

**POUR UNE ALLOCATION EFFICACE DES
RESSOURCES AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE
ET SERVICES SOCIAUX :
PISTES ET BALISES POUR AGIR**

Résumé

Février 2012

La problématique de l'allocation des ressources aux établissements

Depuis sa mise en place en décembre 1971, le système québécois de santé et de services sociaux a fait l'objet de changements importants au chapitre de sa structure et de ses modalités organisationnelles. Dans la foulée de cette évolution, les modalités d'allocation des ressources ont été modifiées pour soutenir la régionalisation de l'organisation des services, mais peu de changements ont été effectués dans la façon de financer les établissements du réseau. En effet, encore aujourd'hui, le financement repose principalement sur un budget global qui évolue de façon historique. Or, cette approche ne traduit pas adéquatement la progression réelle de l'offre de soins et services, si bien qu'elle reproduit d'année en année des problèmes d'iniquité.

Les établissements membres de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) réclament donc un mode de budgétisation plus adéquat, qui permettrait de mieux reconnaître l'offre réelle de soins et services, d'améliorer l'équité d'accès au financement et de rehausser la performance des établissements en satisfaisant mieux les besoins des populations qu'ils desservent. Afin de contribuer à la réflexion, l'AQESSS a analysé la problématique avec ses membres, et a répertorié et étudié les connaissances au sujet de l'allocation des ressources et du financement des établissements. Elle a exploré spécifiquement une option reposant en majeure partie sur la reconnaissance des services offerts, soit le financement à l'activité, une modalité qui retient aussi l'attention du Conseil du trésor et du ministère des Finances. Ce mode de financement a pour principal avantage de relier l'allocation des ressources à l'offre de services aux patients.

Comme le système de soins québécois partage plusieurs caractéristiques avec ceux des autres provinces canadiennes et des pays de l'OCDE, l'AQESSS a recensé les motivations et les caractéristiques de leurs réformes de financement. Les axes de changement privilégiés ailleurs, qui constituent des pistes de réflexion intéressantes,

sont d'ailleurs considérés comme des voies de solution par plusieurs instances québécoises et canadiennes. Les deux modalités les plus utilisées à l'heure actuelle ont été étudiées, soit le budget global et le financement à l'activité.

L'évolution du financement des établissements au Québec

Depuis le début des années 70, les établissements du système de santé et de services sociaux québécois sont financés à l'aide d'un budget global qui n'en est pas tout à fait un. En effet, celui-ci ne couvre que les dépenses d'exploitation et exclut les dépenses en immobilisation et les honoraires médicaux. Pour l'essentiel, l'exercice consiste à reconduire le budget global de chaque établissement d'année en année, en l'indexant à la hausse (et à la baisse au milieu des années 90) et en y apportant certains ajustements au besoin, pour refléter l'inflation de certains coûts ou pour financer des projets visant à améliorer les services.

Depuis 1994-1995, la méthode du per capita pondéré par programme a été utilisée pour l'application de compressions ou pour des ajouts ponctuels dans les régions affichant une pauvreté relative. Maintenant développée par programme-clientèle, cette approche est toujours en application pour l'allocation des ressources au niveau régional. Cependant, son application demeure plus marginale au niveau intrarégional. D'année en année, certains établissements enregistrent donc des déficits qui, à quelques reprises, ont été consolidés par le gouvernement provincial. Ce faisant, le gouvernement reconnaît, en partie, le problème d'iniquité budgétaire.

De plus, pour accroître la prestation de certains services ciblés, le ministère et les agences ont recours, à la marge, au financement à l'activité. Certains établissements ont ainsi reçu un financement additionnel à leur budget global pour réaliser un volume bien défini de services, notamment certaines chirurgies.

Les avantages et inconvénients de la budgétisation globale

La budgétisation globale est utilisée au Québec depuis de nombreuses années pour l'allocation des ressources aux établissements. Il importe toutefois de rappeler qu'il s'agit en réalité d'un budget global *partiel*, puisqu'il exclut une grande partie des dépenses, dont les honoraires médicaux. Reconduite d'année en année à partir d'une indexation, cette approche ne reflète pas l'offre réelle de soins et crée des problèmes d'iniquité au sein du réseau. Elle offre tout de même des avantages, qu'il importe de prendre en considération.

Avantages

- Une efficacité reconnue pour le contrôle des coûts, grâce à son caractère prospectif et à son enveloppe fermée (lorsque cette condition est réellement respectée).
- Une simplicité d'administration pour les gestionnaires des organisations et ceux des tiers payants.
- Une structure qui permet de prévoir les budgets.
- Une grande liberté d'action octroyée aux gestionnaires dans l'utilisation de l'enveloppe.

Inconvénients

- Une détermination qui n'est pas nécessairement liée à la nature et au volume de clientèles, ni à la performance de l'établissement, surtout quand les mécanismes d'ajustement sont fondés sur une base historique. Ceci mène à des critiques liées à l'injustice, à l'iniquité et à la rigidité.
- Un manque d'incitation à améliorer l'accès (il a plutôt l'effet contraire), à fournir des services de qualité ou à privilégier l'efficacité.
- Une rigidité qui permet difficilement de répondre à un accroissement soudain de la demande.

- Une propension à générer une augmentation des durées de séjour, étant donné les coûts marginaux décroissants tout au long de l'épisode de soins. Cet effet est toutefois contrebalancé par la tendance mondiale à la baisse engendrée par les compressions budgétaires.
- Un manque d'accessibilité de l'information sur les activités (comparativement à la rémunération à l'activité), ce qui constitue un frein à l'utilisation d'un système d'information sur les services et sur les coûts par cas. Or, un tel système est nécessaire à l'amélioration de la performance et à l'élaboration de mécanismes d'allocation des ressources.

Les effets du financement à l'activité

Pour pallier certains inconvénients du budget global, plusieurs pays ont introduit la rémunération à l'activité. Le recours à cette modalité de paiement constitue une tendance internationale qui, souvent, vient compléter systématiquement les budgets globaux. Nous entendons par financement à l'activité un paiement qui varie en fonction des patients et des épisodes de soins offerts. Ainsi, on rémunère les établissements en fonction du *case mix* (l'éventail de cas traités) de patients. Selon le cas, cette approche porte sur une partie des dépenses des établissements ou couvre presque tous les coûts de fonctionnement. La détermination des tarifs pour le remboursement des activités varie selon les pays, les régions, voire les établissements. Quoi qu'il en soit, il s'agit toujours d'un exercice complexe.

Le financement à l'activité comporte plusieurs avantages, mais aussi quelques effets désavantageux. Il est donc très important que les systèmes de soins qui l'utilisent, même à la marge, soient conscients de ses limites. Il importe également qu'ils mettent en place des mécanismes de gestion permettant d'en minimiser les inconvénients et d'en maximiser le potentiel positif.

Avantages

- Une amélioration de l'équité, puisque la nature et le volume des clientèles prises en charge sont reconnus de façon plus adéquate.
- Une augmentation des volumes d'activité. Cet effet a été observé entre autres en Ontario, où l'implantation pour certaines chirurgies liées à des délais d'attente a bien fonctionné, sans provoquer d'impacts non désirables sur les autres secteurs.
- Une incitation à contrôler les coûts par cas et par service en favorisant des pratiques moins coûteuses, comme une réduction des durées de séjour et un recours à l'ambulatoire à l'hôpital ou à domicile sans diminuer la qualité de la prestation de services.
- Une incitation à la concentration des interventions, ce qui permet des économies d'échelles financières et cliniques.
- Une stimulation de l'innovation, en favorisant l'acquisition de systèmes d'information qui, lorsque mis en place pour la facturation, constituent aussi des outils précieux pour l'évaluation de la performance et de la qualité et pour l'allocation des ressources.
- Une amélioration de la qualité des informations à la base des regroupements de cas et de la mesure des cas et des activités. Des études ont observé une hausse du nombre de diagnostics secondaires répertoriés, ce qui pourrait laisser croire que les épisodes sont documentés de façon plus complète.
- Un accroissement de la responsabilisation et de l'imputabilité des gestionnaires. Ceux-ci, par contre, manquent de connaissances sur le coût des épisodes de soins dans plusieurs hôpitaux, ce qui peut affecter la performance de gestion.
- Une meilleure qualité de l'information sur les épisodes de soins et les coûts par cas, ce qui permet d'évaluer le rendement d'une façon intéressante et d'introduire un financement à la performance.

Inconvénients

- Un potentiel de réduction des coûts qui peut être annulé par l'incitatif à augmenter le nombre d'épisodes de soins. Cela peut survenir s'il n'y a pas une planification adéquate des activités et convenue avec le bailleur, surtout si les mécanismes d'évaluation et la pertinence sont inexistantes ou déficients.
- Des gains d'efficacité qui peuvent s'effectuer au détriment de la qualité, en raison du paiement d'activités découlant d'une prestation de services de mauvaise qualité (infections nosocomiales, congé trop précoce, fragmentation des épisodes en plusieurs admissions et réadmissions évitables). Les études n'ont toutefois pas révélé de hausse de mortalité attribuable à cette modalité de financement.
- Une application plus complexe que pour le budget global historique, ainsi que plus risquée financièrement en raison de la plus grande incertitude de la prévisibilité des revenus totaux.
- Une structure de paiement très compliquée, dont résultent des difficultés importantes de classification des patients dans les différentes catégories. Cela peut inciter à choisir la catégorie la plus coûteuse, voire à sélectionner les patients plus intéressants financièrement s'il n'y a pas recours à des modalités de gestion préventive adéquates.
- Une incitation à transférer des cas vers d'autres établissements ou programmes, puisque les services ambulatoires ou posthospitaliers ne font pas toujours partie de cette modalité de budgétisation, surtout lors des premières phases d'implantation.
- Un risque de mal répertorier les épisodes de soins ou les activités, de même que l'allocation des ressources qui en est déduite, en raison d'un manque d'informations cliniques fiables et valides ou d'une mauvaise évaluation de la complexité et de la sévérité des clientèles dans les regroupements.
- Les investissements importants que représente l'ajout nécessaire de nouvelles technologies de l'information.

Les conditions de succès d'un mode d'allocation des ressources approprié

Aucun mode d'allocation des ressources n'est parfait. Toutefois, les experts qui ont analysé les expériences réalisées par d'autres systèmes de santé et de services sociaux ont constaté, tout comme l'AQESSS et ses membres, que la reconduction historique du budget global comme mode dominant d'allocation des ressources ne permet plus de répondre aux impératifs actuels du système. Dans ce contexte, nous recommandons l'adoption d'un mode qui permettra :

1. d'être plus équitable en reconnaissant mieux les activités de soins et services et les activités académiques;
2. d'offrir des incitations à l'atteinte des cibles de performance et de qualité (efficacité, sécurité, qualité, accessibilité et continuité);
3. d'induire plus de transparence;
4. de respecter les différences géographiques et populationnelles ainsi que l'occupation du territoire;
5. de favoriser la viabilité financière des établissements et du système.

À l'instar de plusieurs pays à travers le monde, l'AQESSS et ses membres considèrent que le financement à l'activité peut répondre à ces attentes, pourvu que certaines conditions de succès soient respectées.

Les conditions de succès

- Une introduction rigoureuse et par étapes qui débutera par les secteurs cliniques bénéficiant d'une information par patient de meilleure qualité, soit les hospitalisations et la chirurgie d'un jour. Dans une deuxième phase, il serait envisageable d'inclure d'autres secteurs ambulatoires des centres hospitaliers et des CLSC (santé mentale, réadaptation, hébergement). L'AQESSS considère qu'il faut mettre en place des

mécanismes qui favoriseront le fonctionnement en véritable réseau et qui permettront, entre autres, d'harmoniser les modalités adoptées, particulièrement lors de la phase de transition au-delà du volet hospitalier.

- Le recours à une structure de tarification qui repose sur une évaluation des coûts réels des activités. Par exemple, il faudrait réaliser, de façon concertée, une hiérarchisation des services et définir ce que l'on entend par services tertiaires et même quaternaires. Il serait ensuite opportun d'identifier des tarifs spécifiques pour ces services. Il ne sera possible d'atteindre les objectifs visés que si le montant du paiement est égal ou supérieur au coût marginal réel.
- La mise en place de processus rigoureux d'évaluation de la qualité de l'information, notamment la documentation du *case mix* et des coûts par patient. L'unité d'analyse doit être le patient, et non plus seulement le secteur d'activité. À l'instar d'autres systèmes de santé, nous suggérons aussi la mise en place de mécanismes d'audit de la qualité de l'information. Il faudra également disposer d'informations sur les coûts par épisode de soins, sans quoi nous mettons à risque le système.
- La poursuite de la réflexion sur le financement des infrastructures de base pour le fonctionnement des établissements et l'opportunité d'exclure les services administratifs et le soutien, lesquels pourraient continuer d'être financés au moyen d'un budget global.
- L'analyse de l'opportunité de financer distinctement les activités académiques afin que les établissements concernés ne soient pas pénalisés et puissent être efficaces et rentables dans la prestation de leurs services. Il faudrait mieux cerner l'importance du phénomène et déterminer quel mode de rémunération est le plus approprié. En effet, nous considérons qu'un financement spécifique pour les activités académiques serait la voie à suivre.
- La détermination et le recours à des incitations à la qualité et à la performance. Les informations utilisées pour mesurer la performance souffrent de graves lacunes et le recours à des indicateurs de qualité est encore relativement peu fréquent au Québec. Il est donc nécessaire de déterminer des cibles. Cela pourrait ensuite conduire, par

exemple, au paiement de tarifs réduits pour les hôpitaux enregistrant des taux de réadmissions supérieurs aux cibles déterminées ou à l’opposé, par la reconnaissance des activités qui augmentent la qualité tout au long du continuum.

- La reconnaissance des faibles masses critiques dans un contexte de faible densité de population.
- Le développement d’une expertise de gestion spécifique à l’utilisation du mode de financement à l’activité, puisque peu d’acteurs disposent d’un tel savoir-faire au Québec. En matière de gestion, la mise en place de modalités d’application transparentes, cohérentes et connues de tous les intervenants est également nécessaire, de même que des mesures de règlement pour les situations où des écarts sont observés entre le réel et le souhaité.
- Le recours à une gouvernance clinico-administrative permettant une collaboration optimale des cliniciens, dont les médecins.
- Une planification adéquate des soins et services et une organisation optimale de ceux-ci.

En somme, la modification du mode d’allocation des ressources et l’implantation du financement à l’activité sont des entreprises complexes qui nécessitent une réflexion sérieuse. Ce projet impliquant le MSSS, les Agences, les gestionnaires et les cliniciens des établissements doit être rigoureusement planifié et sa réalisation doit s’échelonner sur une période suffisamment longue pour pouvoir faire les ajustements nécessaires en cours de route. De plus, les expériences indiquent clairement que ce mode de financement doit être adopté en conjonction avec la budgétisation globale pour favoriser l’atteinte des buts recherchés et minimiser l’occurrence des effets négatifs induits par ces deux modalités prises individuellement. En fait, le financement à l’activité doit constituer un moyen privilégié d’effectuer une transition vers un financement plus approprié pour améliorer à la fois la performance et la qualité, et ceci, en considérant que l’enveloppe des ressources dédiées au système de santé et services sociaux restera à peu près la même.