers, Gilles
Commission Rochon
Financement et budgétisation des
hôpitaux

DATE	NOM
13 JUL. 2000	DesRochers

0 10,657
Ex.2

Le programme de recherche a constitué, avec la consultation générale et la consultation d'experts, l'une des trois sources d'information et l'un des principaux programmes d'activités de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de contribuer à la compréhension des problèmes actuels du système des services de santé et des services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses de solutions et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce domaine.

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, la Commission a décidé, sur recommandation du comité scientifique, de publier une collection des synthèses critiques et des recherches. Le présent document s'inscrit dans le cadre de cette collection.