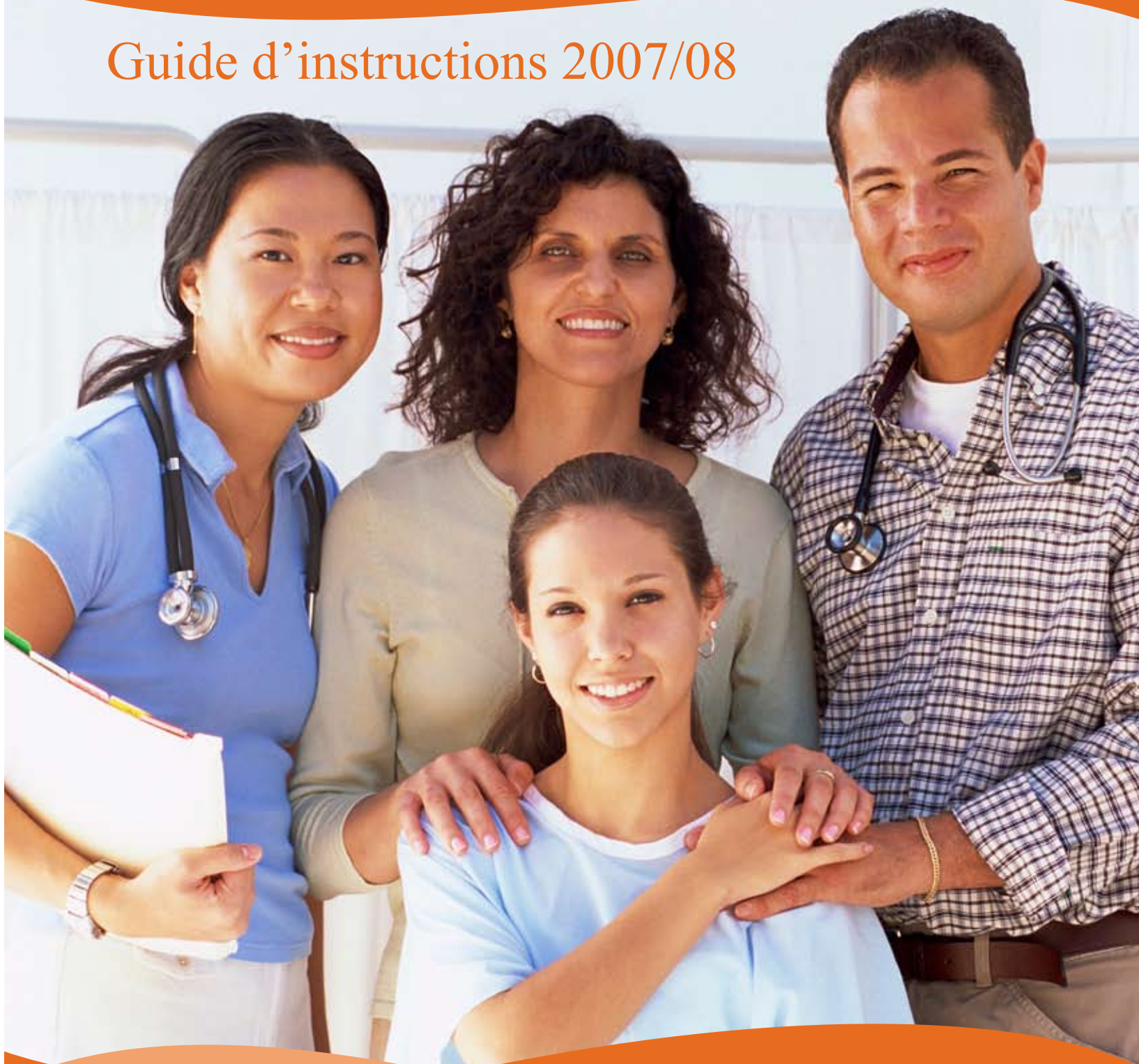


PPHA

Présentation
de planification
hospitalière
annuelle

Guide d'instructions 2007/08



Ministère de la santé et des soins de longue durée

Vous pouvez obtenir des copies de ce rapport en vous adressant à la:

Direction des hôpitaux
Division des services en matière de soins actifs
Toronto (416) 326-9564
Internet: www.mohltchb.com

#CIB-3245728

Table des Matières

Résumé	ii
1.0 Introduction	1
1.1 Évolution de la planification hospitalière	1
1.2 PPHA et ERH de 2007-2008	2
1.3 Principes régissant le processus de la PPHA	2
2.0 Situation et contexte	4
2.1 Dépenses des hôpitaux	4
2.2 Engagement du gouvernement : Un meilleur accès à de meilleurs soins de santé	4
3.0 Considérations clés de planification des PPHA	7
3.1 Processus de suivi de 2006-2007	7
3.2 Exposés narratifs	7
3.3 Hypothèses	7
3.4 Financement d'Action Cancer Ontario	8
3.5 Politiques ministérielles régissant les services protégés	8
3.6 Autres politiques ministérielles	10
3.7 Pénalité financière	11
4.0 Cadre de priorisation	12
5.0 Lien avec l'entente de responsabilisation des hôpitaux	13
5.1 Évolution des ententes de responsabilisation des hôpitaux	13
5.2 Élaboration d'indicateurs	15
5.3 Lien entre la PPHA et l'ERH	21
5.4 Corridors	22
Glossaire	24
Annexes	26
A. Exemples illustrant chaque étape du Cadre de priorisation	26
B. Modèle d'analyse de cas	38
C. Calendrier de présentation des données	40

Résumé

Le secteur hospitalier a fait d'importants progrès au cours des deux dernières années en se dotant d'un cadre de planification et de financement pluriannuel. Ce nouveau cadre appuie les efforts déployés par le gouvernement de l'Ontario en vue de procurer aux hôpitaux des assises financières plus viables dans le but d'accroître leur niveau de stabilité et de responsabilisation.

Le nouveau cadre englobe la présentation de planification hospitalière annuelle (PPHA) et l'Entente de responsabilisation des hôpitaux (ERH).

Durant cette période, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (ministère) a collaboré avec le secteur hospitalier à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un processus de planification qui appuie ces objectifs et assure l'utilisation efficiente et efficace des ressources disponibles. À la fin du processus de PPHA de 2005-2006 et 2006-2007, seuls 12 des 152 hôpitaux publics n'avaient pas signé d'ERH les engageant à respecter des budgets équilibrés.

Le ministère reconnaît le grand travail qu'ont fait les hôpitaux pour réaliser des gains d'efficacité et améliorer leur mode de fonctionnement, souvent au prix de décisions difficiles. Il apprécie ces efforts, ainsi que l'esprit de coopération et de collaboration qui a accompagné ce processus.

Inspirées du succès des PPHA de l'an dernier et du courant de changement positif observé dans le secteur hospitalier, les présentes lignes directrices portent sur les premières étapes du prochain cycle de planification. Elles ont pour but de faciliter la préparation des PPHA de 2007-2008 et de jeter les bases des objectifs contractuels de performance prévus par l'ERH de 2007-2008. La présentation de cette année aidera également les hôpitaux à préparer des prévisions en vue de l'exercice de planification de 2008-2009.

ii

Principes et processus

Cette année, le ministère continuera de mener et d'effectuer la coordination des PPHA, et sera le signataire de l'ERH de 2007-2008. Une équipe de projet provinciale dirigée par le ministère a également été formée pour faciliter la coordination du processus. Les groupes de planification qui faciliteront le processus regroupent des employés du ministère des quatre coins de la province, des membres du Comité mixte des politiques et de la planification de l'Ontario (CMPP) et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS).

Le ministère continue de s'attendre à ce que la responsabilisation soit à la base du processus de planification de 2007-2008. C'est pourquoi la PPHA de 2007-2008 exige des hôpitaux qu'ils respectent le financement alloué pour 2007-2008 et conservent une situation financière équilibrée jusqu'au 31 mars 2008. Cette année encore, l'objectif de performance pour l'indicateur de marge totale sera de 0 % (consulter les informations supplémentaires à la section 5).

Une fois de plus, des employés du ministère des quatre coins de la province collaboreront avec les hôpitaux pour assurer l'évaluation exhaustive de tous les aspects de leurs activités. Les stratégies prévues par la structure du Cadre de priorisation aident les hôpitaux à produire des revenus et à réduire leurs dépenses. Le ministère utilisera ces lignes directrices pour évaluer les stratégies mises de l'avant par les hôpitaux.

Les hôpitaux disposeront de 12 semaines pour remplir les formules à l'aide du Système de production de rapports sur le Web (SPRW), accessible à l'adresse www.mohltchb.com. Toutes les formules Web pertinentes devraient être offertes sur le site Web du SPRW d'ici la fin de juin 2006, accompagnées d'un guide d'utilisation du SPRW. Les hôpitaux sont tenus de soumettre au ministère leur PPHA approuvée par le conseil au plus tard **le 29 septembre 2006**.

Préparation de la PPHA

Cette année encore, la PPHA de 2007-2008 porte sur la planification des services, ainsi que la mesure et l'évaluation de la performance des hôpitaux en matière de services et d'organisation. Les hôpitaux sont tenus d'identifier et de réaliser des gains d'efficacité opérationnelle fondés entre autres sur une coopération et une coordination accrues avec les fournisseurs de services de santé et autres organismes du secteur parapublic.

Pour faciliter la tâche des hôpitaux, nous avons inclus aux sections 3 et 4 de ces lignes directrices des précisions sur les considérations clés de planification, comme les hypothèses sur les revenus et dépenses et les politiques ministérielles régissant les services protégés, ainsi que d'autres informations de planification.

Changements apportés cette année

- L'an dernier, l'entrée en vigueur de la PPHA et de l'ERH a permis d'aligner les présentations de planification des hôpitaux sur le cycle de financement pluriannuel. Cette année, les hôpitaux devraient présenter des données financières et de planification pour 2007-2008, accompagnées de prévisions financières et de planification pour l'exercice 2008-2009.
- Le ministère n'entreprendra aucune consultation communautaire dans le cadre de la PPHA de 2007-2008; il attend toutefois des hôpitaux qu'ils maintiennent un dialogue continu avec leurs différentes parties intéressées internes et les partenaires communautaires de leur région, comme l'exige la mise en œuvre réussie des stratégies du Cadre de priorisation.
- Cette année, le processus d'analyse de la PPHA ne s'appuiera pas sur des examens de comités provinciaux. Un comité sera plutôt formé au début de 2007 pour examiner le processus de la PPHA et de l'ERH dans le but d'en faciliter la transition aux RLISS.
- Un guide d'utilisation du SPRW est en cours d'élaboration. Conçu pour aider le personnel du ministère et des hôpitaux à naviguer dans le SPRW, il procure une marche à suivre détaillée au personnel chargé de l'entrée des données, ainsi que des renseignements utiles aux personnes chargées de l'examen et de l'analyse des données.
- Cette année, le ministère mettra également en œuvre un cadre exhaustif d'initiation et de formation afin de renseigner les parties intéressées sur les aspects importants du processus.
- Il aura aussi recours à des outils et moyens de communication interne et externe améliorés, par exemple en adaptant le SPRW pour en faire un outil de partage d'informations. Le ministère reconnaît l'importance d'assurer la communication des informations en temps opportun dans le cadre de ce processus.
- Les hôpitaux devront démontrer l'existence de liens entre les exposés narratifs touchant les composantes cliniques/non cliniques et leurs plans stratégiques internes pour faire foi de la planification réfléchie à l'égard des initiatives locales et régionales.

1

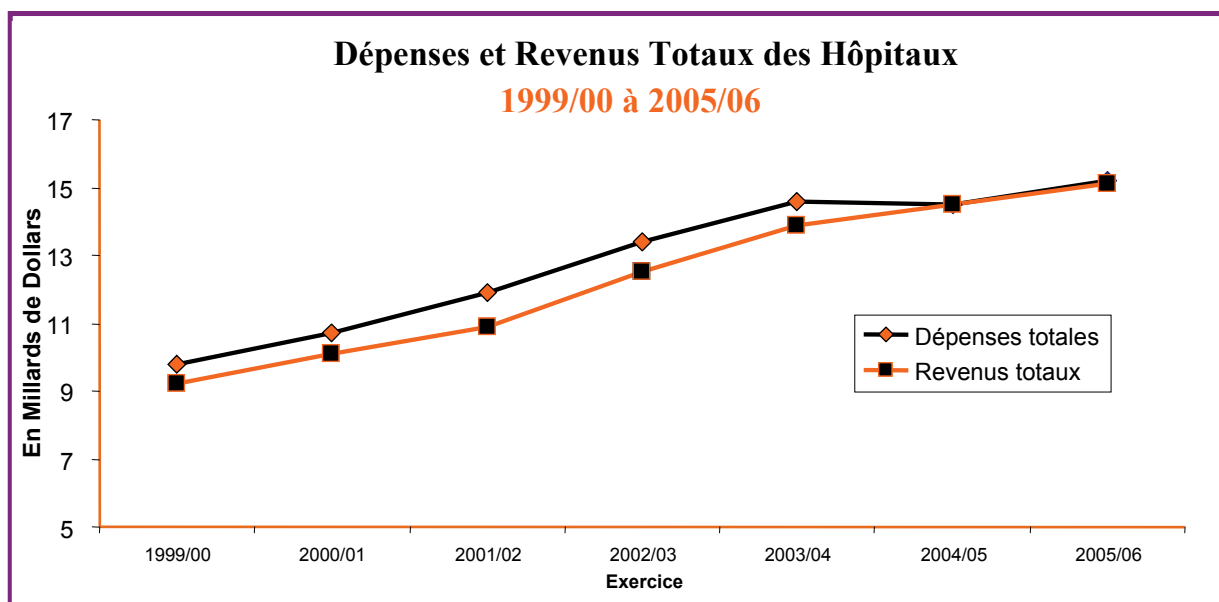
Introduction

Le gouvernement a entrepris un plan de réorientation du système de santé de l'Ontario dans le but de le rendre viable et responsable tout en l'axant sur les patients et les résultats. Le ministère s'emploie actuellement à mettre ce plan en œuvre et à encourager l'utilisation plus efficiente et efficace de ses ressources. La PPHA et l'ERH sont des documents de planification et de responsabilisation opérationnelles utilisés depuis 2005-2006 pour fournir aux hôpitaux d'un processus pluriannuel et rationalisé de planification de leurs activités qui appuie l'objectif du gouvernement de rendre le secteur hospitalier plus stable et efficient.

L'objet du présent guide d'instructions est de fournir aux hôpitaux des renseignements leur permettant de remplir la PPHA de 2007-2008. Les hôpitaux devraient présenter des données financières et de planification pour 2007-2008, accompagnées de prévisions financières et de planification pour l'exercice 2008-2009.

1.1 ÉVOLUTION DE LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE

En 2002-2003, le ministère a émis le document de planification des activités des hôpitaux (DPAH), une version abrégée du plan de fonctionnement des hôpitaux. Les derniers DPAH soumis en 2003-2004 ont démontré que la situation financière de nombreux hôpitaux n'était pas équilibrée. Entre 1999-2000 et 2003-2004, le taux de croissance moyen des dépenses des hôpitaux atteignait 9,5 % par année. En 2002-2003, le ministère a émis le document de planification des activités des hôpitaux (DPAH), une version abrégée du plan de fonctionnement des hôpitaux. Les derniers DPAH soumis en 2003-2004 ont démontré que la situation financière de nombreux hôpitaux n'était pas équilibrée. Entre 1999-2000 et 2003-2004, le taux de croissance moyen des dépenses des hôpitaux atteignait 9,5 % par année.



Par conséquent, aux termes d'une exigence de l'entente provisoire de responsabilisation lancée en 2004-2005, plusieurs hôpitaux ont dû présenter un plan de budget équilibré (PBE) décrivant les étapes à suivre afin de réduire les dépenses et de parvenir à une situation de fonctionnement équilibrée pour l'exercice se terminant le 31 mars 2006.

L'entrée en vigueur de la PPHA au cours de l'exercice 2005-2006 constituait la prochaine étape de l'évolution de la présentation de planification pluriannuelle. La PPHA établit un lien avec les mesures de performance de l'ERH et facilite la planification à plus long terme.

Depuis l'entrée en vigueur des PBE et de la PPHA, les dépenses des hôpitaux ont diminué considérablement, leur taux de croissance moyen étant passé à 2,9 % par année depuis 2003-2004.

1.2 PPHA ET ERH DE 2007-2008

Cette année, les hôpitaux disposeront de 12 semaines pour remplir les formules du Système de production de rapports sur le Web (SPRW), accessible à l'adresse www.mohltchb.com. Les hôpitaux sont tenus de soumettre au ministère leur PPHA approuvée par le conseil au plus tard le **29 septembre 2006**. Le ministère n'entreprendra **aucune** consultation communautaire dans le cadre de la PPHA; il attend toutefois des hôpitaux qu'ils maintiennent un dialogue continu avec leurs différentes parties intéressées internes et les partenaires communautaires de leur région. Par exemple, il attend des hôpitaux qu'ils effectuent une planification individuelle et conjointe avec d'autres fournisseurs de services tels les autres hôpitaux ou les centres d'accès aux soins communautaires (CASC).

La PPHA finale comprendra toutes les formules Web pertinentes, dûment remplies, y compris des exposés narratifs faisant état du lien entre la présentation de planification et le plan stratégique de l'hôpital. Une série de rapports fournissant les valeurs des indicateurs de plusieurs domaines sera ensuite générée pour l'hôpital. Pour chaque domaine, l'hôpital aura la possibilité de faire des commentaires sur sa performance actuelle et prévue relativement aux valeurs des indicateurs tout au long du cycle de planification.

À la suite du dépôt de la PPHA, le ministère validera les données et passera en revue les plans soumis avec les hôpitaux. L'approbation des plans sera faite en fonction du Cadre de priorisation présenté à la section 4, du contenu de la PPHA dûment remplie de l'hôpital et de l'atteinte d'une situation de fonctionnement équilibrée.

Les données fournies dans la PPHA serviront à déterminer les valeurs ayant trait aux volumes de services et aux indicateurs de performance visés de l'hôpital qui sont inclus à l'ERH. Un examen des indicateurs de chacune des annexes de l'ERH et une discussion des corridors correspondants auront lieu à l'automne 2006.

1.3 PRINCIPES RÉGISSANT LE PROCESSUS DE PPHA

1. La PPHA appartient à l'hôpital, qui en est le gestionnaire

Le ministère n'a pas de rôle direct dans l'élaboration ou la mise en œuvre de la PPHA de chaque hôpital. Il fournira des conseils, posera des questions, veillera à ce qu'une évaluation complète soit faite de tous les aspects des activités de l'hôpital, approuvera la PPHA et en assurera le suivi. Les hôpitaux poursuivront les stratégies approuvées présentées dans leur PPHA de 2005-2006 et 2006-2007 puisque ces anciens principes et conditions restent en application.

2. Le ministère effectuera la coordination du processus de la PPHA et sera le signataire de l'ERH

Une équipe de projet provinciale a été formée pour faciliter le processus de cette année. Elle se servira des leçons tirées du processus de l'année dernière pour améliorer les communications internes et externes, offrir des formations et séances d'initiation exhaustives, et raffiner des processus importants. L'équipe a pour mandat de coordonner et de gérer le processus de la PPHA et de l'ERH de cette année, en plus d'élaborer

un cadre d'examen du processus et de transition au système de RLISS. Étant donné l'importance de cette année de transition, les membres des RLISS agiront à titre de partenaires et participeront activement aux équipes de projet de la planification, aux processus de prise de décisions et aux négociations.

3. Situation de fonctionnement équilibrée qui respecte les allocations de financement de 2007-2008 et 2008-2009

Les hôpitaux devraient maintenir une situation de fonctionnement équilibrée. Les hôpitaux qui soumettront des plans en vue d'atteindre une situation équilibrée devraient:

- s'assurer que le plan est orienté sur la gestion des dépenses, plutôt que sur la réduction des services ou des volumes;
- réduire les conséquences négatives pour les niveaux de services et la collectivité;
- réduire toute conséquence négative pour la dotation en personnel des hôpitaux, en particulier le personnel infirmier et le personnel producteur des unités;
- s'aligner sur les investissements communautaires; et
- s'aligner sur les priorités en soins de santé du gouvernement.

4. Examen exhaustif de tous les domaines cliniques et non cliniques

Dans le cadre de l'élaboration de leurs présentations de planification, les hôpitaux devraient mener un examen exhaustif de tous les aspects de leurs activités afin de dégager les gains d'efficacité possibles dans les domaines cliniques et non cliniques. Les lignes directrices en vue de l'élaboration de plans de fonctionnement équilibrés dans le contexte du Cadre de priorisation figurent à la section 4 du présent guide.

5. Les hôpitaux devraient exercer une diligence raisonnable au moment d'élaborer la PPHA

Les hôpitaux devraient déterminer les meilleures pratiques et obtenir les conseils des leaders du domaine, des partenaires de la collectivité et du ministère afin de s'assurer d'examiner tous les gains d'efficacité possibles au moment d'élaborer la PPHA de 2007-2008.

6. La planification de l'hôpital devrait être entreprise dans l'optique de l'intégration du système

Les hôpitaux devront consulter et faire participer à la planification les autres fournisseurs de services de santé et parties intéressées en vue d'augmenter l'efficacité et d'améliorer la coopération entre les fournisseurs de services. La planification coopérative avec les partenaires de la région devrait être intégrée à la culture de l'hôpital et devrait constituer un objectif stratégique.

7. Signes de planification des activités

Les hôpitaux ne devraient pas inclure à la PPHA des initiatives de services que le ministère n'a pas approuvées. Tout hôpital qui désire apporter aux services des changements susceptibles de modifier son financement général de base devrait présenter une analyse de cas distincte. Par exemple, un hôpital qui souhaite proposer la mise en œuvre ou l'expansion d'un programme, transférer un programme dans la collectivité, effectuer la réaffectation de lits ou réduire ses services devrait soumettre une analyse de cas. Vous trouverez en annexe de ce guide un modèle des exigences de présentation d'une analyse de cas.

8. Une communication ouverte et transparente sera maintenue entre l'hôpital et le ministère

9. Plan de communication de l'hôpital

Il incombe aux hôpitaux d'élaborer tous les plans de communication interne et externe nécessaires pour expliquer leur présentation de la planification. Ces plans devraient être conformes aux priorités en soins de santé du gouvernement, en plus de présenter les renseignements dans un esprit de coopération envers les partenaires de l'hôpital, dont le ministère.

2

Situation et contexte

2.1 DÉPENSES DES HÔPITAUX

Malgré tous les efforts déployés au cours des dernières années par les hôpitaux et le gouvernement pour stabiliser le système de santé, les dépenses des hôpitaux ont continué jusqu'à tout récemment d'augmenter considérablement – dans l'ordre de 10 % chaque exercice. Bien qu'une partie de cette hausse puisse s'expliquer par les besoins d'une population croissante et vieillissante, ce genre d'augmentation n'est pas soutenable à long terme. Les hôpitaux ontariens subissent la pression et devraient tenir compte d'un vaste éventail de facteurs. Parmi les principaux facteurs mentionnons les suivants:

- inquiétudes accrues du gouvernement, des fournisseurs et du public à l'égard de la viabilité future du système de santé;
- défis financiers continus (p. ex. la croissance, les programmes prioritaires, le financement des services de santé dans le Nord et les régions rurales) et tensions de coûts provenant des changements démographiques, des attentes et des technologies qui contribuent à créer des écarts persistants entre le financement du gouvernement et les dépenses réelles des hôpitaux;
- préoccupations plus grandes au sujet de l'accès aux services de soins spécialisés et de routine, et des listes d'attente pour ces services;
- défis grandissants en ce qui a trait aux ressources humaines (p. ex. les pénuries de médecins, de personnel infirmier et de personnel paramédical, les difficultés à attirer des médecins disposés à offrir des services de garde dans les hôpitaux et les pressions salariales et guerres d'enchères résultant des taux de vacances élevés dans de nombreuses professions clés);
- regard porté par la collectivité internationale sur la gouvernance, la transparence et la responsabilisation tant au sein du secteur public que du secteur privé;
- accent accru mis sur les décisions fondées sur des preuves, les meilleures pratiques et les résultats à tous les niveaux des organismes de soins de santé, y compris la gouvernance; et
- nécessité d'intégrer des technologies et des infrastructures en constante évolution et de rester à jour sur ce plan.

2.2 ENGAGEMENT DU GOUVERNEMENT: UN MEILLEUR ACCÈS À DE MEILLEURS SOINS DE SANTÉ

Le 23 mars 2006, le gouvernement de l'Ontario a annoncé qu'il haussera son investissement dans les soins de santé pour le faire passer à 37,3 milliards de dollars en 2007-2008 puis à 38,8 milliards de dollars en 2008-2009. Le montant total des subventions de fonctionnement accordées aux hôpitaux publics augmentera pour passer à 13,4 milliards de dollars en 2007-2008 et à 14,0 milliards de dollars en 2008-2009.

Ces investissements dans la santé sont dirigés vers des stratégies visant à augmenter la viabilité du système de santé en améliorant l'accès aux soins en réduisant les temps d'attente pour les services essentiels, en modernisant l'infrastructure du système de santé et en augmentant l'efficacité et la responsabilisation au sein du système.

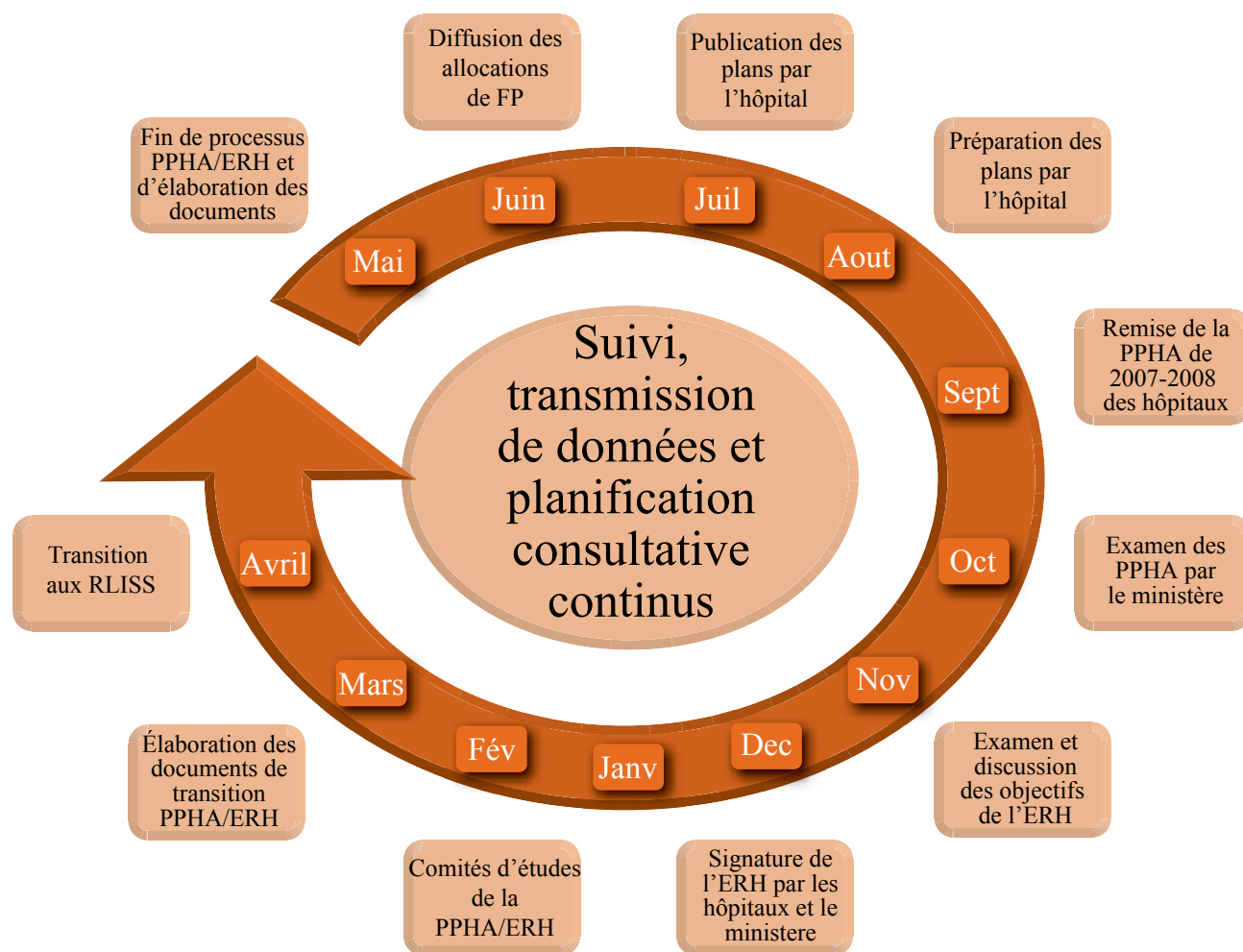
Le gouvernement s'est engagé à augmenter le niveau de responsabilisation des hôpitaux en collaborant avec eux afin qu'ils équilibrent leur budget. La mise en place d'un processus de financement plus stable est l'une des façons d'y parvenir.

2.2.1 FINANCEMENT PLURIANNUEL

Pour assurer la stabilité du financement des hôpitaux, le gouvernement a annoncé dans le budget de l'Ontario 2005 qu'il mettrait en œuvre des engagements de financement pluriannuel pour les hôpitaux. Un financement pluriannuel donne aux hôpitaux la capacité de planifier leurs activités de façon efficace et efficiente tout en respectant les exigences des ententes de responsabilisation. L'approche adoptée repose sur la modification du cycle de planification pour permettre d'effectuer la budgétisation et les négociations avant le début de l'exercice. L'exercice 2005-2006 a été une année de transition comprenant un cycle de planification et une entente étalés sur deux exercices afin d'aligner le processus de planification sur le cycle de financement pluriannuel.

Les hôpitaux ont reçu des renseignements sur leur allocation de financement pour 2007-2008, accompagnés de prévisions financières en vue de la planification de leurs activités de 2008-2009. Les hôpitaux devraient utiliser ces renseignements pour préparer leurs prévisions sur le volume des services et la performance en fonction des indicateurs.

Cycle de planification et de responsabilisation des hôpitaux pour 2007-08



2.2.2 NOUVELLE ORIENTATION

La création des RLISS en Ontario est une composante importante du plan d'amélioration de la prestation des soins de santé du gouvernement ontarien. Les RLISS sont des organismes locaux conçus dans le but de planifier, de coordonner et de financer les services de soins de santé de leur région. Les RLISS porteront leur attention sur les priorités et besoins locaux en soins de santé tout en accordant une place centrale à l'intégration des services de soins de santé dans leur collectivité. La transition vers un système de RLISS permettra au ministère de passer à un rôle d'intendance dans le cadre duquel il encadrera et orientera le système de santé par l'entremise de l'élaboration, de la planification et de l'évaluation de stratégies.

3

Considérations clés de planification de la PPHA

3.1 PROCESSUS DE SUIVI DE 2006-2007

Le ministère passera en revue sur une base trimestrielle les résultats des hôpitaux à l'égard des indicateurs de performance contenus dans l'ERH de 2006-2007 par l'entremise des présentations de la PPHA et de la balance de vérification du MIS.

Le SPRW générera à l'usage du personnel du ministère et des hôpitaux des rapports de validation faisant état des écarts par rapport à la norme de performance de l'ERH. Comme l'indique le paragraphe 7.3 et l'article 9 de leur ERH, les hôpitaux seront tenus de rencontrer le personnel du ministère pour examiner tous les écarts observés et proposer un plan d'amélioration visant à redresser la situation. Les hôpitaux n'ayant pas signé leur ERH seront assujettis à la même norme.

Dans la PPHA de 2007-2008, le ministère attend des hôpitaux qu'ils abordent tout écart soulevé lors du processus de suivi de 2006-2008 qui ne peut être entièrement corrigé au cours du présent exercice.

3.2 EXPOSÉ NARRATIF

7

Les hôpitaux devraient impérativement remplir les composantes cliniques et non cliniques de l'exposé narratif de la PPHA de cette année. Ils devraient également faire le lien entre les initiatives nommées dans l'exposé et leur plan stratégique interne pour démontrer l'alignement stratégique de ces initiatives sur les plans de l'hôpital et de la région, comme le Plan de services de santé intégrés (PSSI).

3.3 HYPOTHÈSES

3.3.1 HYPOTHÈSES SUR LES DÉPENSES

L'hôpital devrait remplir la formule sur les hypothèses pour rendre compte des prévisions ayant servi à l'élaboration du budget. Le ministère attend des dirigeants des hôpitaux qu'ils émettent des hypothèses raisonnables et prudentes concernant toutes les prévisions de dépenses de fonctionnement, et qu'ils les indiquent clairement. Veuillez vous reporter au guide d'utilisation du SPRW ou aux commentaires relatifs aux différentes formules pour obtenir des indications supplémentaires sur la façon de remplir les formules Web.

3.3.2 HYPOTHÈSES SUR LES REVENUS

En juin 2006, une lettre du ministère informait les hôpitaux de leur allocation de financement pour 2007-2008, ainsi que des prévisions de planification pour leur financement de 2008-2009. Les modèles de présentation de la PPHA devraient être remplis selon le niveau prévu des activités des hôpitaux, en tenant compte de la part des revenus qui provient du ministère. De la même façon, le budget de 2008-2009 devrait être préparé en fonction du niveau d'activité prévu dans l'allocation de financement de 2008-2009.

3.4 FINANCEMENT D'ACTION CANCER ONTARIO

Comme l'explique l'ERH, toute entente de services conclue entre un hôpital et Action Cancer Ontario (ACO) ne s'inscrit pas dans le cadre de l'ERH, et les obligations y figurant ont priorité sur celles de l'ERH.

La PPHA de l'hôpital ne calcule pas séparément les revenus et dépenses de l'ACO (et les indicateurs de performance correspondants). Par conséquent, il incombe à l'hôpital de s'assurer d'atteindre tous les indicateurs de performance tout en respectant les domaines de responsabilisation décrits dans l'ERH et l'entente de services conclue avec ACO. Comme l'indiquent les ententes de services d'ACO, tous les fonds connexes sont protégés et destinés à la prestation des services prévus dans ces ententes. Plus particulièrement, le financement offert dans le cadre de l'entente sur l'intégration des programmes de lutte contre le cancer continue d'être protégé et de cibler les programmes intégrés de lutte contre le cancer.

Les hôpitaux qui s'attendent à afficher des déficits ne devraient pas subventionner les activités financées par d'autres sources de financement. Les fonds obtenus aux termes d'ententes avec ACO ne peuvent pas servir à soulager les déficits de fonctionnement des hôpitaux.

3.5 POLITIQUES MINISTÉRIELLES RÉGLISSANT LES SERVICES PROTÉGÉS

3.5.1 SERVICES DE PRIORITÉ PROVINCIALE

À l'heure actuelle, le statut de services prioritaires s'applique à quatre types de services qui concernent des affections potentiellement mortelles, exigent généralement des ressources humaines hautement qualifiées et une infrastructure spécialisée, ne sont pas encore entièrement diffusées, affichent une croissance rapide et posent des problèmes d'accès dans différentes régions de la province. Les services hospitaliers ayant actuellement le statut de services prioritaires comprennent des services cardiaques sélectionnés, la maladie rénale chronique, le don d'organes et de tissus, la transplantation et des services sélectionnés en oncologie. La période de désignation pour tous les services prioritaires est limitée. On peut prendre ces services en considération pour du financement lié à la hausse des volumes.

3.5.2 SERVICES HOSPITALIERS SPÉCIALISÉS

Les services hospitaliers spécialisés sont des services qui affichent des lacunes sur le plan de la prestation régionale. Jusqu'en 2005-2006, ces services recevaient un financement supplémentaire ciblé, visant les volumes de services ou l'infrastructure. À moins que le statut protégé de ces services ne soit explicitement renouvelé, le ministère cessera d'en superviser la prestation trois ans après leur inclusion à l'allocation de base de l'hôpital. L'allocation de base générale de l'hôpital devrait dès lors tenir compte du financement des nouveaux volumes de ces services. Tout plan de réduction de services spécialisés devrait être soumis à l'examen et à l'approbation du ministère. Parce qu'il importe de maintenir l'accès à ces services régionaux, toute réduction prévue de ces services devrait également être fondée sur des motifs valables et s'appuyer sur des preuves concrètes de gains d'efficacité, un examen du niveau d'utilisation, l'amélioration des partenariats communautaires ou des changements démographiques entraînant une baisse de la demande.

Par conséquent, le ministère ne supervisera plus les services suivants à compter du 1er avril 2007:

- Services de traumatologie crânienne basés dans les hôpitaux;
- Implants cochléaires;
- Programmes gériatriques régionaux; et
- Services de traitement du bec-de-lièvre et de la fissure du palais / de chirurgie dentaire crâniofaciale.

Le ministère ne supervisera plus les anciennes stratégies et les services suivants à compter du 1er avril 2008:

- Traumatologie;
- Centres de traitement des victimes de violence familiale et d'agression sexuelle;
- Services génétiques régionaux provinciaux;
- Cliniques externes pour les personnes ayant le VIH;
- Cliniques ambulatoires pour les hémophiles;
- Centres de traitement régionaux et de district des accidents vasculaires cérébraux;
- Services de réadaptation cardiaque; et
- Services de traitement à visudyne.

Le ministère continuera de superviser les allocations de base visant les services de remplacement de l'articulation complète du genou et de la hanche (non liés à une stratégie de réduction des temps d'attente) et les services d'imagerie par résonance magnétique (IRM) à des fins de rapprochement avec les stratégies de réduction des temps d'attente.

À compter du 1er avril 2007, les services suivants ne seront plus financés selon leur volume et l'Unité des services prioritaires du ministère n'effectuera plus leur rapprochement. Ces services seront protégés jusqu'au 1er avril 2011, à moins que leur statut de services protégés ne soit explicitement renouvelé:

- Services de stimulateurs cardiaques permanents.

Un certain nombre de services hospitaliers spécialisés sont des ressources provinciales. Pour ces services, les hôpitaux devraient au moins maintenir le niveau et la portée actuels de prestation des services. Le statut protégé de ces services n'est pas limité dans le temps. Si l'hôpital décide de discontinuer ou de réduire ces services, le ministère recouvrira tout le financement de base qui y est associé et le transfèrera à un autre hôpital qui accepte de fournir les services. Parmi les ressources provinciales figurent:

- Transplantations de la moelle osseuse;
- Cardiologie interventionnelle pour malformations cardiaques congénitales chez les adultes;
- Retraits de sonde de défibrillateur avec laser;
- Services de thromboendartériectomie pulmonaire; et
- Réparation d'anévrismes thoracoabdominaux de l'aorte.

3.5.3 STRATÉGIES ET PROJETS PROVINCIAUX

Cette dernière catégorie comprend les services protégés ayant reçu un financement ciblé dans le but de terminer la planification de leur mise en œuvre, d'évaluer les avantages d'une approche ou d'un service de prestation ou de renseigner le ministère en vue de l'élaboration de sa recommandation de politique. Pour ces services, un financement ciblé (de base ou ponctuel) a été approuvé et la mise en œuvre est en cours, ou l'approbation de la politique de financement et du programme finals est en instance. Le ministère a entrepris en 2005-2006 l'évaluation de la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux et poursuivra son financement des services liés aux accidents vasculaires cérébraux jusqu'à ce que l'on collecte et résume, en 2011, des preuves exhaustives permettant d'émettre des recommandations de services. En 2007-2008, l'hémodialyse de jour ou de nuit à domicile bénéficiera du même taux de financement que l'année précédente.

Nonobstant les obligations de performance s'appliquant aux services protégés, il ne devrait y avoir aucune réduction par les hôpitaux des services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire. Ces services sont financés par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et ils sont considérés comme protégés.

Obligations de performance s'appliquant à tous les services protégés

- i) Quand l'hôpital a fourni l'un ou l'autre des services protégés au cours de l'exercice 2006-2007, il devrait offrir ce service en 2007-2008 et en 2008-2009. Sont exclus les volumes supplémentaires qui peuvent avoir été alloués sur une base ponctuelle au cours de l'exercice et les services transférés à d'autres hôpitaux.
- ii) Les changements aux services protégés sont acceptables à condition de répondre aux besoins des patients, de veiller au maintien des niveaux de services, de discuter avec le ministère de tout changement prévu au programme et d'obtenir son autorisation au préalable.
- iii) Les hôpitaux devraient desservir l'ensemble du secteur régional ou provincial de prestation de services établi afin d'assurer un accès continu là où la prestation locale de services protégés ne se fait pas autrement.
- iv) L'hôpital devrait utiliser son financement pour les services protégés à cette fin.
- v) L'hôpital devrait planifier les services hospitaliers protégés dans le cadre de son budget général et fournir les volumes comme l'indique en détail l'Annexe G de l'ERH. Quand aucun volume de services n'est prescrit, le fournisseur ne devrait pas faire de changements qui pourraient nuire à la prestation de ces services à sa clientèle établie.

3.6 AUTRES POLITIQUES MINISTÉRIELLES

3.6.1 PROGRAMMES DE SANTÉ MENTALE

Les programmes de santé mentale en milieu hospitalier et en consultations externes sont protégés à concurrence du niveau de financement établi. Les hôpitaux ne sont pas tenus de financer ces programmes à même leur budget général. Par conséquent, ils peuvent rajuster à la baisse les programmes de santé mentale et les dépenses correspondantes à concurrence du niveau de financement. Le ministère attend des hôpitaux qu'ils effectuent tous les gains d'efficacité possibles pour prévenir ou minimiser les réductions aux niveaux de services.

3.6.2 RÉAFFECTATION DE LITS

La réaffectation de lits est soumise à un processus d'approbation par le ministère hors du cadre de la PPHA et de l'ERH dans le but d'assurer l'affectation au groupe approprié et la transmission de données de programme exactes. Pour obtenir de plus amples informations, consulter l'exemple à l'étape 5, plus particulièrement aux points 5.11 et 5.12.

3.6.3 PLANS DE FONCTIONNEMENT POST CONSTRUCTION (PFPC)

Le financement du PFPC offert vise à financer les volumes supplémentaires; son objectif n'est pas d'aider les hôpitaux à équilibrer leur budget. Le ministère attend des hôpitaux disposant d'un PFPC approuvé qu'ils utilisent les fonds alloués aux fins convenues par le ministère et l'hôpital.

3.6.4 SERVICES EN FRANÇAIS

Le ministère maintient son engagement envers la mise en œuvre de la Loi sur les services en français (LSF) au sein du système de santé. Les hôpitaux devraient offrir des services en français s'ils :

- sont situés dans les régions désignées aux termes de la LSF;
- sont eux-mêmes désignés aux termes de la LSF; et/ou
- ont été chargés d'offrir des services en français par la Commission de restructuration des services de santé (CRSS).

Dans leur cas, la prestation de « soins axés sur les patients » passe obligatoirement par la prestation permanente de services de qualité en français. Les hôpitaux désignés rempliront le rapport sur les services en français du SPRW.

3.6.5 QUALITÉ DES DONNÉES

Le processus de la PPHA dépend de la transmission par les établissements de santé provinciaux de données cliniques, financières et statistiques valides et fiables. L'élaboration des normes de performance liées aux objectifs négociés de l'ERH repose sur des données historiques de type clinique, financier et statistique transmises par les hôpitaux provinciaux. Par conséquent, il existe une relation de proportionnalité directe entre la capacité actuelle des établissements de respecter les normes établies et l'exactitude des données qu'ils ont produites à l'égard de leur performance. L'amélioration future de la qualité des données transmises par les établissements sur les soins de santé ne peut qu'améliorer leur capacité, ainsi que celle des RLISS et de la province à atteindre les objectifs de performance fixés.

3.7 PÉNALITÉ FINANCIÈRE

Un hôpital s'expose à une pénalité financière si :

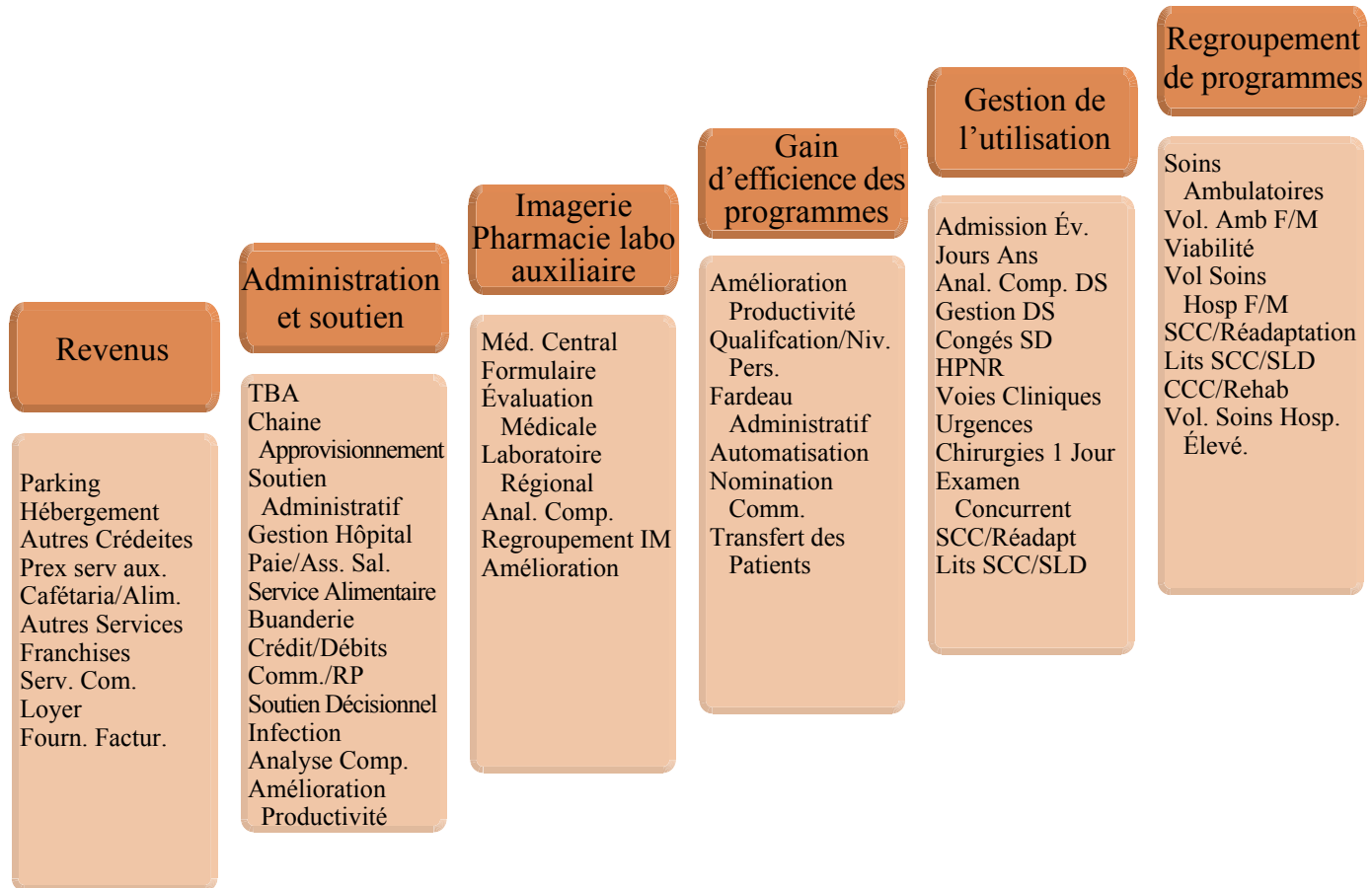
- le ministère reçoit sa PPHA après le 29 septembre 2006;
- sa PPHA est incomplète, c'est-à-dire qu'un de ses éléments est manquant ou insuffisant; et
- le ministère ne reçoit pas en temps opportun les mises à jour trimestrielles soumises aux fins de vérification du respect des exigences. Cela s'applique au dépôt de la PPHA et à de la balance de vérification du MIS, aux dates prévues à l'Annexe C.

La pénalité financière pour production en retard sera de 0,03 pour 100 (0,03 %) de l'allocation de l'hôpital pour la première semaine, avec un minimum de 2 000 \$. Pour chaque semaine subséquente de non-conformité, la pénalité s'élèvera à la moitié de la pénalité initiale.

Veuillez prendre note que les pénalités prévues au point 3.7 s'appliquent à la PPHA, à ses mises à jour trimestrielles et à la balance de vérification du MIS.

4

Cadre de priorisation



Le Cadre de priorisation du ministère fournit une méthodologie par étapes pour prendre des décisions visant à atteindre une situation de fonctionnement équilibrée. Dans le but de générer des idées sur la façon de réduire les dépenses durant le processus de planification des hôpitaux, l'Annexe A fournit des exemples de stratégies pouvant être adoptées par les hôpitaux aux différentes étapes du cadre. Les exemples offerts ne sont pas exhaustifs; le ministère encourage aussi les hôpitaux à se consulter mutuellement pour tirer parti de l'apprentissage effectué lors du processus de la PPHA de 2006-2007.

Ces lignes directrices sont issues de la consultation qui a été menée auprès de plusieurs leaders du secteur hospitalier avant leur élaboration finale. Elles visent à aider les hôpitaux à tenir compte des possibilités d'accroître l'efficacité des activités et d'aligner tout changement dans leurs services cliniques sur des considérations plus stratégiques. Le ministère utilisera ces lignes directrices comme cadre d'évaluation des stratégies incluses dans la PPHA par les hôpitaux pour réduire leurs dépenses ou accroître leurs revenus.

Le ministère attend des hôpitaux qu'ils donnent un aperçu clair de l'outil décisionnel utilisé pour identifier et classer les économies et revenus dans le Cadre de priorisation. Cela a pour objectif de dresser un portrait clair de la relation entre les options en matière de revenus et d'économies présentées par les hôpitaux dans la PPHA, par rapport au Cadre de priorisation.

5

Lien avec l'entente de responsabilisation des hôpitaux

Les ERH s'inscrivent dans un effort continu fondé sur la collaboration qui vise à améliorer la performance dans le secteur de la santé tout en offrant des soins de haute qualité axés sur les patients. Le ministère est déterminé à conclure une entente de responsabilisation équilibrée, novatrice et réaliste, qui mise sur le plus haut niveau possible de négociation et de collaboration.

Le ministère et les hôpitaux ont chacun un rôle à jouer pour assurer la mise en œuvre réussie des ERH négociés. Vous trouverez ci-après un résumé des responsabilités de chacun.

Hôpital:

- Fournir des services accessibles et appropriés;
- Maximiser les niveaux de services et les résultats dans un contexte fondé sur les besoins;
- Satisfaire aux objectifs de performance prévus et convenus;
- Établir des mécanismes pour ce qui est des conséquences de ne pas atteindre les objectifs de performance convenus; et
- Assurer une gestion qui tient compte des ressources disponibles.

Ministère:

- Établir l'orientation des politiques stratégiques pour que le système de soins de santé soit axé sur les patients, qu'il améliore l'accessibilité, qu'il promouvoit et rehausse l'intégration du système et qu'il rende compte au public;
- Élaborer des politiques opérationnelles claires qui reflètent l'évolution des tendances de la société et des fournisseurs, de la santé de la population et des nouvelles technologies;
- Créer un cadre législatif qui permet la mise en œuvre du nouveau mode de financement;
- Fournir le financement nécessaire en temps opportun conformément aux paramètres convenus; et
- Fournir le soutien logistique nécessaire pour permettre la planification, l'exécution, le suivi et la correction de toute variation.

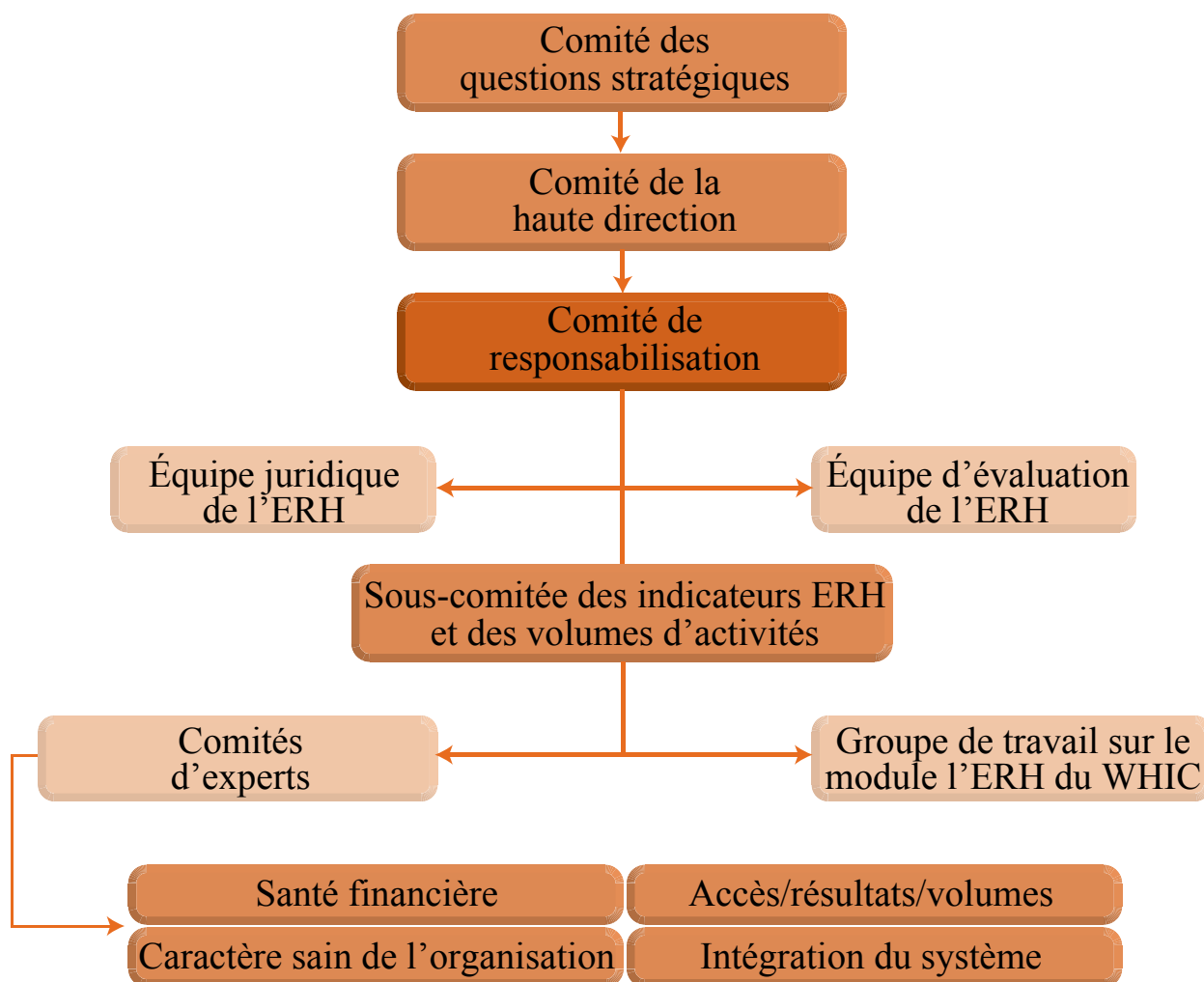
13

5.1 ÉVOLUTION DES ENTENTES DE RESPONSABILISATION DES HÔPITAUX

Au début de 2003, le ministère a mis de l'avant un processus de collaboration sous les auspices du CMPP dans le but d'élaborer un cadre d'entente de responsabilisation et de financement pluriannuel à l'intention des hôpitaux de l'Ontario. Pour appuyer ce travail, le CMPP a établi un certain nombre de comités et de groupes de travail auxquels ont participé plus de 100 représentants d'hôpitaux et du ministère. Composé de représentants des hôpitaux et du ministère, le Comité de direction chargé du financement pluriannuel a contribué grandement à l'élaboration de l'ERH de 2005-2006 et de 2006-2007, et des documents connexes de politiques du CMPP.

En février 2006, le CMPP a formé le Comité de responsabilisation, qui est responsable de cogérer et de résoudre les questions de politique, de planification, de négociation et de mise en œuvre liées aux ERH. Ce comité et les groupes de travail connexes offrent également une tribune transparente et impartiale, fondée sur la collaboration et des éléments probants, permettant aux parties intéressées principales, dont le ministère, les RLISS et les hôpitaux, d'examiner, de classer par ordre de priorité et d'élaborer des politiques sur la façon d'améliorer la qualité, la sécurité, le caractère opportun et d'autres aspects des soins hospitaliers. Vous trouverez ci-après un résumé de la structure du Comité de responsabilisation du CMPP.

Structure du Comité de responsabilisation du CMPP: fév. 2006



Le travail du CMPP en matière de responsabilisation se fonde sur le document de gestion du changement intitulé *Policy Statement on Accountability*, qui identifie les principes d'une relation de travail en collaboration et dresse une liste des responsabilités et des engagements communs dans plusieurs domaines clés.

Les améliorations apportées aux documents, indicateurs et processus de planification et de négociation de 2007-2008 relatifs à la responsabilisation s'inspirent de commentaires reçus par l'entremise d'entrevues, de groupes de réflexion et de discussions menés par le CMPP en février et mars 2006 auprès de parties intéressées. Parmi les participants figuraient entre autres des directeurs généraux et financiers, membres de conseil et employés de soutien aux finances et aux décisions des hôpitaux, des hauts fonctionnaires et membres des bureaux régionaux du ministère, ainsi que des leaders des RLISS.

5.2 ÉLABORATION D'INDICATEURS

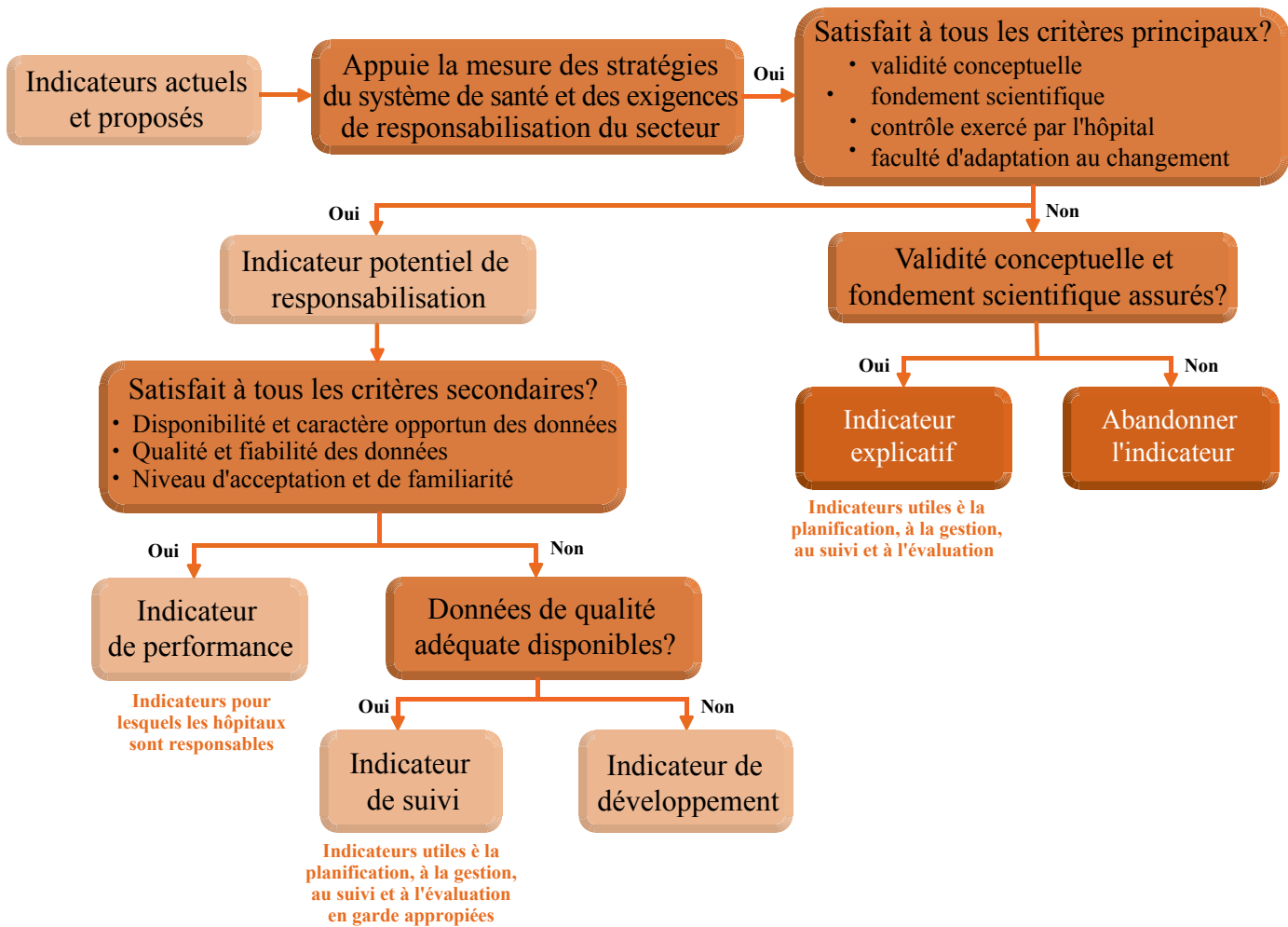
Conformément à une approche de pointage équilibré, le Sous-comité des indicateurs ERH et des volumes d'activités du CMPP et d'autres comités d'experts ont passé en revue les indicateurs relatifs aux domaines suivants de la performance des hôpitaux:

- **Santé financière:** Améliorer la santé, la vigueur et la viabilité des finances de l'hôpital.
- **Caractère sain de la main-d'œuvre:** S'assurer que la main-d'œuvre est en santé et le demeure, en veillant à la salubrité du lieu de travail, en encourageant l'engagement du personnel et en favorisant une productivité saine.
- **Accès des patients et résultats pour les patients:** Accroître l'efficacité et l'efficacités des séjours et mouvements des patients dans l'hôpital en améliorant le niveau de pertinence et la qualité des soins, ainsi qu'en prenant des mesures pour réduire les temps d'attente pour les services clés et assurer l'accès aux services de soins intensifs.
- **Coordination et intégration du système:** Accroître la coordination entre les hôpitaux et relier ceux-ci aux autres éléments du système de santé afin d'offrir aux patients des services au lieu de soins le plus efficient, le plus approprié et le plus accessible.

15

Le CMPP a mené une analyse environnementale pour déterminer les répercussions de la stratégie et des priorités politiques ministérielles émergentes sur le renouvellement des indicateurs de l'ERH. Ses membres ont passé en revue des indicateurs de domaines spécifiques identifiés par de nombreux groupes, dont l'Équipe de recherche pour le rapport sur les hôpitaux; le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé (CCOTS); le Réseau ontarien de soins cardiaques; l'initiative Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins (initiative RSAIS) et la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux. Ces indicateurs ainsi que les indicateurs prévus dans la version de 2005-2006 et 2006-2007 de la PPHA et l'ERH ont été examinés et classés selon la typologie et le cycle de renouvellement des indicateurs illustrés ci-après.

Cycle annuel de renouvellement des indicateurs de la responsabilisation



Le tableau qui suit donne des précisions sur le processus utilisé pour déterminer la pertinence des indicateurs potentiels. Les décisions finales quant à l'adoption d'indicateurs de performance et d'indicateurs de PPHA reviennent au ministère.

Typologie des indicateurs d'hôpitaux pour 2008-09

Indicateurs de performance

- Peuvent entraîner des conséquences dans le cadre de l'ERH.
- Satisfont aux critères principaux et secondaires.
Critères principaux: mesure directe (ou potentielles) de l'objectif ou de la priorité du ministère; validité conceptuelle; fondement scientifique; contrôle exercé par l'hôpital; faculté d'adaptation au changement.
Critères secondaires: disponibilité, caractère opportun, qualité et fiabilité des données; niveau d'acceptation et de familiarité des intervenants sur le terrain.
- Exemple: marge totale.

Indicateurs de suivi

- Satisfont aux critères principaux et peuvent être déclarés (décalage possible), mais ne satisfont pas à au moins un critère secondaire.
- Peuvent actuellement favoriser les négociations, la résolution de problèmes et la planification s'ils sont accompagnés de mises en garde appropriées.
- Peuvent « devenir » des indicateurs de performance advenant la satisfaction de tous les critères secondaires.
- Exemple: efficacité opérationnelle.

Indicateurs de perfectionnement

- Satisfont aux critères principaux mais ne peuvent être inclus pour l'instant aux données et aux déclarations relatives à l'ERH.
- Peuvent « devenir » des indicateurs de suivi ou de performance advenant la satisfaction des critères secondaires.
- Exemple: Indicateur de santé globale.

Indicateurs explicatifs

- Procurent des renseignements sur le fonctionnement mais ne satisfont pas à au moins un des critères principaux.
- Peuvent favoriser les négociations, la résolution de problèmes et la planification s'ils sont accompagnés de mises en garde appropriées.
- Exemple: marge totale (secteur hospitalier seulement)

Vous trouverez ci-après une liste de tous les indicateurs examinés par le CMPP et approuvés par le ministère en vue de leur inclusion dans la version de 2007-2008 de la PPHA ou de l'ERH.

L'élaboration des indicateurs de 2008-2009 se poursuivra au cours des prochains mois sous les auspices du CMPP. Par conséquent, les recommandations relatives aux changements de statut ou de classification sont également incluses à titre d'information.

L'ERH comportera seulement des indicateurs de performance. Au moment de publier ce document, des données sur l'adoption de certains indicateurs étaient manquantes. Des renseignements supplémentaires sur les indicateurs inclus à la PPHA seront fournis dès qu'ils seront disponibles.

INDICATEUR	Type d'hôpital	2006/07	2007/08	2008/09
Caractère sain de l'organisation				
% d'infirmières à temps plein	tous	de performance	de performance	A examiner
Heures de maladie en tant que pourcentage des heures totales rémunérées		PPHA (en \$)	de suivi	de performance
Indice de performance NMETI		de suivi	de perfectionnement	de suivi/de perfectionnement
Heures supplémentaires en tant que pourcentage des heures totales rémunérées		PPHA (en \$)	de perfectionnement	de suivi
MOS : heures rémunérées (PPU) (domaines de soins aux patients seulement)			de perfectionnement	de suivi/de perfectionnement
Étendue du contrôle				de perfectionnement
Engagement du personnel (enquête)				de perfectionnement
Santé financière				
Marge totale - données regroupées	tous	de performance	de performance	de performance
Ratio actuel - données regroupées		de performance	de performance	de performance
Marge totale - Code de secteur hospitalier seulement			explicatif	explicatif
Efficience opérationnelle	Soins actifs/ Maladies chroniques	de suivi	de suivi	de suivi/de perfectionnement
% de financement de sources autres	tous	PPHA	PPHA	A examiner
% de dette totale		PPHA	PPHA	A examiner
Santé globale				de perfectionnement
Autres mesures d'efficience opérationnelle				de perfectionnement
Accès des patients et résultats pour les patients				
Risque relatif de réadmission dans le même établissement – GMA spécifiés (Note : nouveaux GMA établis, certains GMA abandonnés)	Soins actifs	de performance	de performance (GMA sélectionnées)	de performance (GMA sélectionnées)
			de perfectionnement (GMA-santé mentale)	de suivi (GMA-santé mentale)
Durée de séjour (DS) relative totale		de performance	explicatif	explicatif
DS relative, soins actifs		de performance	Abandonné	
% de jours - patients pouvant être conservés		PPHA	PPHA	explicatif

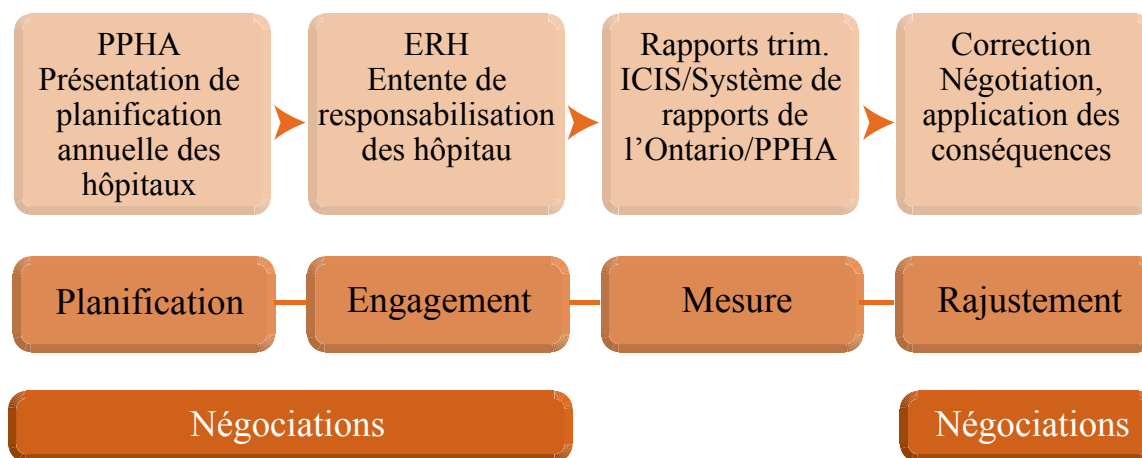
INDICATEUR	Type d'hôpital	2006/07	2007/08	2008/09	
% de patients atteints de nouveaux ulcères cutanés de phase 2 ou supérieure	Maladies chroniques	de perfectionnement	de performance <i>(à confirmer)</i>	de performance	
% de malades chroniques ayant une sonde à demeure		de perfectionnement	de performance <i>(à confirmer)</i>	de performance	
% de patients à potentiel de réadaptation après amélioration de la performance aux AVQ				de suivi	de suivi
% de malades chroniques en douleur - longs séjours				de suivi	de suivi
% de malades chroniques avec perte croissante de contrôle de la vessie				de suivi	de suivi
% de malades chroniques en contention quotidienne				de suivi	de suivi
Changement aux notes fonctionnelles totales – DS	Réadaptation		de suivi <i>(à confirmer)</i>	de suivi	
DS - réadaptation			de suivi <i>(à confirmer)</i>	de suivi	
Efficiencia - DS en réadaptation			explicatif	explicatif	
Stratégie de prévention des AVC (6 indicateurs) <ul style="list-style-type: none"> • % de patients ayant subi un AVC pris en charge par des unités désignées de traitement actif des AVC à quelconque moment durant l'hospitalisation • % de congés avec traitement antithrombotique à moins de contre-indication - patients ayant subi un accident ischémique cérébral • % d'anticoagulothérapies à moins de contre-indication – patients ayant subi un AVC et atteints de fibrillation auriculaire • % de patients ayant subi un tomodensitogramme ou un examen IRM avant le congé de l'hôpital • % de patients ayant subi un AVC renvoyés à la maison ou au lieu de résidence • % de patients transférés dans un centre hospitalier de réadaptation 	Hôpital désigné - lutte contre les AVC		de perfectionnement	de suivi	
% de patients ayant subi un IAM soignés par angioplastie primaire ou thrombolyse	Soins actifs		de perfectionnement	de suivi	

INDICATEUR	Type d'hôpital	2006/07	2007/08	2008/09
DS – salle d'urgence (2 indicateurs) • Patients de niveau I, II ou III selon L'ETG ≤ 6 heures • Patients de niveau IV ou V selon L'ETG ≤ 4 hours	Soins actifs		de suivi	de performance
Temps en salle d'urgence avant l'admission			de perfectionnement	de suivi
Indicateurs des temps d'attente • % de temps d'attente respectant les cibles de temps d'attente fondées sur les priorités de l'Ontario - chirurgies du cancer; interventions cardiaques; chirurgies de la cataracte; remplacements de la hanche et du genou; examens diagnostics (par IRM et tomographie)	Soins actifs		de perfectionnement	de suivi
% de congé pour réadaptation à domicile - patients ayant subi un remplacement genou/hanche	Soins actifs			de perfectionnement
% de patientes atteintes de ménorragie soignées à l'aide de nouvelles modalités thérapeutiques				de perfectionnement
Mortalité en milieu hospitalier ou à la suite de la phase active				de perfectionnement
Satisfaction des patients	Tous			de perfectionnement
Autres mesures des résultats (p. ex. sécurité des patients, événements indésirables)				de perfectionnement
Intégration du système				
% de jours-patients ANS*	Soins actifs	PPHA	de suivi	Abandonné
% de jours ANS équivalents			de perfectionnement	de suivi
Propension à l'aiguillage/à donner congé avec soins à domicile		PPHA	Explicatif	Explicatif
Obtention de soins à domicile rapides après la phase active			de perfectionnement	de suivi
Caractère opportun de la première visite à domicile			de perfectionnement	de suivi
Intensité des soins à domicile			de perfectionnement	de suivi
Proportion de patients aiguillés recevant des soins à domicile			de perfectionnement	de suivi
Caractère opportun des congés		PPHA	Abandonné	
Caractère opportun des congés avec soins à domicile		PPHA		

* anciennement un indicateur du domaine Accès des patients et résultats pour les patients.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les indicateurs, veuillez consulter le site Web du CMPP, à l'adresse www.jpcc.org

5.3 LIEN ENTRE LA PPHA ET L'ERH



La PPHA et l'ERH favorisent tous les deux la responsabilisation accrue par l'entremise de la planification pluriannuelle et de l'établissement de prévisions de financement.

Les ententes de responsabilisation décrivent les domaines de responsabilisation et les obligations de chaque partie, les processus de financement, de règlement et de recouvrement des hôpitaux, les approches de gestion de la performance et d'apport d'améliorations (y compris la détermination des facteurs hors du contrôle de l'hôpital qui ont des conséquences pour la performance), ainsi que les processus de résolution des problèmes, de modification de l'entente et d'affectation de la responsabilité.

21

La PPHA porte sur la planification des services ainsi que la mesure et l'évaluation de la performance des hôpitaux en matière de services et d'organisation. Les annexes jointes à la PPHÉ forment les bases des exigences contractuelles de l'ERH. Les données fournies par les hôpitaux servent au calcul des objectifs, corridors et normes de performance de la PPHA en ce qui a trait aux domaines suivants:

- Santé financière;
- Caractère sain de l'organisation;
- Accès des patients et résultats pour les patients;
- Coordination et intégration du système;
- Services protégés¹ ; et
- PFPC.

Les objectifs de performance des hôpitaux présentés dans ces annexes ainsi que les prévisions de volumes des services des hôpitaux pourraient faire l'objet d'un examen et d'améliorations futures dans le cadre du processus de négociation de l'ERH.

Une fois négociées, les annexes identifient la portée et le niveau escomptés de services fournis par les hôpitaux en contrepartie de l'obtention des fonds spécifiés, et font dorénavant partie de l'ERH.

¹ Les services protégés sont présentés à la section 3 de ce guide.

D'autres indicateurs générés par la PPHA viennent s'ajouter aux indicateurs de performance de l'ERH. Ils aident l'hôpital et le ministère à suivre les progrès effectués relativement aux objectifs de performance négociés et corridors connexes.

Le ministère examinera les présentations trimestrielles de la PPHA dans le cadre du processus de suivi de l'ERH. Le non-respect des corridors convenus déclenchera une série de mesures coopératives de résolution de problèmes, décrites en détail dans l'entente légale. Le ministère s'efforcera aussi de collaborer avec tout hôpital qui ne satisfait pas aux normes de performance afin d'en déterminer les raisons sous-jacentes.

Le ministère incite fortement les hôpitaux à examiner l'ERH de 2007-2008 et les documents connexes, particulièrement en ce qui a trait aux indicateurs, volumes de services et corridors applicables.

5.4 CORRIDORS

Les objectifs de performance négociés ont des corridors de normes de performance. Ces corridors sont des échelles numériques qui tiennent compte de la variation normale des besoins en matière de services, des erreurs de mesure et d'autres facteurs. Si la performance d'un hôpital s'écarte du corridor, le ministère et l'hôpital utiliseront les processus décrits dans l'ERH pour examiner et résoudre les problèmes. L'entente vise à clarifier les aspects échappant au contrôle de l'hôpital et fournit des mécanismes de résolution des différends qui pourraient survenir. S'il n'arrive pas à atteindre ses objectifs de performance à cause d'événements imprévisibles ou de l'action d'une tierce partie, l'hôpital devra donner une explication au ministère. Si l'hôpital est incapable d'atteindre ses objectifs de performance pour des aspects qu'il devrait maîtriser, il faudra l'inscrire dans l'échelle de performance.

Dans le cadre du processus de négociation de l'ERH, le ministère s'entendra sur ce qui constitue un objectif approprié. Divers facteurs seront pris en compte lorsqu'on s'entendra sur une cible, y compris la performance antérieure de l'hôpital et sa capacité de gérer les risques futurs de façon efficace. Le ministère attendra des hôpitaux qu'ils gèrent de façon autonome tout éloignement léger des corridors convenus. Pour les écarts plus importants, il faudra consulter le ministère pour déterminer une stratégie correctrice appropriée.

Considérations spéciales liées à l'indicateur de performance de marge totale

Tout comme dans l'ERH de 2005-2006 et 2006-2007, la marge totale est un indicateur de performance dont devront rendre compte les hôpitaux dans le cadre du processus de l'ERH. La marge totale est calculée en fonction de tous les revenus crédités, moins la dépréciation des édifices après déduction de l'amortissement des subventions reportées. À des fins d'établissement de prévisions, la marge totale est calculée à partir de la PPHA des hôpitaux. Le calcul de la marge totale fourni dans la balance de vérification du MIS sera utilisé pour effectuer un examen trimestriel de la performance.

L'objectif de performance de la marge totale sera encore de 0 % ou plus en 2007-2008. Le ministère prendra en considération les exceptions à la marge totale de 0 % uniquement au cas par cas et selon ce qui suit:

Effet compensatoire d'un ratio actuel positif

If the hospital has the capacity to fund the negative margin, it can request a Negotiated Target different from the Ministry Target. The ministry will consider the request based upon overall financial health of the hospital (as measured by its Current Ratio), the hospital's commitment to use its working capital to fund its deficit, and the hospital's plan (in the HAPS) to achieve a balanced budget position within an agreed upon timeframe.

Objectif du ministère non atteignable

Le ministère envisagera d'accepter une marge totale négative s'il est déterminé que l'atteinte d'une situation budgétaire équilibrée (marge totale de 0 %) n'est pas faisable. Dans de tels cas, une marge totale négative raisonnable (objectif négocié) sera acceptable au cours de la présente entente pourvu qu'une marge totale nulle ou positive soit planifiée selon un échéancier convenu.

Pour suivre les progrès vers l'atteinte de l'objectif négocié, le ministère et l'hôpital planifieront des objectifs de marge de fonctionnement pour chaque trimestre de chaque exercice jusqu'à ce que l'objectif du ministère soit atteint. Des exigences supplémentaires de suivi seront déterminées au cas par cas.

Il est entendu que l'atteinte de l'objectif négocié dépend des approbations en temps opportun des demandes au ministère (y compris l'approbation de la PPHA dans son ensemble).

Glossaire

Corridor de performance

Il s'agit d'une échelle numérique pour les indicateurs de performance ou les volumes des services.

Durée de séjour, soins actifs

Nombre de jours entre l'admission du patient et son congé, son transfert, son décès ou son traitement approprié dans un établissement offrant un autre niveau de soins, selon la première éventualité.

Durée de séjour totale

Nombre de jours entre l'admission du patient et son congé, son transfert ou son décès.

ERH

L'Entente de responsabilisation des hôpitaux est un document juridique qui expose l'objet, l'application, les conditions et les modifications de l'entente proposée, les domaines de responsabilisation de chaque partie, les exigences d'examen et d'approbation du ministère, les engagements de financement et de planification, ainsi que les processus de gestion de la performance et de résolution des problèmes.

Indicateur de performance

Une mesure de la performance de l'hôpital.

Marge totale

Pourcentage par lequel les revenus totaux dépassent les dépenses totales, à l'exception de l'incidence de l'amortissement des installations, lors d'un exercice donné.

Masse critique

Le Collège des médecins et chirurgiens définit la masse critique comme étant le nombre suffisant de médecins pour couvrir les activités d'un programme en fonction d'un horaire sur appel raisonnable. Consulter le www.cpsso.on.ca pour connaître les liens entre les volumes et les résultats.

Meilleure pratique

La meilleure pratique est le niveau de productivité quartile supérieur dans le cadre duquel les services sont fournis de manière uniforme, avec des résultats uniformes et au moindre coût pour l'hôpital.

Norme de performance

Il s'agit d'un résultat acceptable en ce qui concerne la performance de l'hôpital, ou d'un résultat numérique sur une échelle acceptable de performance de l'hôpital, qui provient de l'application d'un corridor de performance à un objectif négocié de volumes de services.

Personnel infirmier à temps plein ETP

Pourcentage d'heures rémunérées du personnel producteur de l'unité (y compris les heures travaillées et les heures d'avantages sociaux) fournies par les infirmières à temps plein (sans compter les fournisseurs de soins non réglementés).

PPHA

La présentation de planification hospitalière annuelle (PPHA) remplacera le document de planification des activités des hôpitaux et intégrera le rapport du plan budgétaire équilibré (PBE) qui a vu le jour en 2004-2005. La PPHA fait appel à une approche à pointage équilibrée afin de recueillir et d'afficher les renseignements sur les hôpitaux. Elle fournit aussi un cadre pilote de déclaration des indicateurs de perfectionnement et de suivi.

Ratio actuel

Nombre de fois que les obligations à court terme de l'hôpital peuvent être payées en utilisant les éléments d'actif à court terme de l'hôpital.

Risque relatif de réadmission

Nombre de patients réadmis à n'importe quel hôpital pour une réadmission non planifiée en milieu hospitalier, dans les 30 jours suivant l'admission initiale, par rapport au nombre de réadmissions escompté.

Soins complexes continus (SCC)

Ce niveau de soins s'applique aux patients atteints d'une maladie clinique non stable sur le plan médical qui nécessite des technologies de pointe et une intervention spécialisée de façon intermittente ou continue. Certains patients pourraient aussi avoir besoin de traitements ou d'appareils de survie complexes et de pointe. Les patients recevant des SMC nécessitent une grande variété de services thérapeutiques, une gestion médicale et des services infirmiers spécialisés. Le séjour peut durer des mois ou des années.

Stratégie de réduction des temps d'attente (SRTA)

Le gouvernement ontarien s'est doté d'un plan d'augmentation de l'accès et de réduction des temps d'attente dans cinq secteurs d'intervention: chirurgies du cancer; interventions cardiaques; chirurgies de la cataracte; remplacements de la hanche et du genou; examens diagnostics (par IRM et tomodensitométrie).

Annexes

Annexe A: EXEMPLES ILLUSTRANT CHAQUE ÉTAPE DU CADRE DE PRIORISATION

ÉTAPE 1 : PRODUCTION DE REVENUS

Cette étape se concentre sur des stratégies que les hôpitaux peuvent choisir d'appliquer dans les domaines de l'amélioration de la production de revenus. De nombreuses possibilités indiquées dans la présente section reprennent celles d'un rapport remis en mai 2002 à l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA) par Price-WaterhouseCoopers et intitulé *Exploring the Possibilities: An overview of existing and new potential revenue sources for Ontario Hospitals*. La mise en œuvre des initiatives suivantes pourrait aider les hôpitaux à accroître leurs revenus de sources autres que le ministère:

- 1.1 Tarifs des terrains de stationnement: Les hôpitaux devraient prendre des mesures pour s'assurer que les tarifs de leurs terrains de stationnement sont au moins égaux aux taux du marché. S'ils ne le sont pas, les hôpitaux devraient appliquer un plan approprié pour augmenter ces tarifs, dans la mesure où le permet la situation locale.
- 1.2 Chambres préférées et privées: Les hôpitaux devraient examiner les possibilités d'accroître leurs revenus en maximisant les frais pour des chambres préférées et privées qu'ils réclament des patients et de leurs assureurs de tierce partie. Les hôpitaux peuvent aussi maximiser les revenus d'hébergement par une gestion serrée de l'attribution des lits, en s'assurant que les patients ayant des assurances appropriées sont logés dans le type de chambre de leur choix, dès leur admission, dans la mesure du possible.
- 1.3 Autres revenus crédités: Si un hôpital administre des programmes financés par d'autres sections du ministère, d'autres ministères ou d'autres partenaires du secteur parapublic, il devrait s'assurer que les revenus correspondent aux dépenses pour l'activité en question.
- 1.4 Prix des services auxiliaires aux patients: L'hôpital devrait établir des tarifs appropriés pour les services auxiliaires que les patients ordonnent régulièrement en plus de leur chambre ordinaire (p. ex. le téléphone, la télévision).
- 1.5 Majoration des prix de la cafétéria et des services alimentaires: L'hôpital devrait songer à établir des prix appropriés pour les services de cafétéria et alimentaires à la hauteur des prix du marché afin d'accroître les revenus tirés de ces sources.
- 1.6 Revenus de la cafétéria et des services alimentaires – Autre prestation des services: Si des questions de changements de prix et de volumes mènent à la conclusion que les coûts et les revenus ne sont pas équilibrés pour ces services, l'hôpital devrait envisager de cesser la prestation directe des services de cafétéria et alimentaires et examiner les autres possibilités de prestation de services.
- 1.7 Franchise: L'hôpital devrait examiner la possibilité d'offrir des franchises lorsque cela est approprié dans les domaines traditionnels comme les aliments et les boissons. Il est possible de tirer des revenus supplémentaires de ces sources.
- 1.8 Services commercialisés dirigés vers l'hôpital: L'hôpital devrait s'assurer que les revenus provenant des services commercialisés sont dirigés vers l'hôpital et non vers des fondations associées.
- 1.9 Locaux locatifs: Les hôpitaux ayant des locataires comme d'autres organismes de services de santé ou des professionnels de la santé devraient envisager d'exiger des loyers aux prix du marché pour les locaux loués aux locataires. Les hôpitaux devraient aussi tenter de trouver des possibilités d'exploiter la capacité de leurs installations afin de produire des revenus (meilleure utilisation de l'espace).

- 1.10 Gestion des fournitures et services facturables: Les revenus devraient être accrus par une meilleure gestion des fournitures facturables comme les béquilles, bas, etc. Les revenus devraient aussi être maximisés grâce à une meilleure gestion des services facturables comme les tests en laboratoire et les transferts non urgents de patients.
- 1.11 Recouvrement de crédits en souffrance: Recouvrement amélioré des crédits en souffrance et augmentation des revenus provenant de tiers (p. ex. obtention du paiement par carte de crédit des cas non urgents).

ÉTAPE 2 : GAINS D'EFFICIENCE DANS L'ADMINISTRATION ET LES SERVICES DE SOUTIEN

Cette étape se concentre sur les stratégies de réduction des dépenses que les hôpitaux peuvent choisir d'appliquer dans les domaines des services d'administration et du soutien. La mise en œuvre des initiatives suivantes pourrait aider les hôpitaux à gérer leurs dépenses et à réaliser des économies:

- 2.1 Transformation du bureau administratif (TBA): concerne les services de soutien des activités hospitalières et est principalement axée sur les processus de transactions à fort volume. La transformation implique une approche toute nouvelle visant à améliorer considérablement la performance (financière et liée aux services). Ce type de transformation engage généralement un grand nombre d'hôpitaux ayant un fort volume de transactions (pour des économies d'échelle), exige des investissements importants dans les systèmes (solutions en ligne), est uniquement axé sur la fonction des activités et s'inspire fortement des modèles et de l'expérience du secteur privé. Les hôpitaux devraient effectuer la mise sur pied de chaînes d'approvisionnement en ligne (y compris les fournisseurs de produits, l'achat, l'entreposage, la distribution, le paiement et la production de rapports). Cela comprendrait vraisemblablement des catalogues électroniques, des bons de commande, des accusés de commande, des avis préalables d'expédition, des processus de commandes automatisés, la gestion automatisée des commandes et des stocks, l'entreposage central, le paiement électronique, la gestion électronique des contrats, la gestion des remises et des appels d'offres et un système solide de production de rapports.
- 2.2 Gestion de la chaîne d'approvisionnement: Les hôpitaux devraient entreprendre des initiatives susceptibles d'entraîner des économies au moyen de remise pour achats groupés, de coûts réduits de gestion des stocks et d'une meilleure manutention des biens. La participation des hôpitaux à des achats groupés et à des activités communes avec les autres hôpitaux ou des organismes du secteur parapublic mérite d'être envisagée.
- 2.3 Intégration des services de soutien administratif: Les hôpitaux devraient entreprendre des initiatives qui faciliteraient l'intégration des services administratifs et de soutien de leurs divers emplacements (dans le cas des établissements à emplacements multiples) ou de centres hospitaliers distincts.
- 2.4 Intégration de la gestion du personnel des hôpitaux: Il est possible de se joindre à d'autres hôpitaux adjacents ou organismes du secteur parapublic pour se doter d'une gestion commune ou regroupée des principales fonctions administratives et des activités des services cliniques. Les hôpitaux devraient explorer ces possibilités pour tenter de réduire leurs coûts dans ce domaine.
- 2.5 Regroupement des services de paie et avantages sociaux: Divers organismes appartenant à des hôpitaux et gérés par ceux-ci ont intégré ces fonctions administratives. Les hôpitaux devraient activement tenter d'adopter une approche de services communs pour le traitement de la paie et des avantages sociaux afin de réduire les coûts des transactions. De telles initiatives peuvent permettre des gains d'efficacité par la normalisation et le regroupement du traitement des transactions.
- 2.6 Services alimentaires: Divers hôpitaux et autres organismes du secteur parapublic ont créé des services alimentaires régionaux. Les hôpitaux devraient activement entreprendre des discussions avec les hôpitaux voisins afin de maximiser les économies d'échelle.

- 2.7 Services et installations de buanderie: Il existe depuis longtemps en Ontario des services de buanderie régionaux qui sont la propriété d'hôpitaux et d'autres organismes du secteur parapublic et qui sont gérés par ceux-ci. Les hôpitaux devraient activement entreprendre des discussions avec les hôpitaux voisins afin de maximiser les économies d'échelle.
- 2.8 Intégration des systèmes de comptes créditeurs et débiteurs: Un certain nombre de petits hôpitaux ont établi des partenariats en vue de partager un seul logiciel et une infrastructure matérielle pour leurs ressources liées aux comptes créditeurs et débiteurs en faisant appel à un fournisseur de services d'applications. Les hôpitaux devraient envisager des possibilités semblables de réduire leurs coûts grâce à une meilleure productivité dans ce domaine.
- 2.9 Intégration des services de communications et de relations publiques: Les hôpitaux devraient entreprendre des initiatives pour intégrer les services des communications dans la région géographique de leur RLISS. Cela assurerait l'uniformité des messages au public des hôpitaux de la région géographique du RLISS et pourrait réduire les dépenses administratives.
- 2.10 Intégration de l'unité de soutien aux décisions (USD): Les hôpitaux devraient poursuivre des possibilités de combiner le soutien des décisions dans la région géographique de leur RLISS ou dans une région à RLISS multiples. Cela permettra aux organismes de comparer les services et d'établir des critères au sein de leur RLISS afin d'améliorer l'administration et réaliser des gains d'efficacité clinique.
- 2.11 Intégration de la prévention des infections: Les hôpitaux devraient entreprendre des initiatives qui créeraient un réseau du RLISS pour la prévention des infections. Cette initiative pourrait comporter l'élaboration d'un ensemble d'indicateurs et d'un format de transmission des données sur le signalement des maladies transmissibles; la surveillance des indicateurs de base et des infections d'intérêt; l'alignement des politiques et méthodes de prévention des infections; le perfectionnement professionnel et le soutien; et un rôle dans la planification des urgences en cas de foyers d'infection.
- 2.12 Analyses comparatives de la performance sur le plan administratif: Les hôpitaux devraient envisager d'effectuer des analyses comparatives avec les autres hôpitaux. Des hôpitaux ont entrepris des analyses comparatives de leurs indicateurs de services administratifs et de soutien clés afin de repérer les possibilités d'améliorer leur performance et de réduire leurs coûts. Ces analyses révèlent les différences dans les coûts des différents hôpitaux pour des fonctions comparables (p. ex. gestion de l'assiduité et de l'absentéisme, roulement du personnel). Les hôpitaux devraient s'efforcer de trouver le niveau de soutien administratif le moins cher ou constituant la meilleure pratique.
- 2.13 Améliorations de la productivité: Les hôpitaux devraient explorer l'adoption de nouvelles technologies et de processus automatisés qui pourraient mener à des gains d'efficacité dans les activités du bureau administratif lorsqu'une analyse de cas en démontre le bien-fondé sur le plan du rendement du capital investi.

ÉTAPE 3 : GAINS D'EFFICIENCE DANS LES SERVICES D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE, DE PHARMACIE, DE LABORATOIRE ET AUXILIAIRES

Cette étape se concentre sur des stratégies de réduction des dépenses que les hôpitaux peuvent choisir d'envisager dans les domaines de l'imagerie diagnostique (ID), des laboratoires, de la pharmacie et des autres services auxiliaires. Bon nombre de ces initiatives ont été présentées dans le rapport intitulé OHA Hospital Efficiency Task Force Report (HETF) de novembre 2004. La mise en œuvre des initiatives suivantes pourrait aider les hôpitaux à gérer ces dépenses:

- 3.1 Centralisation des services d'achat et de distribution des médicaments: Les hôpitaux devraient activement entreprendre l'établissement d'un service d'achat et de distribution des médicaments dans leur région ou la région géographique de leur RLISS. Compte tenu de la tendance actuelle des hôpitaux qui consiste à adopter des systèmes unidoses, le regroupement de la distribution et de l'achat pourrait compenser en partie les coûts qu'entraîne ce changement. Des avantages pourraient être obtenus en termes de sécurité accrue pour les patients et d'économies d'échelle par la mise en oeuvre de technologies de distribution des médicaments coûteux (p. ex. livraison robotisée des médicaments avec technologie des codes à barres).
- 3.2 Centralisation de la gestion du formulaire des médicaments: Les hôpitaux, dont les budgets sont constitués de façon importante d'un petit nombre de médicaments coûteux, devraient entreprendre une étude centralisée en utilisant les preuves cliniques et une analyse pharmacoéconomique pour standardiser le processus et réduire les coûts.²
- 3.3 Systèmes automatisés de distribution des médicaments: Les hôpitaux devraient revoir leurs systèmes de distribution des médicaments dans certaines unités (p. ex. salles d'urgence) pour examiner les possibilités d'augmenter le contrôle et de prévenir les vols.
- 3.4 Évaluation commune des médicaments: Lorsque c'est faisable, un hôpital ou un groupe d'hôpitaux devrait envisager l'établissement d'un formulaire des médicaments commun. Le ministère collabore avec le Council of Academic Hospitals of Ontario (CAHO) et le Programme de médicaments de l'Ontario afin de commencer un processus de formulaire commun.
- 3.5 Laboratoires régionaux: Les hôpitaux se livrent à la planification des laboratoires régionaux et à la réforme des laboratoires depuis quelques années. Il existe d'importantes possibilités d'améliorer la productivité et la qualité tout en réduisant les coûts par le regroupement des fonctions. Les hôpitaux devraient activement mener la création de services de laboratoires régionaux.
- 3.6 Prestation novatrice de services: Les hôpitaux devraient explorer les possibilités de se joindre à d'autres fournisseurs de services de laboratoire pour réaliser des gains d'efficience sur le plan notamment du partage de la gestion et du matériel, ou de la mise en oeuvre de plans de services régionaux.
- 3.7 Revenus de laboratoire: Les hôpitaux devraient maximiser leurs revenus lorsque cela est approprié, sans toutefois contrevenir aux politiques du ministère.
- 3.8 Analyses comparatives avec les pairs – coûts d'ID, de laboratoires et de pharmacie: Les hôpitaux devraient entreprendre des analyses comparatives sur les indicateurs de performance clés en ce qui a trait à l'ID, les laboratoires et la pharmacie afin de repérer les possibilités d'améliorer la performance et de réduire les coûts.
- 3.9 Regroupement de l'imagerie numérique: Certains hôpitaux ou groupes d'hôpitaux ont regroupé les diagnostics par imagerie numérique en un seul programme ou ont rationalisé les services entre les emplacements afin de maximiser l'accès, d'améliorer la productivité, d'améliorer la sécurité et de réduire les coûts. Pour ce qui est du regroupement des services d'ID, certains hôpitaux s'emploient depuis quelque temps à planifier et à élaborer des services régionaux de PACS et d'ID. Cela signifie que l'on commence à instaurer un système sans films, ce qui économise les coûts des fournitures, améliore la productivité du personnel et la qualité des services et réduit les coûts. Cela englobe non seulement l'hôpital de recours, mais aussi tous les hôpitaux d'aiguillage connexes. L'élaboration d'une stratégie de PACS est en cours au ministère, avec la collaboration d'un certain nombre de parties intéressées qui disposent d'un système régional ou local regroupé ainsi que des spécialistes du domaine, dont le personnel clinique, financier et administratif d'hôpitaux.

² OHA Hospital Efficiency Task Force Report, November 2004.

- 3.10 Améliorations de la productivité: Les hôpitaux devraient explorer l'adoption de nouvelles technologies et de processus automatisés qui pourraient entraîner des gains d'efficacité dans la production de services de soutien clinique et préparer une analyse de cas qui en démontre la pertinence sur le plan du rendement du capital investi. Ils devraient aussi explorer les possibilités d'intégration du personnel médical des services d'imagerie diagnostique, de pharmacie et de laboratoire afin de maximiser l'efficacité et de réduire les coûts par la mise en commun des ressources humaines. Il est possible d'augmenter les gains d'efficacité dans l'hôpital et au sein de la collectivité en adoptant des protocoles, des normes et d'autres mesures semblables dans toutes les organisations.

ÉTAPE 4 : GAINS D'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DE SERVICES CLINIQUES

À cette étape, les hôpitaux peuvent prévoir de réduire les dépenses en améliorant l'efficacité et la productivité des programmes de services cliniques par l'application des lignes directrices suivantes:

- 4.1 Améliorations de la productivité: Lorsqu'un hôpital a une dotation en personnel constamment supérieure à la pratique standard du secteur pour une activité ou un niveau d'activités comparable, il devrait envisager de rehausser la productivité pour la porter au niveau de la meilleure pratique. L'amélioration de la transmission des données sur la charge de travail peut augmenter la précision des analyses comparatives et favoriser la compréhension des changements pouvant être apportés pour améliorer la productivité, la dotation en ressources humaines et la composition du personnel.
- 4.2 Utilisation du niveau de ressources humaines et de la combinaison de compétences appropriés: Lorsque l'activité du programme clinique peut être effectuée par du personnel ayant des qualifications appropriées, à un moindre tarif à l'heure, par service ou pour le système, l'hôpital devrait envisager l'utilisation des ressources humaines appropriées afin de maximiser la productivité.
- 4.3 Réduction du fardeau administratif: Lorsque le personnel producteur d'une unité passe plus de temps que la norme du secteur à accomplir des tâches d'administration des programmes, l'hôpital devrait envisager de réduire ces tâches administratives pour les rendre comparables à la norme du secteur ou les porter au niveau de la meilleure pratique.
- 4.4 Automatisation des fonctions et activités de routine: Lorsque des systèmes manuels peuvent être remplacés par des systèmes automatisés offrant des gains d'efficacité permettant un amortissement rapide de l'investissement initial (c. à d. deux à quatre exercices), l'hôpital devrait envisager l'automatisation pour améliorer l'efficacité du programme.
- 4.5 Accréditation régionale des médecins: Pour être uniformes dans la nomination des médecins aux hôpitaux, les hôpitaux devraient envisager l'élaboration d'un ensemble commun de critères d'accréditation, d'une approche commune de l'accréditation et d'autres initiatives connexes afin de réduire le fardeau administratif et d'améliorer le processus de travail dans ce domaine.
- 4.6 Programme commun de nomination des médecins et des autres fournisseurs jouissant de droits hospitaliers: Dans la mesure du possible, les hôpitaux adjacents devraient tenter de mettre sur pied des programmes communs afin de maximiser les résultats et d'améliorer la qualité grâce à l'application de normes communes. Par exemple, si la capacité du programme de chirurgie d'un hôpital est atteinte ou dépassée alors que la capacité des programmes des hôpitaux adjacents n'est pas atteinte, une telle initiative pourrait améliorer l'accès et la qualité tout en améliorant la productivité.
- 4.7 Amélioration des transferts de patients entre les secteurs: Les hôpitaux devraient améliorer les transferts des patients entre les partenaires (p. ex. d'un hôpital à l'autre ou d'un hôpital au CASC et veiller à ce que les renseignements requis soient transmis par voie électronique et à ce que les processus ne soient pas dédoublés inutilement (p. ex. dossiers, évaluations).

ÉTAPE 5 : GESTION DE L'UTILISATION

Cette étape se concentre sur la réduction des dépenses par des gains d'efficience dans l'utilisation des ressources cliniques comme les lits d'hôpital. Elle exige que les hôpitaux utilisent les données d'analyses comparatives internes et externes pour repérer et appliquer les meilleures pratiques. Les hôpitaux devraient collaborer de près avec les CASC pour assurer le placement efficient et efficace des patients ainsi que les transferts vers des programmes en milieu communautaire lorsque c'est approprié.

La mise en œuvre des initiatives suivantes pourrait aider les hôpitaux à gérer les dépenses:

- 5.1 Réduction des admissions évitables: Si l'hôpital a des admissions évitables comme le définit le groupe de maladies analogues (GMA) 851 (Autres facteurs causant l'hospitalisation) et 910 (Diagnostic n'entraînant pas normalement l'hospitalisation), l'hôpital devrait envisager d'améliorer la performance de l'utilisation pour la porter au niveau de la meilleure pratique en réduisant ces admissions.
- 5.2 Réduction des jours ANS: Lorsque l'hôpital a un grand nombre de jours ANS, il devrait explorer d'autres solutions qui permettraient le transfert des patients vers un milieu communautaire approprié où une telle infrastructure existe (p. ex. solutions de remplacement aux soins par des mesures de soutien) et penser à réduire le nombre de jours ANS à raison de 100 %. Le programme de soins de convalescence offert dans les foyers de soins de longue durée (SDLD) accueille pour un maximum de 90 jours des personnes provenant de l'hôpital ou de la collectivité qui ne nécessitent pas de soins actifs et leur procure un environnement qui satisfait à leurs besoins, et ce, dans le but de réduire les pressions sur les hôpitaux. Cela constitue une partie de la stratégie du ministère en ce qui concerne les jours ANS. L'autre partie est la disponibilité de lits provisoires de soins de longue durée. Lorsque cela est approprié, des établissements peuvent signer des ententes avec le ministère qui permettent une hausse temporaire de la capacité de l'approvisionnement communautaire de lits des services de soins à domicile de longue durée (SDLD) afin de réduire les tensions sur les hôpitaux qu'entraîne le nombre de jours ANS et d'améliorer l'accès aux services de SDLD.
- 5.3 Réduction de la durée de séjour à la suite de l'analyse comparative: Lorsqu'un hôpital a des DS supérieures à celles de ses pairs, selon l'analyse comparative à ce chapitre, il devrait envisager d'utiliser la meilleure pratique pour ses protocoles cliniques et d'évaluer des initiatives rentables telles le recours à des médecins exerçant en milieu hospitalier.
- 5.4 Outil de gestion de l'utilisation des DS: L'hôpital devrait envisager de mettre en œuvre des outils qui l'aideront à gérer l'utilisation des durées de séjour.
- 5.5 Examen concurrent: Une méthode largement utilisée pour améliorer l'utilisation est un examen concurrent des tableaux afin de s'assurer que le nombre de jours de séjour des patients dans un hôpital correspond aux meilleures pratiques en fait d'utilisation. Les hôpitaux peuvent aussi examiner l'utilisation rentable des diagnostics (laboratoires, ID), des médicaments et des autres fournitures médicales.
- 5.6 Améliorer les congés avec soins à domicile: Lorsqu'il a une faible propension à donner des congés avec soins à domicile, l'hôpital devrait examiner ses tendances de pratique afin d'en dégager les raisons. Il s'agira de cas où les indicateurs de jours ANS et de DS dépassent les résultats des analyses comparatives. L'hôpital devrait envisager d'améliorer ses pratiques de planification des congés avec ou sans soins à domicile afin de réduire la durée des séjours. Les hôpitaux devraient étudier toutes les politiques internes et méthodes de congé afin de parvenir à une uniformité et de se doter d'échéanciers clairs pour les évaluations et les formules. Les hôpitaux devraient mener des vérifications indépendantes (c.-à-d. une vérification effectuée par une personne provenant du service des dossiers médicaux) de la conformité à ces politiques et méthodes et prendre des mesures correctrices en cas d'écarts aux politiques et méthodes.

- 5.7 Cas à hospitalisation possiblement non requise (HPNR): Si l'hôpital a une forte proportion de patients qui sont des cas à HPNR (c.-à-d. au 50e percentile), il devrait envisager de mettre en œuvre des initiatives de meilleure pratique afin de réduire le nombre de cas médicaux à HPNR à un taux de 25e percentile pour tous les résultats des analyses comparatives avec les pairs.
- 5.8 Utilisation des voies cliniques: L'hôpital devrait envisager de mettre en œuvre des stratégies pour promouvoir la standardisation des soins et de l'utilisation appropriée des services par l'introduction de voies de soins cliniques et de lignes directrices sur la meilleure pratique. Ces voies devraient être étendues au-delà de l'hôpital vers les autres partenaires, dont les hôpitaux et CASC environnants.
- 5.9 Évitement des admissions par l'urgence: Lorsque l'hôpital a un nombre élevé d'admissions ou de ré-admissions non nécessaires à l'urgence, il devrait explorer les possibilités de réduire les admissions et visites non nécessaires à l'urgence en collaborant avec les organismes communautaires comme le CASC afin d'offrir du soutien aux patients dans la collectivité 24 heures sur 24, sept jours sur sept.
- 5.10 Conversion en chirurgies d'un jour: Lorsque cela est approprié, l'hôpital qui a des volumes de services de chirurgies aux personnes hospitalisées supérieurs aux volumes des hôpitaux de son groupe de pairs au 75e percentile devrait réduire ces volumes par la conversion en chirurgies d'un jour.
- 5.11 Lits de soins complexes continus (SCC) utilisés pour des patients ayant besoin de services de réadaptation (SR): L'utilisation des niveaux RUG permet de déterminer quand des lits pour les services de SCC servent à d'autres fins que les services de SCC. Si les résultats RUG indiquent que les services de réadaptation du groupe des SCC ne sont pas conformes à la définition des SCC, il faudrait prendre des mesures pour transférer les patients ou convertir les lits comme il conviendra de le faire.
- 5.12 Lits de soins complexes continus (SCC) utilisés pour des soins de longue durée: L'utilisation des niveaux RUG permet de déterminer quand des lits pour les services de SCC servent à d'autres fins que les services de SCC. Si les résultats RUG indiquent que l'on offre des soins de longue durée qui ne sont pas conformes à la définition des SCC, il faudrait prendre des mesures pour transférer les patients à des foyers de soins de longue durée ou convertir les lits comme il conviendrait de le faire.

Éclaircissements apportés aux points 5.11 et 5.12

Aux termes du paragraphe 32.1 de la Loi sur les hôpitaux publics (LHP), le ministre peut affecter des hôpitaux aux différentes classes et catégories d'hôpitaux établies dans le règlement 964. Le ministre a délégué au sous-ministre adjoint, Division des services en matière de soins actifs, le pouvoir d'affecter les hôpitaux aux différentes classes et catégories.

Les hôpitaux autorisés à offrir des lits de réadaptation sont affectés au Groupe E aux termes du règlement 964 et reçoivent un numéro maître de réadaptation à des fins de déclaration. Au moment d'examiner une demande d'affectation au Groupe E, le ministère détermine les répercussions de l'établissement de lits de réadaptation et de services de réadaptation en consultations externes sur la gestion financière et la gestion de l'information de l'hôpital.

Par conséquent, une analyse des besoins et répercussions devrait être fournie au ministère au moment de soumettre une demande de ce genre. L'analyse doit inclure ce qui suit:

- *Évaluation communautaire* – de concert avec le CASC, les organismes et fournisseurs de services et les généralistes;
- *Évaluation des besoins en matière de services aux patients* – décrire les changements à apporter aux services et les améliorations qui en découleront sur le plan des besoins de la collectivité;
- *Analyse des options* examinées pour justifier la réaffectation de lits de SCC (p. ex. intégration aux services de relève pour la collectivité et services de postcure du CASC à la suite d'un remplacement du genou ou de la hanche, transfert de patients recevant des soins actifs vers des lits de SCC pour soulager les pressions entourant la prestation d'autres niveaux de soins); et

- *Évaluation de la gestion des coûts* – décrire les répercussions sur les coûts de la réaffectation de lits et du soutien nécessaire sur le plan de l’infrastructure pour mettre en place des services en milieu hospitalier et en consultations externes, ainsi que les améliorations possibles au rapport coût-efficacité et aux gains d’efficacité cliniques.

ÉTAPE 6 : INTÉGRATION DES PROGRAMMES DE SERVICES CLINIQUES

Au cours des cinq étapes de priorisation précédentes, les hôpitaux ont repéré des stratégies et des initiatives visant à réduire les coûts sans modifier de façon fondamentale l’accès aux services cliniques. À la présente étape, les hôpitaux peuvent planifier de réduire les dépenses au moyen de l’intégration des programmes de services cliniques en utilisant les lignes directrices suivantes.

Veillez noter que les économies réalisées par l’entremise du regroupement de services ne sont pas nécessairement équivalentes aux coûts directs ou marginaux des services. Elles peuvent être davantage liées aux coûts généraux de prestation des services en raison de coûts indirects moindres, attribuables à une plus grande masse critique.

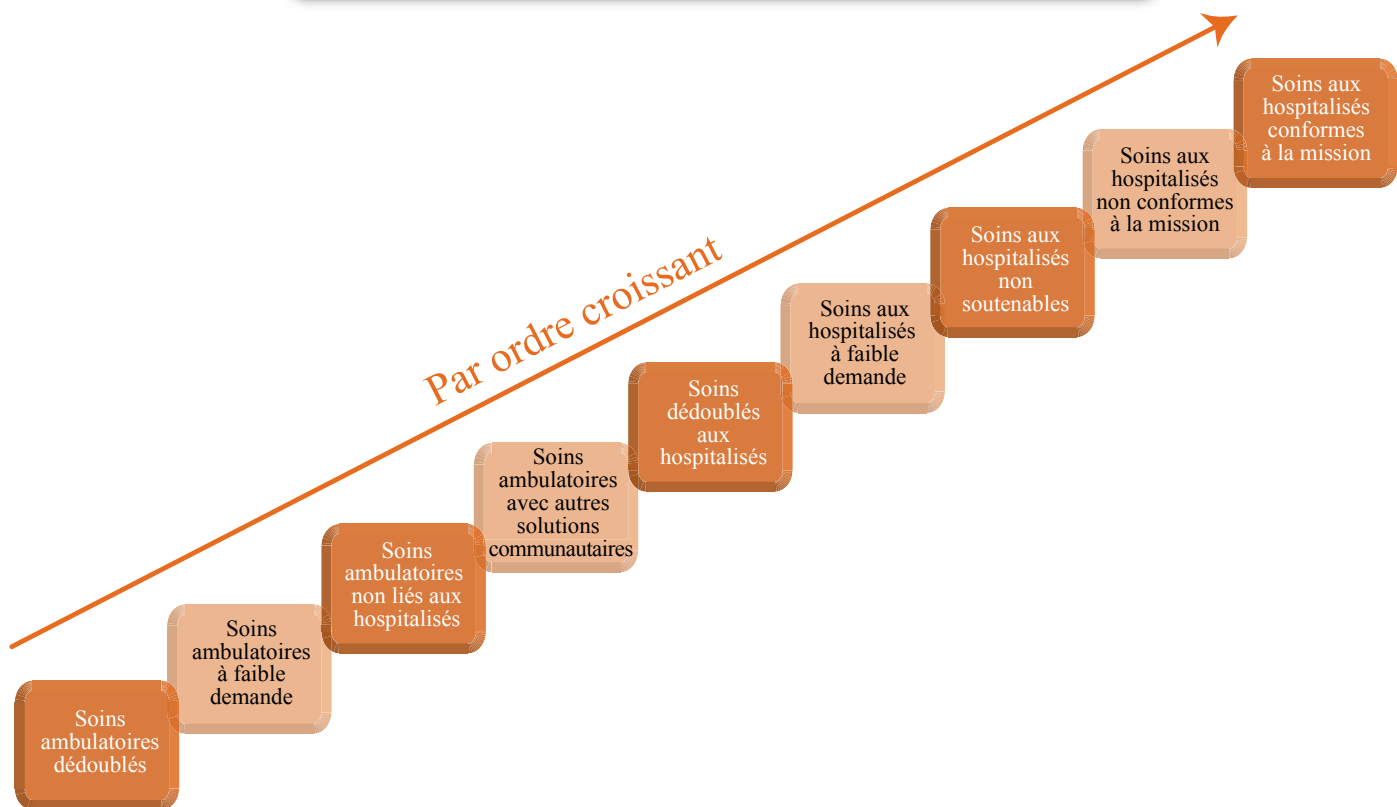
- 6.1 Soins ambulatoires transférables à la collectivité (avec l’infrastructure existante): On fait référence ici aux services et aux cliniques pour lesquels des services peuvent être fournis en milieu communautaire et pour lesquels il existe une telle infrastructure. L’activité de l’hôpital peut être fusionnée avec celle du fournisseur de services communautaires, d’un cabinet de médecin ou, si cela est approprié, d’un fournisseur de soins primaires communautaires comme un centre de santé communautaire (CSC) ou une équipe Santé familiale (ESF).
- 6.2 Soins ambulatoires à faibles ou à moyens volumes: Lorsque les volumes de services pour une clinique ou un service particulier de soins ambulatoires sont trop faibles pour soutenir une masse critique³ et fonctionner efficacement, l’hôpital devrait planifier la fusion des services avec des services comparables d’un hôpital adjacent. En plus de la masse critique, il faut aussi examiner les programmes qui donneraient lieu à des économies d’échelle si on les fusionnait avec ceux d’autres organismes. Cela s’appliquerait aux programmes de taille moyenne qui pourraient bénéficier d’une plus grande masse critique.
- 6.3 Viabilité des programmes: Il faudrait tenir compte de la viabilité des programmes quand on évalue les programmes qui peuvent être regroupés, p. ex. la capacité future de recruter des médecins pour la clinique ou le programme.
- 6.4 Soins aux personnes hospitalisées à faibles ou à moyens volumes: Lorsque les volumes de services pour un service particulier de soins aux personnes hospitalisées sont trop faibles pour soutenir une masse critique et fonctionner efficacement, l’hôpital devrait planifier la fusion des services. Les services peuvent être fusionnés avec des services comparables d’un hôpital adjacent ou, s’il s’agit d’un hôpital à emplacements multiples, les activités peuvent être regroupées à un seul emplacement. En plus de la masse critique, il faudrait aussi examiner les programmes de soins aux personnes hospitalisées qui donneraient lieu à des économies d’échelle (c.-à-d., les programmes d’obstétrique à volumes moyens) si on les fusionnait avec ceux d’autres organismes.

³ Le Collège des médecins et chirurgiens définit la masse critique comme étant le nombre suffisant de médecins pour couvrir les activités d’un programme en fonction d’un horaire sur appel raisonnable. Consulter www.cpsso.on.ca pour connaître les liens entre les volumes et les résultats.

- 6.5 SCC aux personnes hospitalisées qui peuvent être convertis en services de réadaptation (SR): Quand les besoins en matière de services de réadaptation sont inférieurs au ratio de planification (21 lits locaux/100 000 habitants) pour les soins de réadaptation et que les lits de SCC dépassent le ratio de planification (8,23 lits/1 000 habitants 75+), l'hôpital devrait envisager d'obtenir l'approbation du ministère pour réaffecter les lits. (Consulter les éclaircissements apportés aux points 5.11 et 5.12.)
- 6.6 SCC aux personnes hospitalisées et transfert aux SDDL: Quand les besoins en matière de services pour les lits de SCC dépassent le ratio de planification (8,23 lits/1 000 habitants 75+) et qu'il existe une capacité en fait de lits de SDDL, l'hôpital devrait suivre les procédures en place pour réduire le nombre de lits de SCC. Il peut ensuite transférer les patients/pensionnaires à des foyers de SDDL.
- 6.7 Soins aux personnes hospitalisées à volumes élevés: Lorsqu'il serait possible de regrouper les éléments d'un ou de plusieurs services cliniques particuliers aux personnes hospitalisées à volumes élevés afin d'améliorer la masse critique, les résultats pour les patients et l'efficacité opérationnelle, l'hôpital ou les hôpitaux devraient planifier de fusionner les services avec des services comparables d'un hôpital adjacent ou, s'il s'agit d'un hôpital à emplacements multiples, il devrait planifier de regrouper ces activités à un seul emplacement.

Des investissements dans certains processus opérationnels ou options peuvent parfois réduire les coûts de l'ensemble des activités. Ce pourrait être le cas avec des technologies automatisant certaines fonctions ou le regroupement de processus opérationnels exigeant un investissement initial mais susceptible d'offrir des économies et d'autres avantages ultérieurement. Dans de tels cas, les investissements devraient être étayés par de solides justifications opérationnelles, financières, économiques, de santé et de ressources humaines. Une analyse de cas sera nécessaire pour démontrer aux administrateurs et aux autres décisionnaires que l'on a exercé une diligence raisonnable pour parvenir à la conclusion ou aux conclusions et formuler la ou les recommandations ayant présidé à la décision. Le modèle fourni à l'Annexe B peut aider les hôpitaux à suivre ce processus.

Approche de la réduction des services, étape 7



ÉTAPE 7 : RÉDUCTION DES SERVICES CLINIQUES

L'accès aux services hospitaliers nécessaires constitue une importante priorité pour le gouvernement. Par conséquent, cette étape devrait constituer une mesure de réduction des dépenses de dernier recours pour atteindre une situation de fonctionnement équilibrée. Dans le cadre des processus de planification et de prise de décisions, il importe d'examiner avec vigilance le dédoublement des services et les modes de prestation de services de rechange offerts dans la collectivité.

Voici un modèle de priorisation des réductions des services allant de la réduction la moins perturbatrice à la plus perturbatrice en ce qui a trait à l'accès des patients. Ce cadre de priorisation vise à faciliter le processus de prise des décisions des hôpitaux. Pour que l'hôpital propose une réduction des services cliniques, il doit avoir démontré ce qui suit à son conseil d'administration:

- il a épuisé toutes les autres possibilités de réduire les dépenses;
- il a appliqué une planification stratégique ou a mis en œuvre des plans stratégiques internes qui ont dégagé les services de base ou essentiels qu'il fournira à la collectivité (p. ex. service des urgences, obstétrique, médecine générale); ou
- il planifie avec des fournisseurs de services de la collectivité d'évaluer la capacité communautaire de fournir des services qui peuvent être offerts dans la collectivité.

Ces efforts devraient être présentés en détail dans la stratégie proposée de réduction et une distinction claire devrait être faite entre les nouvelles stratégies et celles mises de l'avant dans la PPHA précédente.

Les décisions des hôpitaux de réduire les services cliniques doivent être fonction d'une évaluation appropriée des éléments suivants:

35

Réduction des conséquences pour l'accès des patients aux soins:

- Réduction des temps d'attente ou aucune conséquence sur les temps d'attente pour les programmes faisant partie des stratégies de réduction des temps d'attente du ministère;
- Services disponibles à un autre endroit raisonnablement proche de l'emplacement des services existants; et
- Aucune conséquence considérable sur le nombre de cas pondérés équivalents (selon la définition de la formule de financement du ministère).

Réduction des conséquences pour la qualité des soins des patients:

- Une masse critique appropriée existe pour soutenir le programme (nombre suffisant de médecins pour couvrir les activités du programme en fonction d'un horaire sur appel raisonnable); et
- Risques moindres et sécurité accrue.

Maximisation des économies nettes (réduction des coûts et maximisation des économies possibles).

Réduction des conséquences pour les effectifs infirmiers:

- Réduction des conséquences pour le plan de l'hôpital concernant le personnel infirmier;
- Réduction des conséquences pour le niveau de personnel infirmier à temps plein;
- Changements dans les effectifs correspondants à l'attrition normale du personnel infirmier; et
- Possibilités de mesures d'adaptation et de transition du personnel.

Réduction de la réaction des parties intéressées ou de la collectivité à la réduction des services ou des conséquences négatives de la réduction des services.

Réduction des conséquences pour le secteur communautaire. L'hôpital devrait présenter des preuves à l'appui de l'existence et de la disponibilité d'une infrastructure communautaire.

Le processus utilisé par les hôpitaux pour l'étape 7 sera le suivant:

Il est vraisemblable qu'une réduction des services cliniques entraînera des changements au niveau des effectifs si on veut qu'elle permette de réaliser des économies valables. On attend des hôpitaux qu'ils procèdent en respectant les conditions des conventions collectives négociées avec les divers syndicats, notamment:

- pressentir le personnel ayant droit à une retraite anticipée aux termes du Hospitals of Ontario Pension Plan (HOOPP); et
- pourvoir les postes vacants internes en rappelant le personnel mis à pied avant d'embaucher de nouveaux employés (conformément aux conventions collectives).

Les lignes directrices, telles qu'elles s'appliquent à l'étape 7, devraient être prises en considération par ordre de priorité. Autrement dit, avant de prendre en considération la ligne directrice 7.2, les hôpitaux doivent prendre en considération la ligne directrice 7.1.

Les hôpitaux qui auront épuisé les possibilités des six étapes de priorisation précédentes devraient envisager de réduire, au moyen d'un processus complet de planification, les dépenses par une réduction des services cliniques en utilisant les lignes directrices suivantes. **Une analyse de cas détaillée devrait accompagner toutes les stratégies proposées pour l'étape 7 (consulter l'Annexe B).**

- 7.1 Dédoubllement des soins ambulatoires: Des niveaux de services dédoublés ou redondants existent dans la collectivité. Un ou plusieurs fournisseurs (p. ex. hôpitaux, soins à domicile, organisme de soins primaires, organisme communautaire de santé mentale, praticien individuel) offrent un service semblable. Dans le domaine de la prestation de services en oncologie, (p. ex. thérapie générale, radiothérapie et services chirurgicaux), toute réduction proposée des services devrait faire l'objet de discussions avec le vice-président régional des services de lutte contre le cancer, dans le contexte du Programme régional de oncologie, et avec les hôpitaux environnants qui offrent les mêmes services, avant le dépôt de la PPHA.
- 7.2 Soins ambulatoires à faible demande: Les volumes de services pour une clinique ou un service de soins ambulatoires diminuent en raison d'une faible demande. Comme au point 7.1, des discussions semblables sur les services en oncologie devraient être entreprises si des réductions sont envisagées à ce chapitre.
- 7.3 Soins ambulatoires non liés aux activités pour les personnes hospitalisées: une clinique ou un service de soins ambulatoires n'est pas lié au continuum des soins des patients en congé ou en attente d'admission dans les services ou unités pour les personnes hospitalisées. Comme aux points 7.1 et 7.2, des discussions semblables sur les services en oncologie devraient être entreprises si des réductions sont envisagées à ce chapitre.
- 7.4 Soins ambulatoires lorsque d'autres modes de prestation au sein de la collectivité sont possibles mais qu'il n'existe pas d'infrastructure pour le transfert: Lorsqu'il y a une possibilité de fournir de façon sûre et efficiente un service dans la collectivité, mais qu'il n'existe pas d'infrastructure communautaire suffisante pour offrir le service.

- 7.5 Dédoublage des soins aux personnes hospitalisées: Lorsqu'il existe une capacité dans les hôpitaux adjacents d'accroître les services comparables à ceux de l'hôpital, on peut envisager de réduire les services. Les hôpitaux adjacents devraient participer aux discussions et on devrait avoir entrepris des négociations afin de transférer le personnel touché lorsque c'est possible.
- 7.6 Soins aux personnes hospitalisées à faible demande: Dans les domaines des activités cliniques pour lesquels la demande est faible et pour lesquels les volumes sont stables ou à la baisse. Dans les domaines des services non prioritaires pour lesquels la faible demande se caractérise par la diminution des niveaux des activités, on peut envisager de transférer les services à un autre fournisseur ou d'évaluer la nécessité des activités du programme clinique en tant que tel.
- 7.7 Activités de soins aux personnes hospitalisées insoutenables: Lorsque la masse critique n'est pas suffisante pour assurer la viabilité à long terme, l'hôpital devrait envisager de transférer le programme à un organisme ayant une capacité et des ressources suffisantes pour fournir le service clinique de manière efficiente.
- 7.8 Soins aux personnes hospitalisées non conformes à la mission, aux services de base et aux priorités stratégiques de l'hôpital: Dans le cadre du processus de planification général de l'hôpital, on suppose que l'hôpital a évalué de façon stratégique toutes ses activités cliniques touchant ses services de base et ses priorités stratégiques particulières. Seuls les domaines des activités cliniques ayant fait l'objet des notations les plus faibles seront pris en considération par l'hôpital pour une réduction possible. Lorsqu'une activité ou un programme pour les personnes hospitalisées n'est pas conforme à la mission, aux services de base et aux orientations stratégiques de l'hôpital, il faudrait envisager de réduire les services liés s'ils ne font pas partie des services protégés indiqués dans les présentes lignes directrices et dans l'ERH.
- 7.9 Soins aux personnes hospitalisées conformes à la mission, aux services de base et aux priorités stratégiques de l'hôpital: Comme solution de dernier recours, quand toutes les autres mesures ont été évaluées, l'hôpital peut envisager une réduction de ses programmes de base ou essentiels afin d'équilibrer ses coûts de fonctionnement. Les services en question ne pourront faire partie des services protégés indiqués dans les présentes lignes directrices et dans l'ERH. Quand on envisage de réduire de tels services, il faut faire tous les efforts raisonnables pour prévoir l'accès aux services auprès d'autres fournisseurs.
- 7.10 Aucune réduction des services protégés ne peut être envisagée dans le cadre d'une stratégie de réduction de l'étape 7: Cependant, les services protégés peuvent être rajustés pour refléter l'accès approprié à ces services, sous réserve de l'Annexe B (paragraphe 6.0) de l'ERH.

Annexe B : MODÈLE D'ANALYSE DE CAS

Les hôpitaux qui désirent apporter tout changement à leur fonctionnement susceptible d'entraîner des rajustements au financement global de leurs activités doivent soumettre une analyse de cas appropriée. Cela inclut les situations suivantes, sans s'y limiter:

- proposition de nouveaux programmes;
- expansion de programmes existants;
- élimination de programmes existants ou réduction de services; et
- transfert de programmes au sein ou à l'extérieur de l'hôpital.

L'analyse de cas devrait comporter les éléments suivants:

- 1. Introduction/Contexte:** présenter la proposition, ainsi qu'une justification ou les motifs de la préparation de l'analyse de cas à ce moment précis; décrire les moyens pris par le passé pour résoudre le problème et l'état de la situation au moment de produire l'analyse.
- 2. Aperçu général:** Quel est le but de la proposition et comment s'inscrit-elle dans le plan stratégique de l'hôpital et les initiatives régionales (y compris les initiatives prévues au Plan de services de santé intégrés).
- 3. Évaluation situationnelle:** Effectuer l'analyse des points forts et faibles du projet, ainsi que des possibilités et dangers qui s'y rapporte:
 - Identifier les répercussions sur les parties intéressées; et
 - Identifier les partenaires de la collectivité consultés au moment de l'élaboration du projet et les répercussions sur leurs activités.
- 4. Facteurs de réussite clés et contraintes principales:** Quelles sont les hypothèses principales retenues, les ressources nécessaires, les relations de dépendance avec d'autres projets ou initiatives et les façons d'évaluer le succès au moment ultime?
- 5. Options:** Décrire toutes les options de rechange envisageables compte tenu de la situation et justifier l'adoption de l'option recommandée:
 - Tendances passées et actuelles dans les activités, les coûts, la productivité, la demande et l'offre de ressources;
 - Des mesures quantitatives (en dollars et avec des statistiques pertinentes) sont nécessaires pour démontrer à la personne chargée de l'examen quelle est la nature exacte du problème ou de la situation à traiter;
 - » Donner un aperçu du nombre d'ETP touché par chaque option et les coûts associés.
 - » Fournir une description détaillée des exigences et répercussions de chaque option sur le plan financier.
 - » Décrire les risques importants associés à chaque option.
 - Les relations d'interdépendance entre les services et fournisseurs internes/externes sont une partie nécessaire de la présentation du problème ou de la situation; et
 - Analyse de chaque option y compris:
 - » le pour et le contre;
 - » des statistiques sur la charge de travail indiquant les conséquences pour le personnel et la productivité;
 - » l'échéancier et la période de mise en oeuvre; et
 - » une analyse financière qui inclut les coûts, les revenus et les économies sur le plan des immobilisations pour ce qui suit:

- Conséquences pour chaque année de mise en oeuvre. Quelles décisions seront nécessaires ou qu'est-ce qui devrait se produire en cocomittance ou en séquence au cours des prochains X mois/ années pour assurer la réussite?

6. Stratégie de mise en oeuvre: Identifier les avantages, mesures et dates cibles associées à la réalisation du projet, les réalisations critiques attendues, ainsi que les répercussions et la communication avec les parties intéressées.

7. Stratégie de communication et de marketing: Un plan de marketing ou de communication devrait accompagner l'analyse de cas et il devrait être ciblé vers les destinataires appropriés. Ce plan décrira les processus, les options examinées, la recommandation et les arguments à l'appui d'une manière susceptible d'accroître la compréhension, l'acceptation et les chances de réussite.

Annexe C : CALENDRIER DE PRÉSENTATION DES DONNÉES

Le ministère exige des hôpitaux qu'ils respectent le calendrier de présentation des données financières et statistiques pour l'exercice de 2006-2007 suivant:

	Données financières et statistiques	Dates de présentation des données préliminaires	Dates de présentation des données finales
MIS	E 2006-2007 T1	s/o	s/o
	E 2006-2007 T2	Le 6 octobre 2006	Le 31 octobre 2006
	E 2006-2007 T3	Le 8 janvier 2007	Le 31 janvier 2007
	E 2006-2007 T4	Le 20 avril 2007	Le 31 mai 2007
SNISA/DAD	E 2006-2007 T1	Le 15 novembre 2006	Le 30 novembre 2006
	E 2006-2007 T2	Le 15 novembre 2006	Le 30 novembre 2006
	E 2006-2007 T3	Le 14 février 2007	Le 28 février 2007
	E 2006-2007 T4	Le 15 mai 2007	Le 31 mai 2007
SNIR	E 2006-2007 T1	Le 31 juillet 2006	Le 15 août 2006
	E 2006-2007 T2	Le 31 octobre 2006	Le 15 novembre 2006
	E 2006-2007 T3	Le 31 janvier 2007	Le 14 février 2007
	E 2006-2007 T4	Le 30 avril 2007	Le 15 mai 2007
SISLD	E 2006-2007 T1	Le 15 août 2006	Le 31 août 2006
	E 2006-2007 T2	Le 15 novembre, 2006	Le 30 novembre 2006
	E 2006-2007 T3	Le 14 février 2007	Le 28 février 2007
	E 2006-2007 T4	Le 15 mai 2007	Le 31 mai 2007
SIOSM	E 2006-2007 T1	Le 15 août 2006	Le 31 août 2006
	E 2006-2007 T2	Le 15 novembre 2006	Le 30 novembre 2006
	E 2006-2007 T3	Le 14 février 2007	Le 28 février 2007
	E 2006-2007 T4	Le 15 mai 2007	Le 31 mai 2007

