

2008RP-02

**Analyse comparée des mécanismes de
gouvernance des systèmes de santé de
l'OCDE**

*Joanne Castonguay, Claude Montmarquette,
Iain Scott*

Rapport de projet
Project report

Montréal
Février 2008

© 2008 Joanne Castonguay, Claude Montmarquette, Iain Scott. Tous droits réservés. *All rights reserved.*
Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©.
Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

CIRANO

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Québec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO

Partenaire majeur

Ministère du Développement économique,
de l'Innovation et de l'Exportation

Partenaires corporatifs

Alcan inc.
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Laurentienne du Canada
Banque Nationale du Canada
Banque Royale du Canada
Banque Scotia
Bell Canada
BMO Groupe financier
Bourse de Montréal
Caisse de dépôt et placement du Québec
DMR Conseil
Fédération des caisses Desjardins du Québec
Gaz de France
Gaz Métro
Hydro-Québec
Industrie Canada
Investissements PSP
Ministère des Finances du Québec
Raymond Chabot Grant Thornton
State Street Global Advisors
Transat A.T.
Ville de Montréal

Partenaires universitaires

École Polytechnique de Montréal
HEC Montréal
McGill University
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.

ISSN 1499-8610 (Version imprimée) / ISSN 1499-8629 (Version en ligne)

Analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de l'OCDE

Joanne Castonguay
Directrice de projet, CIRANO

Claude Montmarquette^{*}
Université de Montréal et CIRANO

Iain Scott
Professionnel de recherche, CIRANO

^{*} Pour correspondance: Claude Montmarquette, CIRANO, 2020 rue University, bureau 2500, Montréal (Québec), H3A 2A5, téléphone (514) 985-4015. Courriel : montmarc@cirano.qc.ca.

Préambule

Récemment le gouvernement du Québec se posait cette question :

Pourquoi est-ce que deux hôpitaux, qui ont le même budget, ont des performances différentes ?

Nous croyons que la question qui se pose est plutôt :

Pourquoi est-ce que deux entités, qui n'ont pas la même performance, reçoivent-elles le même budget ?

Ces deux façons de se questionner sur la performance du système de santé au Québec traduit l'esprit de ce texte.

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
Cadre d'analyse.....	2
Les mécanismes de gouvernance.....	2
Méthodologie.....	2
Contenu du rapport	3
1. ANALYSE COMPARATIVE DES DONNÉES MACRO EN SANTÉ.....	4
1.1 La productivité des dépenses publiques en santé.....	4
1.2 L'évolution des activités au Canada et au Québec	8
1.3 L'évolution de la productivité des systèmes de santé des pays de l'OCDE	9
1.4 L'état de santé des populations des pays de l'OCDE	12
1.5 Sommaire des constats.....	13
2. ÉTAT DE LA SITUATION AU QUÉBEC.....	14
2.1 Le poids de la santé sur les finances publiques.....	14
2.1.1 Les ressources humaines.....	19
2.1.2 L'ensemble des professionnels de santé du RSSS.....	27
2.2 La productivité du système de santé québécois	30
2.2.1 La mesure de la productivité en santé.....	30
2.2.2 L'évolution de la santé	31
2.2.3 L'évolution de la productivité	33
2.2.4 L'évolution des indicateurs de productivité propre au Québec	34
2.3 Les mécanismes de gouvernance au Québec	38
2.3.1 Description de l'organisation du système.....	38
2.3.2 La planification.....	40
2.3.3 Les mécanismes d'incitation.....	41
2.3.4 Le contrôle.....	42
2.3.5 L'évaluation.....	43
2.3.6 Les systèmes d'information.....	44
2.3.7 La garantie d'accès	45
2.4 Sommaire des constats.....	46
3. LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ DANS LES PAYS DE L'OCDE	49
3.1 Mécanismes de planification.....	49
3.2 Mécanismes d'incitation	50
3.2.1 Mécanismes d'incitation destinés aux usagers	50
3.2.2 Mécanismes d'incitation destinés aux médecins	52
3.2.3 Mécanismes d'incitation destinés aux hôpitaux	53
3.2.4 Mécanismes d'incitation destinés aux administrations publiques	56
3.2.5 Mécanismes d'incitation des assureurs.....	58
3.2.6 La réglementation	58
3.3 Mécanismes de contrôle.....	59
3.4 Mécanismes d'évaluation.....	61
3.5 La disponibilité d'information	63
3.6 La gestion des maladies chroniques.....	63
3.7 Sommaire des constats.....	67

4. ANALYSE COMPARATIVE DES STRATÉGIES SANTÉ	69
4.1 Le classement des pays selon l'évolution de la productivité	69
4.2 Les mécanismes de collecte de fonds	70
4.3 Les mécanismes incitatifs	73
4.4 Organisation des services.....	74
CONCLUSION	75
Principaux constats	75
Principales recommandations	76
BIBLIOGRAPHIE	79
ANNEXE 1	82
ANNEXE 2 : DESCRIPTION DES MÉTHODES DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX	84

Liste des graphiques

Graphique 1 : Dépenses publiques de santé et PIB per capita (2004)	4
Graphique 2 : PIB per capita en 2004 (PPP \$US)	5
Graphique 3 : Dépenses publiques en santé et consultations* (2003)	6
Graphique 4 : Nombre de médecins et consultations* (2003)	7
Graphique 5 : Dépenses publiques en santé et sorties (2003)	7
Graphique 6 : Dépenses publiques par habitant en PPP \$US 2004	12
Graphique 7 : Espérance de vie à la naissance (hommes)	13
Graphique 8 : Espérance de vie à la naissance (femmes)	13
Graphique 9 : Répartition des revenus du gouvernement (pourcentage; 1997-98 à 2006-07*) ...	14
Graphique 10 : Évolution comparative des dépenses de santé par habitant (\$ courants) et la proportion des dépenses de santé dans les dépenses de programmes (1998-2007*)	15
Graphique 11 : Déficits annuels d'exploitation et service de la dette du réseau de la santé et des services sociaux (Millions de dollars; 1999-00 à 2005-06)	17
Graphique 12 : Déficits ou surplus cumulés de dépenses en immobilisations par habitant, selon la province (millions de dollars, 2006)	18
Graphique 13 : Nombre de médecins pour 10 000 habitants selon la province Canada (2000 et 2005)	20
Graphique 14 : Évolution du nombre de médecins et de l'ensemble des modes de rémunération (milliards de \$ constants; 2001 et 2005)	21
Graphique 15 : Évolution du nombre d'examen en cabinet, en consultation externe et urgence, et de malades hospitalisés (milliers d'actes; 2001 et 2005)	22
Graphique 16 : Évolution du nombre de consultations, d'actes diagnostiques et d'actes thérapeutiques rémunérés par la RAMQ (milliers d'actes; 2001 et 2005)	23
Graphique 17 : Nombre d'IA pour 10 000 habitants selon la province, Canada (2000 et 2005)	24
Graphique 18 : Évolution de la rémunération des infirmières travaillant majoritairement dans le RSSS (millions de \$ constants; 2000 à 2005)	26
Graphique 19 : Évolution du nombre d'emplois et la masse salariale du réseau sociosanitaire (milliards de \$ constants; 2000 et 2005)	27
Graphique 20 : Évolution de la rémunération de l'ensemble du personnel travaillant majoritairement dans le RSSS, sauf les infirmières (millions de \$ constants; 2000 à 2005)....	28
Graphique 21 : Évolution de la moyenne annuelle d'heures travaillées dans le domaine de la santé selon la province, Canada (2000 et 2005)	30
Graphique 22 : Mortalité selon certaines causes de décès, hommes, provinces de l'Ontario et du Québec, 1990-2003	32
Graphique 23 : Temps d'attente médian de la référence d'un médecin généraliste jusqu'au traitement en termes de semaine, provinces et Canada, 1999-2005	33
Graphique 24 : Indice pondéré par les coûts de la productivité du système de santé public, provinces et Canada, 1991-2005	34
Graphique 25 : Nombre d'examens médicaux sur le nombre total de médecins, 1998-2005	35
Graphique 26 : Nombre d'hospitalisations sur les dépenses publiques réelles en soins hospitaliers et soins médicaux en millions de dollars, 1995-2004	36
Graphique 27 : Nombre d'actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux sur les dépenses publiques réelles en soins hospitaliers et soins médicaux en millions de dollars, 1995-2004..	37
Graphique 1 : Années de vie potentielles perdues des Cardiopathies ischémiques 2000.....	82
Graphique 2 : Années de vie potentielles perdues des Tumeurs malignes 2000	82

Graphique 3 : Années de vie potentielles perdues des Infarctus du myocarde 2000.....	83
Graphique 4 : Années de vie potentielles perdues des Suicides 2000	83

Liste des tableaux

Tableau 1 : Rang parmi les pays de l'OCDE	5
Tableau 2 : Taux de croissance annuelle de 1990 à 2004.....	8
Tableau 3 : Croissance annuelle des indices de 1995 à 2003*	9
Tableau 4 : Croissance annuelle des indices de 1995 à 2003*	10
Croissance annuelle des indices de 1995 à 2003*	11
Tableau 5 : Facteurs de croissance des coûts de santé au Québec, (2005 à 2015).	16
Tableau 6 : Répartition du budget total du ministère de la Santé et des Services sociaux (millions de \$ courants; 2000 à 2005)	19
Tableau 7 : Nombre et pourcentage d'infirmières exerçant la profession au Québec selon le secteur de l'employeur principal déclaré, au 31 mars (2000 et 2006)	25
Tableau 8 : Nombre de semaines travaillées au taux régulier et au taux supplémentaire par équivalent temps complet, selon la profession (2003 et 2005)	29
Tableau 9 : Politiques de co-paiement dans les pays de l'OCDE.....	51
Tableau 10 : Méthodes de rémunération des médecins	52
Tableau 11 : Méthodes de financement des hôpitaux.....	54
Tableau 12 : Part de la fréquentation totale des 200 patients dont la fréquentation était la plus élevée.....	67
Tableau 13 : Évolution des indicateurs de productivité.....	70
Tableau 14 : Mécanismes de financement des systèmes universels de santé	71
Tableau 15 : Mécanismes de financement des systèmes universels de santé	72
Tableau 16 : Mécanismes de financement des systèmes universels de santé	73
Tableau 17 : Mécanismes de financement des systèmes universels de santé	74
Tableau 1 : Méthodes de financement des hôpitaux.....	84

INTRODUCTION

Ce rapport est le deuxième d'un programme de recherche visant apporter des pistes de solutions à la problématique de l'augmentation rapide des besoins de santé dans un contexte où la croissance de l'économie est plus faible que celle de l'augmentation des coûts. La première phase du programme examinait les mécanismes de financement, leur impact sur les valeurs fondamentales de notre système de santé et leur potentiel à apporter des éléments de solution à notre propre système. Elle a permis de faire les constats suivants :

- la solution n'est pas unique et se trouve plutôt dans la complémentarité des politiques qui seront adoptées;
- la création de nouvelles sources de financement repose sur un recours à l'assurance privée et à un secteur privé de la santé, deux éléments qui ne se développeront que si les conditions propices sont mises en place;
- la responsabilisation est également une source additionnelle de financement et elle repose sur la contribution des usagers au moment de recevoir la prestation de services;
- les seuls pays qui ont réussi à ralentir les coûts des régimes publics de santé sont ceux qui se sont attaqués aux mécanismes de gouvernance de leur système (incitation à la performance, concurrence, évaluation et contrôle des coûts et séparation des mécanismes de financement et de prestation des services).

Cette analyse s'attarde à ce dernier constat. Alors, dans un contexte où peu d'entre nous avons le sentiment que la situation s'améliore malgré des réformes et des investissements importants dans notre système de santé, en avons-nous pour notre argent?

Traditionnellement la performance des systèmes de santé est évaluée en fonction de ses objectifs sociaux. Des objectifs qui sont équivalents dans la majorité des pays de l'OCDE, soit d'améliorer : la santé de leur population, la rapidité de réaction du système de santé et l'équité du financement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) mesure la performance des systèmes de santé à partir de cinq indicateurs faisant état de la capacité des pays d'atteindre ces objectifs¹. Les indicateurs sont : la santé de la population, les inégalités de santé, la réactivité, les inégalités de réactivité, l'équité des mécanismes de financement. Ces mesures renseignent sur le degré d'atteinte des objectifs mais ne fournissent aucune indication sur les moyens d'y arriver. En d'autres mots, est-ce possible d'y arriver en utilisant moins de ressources? Pourquoi est-ce que deux pays atteignent des performances similaires avec des budgets différents? Obtient-on le maximum de services pour les dollars que nous y investissons en tant que société? Est-ce que nous maximisons la valeur de nos investissements? Ce projet propose d'examiner comment les différents pays de l'OCDE améliorent la valeur de leurs investissements en santé, en examinant leurs mécanismes de gouvernance.

¹ Evans DB et al.

CADRE D'ANALYSE

Les mécanismes de gouvernance

Dans le secteur public, les mécanismes de gouvernance ont pour objet d'assurer que le gouvernement joue son rôle de manière à maximiser la valeur des dollars dépensés. Son rôle étant déterminé par le mandat qui lui est donné par les citoyens au moyen du suffrage universel. Il a la responsabilité de mettre en place un système de gouvernance qui lui permettra d'atteindre ses objectifs. Des mécanismes de gouvernance adéquats examinent sur une base continue si le système est géré le plus efficacement possible compte tenu de ses objectifs, ceux des parties affectées par ses projets et des moyens dont le gouvernement dispose. Les mécanismes de gouvernance sont de quatre ordres : la planification; le contrôle; les incitatifs; l'évaluation.

Les structures de gestion et de planification examinent les vrais enjeux et assurent aux mandants (la société) une capacité opportune d'orientation stratégique. Les objectifs sont précisés et les plans et processus visent l'atteinte des objectifs. Sans objectifs clairement établis et indicateurs appropriés pour mesurer l'atteinte des objectifs, les différentes composantes de l'organisation travailleront à l'atteinte de leurs propres objectifs qui ne seront pas nécessairement compatibles avec les objectifs de l'organisation.

Les systèmes de suivi et de contrôle de la performance sont centrés sur la qualité, la concurrence et arrimés sur des jalons de performance établis par le processus de planification. Le contrôle est pris non dans le sens du contrôle hiérarchique mais plutôt dans le suivi de l'atteinte des objectifs de performance et des résultats.

Les systèmes d'incitation et de rémunération alignent les intérêts des parties, font un arbitrage adéquat entre la performance à court et à long terme et sont arrimés à la création de valeur économique par les unités opérationnelles. Dans un contexte de santé, la performance prend en compte également les effets bénéfiques sur la santé.

Enfin, l'évaluation présuppose le suivi d'indicateurs adéquats et une remise en question des processus et façons de faire dans un but d'améliorer continuellement les pratiques.

Enfin, l'efficacité des mécanismes de gouvernance dépend de la qualité et la ponctualité des informations à la disposition des gestionnaires ainsi que de la pertinence des indicateurs suivis.

Méthodologie

L'objectif ultime de l'exercice est de vérifier s'il y a des liens entre performance des systèmes de santé et mécanismes de gouvernance. Nous avons donc (1) répertorié les mécanismes de gouvernance de 18 pays l'OCDE; (2) catégorisés les mécanismes selon leur fonction : planification, incitation, contrôle ou évaluation (3) analysé la performance des différents pays et (4) tenté de lier performance et mécanismes de gouvernance.

L'analyse de performance des pays compare les moyens mis à la disposition des organisations de santé et le nombre de cas traités de 17 pays de l'OCDE. Les données sont

des données macros qui ne fournissent aucune explication sur les variations observées. La méthode de classification comporte donc des faiblesses importantes. Par exemple, il est possible qu'une décroissance du nombre de cas traités par médecins indique une baisse de productivité des médecins mais il est également possible qu'elle indique une meilleure prise en charge des patients. Le classement des pays a donc été effectué à titre indicatif dans le but de lier certains indicateurs à certains mécanismes de gouvernance et afin d'orienter les travaux de recherche futur.

Les données sur lesquelles est basée cette étude sont exclusivement des données secondaires à l'exception de l'état de la situation au Québec qui a été effectuée à partir d'une enquête auprès d'acteurs du système de santé québécois.

CONTENU DU RAPPORT

Le premier chapitre présente l'évolution comparative des données macro d'input et d'output des pays de l'OCDE. Le deuxième examine un état de la situation au Québec. Le troisième chapitre décrit les principaux mécanismes de gouvernance des systèmes de santé ainsi que les réformes envisagées dans le but d'améliorer la performance de leur système. Enfin le dernier chapitre fait état des leçons à tirer de l'examen de ce qui se fait ailleurs pour améliorer la performance de systèmes de santé aux prises avec les mêmes enjeux que le Québec et propose des réformes à envisager pour freiner l'évolution des coûts de santé à moyens termes.

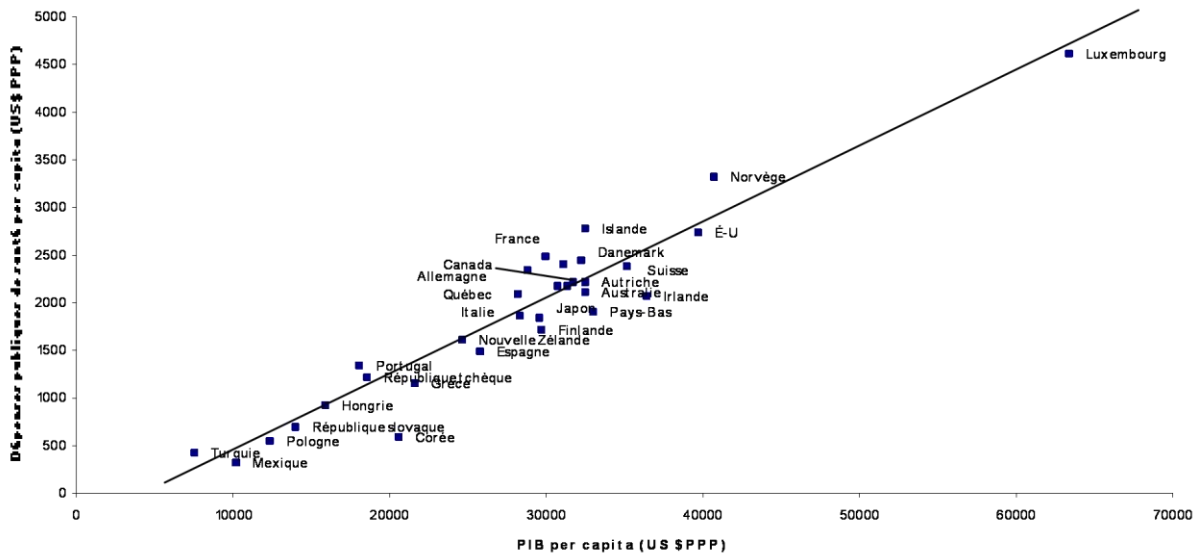
1. ANALYSE COMPARATIVE DES DONNÉES MACRO EN SANTÉ

Ce chapitre présente les résultats d'une analyse de données de santé macro des pays de l'OCDE. L'objectif de l'analyse était d'identifier s'il y avait des pays qui se démarquaient au niveau de la performance de leur système de santé. Si c'est le cas, il sera ensuite possible d'examiner si ces pays se distinguent au niveau de leurs mécanismes de gouvernance ou de leur structure organisationnelle. Par performance on entend ici productivité mesurée par le nombre de cas traités, les coûts et l'état de santé de la population.

1.1 LA PRODUCTIVITÉ DES DÉPENSES PUBLIQUES EN SANTÉ

Le graphique 1 illustre que les dépenses de santé augmentent en fonction de la richesse mesurée en termes de PIB. La ligne tracée sur le graphique est une approximation de la fonction qui détermine les dépenses moyennes de santé en fonction du PIB. Le Canada se situe sur la ligne, ce qui implique que ses dépenses publiques en santé sont au niveau attendu compte tenu de sa richesse. Le Québec se situe à la gauche de la ligne, ainsi le niveau de ses dépenses en santé est supérieur au niveau attendu compte tenu de sa richesse.

Graphique 1 : Dépenses publiques de santé et PIB per capita (2004)



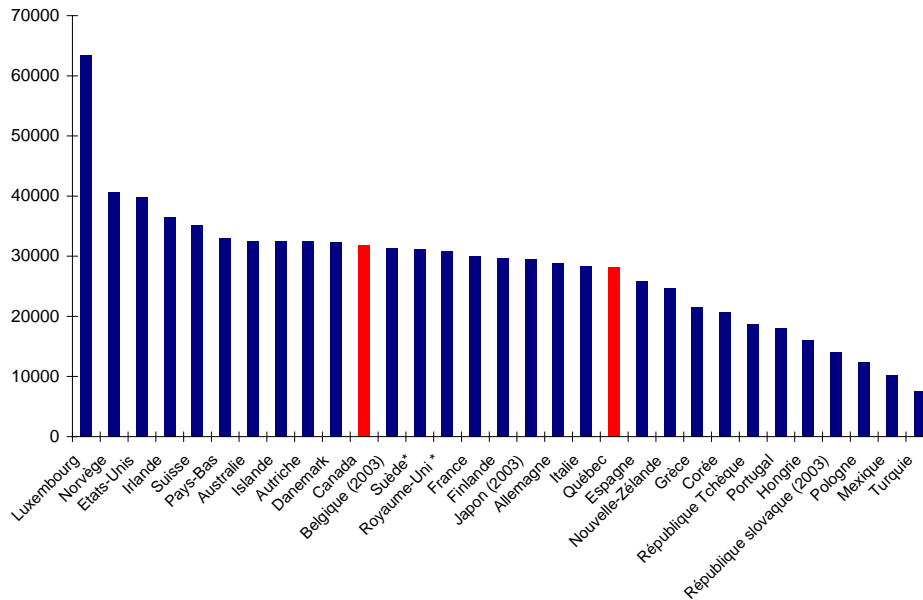
Source : *Éco-santé 2006, OCDE et ICIS*

Le graphique suivant met en relief la richesse relative des économies des pays de l'OCDE. On y observe que le Canada et le Québec figurent respectivement aux 11^e et 20^e rang des pays de l'OCDE. Les dépenses publiques en santé au Canada et au Québec figurent aux 10^e

1. Analyse comparative des données macro en santé

et 15^e rang, ce qui confirme que proportionnellement à son PIB les dépenses en santé au Québec sont plus élevées que ce à quoi on pourrait s'attendre².

**Graphique 2 : PIB per capita en 2004
(PPP \$US)**



Source : Éco-santé 2006, OCDE et ICIS

Le tableau suivant présente le rang du Québec et du Canada parmi les pays de l'OCDE pour certains indicateurs de ressources allouées à la santé. On y observe que comparativement aux autres pays de l'OCDE, le Québec et le Canada ont peu de médecins et de lits d'hôpitaux par millier d'habitants. Toutefois, le nombre d'infirmières est légèrement supérieur à ce à quoi on pourrait s'attendre au Canada et dans la moyenne au Québec compte tenu de leur richesse respective.

Tableau 1 : Rang parmi les pays de l'OCDE

	Canada	Québec
PIB par habitant	11	20
Dépenses publiques par habitant	10	15
Médecins par 1000 habitants	26	27
Infirmières par 1000 habitants	8	16
Lit par 1000 habitants ³	21	25

Source : Éco-santé 2006, OCDE et ICIS

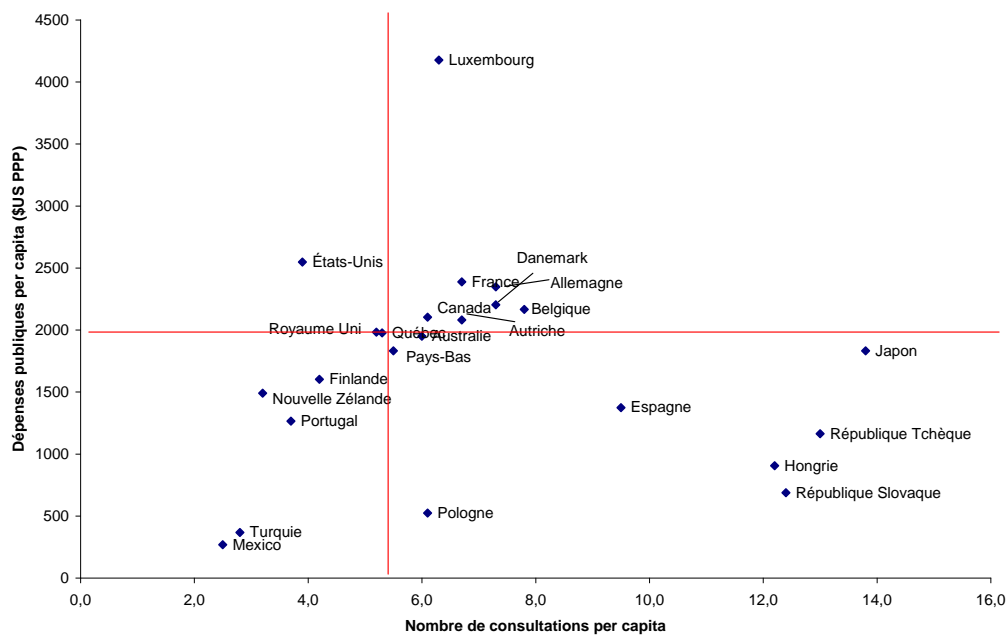
² Toutefois, puisque les moyens dont dispose le Québec sont inférieurs à ceux du Canada (son PIB par habitant est inférieur de 3 658 \$USPPP à celui du Canada), le niveau de ses dépenses publiques par habitant est inférieur.

³ 31 pays publient les données sur le nombre de médecins par 1000 habitants et 26 pays publient le nombre de lits.

1. Analyse comparative des données macro en santé

Le graphique 3 relie le nombre de consultations médicales en 2003 aux dépenses publiques de santé par habitant des pays de l'OCDE. On y observe que les consultations médicales de plusieurs pays dont les dépenses publiques sont plus faibles, sont plus élevées qu'au Québec (Pays-Bas, Japon, Espagne, Hongrie, République Tchèque et République Slovaque). Dans cette configuration, mais en excluant des considérations de qualité, les systèmes de santé de ces pays affichent une productivité plus grande que celle du Québec.

Graphique 3 : Dépenses publiques en santé et consultations* (2003)



Source : Éco-Santé 2006, OCDE et ICIS

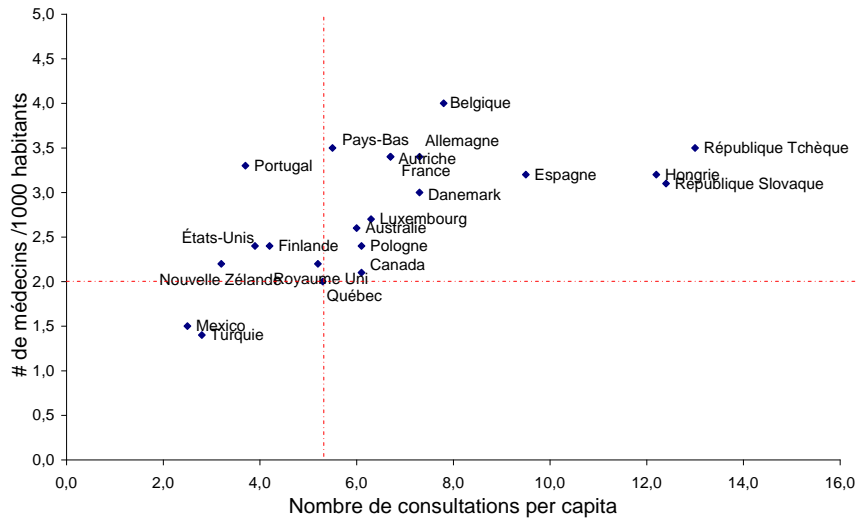
* : Le nombre de consultation en 2000 correspond à la donnée de 2000.

Le graphique suivant compare les points de rencontre entre consultations médicales par habitant et le nombre de médecins par 1000 habitants. On y observe que seuls le Mexique et la Turquie ont moins de médecins par millier d'habitants qu'au Québec. Le nombre d'actes par médecin au Québec est toutefois élevé comparativement à ces pays. En outre, le Portugal, les États-Unis, le Royaume Uni et la Finlande effectuent moins de consultations par habitant avec plus de médecins qu'au Québec.

Ceci implique que le nombre de consultations médicales par habitant relativement faible au Canada et au Québec s'explique par le faible nombre de médecins. Toutefois, leur productivité est relativement élevée. Cependant, puisqu'il n'y a pas de données disponibles sur la qualité des actes effectués par nos médecins, nous ne savons pas alors si le nombre élevé d'actes affecte la qualité des services rendus.

1. Analyse comparative des données macro en santé

Graphique 4 : Nombre de médecins et consultations* (2003)

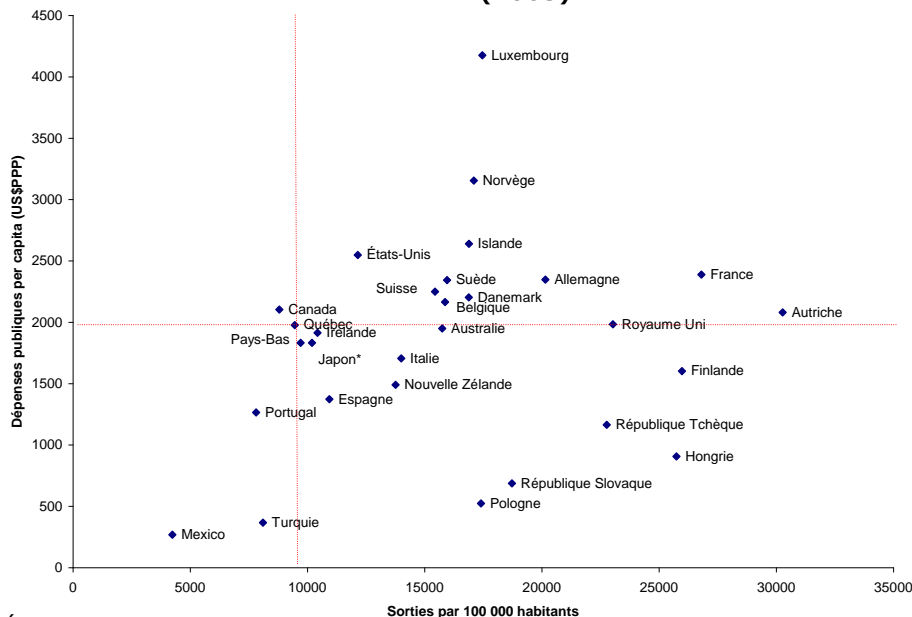


Source : Eco-santé, OCDE (2006), ICIS

* : Le nombre de consultations en Allemagne est pour l'année 2000.

Le graphique 5 compare les points de rencontre entre le nombre de sorties des hôpitaux par habitant et le niveau des dépenses publiques par habitant. Comparativement aux pays de l'OCDE, le nombre de patients traités dans les hôpitaux au Québec est faible compte tenu du niveau des dépenses publiques. En effet, tous les pays de l'OCDE à l'exception du Portugal, de Mexico, de la Turquie et du Canada traitent d'avantage de patients par 100 000 habitants que le Québec. En outre, plusieurs hospitalisent plus de patients avec des budgets publics en santé inférieurs ou équivalents (Japon, Irlande, Pays Bas, Australie, Espagne, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, Finlande ...).

Graphique 5 : Dépenses publiques en santé et sorties (2003)



Source : Éco-Santé 2006, OCDE et ICIS

1. Analyse comparative des données macro en santé

En somme, les niveaux de dépenses publiques en santé varient en fonction de la richesse des pays. Les extrants des systèmes varient fortement d'un pays à l'autre et sont beaucoup plus difficilement prévisibles. Au Québec, les dépenses publiques sont relativement élevées compte tenu de nos moyens. Toutefois, ces dépenses élevées ne se traduisent pas par des nombres élevés de consultations et d'hospitalisations.

1.2 L'ÉVOLUTION DES ACTIVITÉS AU CANADA ET AU QUÉBEC

Le tableau suivant présente les taux de croissance annuelle des principaux intrants au système de santé (dépenses, médecins, infirmières et lits) et de ses extrants (consultations, hospitalisations et chirurgies ambulatoires). On y observe qu'au Québec, malgré une augmentation prononcée des coûts de santé au cours des 15 dernières années (4 %), le nombre d'actes effectués diminue régulièrement.

En fait, à l'exception du nombre de lits par 1000 habitants, tous les intrants ont augmenté ou sont restés stables (augmentation annuelle de 2 % du nombre d'infirmières et de 0,2 % pour les médecins). Au cours de la même période, les sorties d'hôpitaux par millier d'habitants ont diminué en moyenne de 3 % annuellement, les visites chez le médecin par millier d'habitants de 1 % et les actes chirurgicaux ambulatoires sont demeurés stables (-0,2 %). Ce qui implique que l'augmentation des coûts que l'on connaît ne se traduit pas par une amélioration de l'accès au soin ou une amélioration de la productivité en termes de nombre de patients traités. Le constat est le même en ce qui concerne la productivité du système de santé au Canada.

**Tableau 2 : Taux de croissance annuelle
de 1990 à 2004**

	Canada	Québec
Dépenses publiques par habitant (US \$PPP)	4 %	4 %
Médecins par 1000 habitants	0	0,2 %
Infirmières par 1000 habitants	- 1 %	2 %
Lit par 1000 habitants	-1,2 %	-3,3 %
Emplois par lit	4 %	4 %
Sorties par 1000 habitants ⁴	-3 %	-2 %
Visites par 1000 habitants	-1 %	-1 %
Actes chirurgicaux ambulatoires	5 %	-0,2 %

Source : Éco-Santé Québec, Éco Santé 2006, OCDE et ICIS

⁴ La croissance annuelle des sorties par 1000 habitants au Québec couvre la période de 1995 à 2003.

1.3 L'ÉVOLUTION DE LA PRODUCTIVITÉ DES SYSTÈMES DE SANTÉ DES PAYS DE L'OCDE

Dans le but d'examiner si l'évolution de la production des systèmes de santé suit celle des investissements, les tableaux 3, 4 et 5 présentent les taux de croissance annuelle des principaux intrants et extrants des systèmes de santé des pays de l'OCDE et l'évolution du nombre annuelle de visite médicale par médecin au cours de la période de 1995 à 2003. On y observe que tous les pays sont aux prises avec une croissance annuelle importante des coûts de santé et que la productivité des médecins de tous les pays a diminué à l'exception de celle de l'Allemagne et du Danemark. En outre, huit pays ont continuellement amélioré le nombre de cas traités par 1000 habitants.

L'Allemagne et le Danemark se démarquent de tous les autres pays de l'OCDE. La croissance des dépenses de santé de l'Allemagne est la plus faible de tous les pays de l'OCDE avec 3,3 %. Celle du nombre de médecins par millier d'habitants au cours de la période se situe à 1,2 % et l'amélioration continue de leur productivité est la plus élevée de tous les pays de l'OCDE. En outre, l'Allemagne est le seul pays pour qui l'évolution du nombre d'emploi par lit a régulièrement diminué. Le Danemark a annuellement augmenté la productivité de ses médecins et le nombre de visites médicales par millier d'habitants. Toutefois, la croissance de ses dépenses est élevée soit 5,4 % annuellement.

Sept autres pays ont peu amélioré la productivité de leur système de santé : la France, l'Espagne, la Finlande, la Belgique, l'Autriche, la Norvège et les Pays-Bas. La productivité des médecins de tous ces pays a diminué annuellement. Certains ont une évolution des outputs positive, la France, l'Espagne, la Finlande, l'Autriche alors que celle des autres est à peu près nulle. Parmi ceux-ci, seule l'Autriche a maintenu la croissance annuelle de ses dépenses publiques de santé per capita en deçà de 4 %.

Tableau 3 : Croissance annuelle des indices de 1995 à 2003*

	Allemagne	Danemark	France	Espagne	Finlande	Belgique
Dépenses publiques par habitant (US \$PPP)	3,3 %	(95-02) 5,4 %	5,6 %	6 %	5,1 %	5,3 %
Médecins par 1000 habitants	1,2 %	1,8 %	0,8 %	3,1 %	1,7 %	1,7 %
Infirmières par 1000 habitants	(97-03) 1,1 %	1,1 %	2,3 %	3,5 %	5,4 %	2,4 %
Emplois par lit	-2,3 %	2,8 %	5,1 %	3,69 %		(98-03) 1,0 %
Sorties par 1000 habitants	1,3 %	(00-03) -0,8 %	(97-03) 0,5 %	0,3 %	0,7 %	0 %
Visites par 1000 habitants	(95-00) 2,7 %	3,1 %	0,6 %	2,5 %	0,3 %	-0,3 %
Actes chirurgicaux ambulatoires	(02-04) 42 %	(96-03) 8,3 %		18,2 %	10,3 %	(99-03) 8,3 %
Consultations par médecins	1,4 %	1,3 %	-0,2 %	-0,6 %	-1,4 %	-2,0 %

Source : Éco-Santé Québec, Éco Santé 2006, OCDE

* : la période est indiquée entre parenthèses lorsqu'elle est différente.

1. Analyse comparative des données macro en santé

**Tableau 4 : Croissance annuelle des indices
de 1995 à 2003***

	Autriche	Japon	Norvège	Pays- Bas	Canada	Suède
Dépenses publiques par habitant (US \$PPP)	3,8 %	5,8 %	8,5 %	4,4 %	4,6 %	5,7 %
Médecins par 1000 habitants	2,9 %	1,3 %	2,5 %	(98-03) 3,8 %	0 %	1,6 %
Infirmières par 1000 habitants	1,1 %	2,7 %	(97-03) 7,0 %	(99-03) 3,2 %	-1,3 %	1,0 %
Emplois par lit	1,7 %		3,2 %	(95-02) 5,0 %	4,0 %	
Sorties par 1000 habitants	3,0 %	(96-02) 0,3 %	2,0 %	-0,7 %	-2,8 %	-1,1 %
Visites par 1000 habitants	0,8 %	-0,7 %		-0,4 %	-0,8 %	(95-01) -0,6 %
Actes chirurgicaux ambulatoires			3,7 %		(99-03) 4,7 %	
Consultations par médecins	-2,1 %	-2,5 %		(98-03) -4,0 %	-0,8 %	(95-01) -1,6 %

Source : Éco-Santé Québec, Éco Santé 2006, OCDE3

* : la période est indiquée entre parenthèse lorsqu'elle est différente.

Au Canada, en Suède, en Australie, au Québec et au Royaume-Uni, la croissance annuelle des dépenses de santé varie entre 4,6 % et 7 %, celles du nombre de cas traités par millier d'habitants et du nombre de visites médicales par médecin sont négatives.

Enfin, tous les pays étudiés ont une croissance annuelle des actes chirurgicaux ambulatoires positive à l'exception du Québec.

1. Analyse comparative des données macro en santé

Croissance annuelle des indices de 1995 à 2003*

	Australie	Québec	Italie	Royaume Uni	Irlande	Nouvelle Zélande
Dépenses publiques par habitant (US \$PPP)	6,7 %	4,2 %	5,6 %	6,9 %	10,4 %	5,6 %
Médecins par 1000 habitants	0,5 %	0,2 %	0,6 %	2,5 %	2,7 %	1,2 %
Infirmières par 1000 habitants	-0,5 %	2,4 %	0,5 %	2,1 %	2,8 %	-0,8 %
Emplois par lit	2,6 %	3,2 %	4,1 %	2,8 %	3,5 %	
Sorties par 1000 habitants ⁵	-0,6 %	-2,4 %	(96-03) -1,3 %	1,2 %	-1,2 %	(00-03) -0,7 %
Visites par 1000 habitants	-1,4 %	-1,4 %		-2,0 %		
Actes chirurgicaux ambulatoires	3,8 %	-0,2 %	(97-03) 27,5 %	5,0 %	6,2 %	(97-03) 1,0 %
Consultations par médecins	-1,9 %	-2,3 %	(94-00) -3,0 %	-4,4 %		

Source : *Éco-Santé Québec, Éco Santé 2006, OCDE*

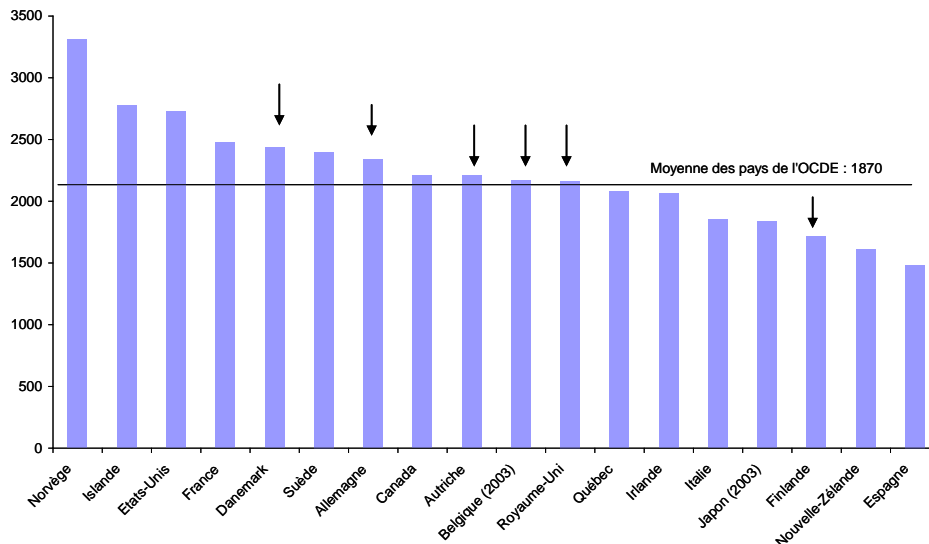
* : la période est indiquée entre parenthèse lorsqu'elle est différente

⁵ La croissance annuelle des sorties par 1000 habitants au Québec couvre la période de 1995 à 2003.

1. Analyse comparative des données macro en santé

La capacité d'améliorer le nombre de cas traités d'un système de santé ne dépend pas de la quantité de fonds publics injectés en santé. Parmi les plus performants, le Danemark et l'Allemagne dépensent un peu plus que les canadiens et la Finlande dépense beaucoup moins. Les dépenses au Québec sont comparativement faibles.

**Graphique 6 : Dépenses publiques par habitant en PPP \$US
2004**



Source : Éco-Santé Québec, Éco Santé 2006, OCDE

En somme, six pays ont amélioré la productivité de leur système⁶. Deux, l'Allemagne et l'Autriche l'ont fait en maintenant la croissance annuelle des dépenses publiques à moins de 4 % et quatre autres en augmentant considérablement leurs dépenses publiques (Royaume-Uni, Finlande, Espagne et la France). Les autres ont soit maintenu ou diminué leur productivité avec des taux élevés de croissance des dépenses publiques en santé.

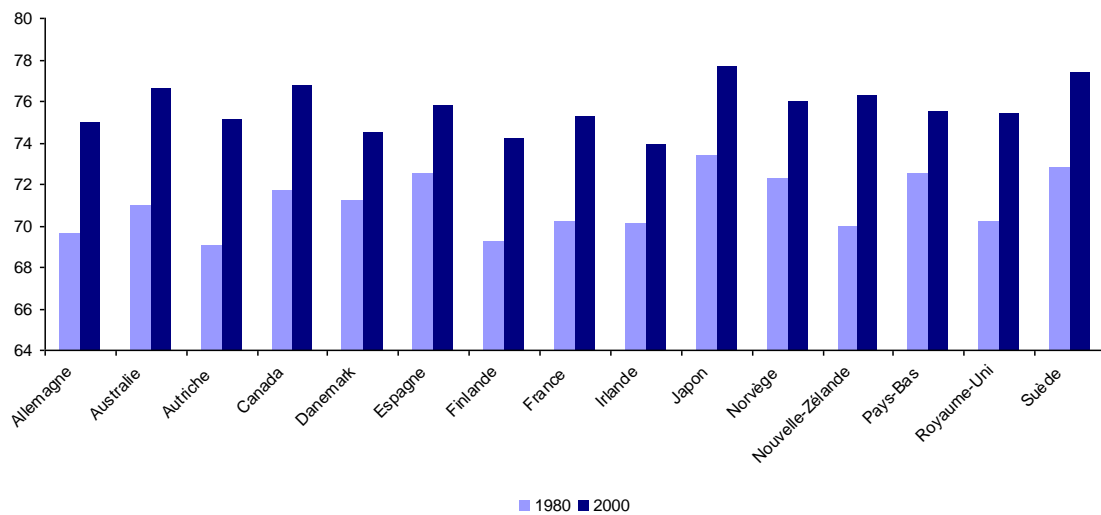
Au Québec et au Canada, la maîtrise de la croissance annuelle des dépenses au niveau le plus faible s'est accompagnée d'une diminution des sorties d'hôpitaux par millier d'habitants la plus marquée. Le Québec est le seul endroit où une diminution régulière des chirurgies ambulatoires par millier d'habitants a été observée.

1.4 L'ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS DES PAYS DE L'OCDE

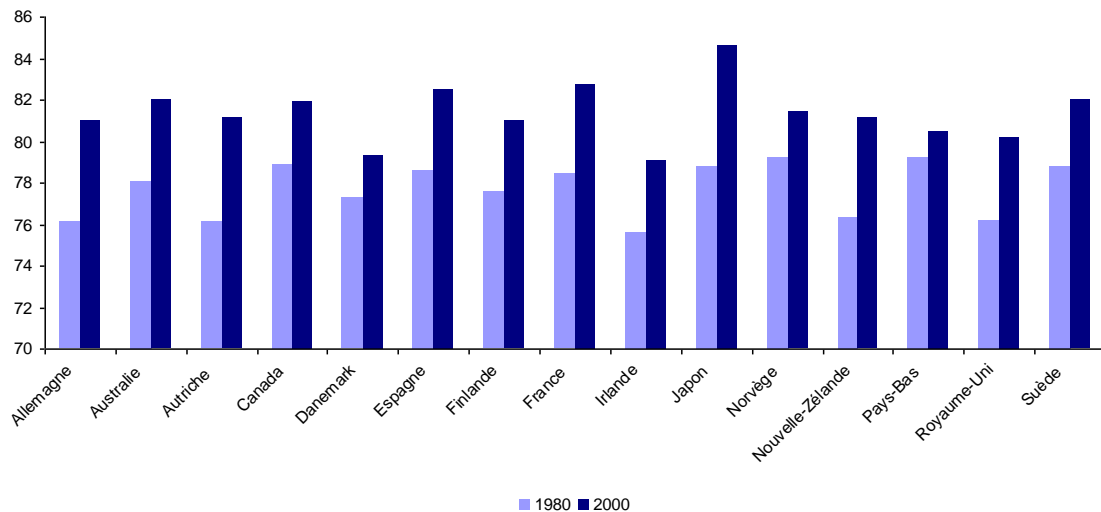
Au niveau de l'état de santé des individus, les chercheurs ne s'entendent pas sur les choix des indicateurs les plus appropriés. Toutefois, l'espérance de vie à la naissance est comparable au sein de tous les pays de l'OCDE. En ce qui concerne les années potentielles de vie perdues entre 0 et 69 ans pour quatre maladies, les résultats varient, mais il ne semble pas y avoir de lien avec la performance au niveau de la croissance des cas traités ou le niveau des dépenses de santé (Annexe 1).

⁶ Pour fins de simplification, elle est mesurée en termes de sorties d'hôpitaux par milliers d'habitants.

Graphique 7 : Espérance de vie à la naissance (hommes)



Graphique 8 : Espérance de vie à la naissance (femmes)



Source : Éco-Santé Québec, Éco Santé 2006, OCDE

1.5 SOMMAIRE DES CONSTATS

En somme, les niveaux de dépenses publiques en santé varient en fonction de la richesse des pays et l'état de santé des populations de tous les pays de l'OCDE est comparable.

L'Allemagne et le Danemark se démarquent de tous les autres pays au niveau de l'évolution de la productivité de leurs investissements en santé. Le Québec et le Canada comptent parmi les quatre pays dont la croissance annuelle des cas traités est négative de 1995 à 2003. Enfin, le Québec est le seul à diminuer annuellement le nombre de chirurgies ambulatoires par millier d'habitants.

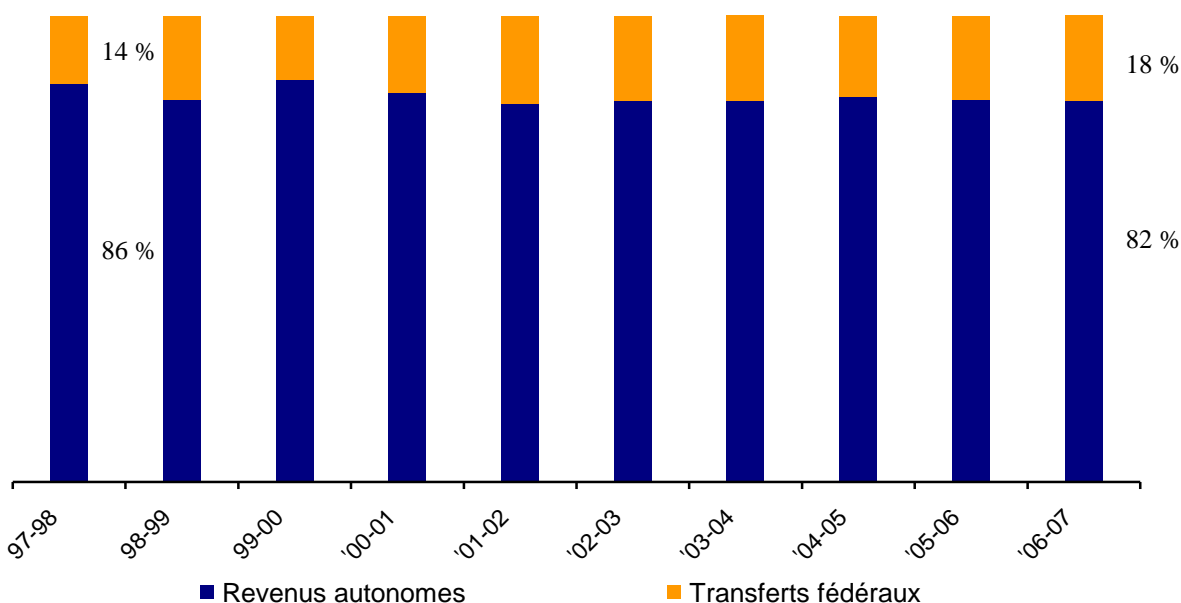
2. ÉTAT DE LA SITUATION AU QUÉBEC

2.1 LE POIDS DE LA SANTÉ SUR LES FINANCES PUBLIQUES

L'évolution des revenus du gouvernement depuis 1997-1998

Notre dépendance envers les transferts fédéraux pour assurer le financement des programmes sociaux augmente. Les revenus du gouvernement du Québec sont passés de 39,2 milliards de \$ en 1997-1998 à 60,3 milliards de \$ en 2006-2007, soit une augmentation annuelle de 4,9 %. La croissance des revenus au cours de la période a été surtout portée par l'augmentation des transferts fédéraux. Ces transferts ont augmenté en moyenne de 7,7 % annuellement, comparativement à une croissance annuelle de 4,3 % des revenus autonomes. Ainsi, les transferts fédéraux, qui représentaient 14 % des revenus du gouvernement en 1997-1998, représentent maintenant 18 %. Cette tendance pourrait diminuer la capacité de gouvernement du Québec à décider de ses politiques publiques.

**Graphique 9 : Répartition des revenus du gouvernement
(pourcentage; 1997-98 à 2006-07*)**



* : Résultats préliminaires pour 2006-2007

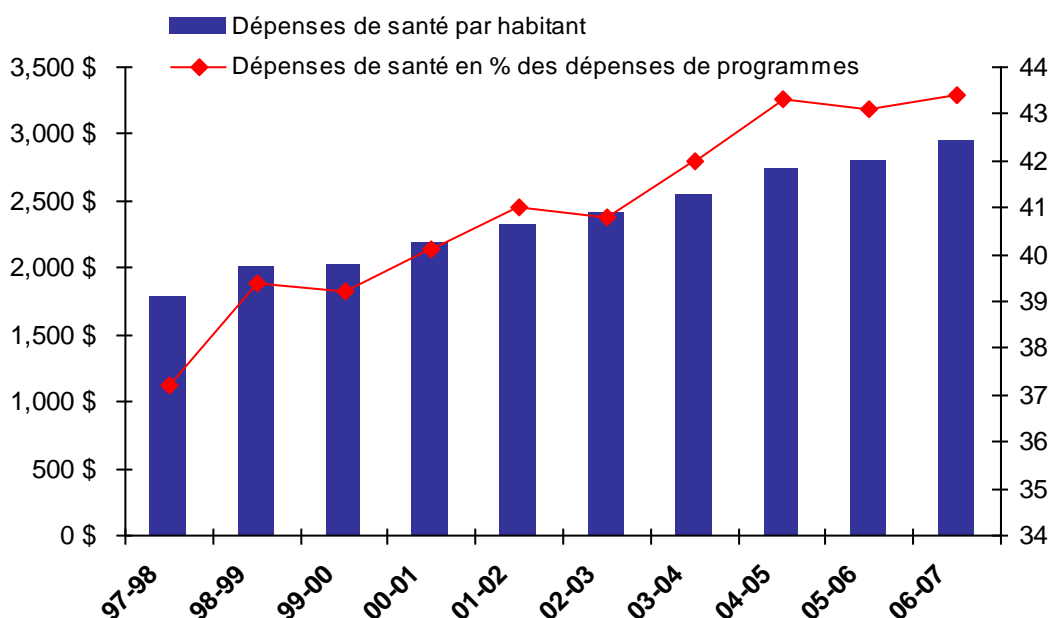
Source : *Finances Québec, Budgets 1997-1998 à 2006-2007*^p

L'importance de la santé dans les dépenses gouvernementales

Les dépenses de santé accaparent une part toujours plus grande des dépenses gouvernementales, au détriment des autres responsabilités du gouvernement. La santé représente le poste de dépenses le plus important du gouvernement. En 2007-2008, les dépenses de santé et services sociaux atteindront 23,8 milliards \$, soit 44,3 % des

dépenses de programmes du gouvernement du Québec.⁷ Cette proportion était de 37,2 %, en 1997-1998. La proportion des dépenses de santé dans les dépenses de programmes augmente parce que le gouvernement accroît son budget en santé, à un taux plus élevé que l'ensemble des dépenses des autres programmes. En effet, la santé accapare 55 % de l'augmentation des dépenses de programmes. Les dépenses de santé par habitant sont passées de 1 774 \$ en 1997-1998 à 2 943 \$ en 2006-2007, soit une augmentation annuelle de 5,8 %. La croissance annuelle des autres dépenses de programme par habitant au cours de la période a été de 2,8 %.

Graphique 10 : Évolution comparative des dépenses de santé par habitant (\$ courants) et la proportion des dépenses de santé dans les dépenses de programmes (1998-2007*)



* : Résultats préliminaires pour 2006-2007.

Source : Secrétariat du Conseil du trésor, données provenant du budget de dépenses du gouvernement du Québec

Au Québec, le comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux estimait, dans son rapport publié en juillet 2005, que les dépenses de santé augmenteraient de 5,1 % par année d'ici 2015. Ceci porterait la part des dépenses de santé dans les dépenses totales de programmes à 50 %. Les auteurs s'entendent pour conclure que quatre facteurs externes auront une influence majeure sur l'évolution des dépenses de santé dans le futur. Le tableau 6 indique la part de la croissance annuelle des coûts de santé associée aux différents facteurs :

⁷ Les dépenses de programmes correspondent aux dépenses totales du gouvernement moins le service de la dette.

2. État de la situation au Québec

Tableau 5 : Facteurs de croissance des coûts de santé au Québec, (2005 à 2015).

Facteurs	TCAC
L'accroissement naturel (nombre de naissance réduit du nombre de décès) et le solde migratoire	0,4 %
Le vieillissement de la population	1,1 %
Le développement des techniques médicales et les nouveaux médicaments	1,6 %
L'influence de l'évolution des coûts (inflation)	2,0 %
Augmentation globale	5,1 %

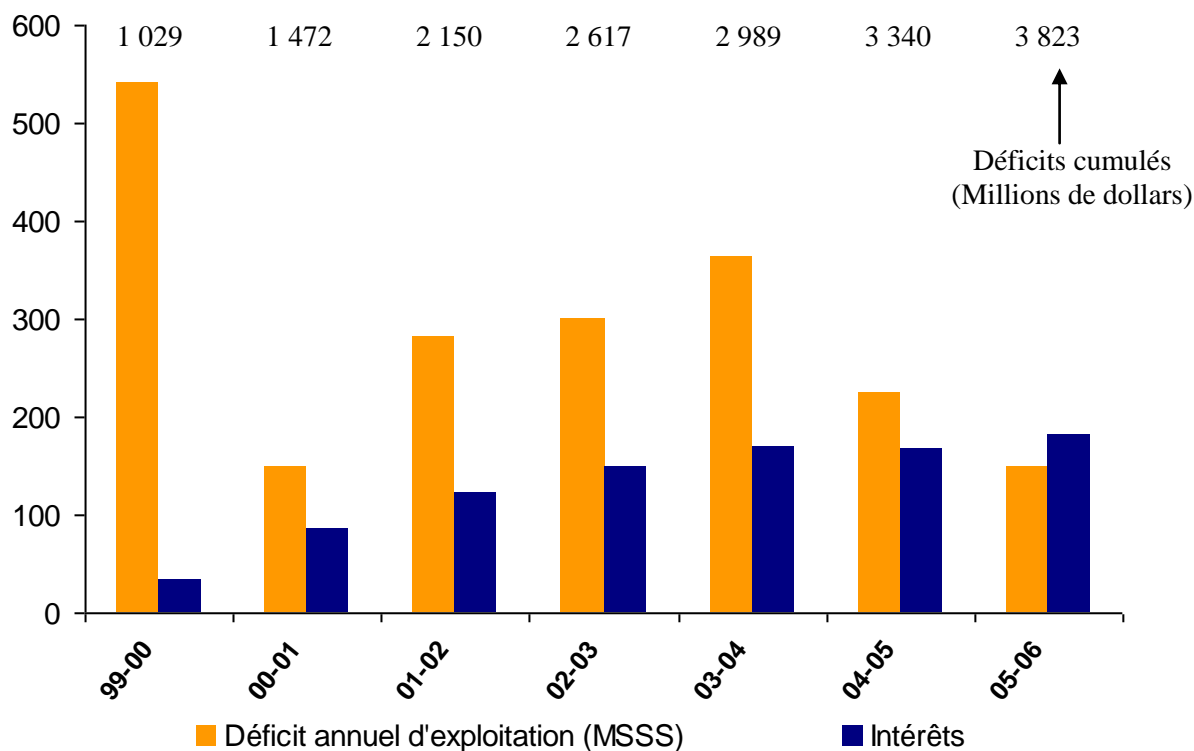
Source : Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec.

Le déficit accumulé en santé aggrave le poids de la santé sur les finances publiques

Les déficits annuels d'exploitation du réseau de la santé et le retard accumulé au niveau des investissements immobiliers, exercent également de la pression sur les coûts de santé. Le graphique 11 montre que la dette du réseau a augmenté de 1 029 millions \$ à 3 823 millions de dollars, soit une progression annuelle de 20,4 % due aux déficits cumulés depuis 1999. Si bien que les intérêts versés à Financement-Québec⁸ par les établissements et les autorités régionales du réseau, qui étaient 32,2 millions en 1999-2000, s'élèvent maintenant à 182,1 millions \$.

⁸ Financement-Québec a été instituée le 1er octobre 1999.

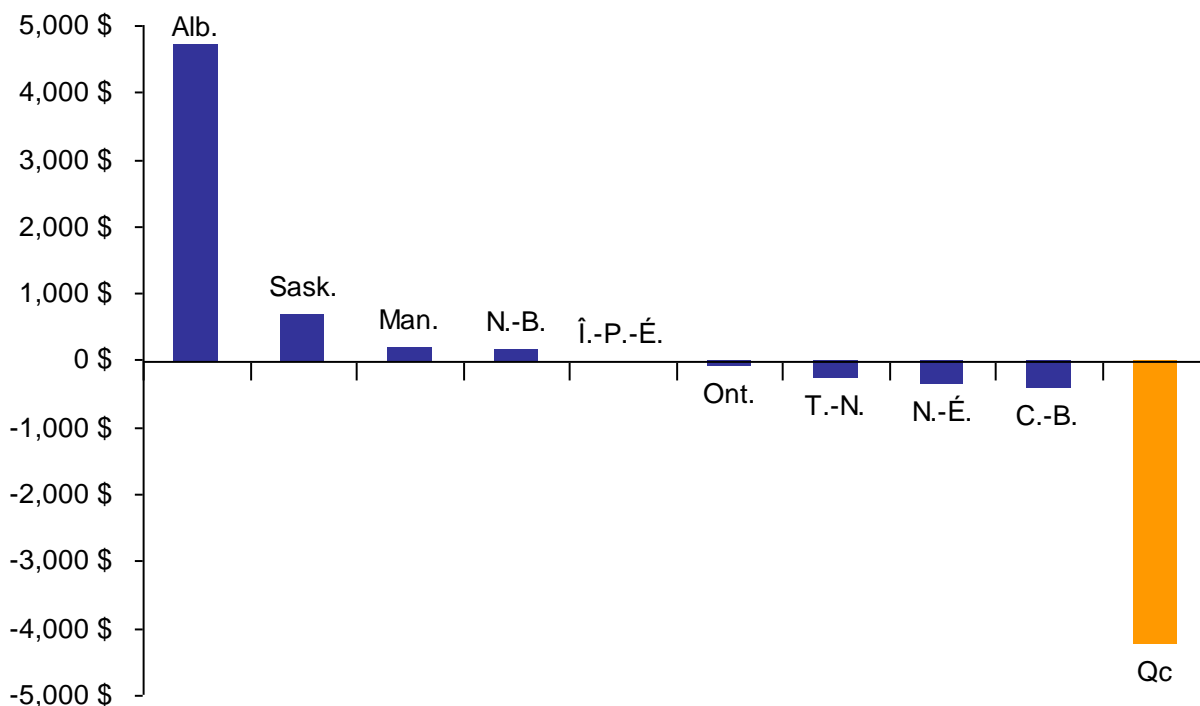
**Graphique 11 : Déficits annuels d'exploitation et service de la dette du réseau de la santé et des services sociaux
(Millions de dollars; 1999-00 à 2005-06)**



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux : rapport annuel (2005-2006) et Financement-Québec

Au poids du service de la dette d'exploitation s'ajoute la nécessité de récupérer le retard accumulé au niveau des dépenses en immobilisations. Les bases de données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) contiennent de l'information sur les dépenses liées aux biens immobiliers. En supposant que la moyenne canadienne des dépenses en immobilisations constitue un niveau raisonnable de dépenses annuelles, le Québec a accumulé un important déficit au niveau de ses investissements immobiliers entre 1975 et 2006, 4 228 millions \$. À cet égard, l'Alberta a accumulé un important surplus, près de 5 milliards \$ et les autres provinces canadiennes ont investi au total plus ou moins 500 millions de \$ du niveau attendu.

Graphique 12 : Déficits ou surplus cumulés de dépenses en immobilisations par habitant, selon la province (millions de dollars, 2006)



Source : ICIS

Pour prévenir les mauvaises surprises, améliorer les conditions d'hébergement dont les lacunes sont importantes, et répondre aux besoins futurs en immobilisations, les dépenses en immobilisations devraient croître au cours des prochaines années.

L'ensemble de ces éléments montre qu'en l'absence d'un important coup de barre, les pressions sur les finances publiques attribuables à la santé vont s'aggraver. La génération des boomers atteindront désormais l'âge de la retraite et commenceront à quitter massivement la population active. Par ailleurs, le nombre de jeunes entrants sur le marché du travail plafonne et pourrait diminuer dans l'avenir, en raison de la faible fécondité observée au Québec depuis 1970. Ces changements démographiques entraîneront une diminution de la population en âge de travailler, ce qui risque de causer un ralentissement de la croissance économique et par conséquent une baisse des revenus gouvernementaux (fédéraux et provinciaux). Puisque rien ne laisse envisager une diminution des pressions sur les dépenses de santé et que la croissance des recettes gouvernementales diminuera, on peut s'attendre à une détérioration de l'état des finances publiques. En somme, l'écart grandissant entre la croissance des dépenses publiques en santé et les revenus du

2. État de la situation au Québec

gouvernement rendra difficilement soutenable l'équilibre des finances publiques à long terme.

2.1.1 Les ressources humaines

Répartition des ressources budgétaires

L'analyse approfondie des dépenses de santé au Québec révèle que la part du lion de l'augmentation des dépenses de santé est allée aux ressources humaines. On estime qu'environ 66,8 % de l'augmentation de budget a été octroyée aux ressources humaines⁹. En plus, cette proportion augmente puisque l'accroissement des dépenses salariales est plus élevé que celui des dépenses totales de la santé.

Tableau 6 : Répartition du budget total du ministère de la Santé et des Services sociaux (millions de \$ courants; 2000 à 2005)

Programmes	Dépenses nettes (millions \$)		
	1999-2000	2004-2005	TCAC
• Rémunération des médecins	2 555	3 312	5,3 %
• Masse salariale des établissements	6 257	9 011	7,6 %
Sous-total	8 812	12 323	6,9 %
Variation (1)		3 511	
• Budget total du MSSS	14 856	20 112	6,2 %
Variation (2)		5 256	
Ratio (1)/(2)		66,8 %	

Sources : MSSS, RAMQ, Secrétariat du Conseil du trésor.

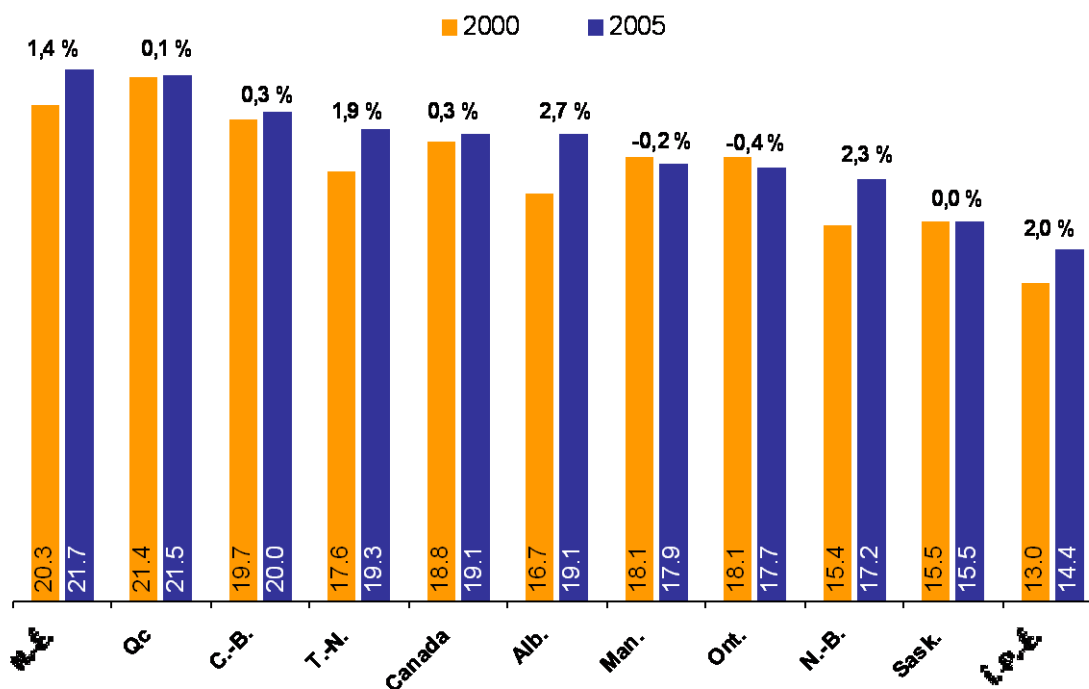
Les médecins

La densité de médecins au Québec est au quatrième rang des provinces canadiennes

Mais son accroissement est comparativement faible. Le graphique 13 présente la densité de médecins par province et son évolution de 2000 à 2005. En 2005, la Nouvelle-Écosse a la plus forte densité médicale, 21,7 pour 10 000 habitants, suivie de très près du Québec qui a 21,5 médecins pour 10 000 habitants. À l'exception de l'Ontario, le Manitoba et la Saskatchewan, le Québec a la progression la plus faible sur l'ensemble de la période, soit une croissance annuelle de 0,1 %.

⁹ La rémunération totale des médecins inclus : rémunération à l'acte, à salaire et à honoraires forfaitaires.

**Graphique 13 : Nombre de médecins pour 10 000 habitants selon la province
Canada (2000 et 2005) ¹⁰**



Source : BDMS / ICIS

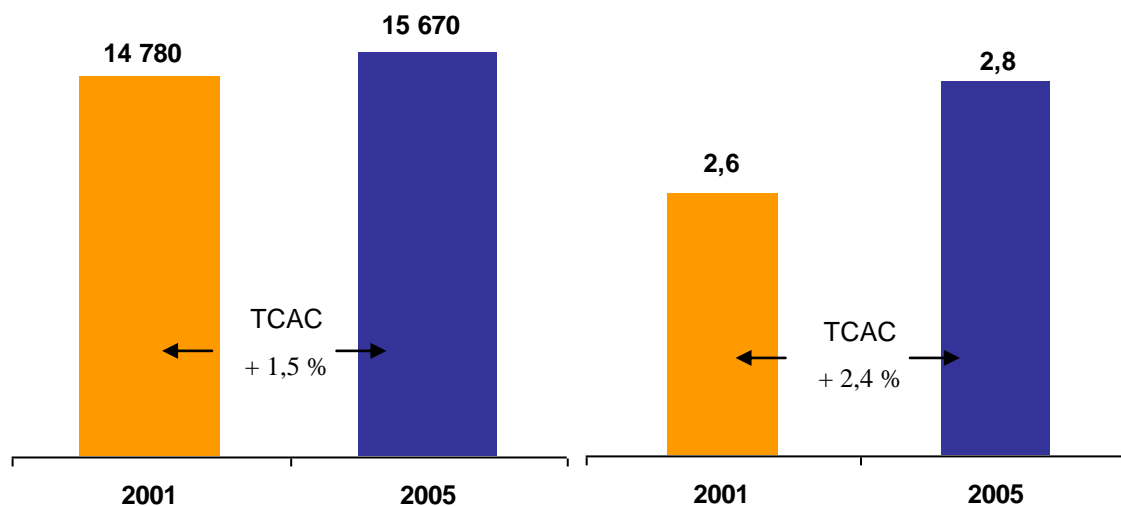
Le Québec comble lentement son retard accumulé au niveau de la rémunération des médecins

En effet, lorsque l'on compare le taux de croissance annuelle du nombre de médecins actifs¹¹ au Québec à celui du coût des services médicaux de 2001 à 2005, on observe une augmentation plus rapide des coûts. Le graphique 14 montre que le nombre de médecins a augmenté en moyenne de 1,5 % annuellement et l'ensemble des modes de rémunération a augmenté de 2,4 % au cours de la même période.

¹⁰ Un médecin, c'est quelqu'un qui exerce ou non en cabinet privé, à l'exclusion des internes et/ou résidents.

¹¹ Il s'agit des omnipraticiens et des spécialistes qui ont une entente avec la RAMQ ayant présenté au moins une demande de paiement durant l'année.

Graphique 14 : Évolution du nombre de médecins et de l'ensemble des modes de rémunération (milliards de \$ constants¹²; 2001 et 2005)



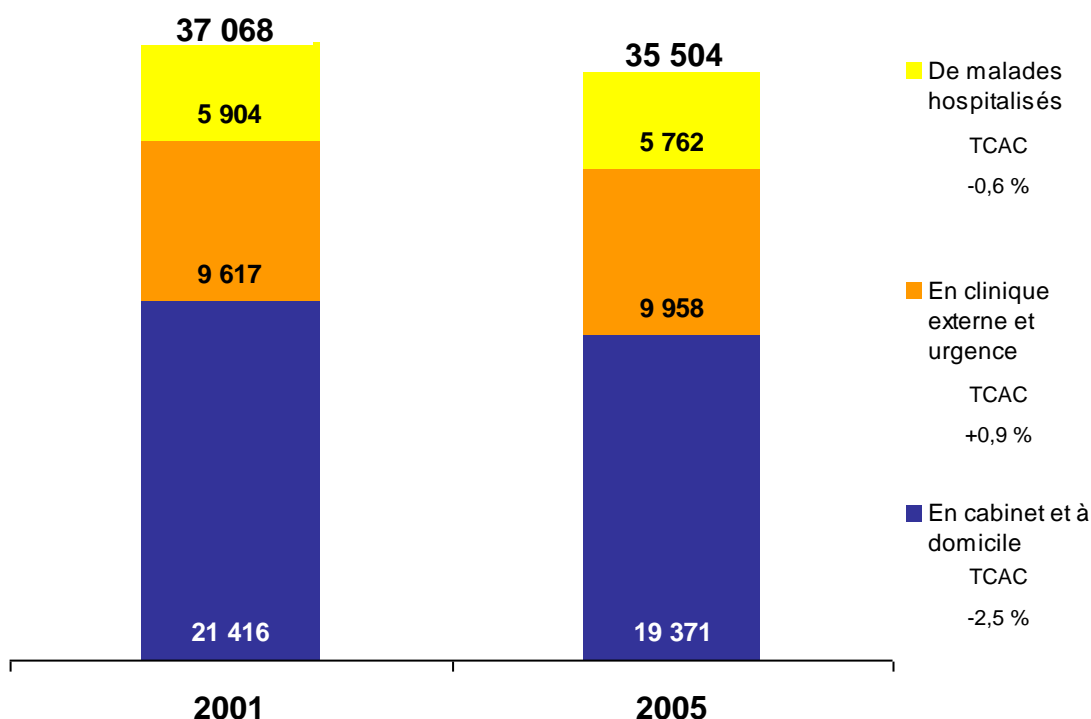
Source : RAMQ

Le nombre d'examens a diminué de 1,5 million en quatre ans

De 2001 à 2005, le Québec a connu une baisse significative du nombre d'examens médicaux effectués. Étant généralement le premier contact avec le système de santé, les examens revêtent une importance capitale dans l'offre de soins de santé. Ils sont nécessaires à l'établissement du diagnostic et du traitement, à l'appréciation du traitement en cours, ou l'observation de l'évolution de la maladie. On observe que le nombre d'examens rémunérés par la RAMQ est passé de 37 068 milliers d'examens en 2001 à 35 504 milliers d'examens en 2005, soit une baisse de 1 564 milliers d'examens en quatre ans. En 2001, les recours aux médecins pour un examen comptaient pour 65,3 % des actes rémunérés par la RAMQ, ils en représentent maintenant 61,6 %. En dépit de cette diminution globale, les examens en consultation externe et urgence dans un établissement hospitalier ont progressé de 0,9 % annuellement.

¹² 2001=100, indice de prix des soins de santé au Québec obtenu de ICIS.

Graphique 15 : Évolution du nombre d'examen en cabinet, en consultation externe et urgence, et de malades hospitalisés (milliers d'actes; 2001 et 2005)



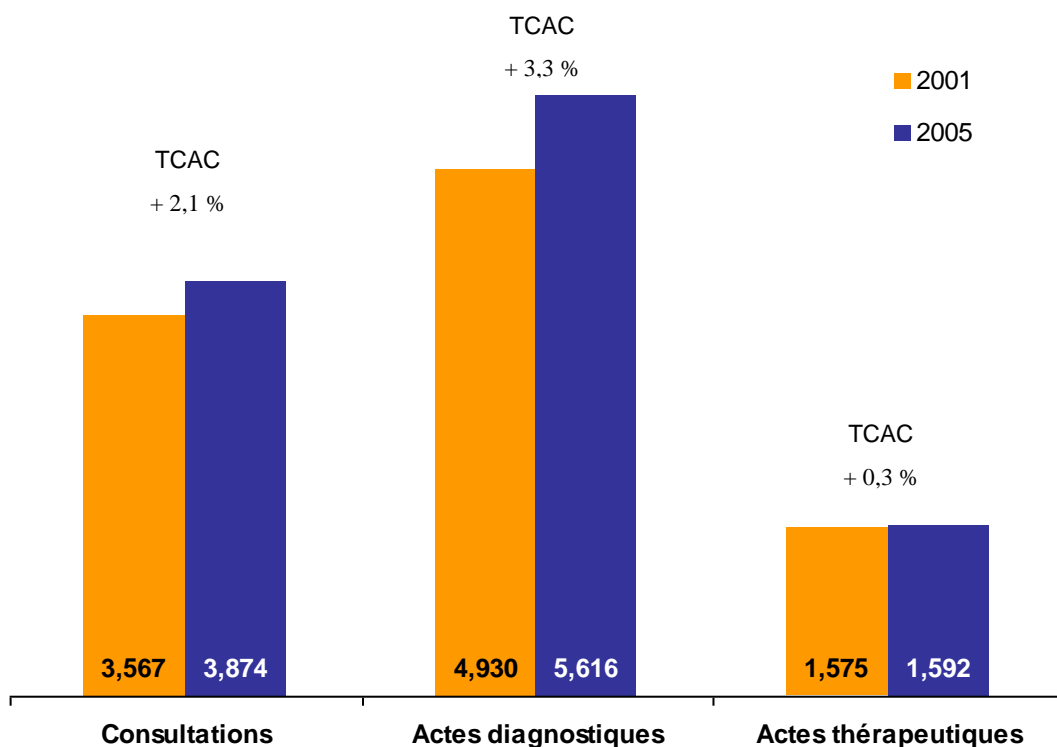
Note : Depuis 2001, les actes considérés comme des suppléments à un autre acte ne sont plus cumulés dans le nombre de services médicaux. Il y a donc un bris de séquence rendant les données à partir de 2001 non comparables à celles des années antérieures.

Source : RAMQ

L'intensité des services médicaux a augmenté

Lorsque l'on compare la croissance des examens médicaux à celle des autres services médicaux, on constate que le nombre total d'actes a augmenté. Ce sont les actes diagnostiques qui ont, pour les quatre dernières années considérées, augmenté le plus rapidement au Québec. La progression des consultations et des actes thérapeutiques, bien que plus faible que les actes diagnostiques, a aussi été significative sur la même période. De telle sorte que ces actes, qui représentaient 17,7 % des actes rémunérés par la RAMQ en 2001, en représentent maintenant 19,2 %. Compte tenu de la baisse du nombre d'examens, les données sur les consultations, les actes diagnostiques et les actes thérapeutiques suggèrent que l'intensité des services médicaux par cas traité a augmenté.

Graphique 16 : Évolution du nombre de consultations, d'actes diagnostiques et d'actes thérapeutiques rémunérés par la RAMQ (milliers d'actes; 2001 et 2005)



Note : Depuis 2001, les actes considérés comme des suppléments à un autre acte ne sont plus cumulés dans le nombre de services médicaux. Il y a donc un bris de séquence rendant les données à partir de 2001 non comparables à celles des années antérieures.

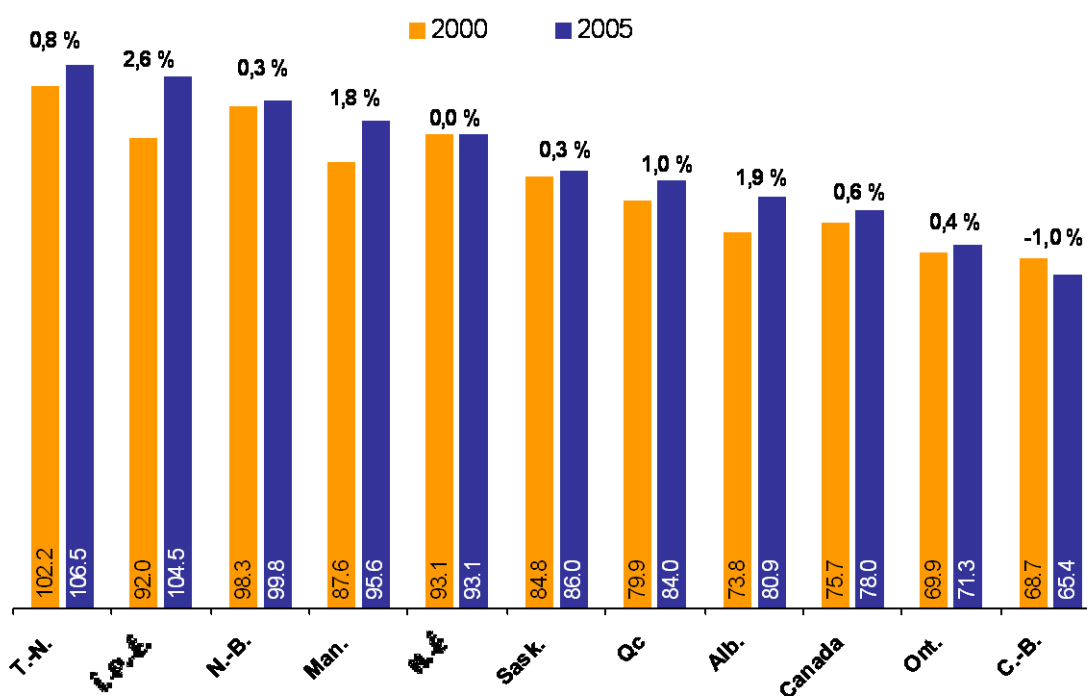
Source : RAMQ

Les infirmières

La densité de l'effectif infirmier au Québec enregistre une hausse

Le Québec figure au 7^e rang au niveau du nombre d'infirmières et infirmiers autorisés (IA) par 10 000 habitants et au 4^e rang au niveau de la croissance annuelle de ce ratio. Selon ICIS, entre 1999-2000 et 2004-2005, le nombre d'IA exerçant la profession a augmenté de 58 750 à 63 827 infirmières, soit une croissance annuelle par habitant de 1,0 %.

Graphique 17 : Nombre d'IA pour 10 000 habitants selon la province, Canada (2000 et 2005)



Note : Les données de l'ICIS ne s'accordent pas avec les données des provinces en raison de la période de collecte de l'ICIS, de l'élimination des doubles interprovinciaux et du nettoyage provincial des données en fin d'année.

Sources : BDIIA / ICIS

Les infirmières passent aux autres secteurs

Lorsque l'on compare la croissance de l'effectif infirmier travaillant au Québec à celle qui travaille dans le RSSS, on observe que le RSSS accuse un retard. En ce sens, les infirmières travaillant majoritairement dans les établissements du RSSS représentaient 86,4 % de l'ensemble des infirmières exerçant au Québec en 2000. Elles représentent maintenant 83,8 %.

2. État de la situation au Québec

Tableau 7 : Nombre et pourcentage d'infirmières exerçant la profession au Québec selon le secteur de l'employeur principal déclaré, au 31 mars (2000 et 2006)

Secteurs	Nombre d'infirmières				
	2000 N	2000 %	2006 N	2006 %	TCAC
• Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)	53 867	86,4	54 523	83,8	0,2 %
• Autres publics ¹	506	0,8	860	1,3	11,2 %
Secteur public	54 373	87,2	55 383	85,1	0,4 %
• Collège/cégep/université	937	1,5	1 445	2,2	9,0 %
• Clinique médicale	825	1,3	886	1,4	1,4 %
• Clinique de soins infirmiers	828	1,3	797	1,2	-0,8 %
• Agence privée de placement et soins infirmier	1 249	2,0	1 651	2,5	5,7 %
• Autres employeurs ²	4 160	6,7	4 898	7,5	3,3 %
Autres secteurs	7 999	12,8	9 677	14,9	3,9 %
Total	62 372	100,0	65 060	100,0	0,8 %

Note 1 : Inclut les organismes communautaires, les autres dans le secteur public et parapublic de la santé et des services sociaux, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS) et le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS).

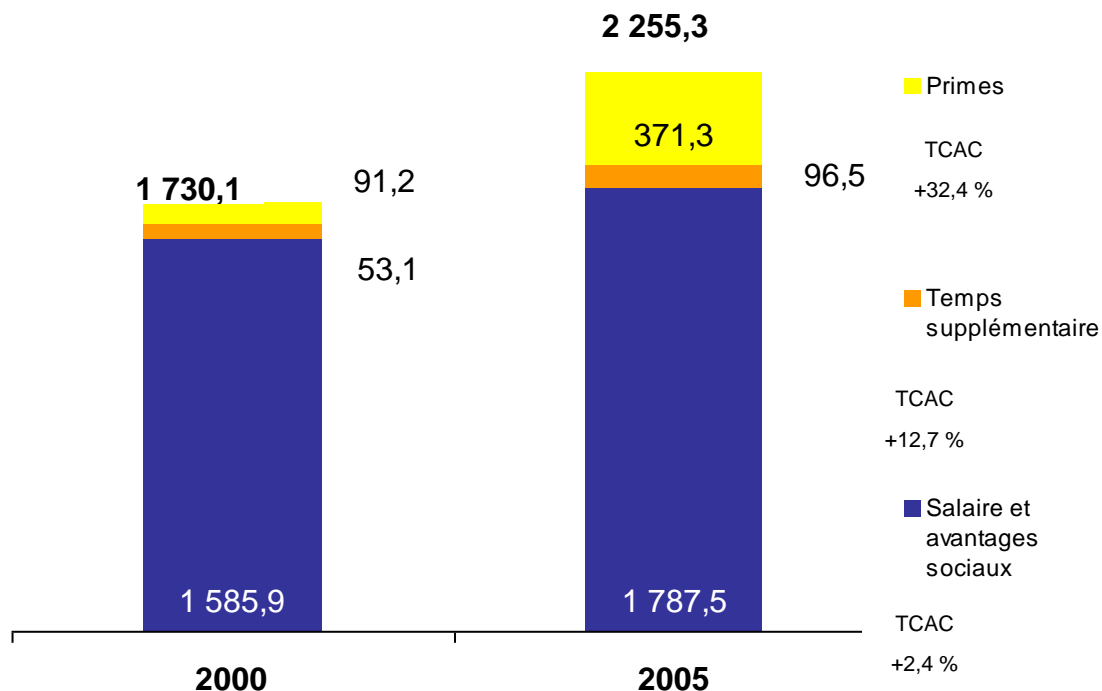
Note 2 : Inclut les résidences privées pour personnes âgées, compagnie pharmaceutique, centre de recherche, pharmacies, autres établissements d'enseignement, organismes religieux, etc.

Source : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Les conditions salariales des infirmières s'améliorent rapidement

L'augmentation des primes salariales et l'amélioration des conditions de travail dans le secteur public n'ont pas réussi à freiner l'exode des infirmières vers le secteur privé. En 2004-2005, les infirmières travaillant dans le RSSS ont reçu 2,3 milliards de dollars en rémunération, soit 1 787,5 millions de \$ en salaires et avantages sociaux et 371,3 millions de \$ en primes. De plus, près de 96,5 millions de dollars ont été versés aux infirmières pour du temps supplémentaire. En particulier, le graphique 18 indique que les montants versés en primes ont progressé beaucoup plus rapidement que les autres formes de rémunération depuis 1999-2000.

Graphique 18 : Évolution de la rémunération des infirmières travaillant majoritairement dans le RSSS (millions de \$ constants¹³; 2000 à 2005)



Source : MSSS

Il est utile de noter que les primes représentaient 5,3 % de la rémunération des infirmières en 2000, par contre elles représentaient 16,5 % du total en 2005. Les primes incluses dans les contrats sont nombreuses, mais parmi les plus importantes on retrouve : 1) les primes de soirs et de nuits; 2) les primes de fin de semaine; 3) les primes pour soins intensifs; 4) les primes d'heures brisées; 5) les primes d'isolement et d'éloignement. Par contre, soulignons que les primes versées aux infirmières ne sont pas liées à des critères de performance.

Au Québec, la situation d'emploi des infirmières s'est améliorée au cours de cette période. En fait, on constate une augmentation de l'emploi permanent et par le fait même, une diminution des travailleurs occasionnels et à temps partiel. Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, en 1999-2000, 84,3 % de l'effectif infirmier avait un emploi permanent, dont 50,9 % à temps complet et 33,4 % à temps partiel. En 2005-2006, 88,4 % des infirmières avait un emploi permanent, dont 55,8 % à temps complet et 32,6 % à temps partiel. Enfin, le taux d'infirmières ayant un emploi occasionnel à temps partiel est passé de 15,7 % à 11,6 % pour la même période.

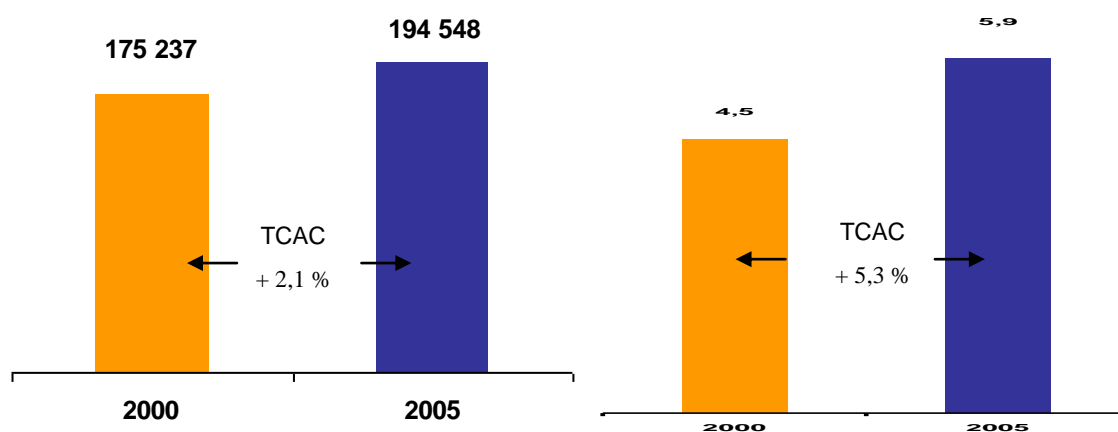
¹³ 2000=100, indice de prix des soins de santé au Québec obtenu de ICIS.

2.1.2 L'ensemble des professionnels de santé du RSSS

La rémunération des travailleurs du réseau socio-sanitaire

La rémunération augmente beaucoup plus rapidement que le nombre de travailleurs. Le nombre de personnes employées par le RSSS (excluant les infirmières) est passé de 175 237 personnes en 1999-2000 à 194 548 personnes en 2004-2005, soit une progression annuelle de 2,1 %. Au cours de la même période, le taux de croissance annuel de la masse salariale a été systématiquement plus élevé, soit une augmentation annuelle de 5,3 %.

Graphique 19 : Évolution du nombre d'emplois et la masse salariale du réseau socio-sanitaire (milliards de \$ constants¹⁴; 2000 et 2005)

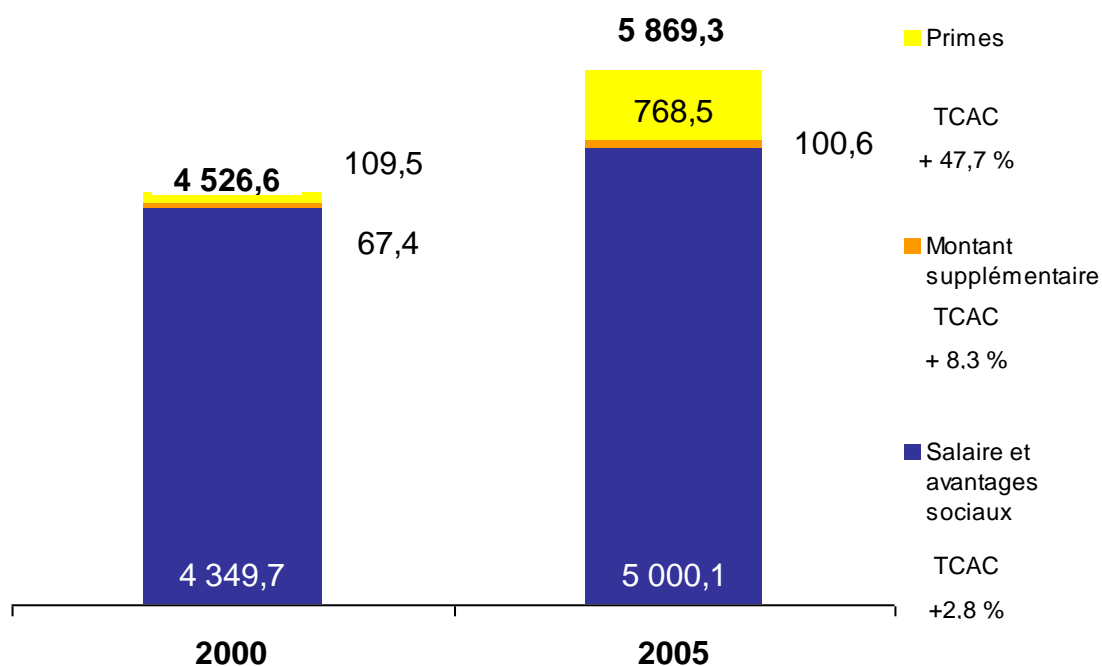


Source : MSSS

Par ailleurs, il ressort que la rémunération des travailleurs en santé (excluant les infirmières) au sein du RSSS a progressé rapidement de 2000 à 2005. Cette évolution est alimentée notamment par la croissance des primes, qui sont passées de 109 millions de \$ en 1999-2000 à 768,5 millions de \$ en 2004-2005, soit une augmentation annuelle de 47,7 %. En ce sens, les primes représentaient 2,4 % de la masse salariale en 1999-2000, elles représentent maintenant 13,1 %. Les primes versées à ces travailleurs ne sont pas liées à des critères de performance.

¹⁴ 2000=100, indice de prix des soins de santé au Québec obtenu de ICIS.

Graphique 20 : Évolution de la rémunération de l'ensemble du personnel travaillant majoritairement dans le RSSS, sauf les infirmières (millions de \$ constants¹⁵; 2000 à 2005)



Source : MSSS

Les congés des employés du réseau sont généreux

Malgré le sentiment généralisé que les employés du secteur de la santé travaillent trop, les employés du RSSS ont travaillé en moyenne 41,6 semaines en 2005. En plus, ils font en moyenne 35 heures supplémentaires par année. Ce qui porte le nombre moyen de semaines de congé à 10 semaines par année. Un régime plus que généreux comparativement à tous les autres secteurs de l'économie

¹⁵ 2000=100, indice de prix des soins de santé au Québec obtenu de ICIS.

2. État de la situation au Québec

Tableau 8 : Nombre de semaines travaillées au taux régulier et au taux supplémentaire par équivalent temps complet, selon la profession (2003 et 2005)

Catégories	Moyenne annuelle en semaines de 35 heures			Moyenne pondérée en semaines de 35 heures		
	2002-2003			2004-2005		
	taux régulier	taux suppl.	total	taux régulier	taux suppl.	total
Professionnels	41,30	0,70	42,01	40,90	0,80	41,70
Infirmière bachelière	40,83	1,46	42,28	40,89	1,53	42,42
Infirmière	40,43	1,91	42,34	40,69	1,99	42,68
Techniciens	42,17	1,06	43,24	41,90	1,12	43,02
Assistant-techniciens	41,26	0,75	42,00	41,32	0,87	42,19
Employés de bureau	41,16	0,52	41,68	41,13	0,57	41,70
Personnel auxiliaire	45,05	0,50	45,55	45,05	0,59	45,64
Stagiaires et étudiants	47,03	0,20	47,23	47,88	0,31	48,20
Moyenne pondérée	41,68	0,98	42,66	41,65	1,07	42,72
Écart type	2,53	1,72	2,74	2,14	1,58	2,77

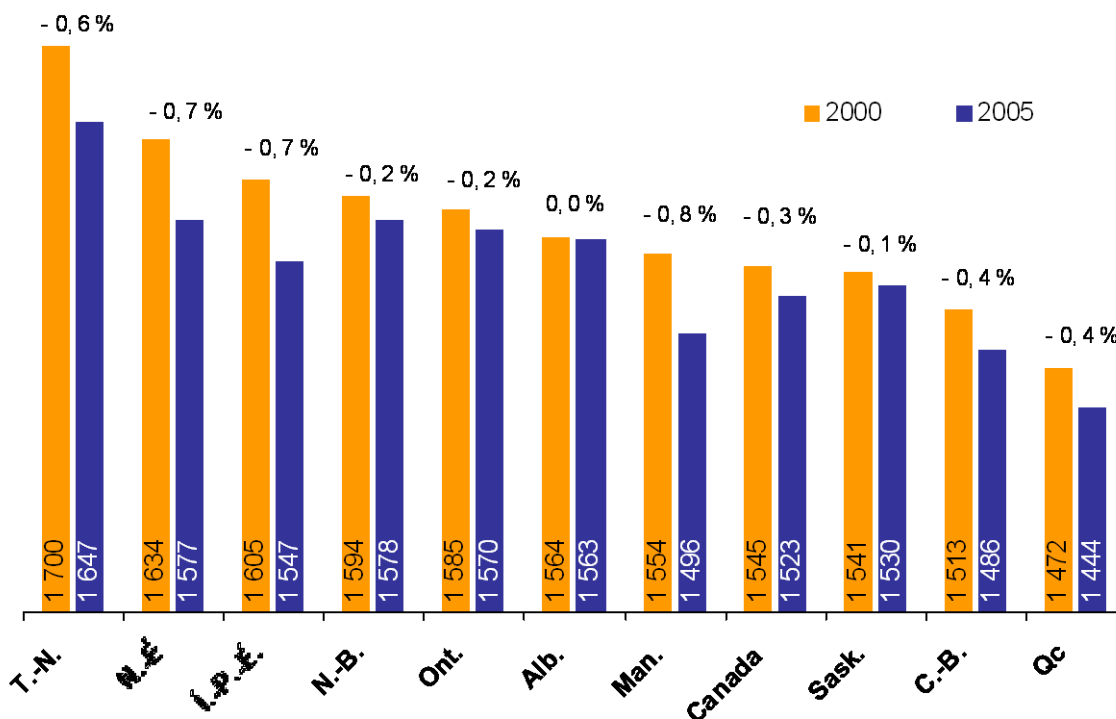
Note : Depuis 2002-2003, il y a eu changement dans la méthodologie utilisée pour calculer les employés à temps complet. Il y a donc un bris de séquence rendant les données à partir de 2002-2003 non comparables à celles des années antérieures.

Source : MSSS

C'est au Québec que les employés publics en santé travaillent le moins

Entre 1999 et 2005, dans l'ensemble des provinces, la moyenne annuelle d'heures travaillées par employé travaillant dans le domaine de la santé a diminué. Le graphique 21 montre que les moyennes les plus élevées se trouvent dans la région atlantique, et le Québec présente la moyenne la plus basse.

Graphique 21 : Évolution de la moyenne annuelle d'heures travaillées dans le domaine de la santé selon la province, Canada (2000 et 2005)



Source : Statistique Canada

2.2 LA PRODUCTIVITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS

Selon l'analyse comparative des données macro du chapitre 1, le nombre de cas traités par millier d'habitants au Québec décroît régulièrement depuis les quinze dernières années. Cette donnée est inquiétante compte tenu des multiples réformes qui ont été effectuées dans le système et de l'augmentation régulière des dépenses de santé. Certains allèguent que c'est parce que les cas traités sont de plus en plus complexes et donc qu'ils exigent plus de ressources. D'autres croient que c'est la qualité offerte qui est plus élevée.

Afin de clarifier la question de la productivité du système au Québec, cette section reprend sommairement les conclusions d'une analyse de la productivité en santé au Québec, à paraître en 2007, réalisée par Claude Montmarquette et François Vaillancourt et leur équipe de l'Université de Montréal.

2.2.1 La mesure de la productivité en santé

Mesurer la productivité des acteurs dans l'économie n'est pas un exercice facile, même si en théorie on sait comment faire. Si on parle de la productivité totale des facteurs de production, il s'agit simplement de calculer le ratio de l'output sur l'ensemble des inputs. Dans le secteur public, et en particulier en santé, l'ensemble des services offerts n'a pas de

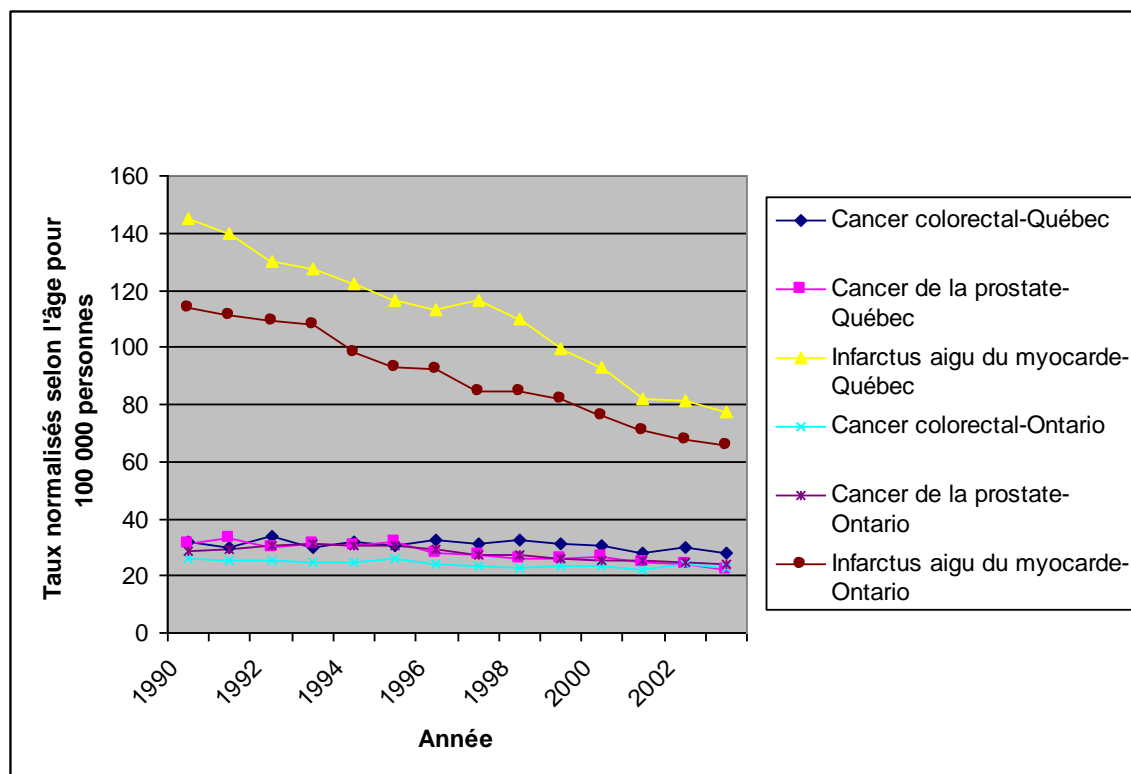
prix de marché, et la structure des coûts n'est pas toujours disponible. Mesurer la productivité en santé revient à comparer les bénéfices du système de santé aux coûts réels ou les inputs physiques soutenant le système. Plusieurs outputs sont indentifiables comme le nombre de patients traités dans les hôpitaux par catégorie de maladie, la longueur des listes d'attente, la longueur des hospitalisations etc. Toutefois aucune de ces mesures n'est complète et exacte. Plusieurs facteurs qui échappent au contrôle du système de santé influent sur ces mesures. Par exemple, le vieillissement de la population peut rendre plus difficile l'octroi de soins efficaces.

Les mesures de rendement (« *output* ») utilisées dans cette analyse n'incluent aucune correction pour la qualité des services offerts, faute d'information sur la qualité des services ou d'information sur les liens directs au bien-être collectif de l'utilisation de ces services. Pour pallier cette lacune, l'étude présente quelques résultats (« *outcomes* ») de santé pertinents pour donner une information contextuelle de la productivité du système de santé. Plus précisément, les auteurs comparent l'évolution des taux de mortalité infantile, d'espérance de vie et de mortalité par certaines causes de décès de l'Ontario et du Québec. En plus, elle compare, pour ces provinces, l'évolution des temps d'attente médian entre la référence d'un médecin généraliste et le traitement pour une dizaine de traitements. Ce dernier item n'est pas exactement un *outcome* ni un *output*, mais le temps d'attente pour obtenir un traitement est sans aucun doute lié à la qualité du système.

2.2.2 L'évolution de la santé

L'analyse des indicateurs de santé révèle une amélioration dans les deux provinces. Le cas de la diminution de la mortalité due à certaines maladies illustrée dans le graphique suivant est typique des autres données analysées par les deux auteurs. La mortalité est plus élevée au Québec qu'en Ontario, elle diminue régulièrement dans les deux provinces et avec le temps les taux du Québec se rapprochent des taux Ontariens.

Graphique 22 : Mortalité selon certaines causes de décès, hommes, provinces de l'Ontario et du Québec, 1990-2003

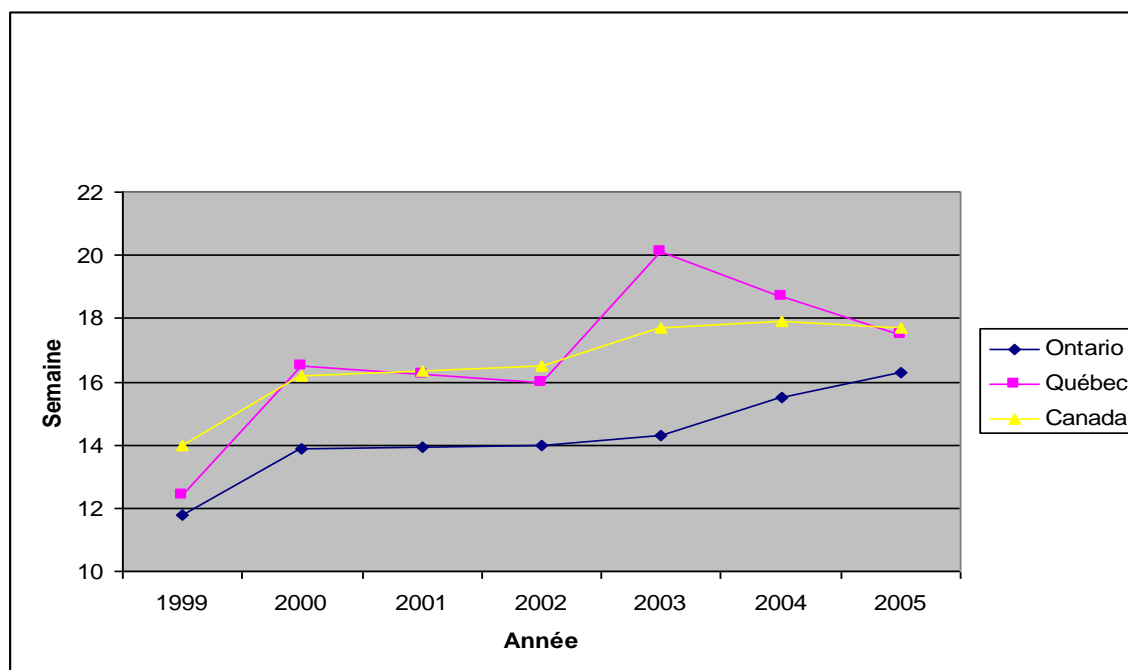


Source : CANSIM : Tableau 102-0126 et Tableau 102-0026

Le Québec durant cette période s'est généralement rapproché des indicateurs de l'Ontario. Bref, il y a une indication que dans les **deux provinces la qualité des soins a probablement augmenté et que le Québec rattrape son retard** sur l'Ontario dans certains cas. Par contre, il est difficile de savoir exactement à quel degré les services de santé des systèmes publics ont pu influencer les *outcomes* comparé aux autres facteurs qui influencent la santé des individus.

En outre, le temps d'attente au Canada continue d'augmenter année après année. L'augmentation du temps d'attente médian au Québec est plus marqué qu'en Ontario, 41,13 % versus 38,14 % pour la période de 1999-2005. L'écart entre le Québec et l'Ontario est une fois de plus remarquable. Encore une fois, le Québec semble être sur le point de revenir sous la moyenne canadienne et se rapproche de l'Ontario. **L'augmentation du temps d'attente nous montre qu'il n'est pas évident que les services de santé soient plus productifs grâce à la qualité.** L'augmentation de la qualité fait en sorte que ces soins nécessitent plus de ressources et pourraient faire en sorte d'exclure un plus grand nombre de gens comme l'indique une plus longue liste d'attente.

Graphique 23 : Temps d'attente médian de la référence d'un médecin généraliste jusqu'au traitement en termes de semaine, provinces et Canada, 1999-2005



Source : Fraser Institute: *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada, 1998-2006*

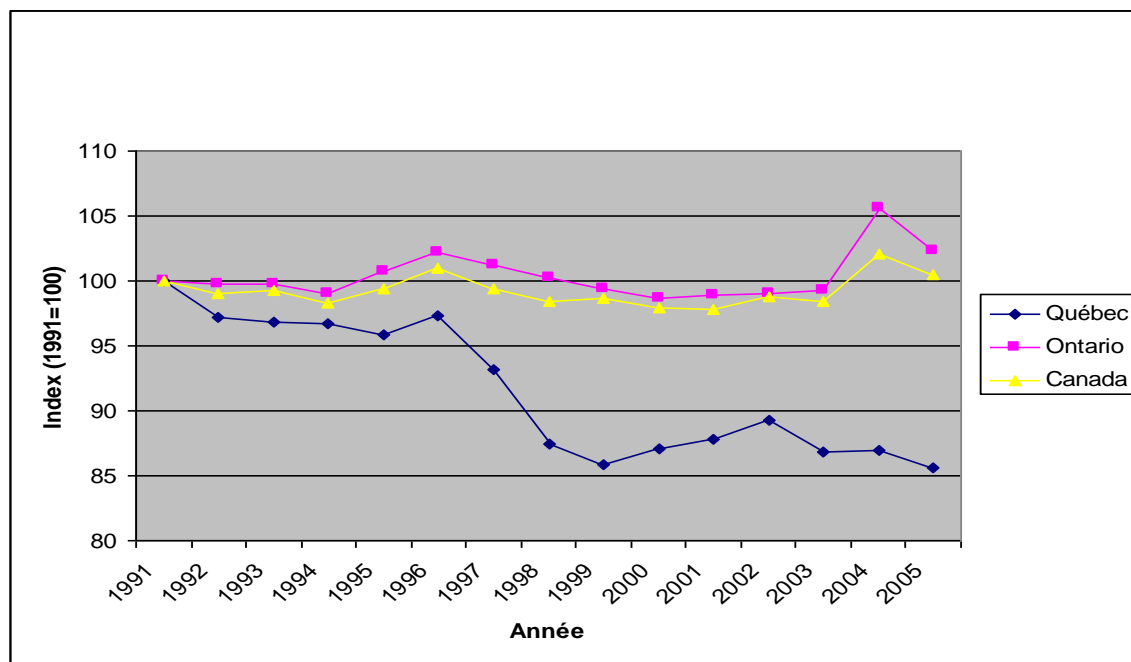
2.2.3 L'évolution de la productivité

Afin de présenter une image globale de la productivité totale des systèmes de santé, les chercheurs ont essayé de construire un *cost-weighted index* de la productivité compte tenu du problème que pose $output=input$ dans la comptabilité nationale. Pour mesurer la productivité, nous devons faire le ratio de deux volumes, le volume d'*output* et le volume des *inputs*. Ici, ils ont utilisé un indice de prix de la santé obtenu de CANSIM pour dégonfler la série des dépenses et obtenir un volume d'*output*. Pour le volume des *inputs*, ils ont adopté la suggestion de Pritchard (2003) et ont obtenu le volume des *inputs* en dégonflant les dépenses de santé par des indices de prix qui mesurent les changements de prix des items achetés¹⁶. L'idée est de faire ce calcul au niveau le plus désagrégé possible et ensuite de faire une moyenne pondérée pour créer un indice plus complet.

Les chercheurs admettent que cette tentative de mesurer la productivité globale est fragile. Il leur a été impossible d'obtenir les vrais changements de prix et de quantités nécessaires à une vraie mesure du volume des *outputs* et des *inputs*. Ils réalisent que le choix d'utiliser l'indice de prix de la santé pour obtenir le volume d'*output* est contestable et il est fort possible qu'il en résulte une mesure très imprécise du volume d'*output*.

¹⁶ Pritchard, A. "Understanding government output and productivity". *Economic Trends*, July 2003, pp.27-39.

Graphique 24 : Indice pondéré par les coûts de la productivité du système de santé public, provinces et Canada, 1991-2005



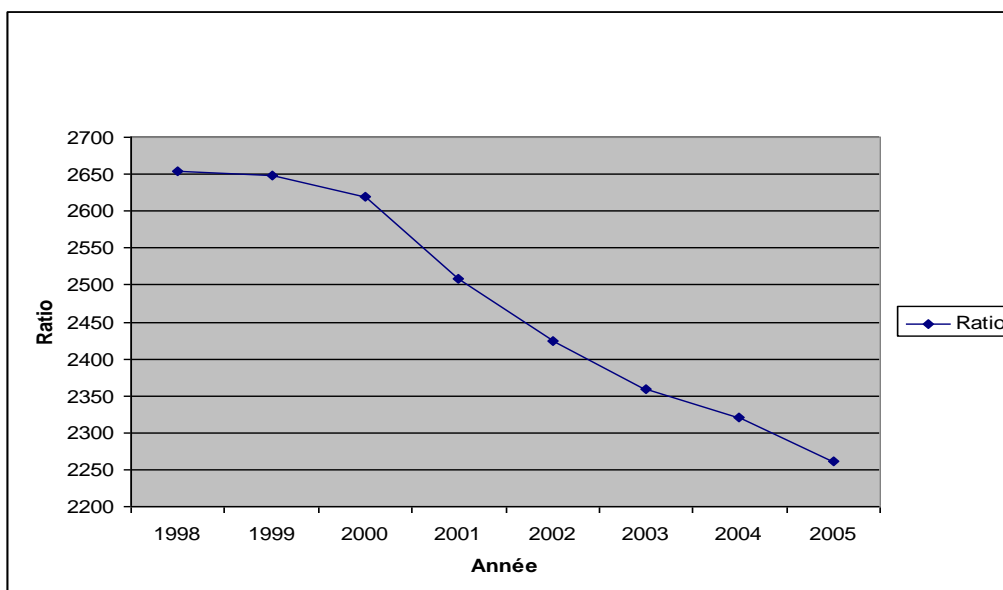
Source : ICIS : Base de données sur les dépenses de santé, CANSIM : Tableau 326-0002 (IPC santé et médicaments), Tableau 384-0036 (dégonfleur capital), Tableau 281-0039 (dégonfleur rémunération santé et rémunération administration publique)

Sur cette base, le graphique 24 indique que la productivité du système de santé québécois a baissé durant la période de 1991 à 2005 et que celle de l'Ontario est restée stable et même a faiblement augmenté. En analysant le contenu de cet indice nous pouvons voir que les prix n'ont pas augmenté aussi rapidement au Québec qu'en Ontario ce qui fait en sorte que la productivité semble baisser. Or comme les *outputs* se font dégonfler plus rapidement que les *inputs* au Québec, nous avons des *outputs* qui deviennent de plus en plus petit et des *inputs* qui se maintiennent.

2.2.4 L'évolution des indicateurs de productivité propre au Québec

Dans cette section, l'analyse porte sur des indicateurs moins globaux de productivité, mais plus précis que ceux présentés dans la section précédente. Seuls quelques indicateurs sont présentés ici mais ils résument bien la tendance générale de la productivité en santé au Québec.

Graphique 25 : Nombre d'examens médicaux sur le nombre total de médecins, 1998-2005

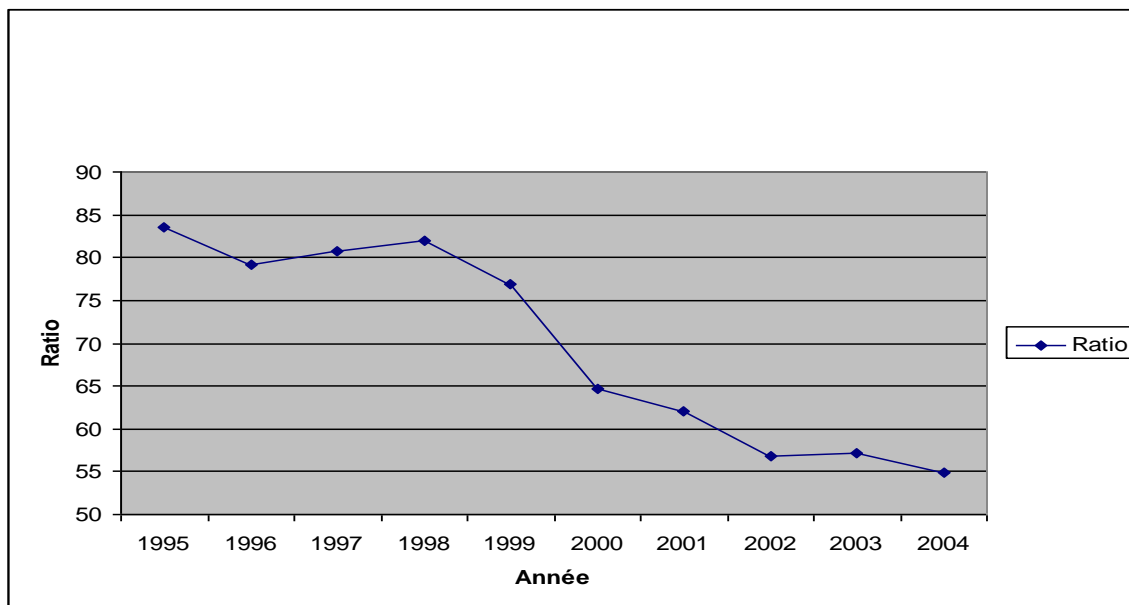


Source : RAMQ : Tableau SM.20 1998-2005, MSSS : Éco-Santé 2006 : Services sociosanitaires, Ressources humaines

L'indice de productivité, présenté dans le graphique 25, utilise le nombre total de médecins obtenu du MSSS. Ce nombre inclut les omnipraticiens, les médecins spécialistes, les chirurgiens et également les radiologistes. Il est fort possible que cet agrégat soit trop large et que plusieurs de ces médecins ne font pas d'examens médicaux. Malheureusement, nous ne pouvons savoir exactement le nombre de médecins qui ont effectué des examens médicaux. Le graphique 25 est sans équivoque sur le fait que le nombre d'examens par médecin baisse à chaque année pour la période étudiée. En effet, la productivité a baissé de 14,8 % de 1998 à 2005. Au cours de cette période, le nombre d'examens a baissé alors que le nombre de médecins a augmenté de 11,22 %, ce qui explique la chute de productivité.

L'indicateur présenté dans le graphique 26 donne le nombre d'hospitalisations par million de dollars réels dépensés. Ce nombre diminue sur l'ensemble de la période 1995-2004. En effet, le nombre d'hospitalisations par dépenses réelles en millions en soins hospitaliers et médicaux chute de 34,17 %. Ceci s'explique par la baisse du nombre d'hospitalisations de 15,48 % et la hausse des dépenses réelles de 28,38 % sur la période étudiée.

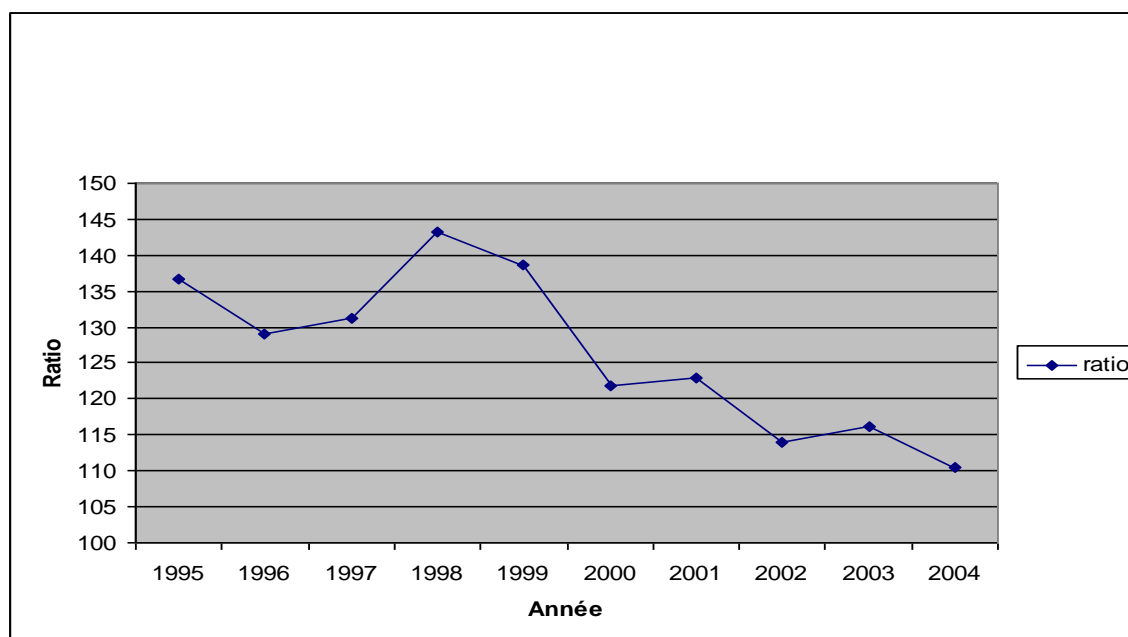
Graphique 26 : Nombre d'hospitalisations sur les dépenses publiques réelles en soins hospitaliers et soins médicaux en millions de dollars, 1995-2004



Source : MSSS : Éco-Santé 2006 : Morbidité hospitalière, CANSIM : Tableau 385-0002 (Dépenses), Tableau 384-0036 (Dégonfleur)

L'output utilisé dans le graphique 27 inclut les opérations, les actes de diagnostics et thérapeutiques dans le milieu hospitalier. Selon les données, pour la période de 1994-2005, la productivité baisse de 19,19 %. Dans ce cas-ci, l'output ne baisse pas. En fait, le nombre d'actes totaux a augmenté de 3,74 % sur la période. Nous savons que les dépenses ont augmenté rapidement, ce qui explique la baisse de productivité observée. Cet indicateur est probablement très sensible à la qualité, car plusieurs opérations spécialisées, ainsi que les diagnostics doivent bénéficier des avancements technologiques. Il est donc plus difficile de savoir à quel point la productivité réelle a baissé dans ce contexte.

Graphique 27 : Nombre d'actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux sur les dépenses publiques réelles en soins hospitaliers et soins médicaux en millions de dollars, 1995-2004



Source : MSSS : *Éco-Santé 2006 : Morbidité hospitalière*, CANSIM : *Tableau 385-0002 (Dépenses)*, *Tableau 384-0036 (Dégonfleur)*

Selon les travaux de Montmarquette, Vaillancourt et leur équipe, les indicateurs sont sans équivoques : « l'évolution dans le temps de la productivité en santé au cours des dix dernières années est négative ». Comment expliquer la baisse des indicateurs précis dans les services comme les chirurgies ou même des actes médicaux assez banale comme des examens de routine? Il est bien connu que le temps d'attente pour obtenir des traitements ne cesse d'augmenter au Québec et que plusieurs personnes ont d'énorme difficulté à se trouver des médecins de famille. Il semble donc illogique que le nombre de médecins augmente mais que le nombre de traitements n'augmente pas à son tour. Il est vrai que le vieillissement et la féminisation des médecins ont un impact important sur le nombre d'heures travaillées et qui explique en partie une baisse de services offerts par médecin qui travaille. Mais, est-ce que cela peut expliquer en majeure partie la baisse de productivité ou est-ce qu'il y a d'autres facteurs? Est-ce que la baisse de productivité est due à un manque d'infrastructures ou d'équipements? Est-ce que la croissance du nombre de médecins compense pour la baisse d'heures travaillées par médecin? Serions-nous dans une situation de rendements décroissants où il y a trop de main d'œuvre et pas assez de capital? S'agit-il d'un problème d'organisation et de flexibilité du travail? Est-ce le résultat d'une politique de rationnement? Or, même les indicateurs qui utilisent les dépenses pour les infrastructures hospitalières ou pour les autres établissements ne semblent pas afficher un bilan positif. Il est clair que l'image véhiculée par les indicateurs retenus pour apprécier la productivité du secteur de la santé n'est pas reluisante.

2.3 LES MÉCANISMES DE GOUVERNANCE AU QUÉBEC

Malgré les injections importantes de fonds dans la santé au cours des dernières années, il n'y a pas eu d'augmentation de la productivité. Les données montrent aussi que d'autres pays parviennent, avec des dépenses de santé équivalentes, à traiter plus de cas qu'au Québec. Alors, est-ce possible que la problématique se situe au niveau de la manière dont les services sont organisés?

Le rapport de l'OCDE sur la performance des systèmes de santé ne mentionnait-il pas que « Ce n'est pas simplement en réduisant les coûts mais en changeant la manière de dépenser que l'on pourra améliorer l'efficacité »¹⁷?

Cette section examine l'organisation du système de santé québécois et ses mécanismes de gouvernance, soit la planification, l'incitation, le contrôle et l'évaluation de la performance.

2.3.1 Description de l'organisation du système

Le système de santé du Québec est fortement intégré. Il est constitué du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de 12 organismes administratifs, 19 agences de santé, 95 Centre de Santé et Services Sociaux (CSSS) et quatre Réseau Universitaires de santé (RUIS).

La MSSS a pour mission d'établir les priorités et d'orienter les services (santé, sociaux et santé publique). Il veille à leur mise en œuvre dans le réseau et évalue les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. Les 12 organismes exercent des responsabilités strictement administratives. La Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) fait partie de ces organismes. Les 18 agences sont responsables de la coordination et la mise en place des services; de la répartition du financement et des ressources humaines; et de fournir les services régionaux de santé publique. Les Hôpitaux généraux (CH), le CH de longue durée (CHSLD) et les centres locaux de services communautaires (CLSC) ont récemment été fusionnés afin de former 95 Centre de santé et services sociaux (CSSS) qui cumulent les missions de ces trois types d'organisation. Enfin, les quatre réseaux de santé universitaires fournissent les services spécialisés et sur spécialisés à l'ensemble du Québec.

La prise de décision sur l'organisation des services, la budgétisation, la répartition des fonds et les négociations avec les syndicats et les fédérations des médecins sont toutes des tâches centralisées au niveau du ministère. Toutes les autres organisations mettent en œuvre ce qui a été décidé au ministère.

Le MSSS perçoit le système comme étant décentralisé puisque chaque CSSS a son propre conseil d'administration et une certaine latitude au niveau de leur gestion budgétaire. Mais dans les faits, les leviers dont disposent les administrateurs pour améliorer leur performance sont bien minces puisque les médecins ne travaillent pas pour les CH, ce sont des travailleurs autonomes qui reçoivent leur rémunération de la RAMQ, et que les

¹⁷ OCDE, 2004.

conditions de travail sont en majeure partie négociées centralement. Donc, ils ne décident ni des mécanismes de rémunération et d'incitation, ni de la répartition du travail.

Comparativement aux systèmes de santé analysés dans les chapitres suivants¹⁸, le système de santé du Québec est intégré et centralisé.

La création de Groupe de médecine familiale (GMF)

En 2002-2003, le gouvernement a démarré la création des GMF. Ces organisations avaient pour objet d'améliorer l'accessibilité aux médecins de famille en favorisant une prise en charge plus efficace des individus. L'implantation des GMF s'est poursuivie au cours des années suivantes de sorte qu'en août 2007, il y avait 137 GMF accrédités. Le GMF est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille auprès de personnes inscrites. Le médecin de famille appartenant à un groupe est aussi en relation avec d'autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux dans (CSSS), les centres hospitaliers, les pharmacies communautaires, etc.

Cette stratégie s'inscrit dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins et de la productivité des prestataires. L'objectif en soit est le bon. Toutefois, le mode de rémunération du médecin n'ayant pas changé, il est payé à l'acte, il n'a pour l'instant aucun incitatif à changer ses pratiques. En fait, le paiement à l'acte l'incite plutôt à limiter son intervention à un geste précis plutôt que d'avoir une approche de gestion de la santé de l'individu. La prise en charge des individus demeure donc un vœu pieu et il ya peu d'évidences que les patients ont senti une différence dans la prestation de leur médecin de famille avant et après les GMF.

Le rapport annuel de gestion de 2002-2003 du MSSS spécifiait que la réorganisation du système n'avait pas permis de changer certains éléments structurants du système et d'adapter les leviers essentiels favorisant une organisation de services performants.¹⁹ Parmi les éléments structurants, le rapport notait : le mode de rémunération des médecins et l'organisation de la pratique médicale; l'allocation budgétaire en fonction des budgets historiques et les systèmes d'information inadéquats. Des éléments qui demeurent tous en 2007 à peu près inchangés.

La fusion des établissements

La fusion des établissements pour former des réseaux intégrés de services avait pour objet d'offrir à la population un continuum de services au sein d'une même organisation et d'ainsi simplifier l'accès aux services pour le patient. Le ministère a donné la responsabilité aux CSSS en collaboration avec les autres établissements fusionnés de rendre opérable ce continuum de services. Ensemble, ils ont une responsabilité populationnelle et doivent rendre disponible une gamme de services diversifiés et hiérarchisés comptant des actions de prévention, de soutien et de traitement.

¹⁸ Les modèles d'organisation des 18 pays analysés sont décrits dans les fiches descriptives des mécanismes des systèmes de santé des pays de l'OCDE en annexe.

¹⁹ Rapport annuel de gestion 2002-2003, MSSS

2. État de la situation au Québec

Cette initiative a été mise en œuvre en 2004²⁰. La multidisciplinarité et la responsabilisation populationnelle des centres hospitaliers sont des objectifs souhaitables et en lien avec les tendances observées dans le monde. Les évidences sur l'amélioration de l'état de santé des patients (malades chroniques) pris en charge par un réseau de santé intégré sont nombreuses. Toutefois, le gouvernement a peu de levier pour rendre effectif cet objectif. Si bien qu'en 2007, la fusion des établissements est strictement administrative et une majorité d'établissements continue à travailler en silo même s'ils font partie d'un réseau. L'obtention des bénéfices d'une réelle fusion est ralentie par :

- L'absence d'incitatifs à travailler en équipe;
- L'absence d'incitatifs à déléguer des tâches ou à prendre en charge la santé des malades dont les conditions sont complexes (ou la présence d'incitatifs à ne pas le faire);
- L'absence d'incitatifs à prendre en charge la responsabilité d'une population;
- L'insuffisance de systèmes d'information capables de communiquer les données cliniques d'un centre à l'autre à l'intérieur du même réseau.

2.3.2 La planification

Tous les quatre ou cinq ans, le MSSS publie son plan stratégique pour les quatre ou cinq prochaines années. Chaque organisation du système effectue le même exercice en fonction des objectifs et des indicateurs suivis spécifiés dans le plan du MSSS.

La planification est un processus dans le cadre duquel une organisation détermine sa vision, se fixe des objectifs dans le temps et détermine les stratégies par lesquelles elle compte les atteindre. Un bon plan tient compte de l'état de la situation interne à l'organisation et de celle externe à son organisation qui peut avoir un impact sur ses activités. Si l'organisation n'a pas les ressources requises pour mettre en œuvre le plan, elle doit spécifier comment elle compte les obtenir. À chaque objectif, sont associées des stratégies, des indicateurs de résultat, des responsables de leur mise en œuvre et des échéanciers.

Le plan actuel du MSSS vise la résolution de quatre grands enjeux²¹ :

1. Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes;
2. L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et d'une plus grande continuité des services particulièrement pour la clientèle la plus vulnérable;
3. L'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services;
4. La gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux.

²⁰ Rapport annuel de gestion 2004-2005 du MSSS

²¹ Plan stratégique 2005-2010, MSSS, p.35

2. État de la situation au Québec

Les enjeux prioritaires du gouvernement sont clairement établis. Ils visent l'organisation des services. Pour être efficace, ils devraient être liés à la mission du système c'est-à-dire améliorer la santé des individus et la réactivité du système. Dans ce cas, les enjeux seraient : réduire l'incidence de maladies évitables; améliorer la réactivité du système aux besoins des malades chroniques; réduire les cas d'infection dans les établissements et éliminer les déficits.

Puisque les enjeux sont des stratégies, la grande majorité des indicateurs mesurent le rythme avec lequel les organisations mettent en place les stratégies élaborées centralement. Par exemple, le premier enjeu qui vise les actions efficaces en amont des problèmes a pour indicateurs : le dépôt d'une stratégie de prévention, le taux de couverture vaccinale et le volume de test de dépistage. Ces indicateurs mettent l'accent sur la stratégie plutôt que sur le résultat souhaité. L'objectif de la prévention est de réduire l'incidence de la maladie. Les indicateurs devraient donc mesurer la réduction de l'incidence de nouveaux cas, par exemple de cas d'hépatite si les vaccins sont pour éviter cette maladie.

Il en est de même pour l'amélioration de la prise en charge, l'enjeu numéro deux. Les indicateurs suivis sont le nombre de GMF implantés, le pourcentage de la population inscrite, le nombre de cas traités et le nombre de territoires ayant implanté les programmes de gestion des maladies chroniques. Là encore, les indicateurs mesurent l'avancement de la mise en œuvre de la stratégie. L'enjeu devrait être d'améliorer l'état des malades chroniques et la réactivité du système. En mesurant le nombre d'actes, on ne connaît pas si les actes sont les bons. Dans les faits, si les patients qui reviennent sont toujours les mêmes c'est parce que les interventions ne sont pas les bonnes. Les indicateurs devraient être liés à l'incidence de complications chez les malades chroniques et le délai entre le moment où le problème s'est fait sentir et le moment où il a été géré.

Les indicateurs proposés par le MSSS évaluent le pourcentage de réalisation des stratégies qu'il a élaboré. Cette pratique est inefficace pour deux raisons : (1) il n'y a aucun mécanisme qui évalue l'efficacité des stratégies à résoudre les problèmes. Donc on ne remet pas en question les stratégies ou la manière dont elles sont mises en œuvre. Et (2), On impose les actions prioritaire aux CSSS. Ainsi, par exemple, les hôpitaux dont la qualité de l'air est bonne doivent prioritairement mettre en place un programme d'amélioration de la qualité de l'air alors que leurs problèmes sont ailleurs.

2.3.3 Les mécanismes d'incitation

Les mécanismes d'incitation sont des avantages, généralement économiques, offerts pour encourager les individus ou les organisations à orienter leurs dépenses, leurs efforts, leurs investissements ou leur production vers des objectifs précis.

Incitation des médecins

À chaque mécanisme de rémunération sont associés des incitatifs implicites. Au Québec, les médecins généralistes sont rémunérés à l'acte et la majorité des spécialistes aussi. Ce système de rémunération encourage la multiplication des actes. C'est en partie ce qui

explique la quantité élevée de visites²² des médecins du Québec comparativement au reste du monde (section 1.1). Les principaux désavantages de cette méthode sont l'absence d'emphase sur la qualité des interventions et la pression exercée sur les coûts. Au niveau de la pression sur les coûts, le gouvernement contrôle leur évolution en imposant des quotas. La décroissance des actes chirurgicaux, des sorties d'hôpitaux et le nombre de visites médicales est une conséquence directe de ce type de politiques. En outre, le paiement à l'acte décourage la prise en charge et la multidisciplinarité, deux objectifs du ministère. Les incitatifs économiques des médecins sont donc incompatibles avec les objectifs du MSSS.

Incitatifs aux centres de santé

Au Québec, les budgets des CSSS sont déterminés sur une base historique plus une allocation compte tenu des nouveaux programmes et des augmentations de coûts des ressources. Il n'y a pas de lien entre le coût et le nombre de cas traités dans une organisation donnée et le budget qu'il reçoit. Il n'y a également pas de différence entre le CSSS qui gère bien son budget et celui qui le gère mal. En fait, celui qui le gère bien risque de voir son budget croître à un rythme inférieur que celui qui le gère mal. Les administrateurs n'ont aucun bénéfice à mieux contrôler le budget. Il n'y a pas d'incitation à la performance, ou à faire plus avec les moyens donnés. D'ailleurs, il n'y a pas de conséquences lorsque le CSSS accuse un déficit d'exploitation. Les déficits d'exploitation accumulés sont positifs depuis plusieurs années, si bien que la dette accumulée à cause de ces déficits s'élevait à 3,8 milliards \$ en 2006 malgré que le MSSS se donne depuis plusieurs années pour objectif de contrôler les budgets.

Les mécanismes de détermination des budgets hospitaliers ont changé en 2004-2005. Le MSSS a entamé un processus de transition vers un nouveau mode d'allocation des ressources financières, établi à partir des caractéristiques populationnelles. Les budgets anciennement attribués selon les services offerts par un établissement sont dorénavant alloués selon des programmes clientèle. Cette transition est un premier pas vers une budgétisation basée sur le volume et la lourdeur des soins telle que recommandée par le Comité sur la Réévaluation du mode de budgétisation des CHSGS en 2002. À terme, le mode de budgétisation des établissements devrait être plus équitable et en fonction des besoins de la population. Idéalement, il permettrait aussi de mesurer la performance financière des établissements. Seulement, la mesure du volume et de la lourdeur des soins donnés aux patients nécessite la codification normalisée des patients et des diagnostics et une estimation des coûts moyens par épisode de soins correspondant à chaque catégorie de diagnostics. Deux éléments d'information que le système de santé québécois n'a pas.

2.3.4 Le contrôle

Contrôle de la liste des services couverts

Au Québec, il n'y a pas de liste explicite indiquant ce qui fait partie des services couverts par le système public et ce qui n'en fait pas partie. Il y a donc beaucoup de place aux interprétations de la part des prestataires. Ce qui peut apparaître nécessaire à un moment donné est assumé par le secteur public. Le panier de services couverts s'élargi au même

²² Consultations plus examens

rythme que les nouvelles technologies et les nouvelles pratiques sont développées, c'est-à-dire rapidement.

Certaines pratiques sont désuètes. Les désassurer serait un signal clair d'un tel constat et un moyen de contrôler la qualité. En plus, certains services aujourd'hui couverts par le système de santé de façon floue ne devraient pas être défrayés par le système public. Par exemple, pour l'aide domestique à domicile aux personnes en perte d'autonomie ou encore pour leur transport à l'hôpital. Ce type de services ne relevant pas de l'assurance santé exerce un poids indu sur le système. Ils devraient être pris en charge par le patient ou autrement si nécessaire. En revanche, les soins de santé des personnes en perte d'autonomie relève clairement de l'assurance santé.

En somme, le contrôle des services assurés est déficient et ne contribue pas à contrôler les budgets. Cette absence de précision freine le développement d'assurance complémentaire qui pourrait répondre aux lacunes du système. Enfin, l'absence d'option empêche les individus d'exercer leur choix d'acquérir des équipements ou services non disponibles dans le système public lorsqu'ils le souhaitent.

2.3.5 L'évaluation

Les mécanismes de suivi ont pour objet d'informer les gestionnaires sur l'évolution de l'organisation vers les objectifs qu'elle s'est fixée.

L'évaluation de la performance du système

L'évaluation de la performance est la responsabilité du MSSS et fait partie intégrante de sa mission. Elle se traduit par un suivi des indicateurs associés aux stratégies élaborées dans le cadre du plan stratégique. Chaque année, les CSSS publient un rapport annuel incluant un rapport de suivi de ces indicateurs. Les CSSS ont des objectifs annuels qu'ils atteignent ou non.

Dans ce contexte, la publication de ces résultats est certainement un pas en avant vers une incitation à la performance. Toutefois, tel que mentionné plus tôt, les indicateurs du MSSS ne renseignent pas sur l'amélioration de l'état de santé des individus, sur la capacité du système à adresser les enjeux de santé de la population ou encore sur l'efficacité des stratégies mises en œuvre. En outre, puisqu'il n'y a pas de comparaison entre les organisations, la publication des résultats en tant qu'outils d'incitation à la performance est inefficace.

L'évaluation de la qualité des soins

Au niveau de l'évaluation de la qualité des soins octroyés par les acteurs autres que les médecins, la responsabilité revient aux établissements. Toutefois, les CSSS doivent faire le suivi d'indicateurs qui ne correspondent pas nécessairement aux problèmes prioritaires locaux. L'information qu'ils produisent ne leur permet pas d'évaluer la qualité de leurs interventions ni de comprendre la cause des problèmes.

2. État de la situation au Québec

Au niveau des soins médicaux, la responsabilité d'assurer la qualité des services est celle du Collège des médecins. Ce dernier a plutôt un rôle disciplinaire. Il enquête lorsqu'il reçoit des plaintes mais il évite de s'ingérer dans la manière dont les services sont rendus. Seules les publications sur les meilleures pratiques encouragent les médecins à améliorer leurs interventions. Il n'y a pas de mécanisme de contrôle ni d'évaluation.

L'amélioration de l'efficacité économique ne peut se faire indépendamment de la gestion des activités cliniques²³. Lorsque les systèmes d'information sur les actes diagnostiques et les actes thérapeutiques en relation avec les coûts seront disponibles, il sera alors possible de connaître les résultats cliniques des interventions. L'évaluation de la performance clinique deviendra inévitable. Dès lors, les établissements performants pourront être avantagés en disposant des gains d'efficacité qu'ils auront générés et améliorer leurs services.

L'évaluation de la performance du système

En 2005-2006, le projet de loi 38, visant la création d'un poste de commissaire à la santé et au bien-être, a été adopté. Le commissaire de la santé remplace le Conseil de la santé et du bien-être dont la mission était de conseiller le ministre sur les meilleurs moyens d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Le rôle du commissaire est plus large. Il devra apprécier les résultats atteints par le système de santé, devra évaluer l'ensemble des facteurs qui affectent la qualité du système et ceux qui affectent la santé et le bien-être des individus. Enfin il devra également informer la population sur la performance du système de santé tant d'un point de vue d'efficacité clinique qu'économique.

Cette initiative est excellente en soit. Toutefois, elle n'améliorera pas la performance du système. Elle ne fera que l'évaluer. À moins que le plan stratégique du MSSS soit en lien avec sa mission, que les indicateurs suivis mesurent les résultats de santé et de bien-être, que les incitatifs économiques soient compatibles avec les objectifs de santé du Québec, et que les systèmes d'information ne soient mis en place pour mieux comprendre les lacunes du système et les améliorer, le commissaire ne pourra apporter d'éclairage sur les **moyens** d'améliorer la performance du système.

2.3.6 Les systèmes d'information

De l'avis de tous, les systèmes d'information en santé au Québec sont encore à l'âge de pierre. Selon la littérature, la lente évolution au niveau de l'amélioration de la performance du système découle de l'absence d'information.

L'information financière disponible dans les CSSS correspond au budget ou dépenses effectuées par secteur. Bien que le MSSS souhaite évaluer la performance des établissements sur les coûts par cas regroupés par DRG²⁴, l'absence d'information sur les coûts par cas ou par patient limite la capacité d'analyse des gestionnaires. En effet, en n'ayant pas d'information sur les coûts réels par épisode de soins, on ne peut mesurer leur évolution, comparer les pratiques et les faire évoluer.

²³ MSSS (2002)

²⁴ MSSS, janvier 2002

2. État de la situation au Québec

Pendant plusieurs années, l'évolution dans ce domaine a été freinée par la perception généralisée au sein des acteurs du secteur que la confidentialité des données patients ne pouvait être préservée si elles étaient digitalisées. Un mythe qui ne peut être expliqué que par l'absence de connaissances. Depuis que l'idée d'informatiser les dossiers cliniques a commencé à faire son chemin, il s'est certainement écoulé 20 ans avant que nous ayons vraiment le sentiment que notre gouvernement prenne cette direction. Ce n'est qu'en Novembre 2005, lors de l'adoption de la loi 83 que le gouvernement a pu déployer sa stratégie pour que les données cliniques de l'ensemble du réseau soient informatisées et partagées. L'échéance pour le déploiement du dossier patient électronique (DPE) à travers tout le Québec est 2011. Une date qui nous apparaît bien éloignée si on se fit à la vitesse avec laquelle la situation s'aggrave et que le DPE n'est que la première étape vers des systèmes informatiques en appui à l'amélioration de l'efficacité économique des services.

2.3.7 La garantie d'accès

La « Garantie d'accès » du gouvernement du Québec propose une solution à deux grandes préoccupations : réagir au jugement récent de la Cour suprême du Canada invalidant un aspect des lois sur l'assurance-maladie et sur l'assurance hospitalisation, et réagir aux défis que posent les délais d'attente pour des chirurgies électives. Ce projet de loi prévoit :

1. L'introduction dans notre système de santé de cliniques spécialisées affiliées. Les établissements publics y achèteront des services (imagerie, chirurgies mineures) prodigués par des médecins participant au régime public, sans frais pour le patient.

2. L'offre à tous les citoyens du Québec d'une garantie d'accès aux services, laquelle se décline en deux catégories :

- Une garantie d'accès à l'intérieur du système public à des services, de la radio-oncologie, de chirurgie pour les cancers et de soins cardiaques avancés (chirurgie et cathétérisme). Ces services ne seraient offerts que dans le régime public. Si un patient n'a pas été traité à l'intérieur du délai prescrit, il se voit offrir d'être opéré dans un autre établissement, dans sa région ou dans une autre région ou, si nécessaire, à l'extérieur du Québec ou auprès de fournisseurs privés, aux frais de l'État.
- Une garantie d'accès à l'intérieur du système public à des services, et ce, à l'intérieur de cibles d'accès définies avec les cliniciens, pour les remplacements de hanche, de genou, de même que les chirurgies pour la cataracte. La prohibition d'assurance privée serait levée pour les citoyens qui choisiraient de requérir ces services auprès de médecins non participants au régime public.
- Le maintien de l'étanchéité entre médecins participants et non participants au régime public, de même que des outils législatifs qui permettent, lorsque nécessaire, de limiter le désengagement des médecins.

Cette proposition n'a pas encore été adoptée. Toutefois, il importe de souligner que cette garantie d'accès ne fait que donner une faible partie de ce que la population réclame de plus en plus fort, soit la possibilité d'acquiescer des assurances privées pour des services

autrement assurés par le système public. En fait, si elle souhaite avoir cette possibilité, c'est parce qu'elle n'a plus confiance en la capacité du système public à offrir ces services dans un délai raisonnable.

Cette solution ne modifie en rien les causes pour lesquels les délais sont longs, soit des problèmes d'organisation et de mécanismes de gouvernance. Puisque la garantie n'a aucun effet sur les incitatifs économiques des médecins ou des CSSS, elle n'encourage pas une plus grande productivité. En outre elle diminue la capacité du gouvernement à contrôler son budget de santé. Tout ce qu'elle fait, c'est rassurer la population sur le délai maximum qu'il aura à attendre.

2.4 SOMMAIRE DES CONSTATS

L'augmentation du financement du gouvernement du Québec au système de santé au cours des dernières années a été importante, plus de 1 milliards de \$ par année au cours des cinq dernières années. Ce qui porte le budget de 2005 à près de 6 milliards de plus que celui de 2000. De plus, il a mis en œuvre plusieurs initiatives visant à améliorer la performance du système de santé, notamment :

- La création de GMF;
- La fusion des établissements;
- Les dispositions légales sur la circulation de l'information;
- La création d'un poste de commissaire à la santé et au bien-être.

La grande proportion de l'accroissement dans les dépenses a été allouée aux ressources humaines, essentiellement en primes de travail, et aux médicaments. Un effort qui s'est traduit par :

- Un faible accroissement des ressources humaines dans le réseau;
- Aucune évolution du nombre de visites chez le médecin ou du nombre d'heure travaillée;
- Une incapacité de freiner l'exode des infirmières vers le privé.

Le Québec figure au deuxième rang au Canada en termes de médecins par 100 000 habitants et au 7^e rang pour ce qui est du nombre d'infirmières par 10 000 habitants. Les heures travaillées par employé du réseau de la santé au Québec sont les plus faibles au Canada. La productivité du travail est en constante décroissance. Enfin, les employés à temps plein du secteur de la santé travaillent en moyenne 41 semaines par année, ce qui correspond à 11 semaines de congé par année, incluant les congés fériés, les vacances et les congés maladies (qui sont cumulatifs et qui ne sont pas à être pris pour cause de maladie). Ces données ne reflètent pas une situation de pénurie au niveau des ressources humaines.

Les médias continuent de faire état des délais d'attente qui s'aggravent et du fait que les employés sont démoralisés, de médecins et d'infirmières surmenés qui souhaitent abandonner le système, de la multiplication des erreurs, des infections bactériennes ou de la dégradation des conditions de vie des patients. La population a l'impression que c'est le chaos le plus complet et elle perd confiance en son système de santé.

2. État de la situation au Québec

Les mécanismes de gouvernance en place n'incitent pas à la productivité²⁵ :

- Le système de santé du Québec est fortement centralisé. Le MSSS définit les objectifs, les stratégies et évalue la performance des établissements en fonction de l'atteinte de ses objectifs.
- Les indicateurs de performance ne sont pas liés aux besoins de santé de la population mais à l'activité des organisations.
- Il n'y pas d'évaluation des stratégies gouvernementales.
- L'information sur les coûts est déficiente.
- Les incitatifs économiques découragent les prestataires (hôpitaux, professionnels et médecins) à améliorer leurs pratiques en fonction des évidences.
- Les gestionnaires ne peuvent être tenus imputables de ce qu'ils ne contrôlent pas.

Le seul mécanisme d'imputabilité dont dispose la population est celui de la démocratie. Elle a la possibilité de voter et décider sur le gouvernement qui orientera le système de santé. Puisque l'information sur laquelle la population vote est tellement limitée, son action ne peut être que basée sur les valeurs qu'elle tente de préserver. En plus, le discours politique porte non sur les solutions mais sur la capacité de préserver ces valeurs. Le gouvernement est imputable de la préservation des valeurs et l'administration publique de la santé n'est pas imputable.

En somme, malgré les efforts importants et les investissements consentis (payés par les impôts prélevés) à l'amélioration des conditions matérielles des travailleurs de la santé, la population n'en a retiré que peu de bénéfices. Ce constat impose des questions de deux ordres qui devraient être approfondies.

Les premières concernent les conditions de travail et les mécanismes de défenses des intérêts des acteurs :

- Les rapports de force qui existent au sein des parties chargées de négocier les conditions de travail des acteurs de la santé sont-ils équitables?
- Les travailleurs eux-mêmes ont-ils le sentiment que leurs syndicats contribuent à améliorer leur condition de travail?

Les secondes touchent les mécanismes de gouvernance et les réformes entreprises au cours des dernières années.

- Compte tenu de ce qui se fait ailleurs, quel système d'organisation favoriserait une meilleure imputabilité des acteurs face à la performance du système?
- Compte tenu de ce qui se fait ailleurs et qui semblent affecter positivement la productivité de leur système de santé, quelles sont les transformations les plus susceptibles d'améliorer notre situation?

²⁵ Les auteurs perçoivent une volonté d'améliorer les mécanismes d'incitation dans la nouvelle entente survenue entre le gouvernement du Québec et la Fédération des médecins spécialistes.

2. État de la situation au Québec

Ce rapport s'intéresse aux questions du deuxième ordre. Toutefois, les auteurs ne peuvent s'empêcher d'avoir une opinion précise sur les interventions des syndicats en santé. Ils ont été extrêmement efficaces à améliorer les conditions matérielles des travailleurs de la santé. Toutefois, ils ne se préoccupent aucunement de l'impact de leurs interventions sur les conditions **de travail** de leurs membres. Ils pourraient contribuer à améliorer la situation mais ont choisi de toujours intervenir de la même façon soit sur la rémunération. Ce faisant, ils contribuent en grande partie à la détérioration de la situation. Leurs membres devraient avoir la possibilité de s'exprimer sur l'efficacité de leur syndicat à les représenter. Enfin, de l'avis des auteurs, le personnel syndiqué devrait jouir d'autant de liberté que ce que le reste de la population a de facto, c'est-à-dire avoir le choix d'adhérer ou non au syndicat présent dans leur organisation et de toujours s'exprimer par vote confidentiel plutôt qu'à main levée comme c'est le cas actuellement.

3. LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ DANS LES PAYS DE L'OCDE

À partir de la littérature, ce chapitre documente les réformes apportées aux mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de 15 pays²⁶. Étant donné le caractère récent de ces réformes, les données reflétant leur impact ne sont pas encore publiées et leur efficacité à diminuer la croissance des coûts difficile à démontrer. Ce chapitre est donc descriptif.

Les initiatives de gouvernance sont documentées selon les quatre catégories de mécanismes observés, **planification, incitatifs, contrôle et évaluation**. Notez que même si toutes ces initiatives ont pour objet l'amélioration de la performance ou de la valeur obtenue pour le dollar dépensé, certaines d'entre elles ne sont efficaces que si elles sont combinées à d'autres. Enfin, le chapitre décrit la pratique administrative axée sur la gestion des maladies chroniques, un excellent exemple de l'efficacité d'un système cohérent de gouvernance.

3.1 MÉCANISMES DE PLANIFICATION

La planification est un processus dans le cadre duquel une organisation détermine sa vision, se fixe des objectifs dans le temps et détermine les stratégies par lesquelles elle compte les atteindre. Un bon plan tient compte de l'état de la situation interne à l'organisation et de celle externe à son organisation qui peut avoir un impact sur ses activités. Si elle n'a pas les ressources requises pour mettre en œuvre le plan, ce dernier doit spécifier comment l'organisation compte les obtenir. À chaque objectif sont associés des stratégies, des indicateurs de résultats, des responsables de leur mise en œuvre et des échéanciers.

Pour être efficace, le plan stratégique doit être clairement communiqué à l'ensemble de l'organisation et peut servir, en quelque sorte, de contrat implicite de performance. Les composantes de l'organisation qui poursuivent d'autres stratégies que celles figurant au plan et qui allouent des ressources à d'autres fins, éparpillent les ressources et augmentent les risques d'échec de l'organisation. En somme, la performance de l'organisation dépend de la clarté, de la cohérence, et du suivi du plan.

L'efficacité de la planification dépend également de la qualité et de la pertinence des indicateurs de performance. Par exemple, si un objectif du système est de réduire les délais d'attente et que l'indicateur suivi est le nombre de cas traités, alors il est possible que, même si le nombre de cas traités a augmenté substantiellement, aucun gain n'ait été fait au niveau du temps d'attente. En effet, puisque la demande de soins est excédentaire et non connue, il n'y a pas de lien entre l'objectif et la mesure.

Enfin, l'efficacité des mécanismes de gouvernance (contrôle, évaluation, incitation) dépendra également de la pertinence des indicateurs et de la ponctualité de leur suivi. En effet, s'il n'est pas possible d'évaluer si la stratégie est efficace et si la situation s'améliore, alors il n'y a pas moyen de rectifier les stratégies en cas de non-performance.

²⁶ Danemark, Finlande, Allemagne, Royaume-Uni, Autriche, Espagne, France, Norvège, Belgique, Australie, Irlande, Japon, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas et Suède.

3.2 MÉCANISMES D'INCITATION

Les mécanismes d'incitation sont des avantages, généralement économiques, offerts pour encourager les individus ou les organisations à orienter leurs dépenses, leurs efforts, leurs investissements ou leur production dans une direction donnée. À chaque système de rémunération ou de paiement sont associés des incitatifs implicites. Par exemple, le médecin salarié est implicitement encouragé à se soucier peu du temps qu'il accorde à ses patients et du volume de patients qu'il traite. Peu importe le nombre de patients qu'il voit, il n'y aura aucune différence dans son salaire.

Un système qui a pour objectif de maximiser la valeur des efforts du médecin devrait donner des incitatifs économiques et administratifs dans le but d'améliorer la qualité et la productivité des prestataires et des organisations. À l'heure actuelle, dans plusieurs pays, les incitatifs dissuadent les prestataires d'appliquer les meilleures méthodes. Par exemple, au Québec, le fait que les médecins soient rémunérés à l'acte pour administrer des vaccins encourage ces derniers à multiplier ce type d'intervention alors qu'une infirmière est tout à fait habilitée à le faire.

Aligner les incitatifs à la performance avec les objectifs d'efficacité

Pour qu'un système maximise la valeur de ses interventions, les incitatifs des acteurs doivent être alignés vers des objectifs compatibles d'efficacité. Si la performance est définie par le volume de services, alors la rémunération à l'acte est indiquée. Si la performance est définie par plus d'un critère, comme c'est le cas de notre système de santé, alors les mécanismes d'incitation (contrats, rémunération...) devraient être alignés avec l'ensemble de ces indicateurs.

3.2.1 Mécanismes d'incitation destinés aux usagers

Les mécanismes observés et destinés aux usagers sont de deux ordres, selon les objectifs visés : la responsabilisation ou l'orientation.

Les contributions des usagers ont généralement pour objectif de **responsabiliser les usagers** quant à leur consommation de services de santé. Un prix trop bas n'aura pas d'effet et un prix trop élevé peut avoir des effets pervers. Ainsi, parce que la demande est peu élastique, surtout pour les soins hospitaliers, l'imposition de contributions trop élevées pourrait avoir des répercussions négatives. Afin d'éviter les iniquités, certains pays ont exempté les groupes de la population les plus vulnérables ou ils ont limité les dépenses par personne (Suède). En outre, cette politique doit être appliquée avec prudence car les frais d'administration augmentent avec la complexité des mesures (par exemple en France).

Bien que ce soit une stratégie adoptée à divers degrés dans plusieurs pays, c'est principalement au niveau des médicaments que les contributions sont exigées. Les contributions pour les soins hospitaliers et les visites chez le médecin sont moins répandues (Suède, Italie et France).

3. La gouvernance de la santé dans les pays de l'OCDE

Tableau 9 : Politiques de co-paiement dans les pays de l'OCDE

Pays	Généraliste \$ CA ou %	Spécialiste \$ CA ou %	Médicaments \$ CA ou %	Soins hospitaliers (par jour)
Allemagne	14 \$	14 \$	10 %	14 \$
Irlande	27 à 37 \$	27 à 37 \$	0 à 24 \$	19 \$
Suède	15 à 23 \$	29 à 45 \$	10 \$	10 \$
Finlande	0 à 16 \$	34 \$	15 \$ + 50 %	38 \$
Norvège	12 \$	18 \$	25 %	
Islande	10 \$	19 % + 40 %	0 à 25 %	
Portugal	2 \$	241 \$	0 à 100 %	34 \$
Suisse	10 %	10 %	10 %	9 \$
Corée	30 à 55 %	30 à 55 %		20 %
Australie	0 à 15 %	15 %	21 \$	21 \$
Luxembourg	5 %	5 %	0 à 20 %	8 \$
Autriche	20 %	20 %	5 \$	6 \$
Japon	20 à 30 %	20 à 30 %	20 à 30 %	20 à 30 %
États-Unis	20 % + 85 \$ /an	20 % + 85 \$ /an	100 %	15 \$
Belgique	25 %	25 %	10 à 50 %	7 à 17 \$
France*	30 %	30 %	0 à 65 %	16 \$ + 20 %
Mexique	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Grèce			0 à 25 %	17 \$
Hongrie			0 à 50 %	19 \$
Nouvelle-Zélande		4 à 22 \$	2 à 9 \$	
Italie		46 \$	0 à 50 %	
Royaume-Uni			11 \$	
Turquie			10 à 20 %	
Danemark			50 à 100 %	
Espagne			40 %	
Pays-Bas			100 %	
Pologne			30 % à 50 %	

* Le ticket modérateur peut être couvert par une assurance complémentaire généralement offerte par l'employeur.

Source : Le projet de l'OCDE sur la santé : Vers des systèmes de santé plus performants, OCDE 2004.

Parfois les contributions des usagers sont modulées pour atteindre un objectif secondaire à la responsabilisation. Par exemple, dans certains pays, **pour orienter les patients vers**

3. La gouvernance de la santé dans les pays de l'OCDE

les services appropriés, la contribution des consultations médicales non urgentes à l'hôpital est plus élevée que pour les consultations médicales en clinique. En Belgique, la contribution des consultations est réduite de 10 % si le patient est fidèle à son médecin généraliste. En plus, sa contribution est réduite pour les consultations auprès d'un spécialiste s'il a été référé par son généraliste.

Enfin, au Danemark, pour **encourager les personnes âgées à demeurer dans leur milieu de vie**, le régime public finance les services de soutien à domicile et réduit ainsi les contributions des usagers.

3.2.2 Mécanismes d'incitation destinés aux médecins

Les différentes méthodes de rémunération encouragent différents comportements. Par exemple, la rémunération à l'acte encourage le médecin à accroître le volume de patients traités. La rémunération forfaitaire encourage à réduire les coûts. Toutefois, chaque méthode a ses avantages et ses désavantages. Le tableau suivant décrit les avantages et les désavantages des différentes méthodes de rémunération et indique les pays qui ont opté pour chacune.

Tableau 10 : Méthodes de rémunération des médecins

Méthode	Pays	Avantages	Désavantages
Salaire	Grèce, Finlande, Islande, Portugal, Mexique, Turquie	Améliore la qualité des interventions Indiqué pour le traitement des cas lourds	N'encourage pas la productivité
Acte ²⁷	Canada, France, Nouvelle-Zélande, Japon, Australie, Belgique	Encourage la productivité	N'encourage pas la qualité des interventions Ne responsabilise pas les prestataires et les fournisseurs Moins de contrôle des coûts
Acte et salaire	Norvège	Améliore l'équilibre entre la productivité et la qualité	Plus complexe à administrer
Capitation	Royaume-Uni, Irlande, Autriche, Italie, Pays-Bas, Suède, États-Unis, Allemagne	Équilibre le contrôle des coûts	Encourage le déplacement rapide des patients vers les maisons
Capitation et acte	Espagne, Suède, Danemark	Équilibre entre la productivité et la qualité Incite à utiliser les meilleures pratiques	Plus complexe à administrer

²⁷ L'Australie, la France (secteur 2) et la Nouvelle-Zélande permettent aux médecins de charger au-delà du paiement public à l'acte.

Au Danemark, le mécanisme de paiement mixte des généralistes **encourage ces derniers à appliquer les meilleures pratiques et à réduire l'incidence des hospitalisations** par une plus grande utilisation des soins ambulatoires. Le système est bâti pour inciter les médecins à la productivité tout en les encourageant à effectuer les tâches pour lesquelles ils ne sont pas rémunérés (à l'acte). En plus, il les encourage à traiter les patients en dehors des hôpitaux (paiement à l'acte) tout en évitant de fournir des services non nécessaires (capitation).

En Belgique, les caisses d'assurance maladie encouragent **la réduction de la surconsommation** en introduisant le dossier patient général (n'est pas nécessairement informatisé). L'objectif est de réduire les multiples consultations. Ce dossier contient toutes les informations médicales et administratives du patient. Le patient choisira le généraliste qui conservera son dossier et le généraliste sera payé seulement pour les patients enregistrés auprès de lui et pour lesquels il détient et maintient les dossiers médicaux²⁸.

L'Australie récompense depuis 1994 les praticiens qui atteignent certaines normes de qualité (au début la mesure encourageait à augmenter le temps passé avec les patients; aujourd'hui les mesures sont plus variées).

3.2.3 Mécanismes d'incitation destinés aux hôpitaux

Les méthodes de financement

Les chercheurs ont observé sept modes de financement des hôpitaux dont les avantages et les désavantages sont résumés dans le tableau suivant. Les incitatifs implicites aux méthodes de financement sont toutefois assez puissants. Une description plus détaillée de chacune des méthodes est présentée à l'Annexe 12.

²⁸ L'efficacité de cette initiative reste à démontrer.

Tableau 11 : Méthodes de financement des hôpitaux

Méthode	Pays	Avantages	Désavantages
Subvention globale (budget)	Canada, Nouvelle-Zélande, Norvège, Finlande, Mexico, Irlande	Meilleur contrôle des coûts	Inefficace Sans relation avec les services fournis
Paie ment par jour d'hospitalisation	Suisse, Allemagne	Simple d'application	N'encourage pas l'efficacité
Paie ment par acte		Simple d'application	Incite à multiplier les actes médicaux
Capitation		Favorable à la productivité	N'encourage pas la qualité
Combinaison de Paie ment à l'acte et de Forfait (services d'hébergement)	Belgique, Japon	Favorable à la performance (volume)	Incite à multiplier les actes médicaux
Budget prévisionnel fondé sur le <i>case mix</i> (DRG)	Belgique, Suède, Allemagne, Australie, Royaume-Uni	Favorable à la productivité (volume)	À moins d'être ajusté pour la lourdeur des cas réels ou le volume, n'encourage pas la qualité Difficulté de contrôler le budget total
Paie ment par cas (DRG)	France, Danemark, Autriche En évaluation dans les pays suivants : Australie, Belgique, Finlande, Hongrie, Irlande, Italie, Corée, Mexique, Norvège, Portugal, Suisse	Meilleur contrôle des coûts par patient Encourage la qualité et la productivité	Incite à sélectionner les risques

L'efficacité des méthodes de financement des hôpitaux dépend des objectifs des décideurs. Si l'objectif primaire est de contrôler les coûts, alors la méthode de financement par budget est la meilleure. En contrepartie, les pays qui ont recours à cette méthode le font souvent faute de meilleurs indicateurs pour évaluer les besoins de santé. En effet, généralement les méthodes utilisées reflètent l'information dont disposent les acheteurs.

3. La gouvernance de la santé dans les pays de l'OCDE

Dans les systèmes intégrés comme au Canada et au Québec, l'information dont dispose le gouvernement est généralement très limitée. En conséquence, les prestataires ont de la difficulté à évaluer quels sont les traitements les plus efficaces, et les acheteurs ont peu de moyens d'évaluer la performance des fournisseurs. Le mode de financement n'encourage pas les prestataires à améliorer la productivité (il n'impose pas de coûts associés à une baisse de la productivité). C'est par défaut qu'ils ont recours au plafond budgétaire.

Partout dans le monde, les plafonds budgétaires sont associés à des coupures de budget ou de personnel et, donc, à une augmentation de la charge de travail. En contrepartie, la motivation et le moral des employés en souffrent alors que les restrictions sur les salaires et l'emploi peuvent interférer avec les ressources humaines et la capacité d'attirer du personnel.

La croissance des coûts de santé est une réalité partout dans le monde. Tous sont préoccupés **par le contrôle de la croissance des coûts et par l'amélioration de l'efficacité et de la productivité des hôpitaux**. Depuis peu, certains pays ont choisi de donner une plus grande attention aux incitatifs implicites aux méthodes de financement des hôpitaux. Plusieurs pays, qui disposent d'information et qui combinent les objectifs de qualité et de productivité, ont mis sur pied de nouveaux mécanismes d'incitation. En plus, pour éviter la sélection des risques, certaines ajustent les budgets en fonction de la lourdeur des cas et de l'utilisation des meilleures pratiques.

L'introduction de la concurrence

L'objectif du système de santé britannique est de rendre le personnel de santé responsable du niveau, de la qualité, du type d'activité et des ressources qu'il utilise. C'est ainsi qu'on a créé un marché interne en confiant aux médecins généralistes la responsabilité de l'achat des services hospitaliers pour la population dont ils ont la responsabilité. Les organisations de généralistes [*GP Fund Holders, Primary Care Trusts (PCT)*] sont financées par capitation pour les soins hospitaliers, les consultations médicales et les médicaments. Pour les inciter à une plus grande efficacité, les *PCT* peuvent garder les surplus qu'ils génèrent. Les hôpitaux sont devenus des sociétés privées sans but lucratif avec la liberté de déterminer le niveau des salaires, l'ensemble du personnel et l'offre de services.

Au Royaume-Uni, l'incitatif le plus puissant est la possibilité qu'a le patient de choisir l'institution à laquelle il sera référé par son généraliste. Cette possibilité en plus du système de financement par cas (DRG – Diagnostic Related Group) et où le financement accompagne le patient font que les hôpitaux se font concurrence sur la base du temps d'accès et d'autres critères de qualité. Enfin, pour éviter que les hôpitaux se fassent concurrence sur les prix, les tarifs sont fixés.

Au Mexique, le fournisseur le plus important de la partie du système public financé par l'assurance sociale a adopté un système basé sur les DRG pour enregistrer l'activité dans les hôpitaux et ce, dans le but de réduire la variabilité dans les pratiques.

Les contrats de services

Au Danemark, certains comtés ont mis sur pied des contrats de services avec les hôpitaux. Ces contrats sont utilisés pour lier l'activité aux coûts et pour créer des incitatifs à augmenter le niveau d'activité. Si l'hôpital est en défaut par rapport à ses contrats, les gestionnaires seront pénalisés au niveau de leur salaire ou des changements dans leurs conditions de travail.

L'accroissement de l'indépendance

Au Royaume-Uni, la performance des prestataires est récompensée par plus de financement et d'autonomie. En Autriche, la réglementation a été modifiée pour permettre le développement d'hôpitaux et de compagnies de santé sous les lois privées. Une pratique qui donne plus d'autonomie et de pouvoir aux gestionnaires. La priorité est donnée aux services externes des hôpitaux incluant une meilleure coordination entre les services (externes, urgence, soins primaires et spécialistes). En Belgique, les hôpitaux sont des organisations privées.

3.2.4 Mécanismes d'incitation destinés aux administrations publiques

Accroître le rôle des acheteurs

Dans les pays où l'assurance santé est garantie par la sécurité sociale, comme la France, l'Allemagne, l'Autriche ou la Belgique, l'acheteur et le fournisseur de services sont deux organisations distinctes. Plusieurs d'entre eux ont mis en place des mécanismes pour tirer profit de cette structure et améliorer les incitatifs. Par exemple, des rôles plus actifs sont donnés aux acheteurs en Allemagne et en Belgique. Dans certains cas, l'acheteur a aussi pris en charge la responsabilité de la réorganisation et de la rationalisation des services de santé (France avec les Agences régionales d'hospitalisation).

Certains pays se sont inspirés de la division entre acheteurs de services et fournisseurs de soins qui a été observée dans les pays où l'assurance sociale assure la santé des individus. Des pays où le système est intégré ont choisi de séparer les fonctions et de renforcer le rôle de l'acheteur. L'agence chargée des achats est responsable face au gouvernement du contrôle des dépenses et de la qualité liées aux patients.

Plusieurs pays ont bougé dans cette direction (Australie, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande, Suède, Italie, Grèce et Portugal). Toutefois, on possède peu d'information sur l'impact de cette stratégie sur les coûts et la performance des systèmes. Puisque la capacité de l'acheteur à influencer les prix dépend de la disponibilité d'information, cette stratégie tarde à montrer des résultats.

La limite d'information sur les coûts des services a limité la capacité des acheteurs à mettre en place des contrats de performance. Toutefois, l'expérience de la Grande-Bretagne montre que les fonds gérés par les omnipraticiens ont été plus performants en ce qui a trait à l'achat des services hospitaliers pour les soins électifs que ne l'ont été les fonds gérés par les autorités régionales.

Améliorer les systèmes de contractualisation et de paiement des hôpitaux

Un changement vers un rôle plus actif d'acheteur et de négociation des contrats s'effectue dans les pays qui ont séparé les deux fonctions (plutôt que de simplement acheminer les fonds pour rendre les services). Ces pays ont généralement rendu les contrats plus explicites et aligné le financement sur l'atteinte de résultats en termes de contrôle des coûts, d'efficacité et d'efficacité des soins. Par exemple, la détermination des budgets prospectifs par DRG²⁹ a pour objet de faire ressortir l'information. Le coût par DRG devient explicite et il est possible de comparer la performance des hôpitaux entre eux.

Accroître l'indépendance des gestionnaires et responsabiliser les hôpitaux (reddition de compte)

Observée surtout dans les pays où les systèmes sont intégrés, cette plus grande indépendance est généralement accompagnée d'une plus grande liberté contractuelle (impartition de services). Les gains de cette approche sont généralement limités par le manque d'information dont dispose les administrateurs et par la nécessité de contrôler la qualité. Au Portugal, un passage à la contractualisation du travail a démontré une certaine efficacité. En Autriche, les *Länder* poursuivent une approche orientée sur les affaires et voient l'hôpital comme une entreprise. Pour donner plus de pouvoir aux gestionnaires, ils ont formé des organisations privées pour gérer les hôpitaux.

Accroître la compétition entre les fournisseurs

Quelques pays ont opté pour cette stratégie : États-Unis, Royaume-Uni, Suède, République tchèque et Nouvelle-Zélande. Ces efforts, particulièrement aux États-Unis, n'ont pas généré les gains de performance escomptés. Les fournisseurs de services se font concurrence généralement sur la base des prix auprès des acheteurs de services de santé parce que ces derniers manquent d'information et de compétences pour négocier des contrats efficaces au niveau de la qualité. Les fournisseurs sont en position de force et les objectifs attendus ne sont pas rencontrés.

Les pays qui ont recours à ce mode semblent avoir maintenu leurs engagements contractuels bien qu'ils soient maintenant à long terme et qu'ils mettent plus d'ampleur sur la coopération que sur la concurrence. Les administrations politiques trouvent les contrats utiles pour rendre les fournisseurs plus transparents et pour améliorer leur efficacité.

Dans les systèmes intégrés, comme au Canada, les contrats de travail des ressources humaines posent des limites dans la capacité des organisations à réduire les coûts et à se faire concurrence. Il en est de même pour leurs engagements ou leur capacité à investir dans l'équipement. Ayant peu de levier sur la productivité, les gestionnaires des CSSS ne peuvent être tenus responsables des résultats.

²⁹ Voir annexe 1 pour une description de la méthode.

3.2.5 Mécanismes d'incitation des assureurs

La concurrence

La concurrence dans le marché de l'assurance a pour objet de diminuer les coûts d'administration des régimes (les pays où il y a plus d'un assureur sont généralement plus efficaces que les pays dont l'assureur est unique). En plus, lorsqu'il y a plus d'un assureur, le bien-être des consommateurs est généralement amélioré grâce à l'accès à une variété de régimes et de couvertures. Toutefois, la sélection des risques doit être réglementée afin de maintenir l'universalité de l'assurance.

L'augmentation des coûts de santé a encouragé quelques pays à ouvrir le marché de l'assurance santé à la concurrence (en Belgique, en République tchèque, en Allemagne, aux Pays-Bas et en Suisse, l'assurance privée a été rendue obligatoire³⁰). La concurrence entre les assureurs ne s'est pas nécessairement traduite par une amélioration de la productivité des fournisseurs. Les assureurs réglementent les prix, la qualité, l'entrée et la sortie des fournisseurs.

3.2.6 La réglementation

La gestion des listes de services assurés

Dans le contexte actuel, l'assurance maladie universelle ne pourra certainement pas continuer à couvrir la totalité des dépenses de prévention, de soins et de services rendus accessibles par le progrès scientifique et considérés comme utiles. « Aucun pays n'a pu réaliser la prise en charge intégrale des dépenses de santé. »³¹ L'administration responsable a le devoir de clarifier la couverture publique et universelle de services de façon à (1) éviter que le système public ne défraie les coûts des services dont l'efficacité n'a pas été démontrée et (2) favoriser le développement des couvertures privées supplémentaires.

Lorsque l'assurance santé est assurée par un tiers, les services assurés sont décrits dans une liste. En Belgique, par exemple, 8 000 services figurent sur la liste nationale ainsi que leur prix. Les services qui ne sont pas inclus dans cette liste ne sont pas couverts par le système universel.

Certains pays, ont choisi de s'assurer de l'efficacité des traitements avant de les faire figurer sur la liste. En Autriche, par exemple, les traitements dont la preuve de la valeur thérapeutique n'a pas été faite ont été retirés des listes des services assurés publiquement. Dans d'autres cas, certains services autrefois couverts ont été retirés du régime public pour faciliter le financement de nouveaux besoins (Allemagne). Pour améliorer la prise en charge des patients, le gouvernement allemand a forcé les caisses santé et les assureurs à améliorer leur offre en les obligeant à offrir un service de gestion de cas ou de porte d'entrée (*gatekeeping*) au système de santé.

³⁰ Voir le rapport sur l'assurance privée pour une description des différents arrangements pour assurer la population vulnérable et l'encadré 7 du présent rapport.

³¹ Le Pen, C., *Couverture santé solidaire*, Institut Montaigne, avril 2004.

Garantir l'accès aux services

Il n'y a pas de définition universelle pour l'accès. Certains ont suggéré : *la capacité d'assurer un ensemble spécifique de services de santé, avec un certain niveau de qualité et un niveau minimum d'inconfort, de problèmes ou de coûts pour le patient, tout en ayant un niveau donné d'information*. Ainsi défini, l'accès est une cible mouvante qui évolue à mesure qu'un pays devient plus riche.

L'impact des garanties d'accès sur les objectifs des gouvernements diffère selon les modes de rémunération (financement) du secteur hospitalier et des médecins. Par exemple, dans un système où le prestataire est rémunéré par capitation, la garantie d'accès offre la possibilité aux patients de se faire traiter par un autre prestataire s'il juge que les délais d'attente sont trop longs. Dans ce contexte, le prestataire non performant devra lui-même défrayer les coûts associés au traitement du patient. Le prestataire imputable qui souhaite contrôler son budget aura avantage à améliorer sa performance, à respecter des délais raisonnables et les critères de qualité de sa clientèle. Dans ce cas, la garantie d'accès est un mécanisme d'incitation à la performance du prestataire.

Si les prestataires sont rémunérés à l'acte et que le secteur hospitalier est financé par budget (prospectif ou rétrospectif), comme au Québec, alors la garantie d'accès n'a aucun effet sur la rémunération de l'un ou de l'autre si les délais de traitement ne sont pas respectés. Tout ce que la garantie accomplit, c'est de sécuriser le patient quant au délai maximal qu'il aura à attendre. La garantie n'encourage pas la productivité du système et diminue la capacité du gouvernement à contrôler le budget de santé. En outre, si le service est rendu à l'extérieur du pays, le coût est potentiellement plus élevé et l'impact est négatif sur sa balance commerciale. Bref, une telle politique s'écarte à plusieurs égards de l'objectif de maximisation de la valeur.

3.3 MÉCANISMES DE CONTRÔLE

Le contrôle est exercé soit hiérarchiquement ou par incitation et information. Les mécanismes hiérarchiques sont employés dans les pays où le système est intégré et qui disposent de peu d'information, comme au Québec et au Canada. Les mécanismes incitatifs de contrôle sont implicites dans les systèmes décentralisés et où plusieurs acteurs sont présents.

Les mécanismes hiérarchiques de contrôle

Les politiques des gouvernements pour freiner la croissance des dépenses de santé au cours des 30 dernières années ont été essentiellement concentrées sur la réglementation des prix, des volumes de services et des intrants en santé, et sur la fixation des budgets de santé.

Le contrôle des salaires, des prix et des ressources

Le contrôle des salaires est particulièrement fréquent dans les pays où les systèmes de santé sont fortement intégrés et publics et où le personnel est payé à salaire [Danemark (hôpitaux), Finlande, Irlande (hôpitaux), Espagne, Suède, Grande-Bretagne (hôpitaux)].

3. La gouvernance de la santé dans les pays de l'OCDE

Dans certains pays, les prix sont ajustés en fonction du volume de soins, de façon à ne pas excéder un plafond [Allemagne (ambulatoire), Autriche (hôpitaux), Hongrie (soins à domicile), Belgique].

D'autres pays ont ajusté les prix de sorte que le rendement marginal des médecins diminue après un certain plafond (Québec et Hongrie).

Limiter les inscriptions dans les professions médicales fait partie des stratégies qui sont employées au Danemark par exemple. Toutefois, les gouvernements doivent être prudents pour ne pas créer de pénuries.

Plafonds budgétaires

Traditionnellement, les systèmes de santé intégrés ont recours au financement des organisations par subventions globales ou par budgets plafonnés. On les retrouve en Australie, au Canada, au Danemark, en Finlande, en Irlande, à Mexico, en Nouvelle-Zélande, en Norvège, en Suède, en Angleterre (jusqu'à récemment).

Certains pays où c'est l'assurance sociale qui assure les soins de santé de la population, des budgets indicatifs ont été déterminés; toutefois, ces limites sont rarement respectées (Belgique, France, Luxembourg et Pays-Bas).

Les mécanismes incitatifs de contrôle

Le contrôle des coûts

Parmi les mécanismes visant à freiner les dépenses de la santé, plusieurs comparent la performance des institutions en comparant les coûts moyens par DRG. En Allemagne, depuis 2004, les hôpitaux doivent rapporter leurs coûts selon les DRG et, à partir de 2005, les budgets ont été remplacés par des paiements prospectifs selon les DRG. Plusieurs autres pays ont emprunté cette stratégie dont la Belgique, le Danemark, l'Autriche et la Suède. Certains pays planifient de faire évoluer ce mécanisme de rémunération vers un mécanisme de remboursement selon une tarification par cas (selon les DRG) et ainsi d'améliorer le contrôle des coûts au niveau de l'intervention et de l'intervenant (voir l'annexe sur les mécanismes de rémunération des hôpitaux).

Contrôle de la qualité

Du point de vue de la qualité, la responsabilité de réglementer a toujours été confiée aux médecins eux-mêmes. Partout dans le monde, la profession médicale a historiquement été vénérée et peu remise en question. Toutefois, les travaux de recherche internationaux n'ont pu démontrer l'efficacité des mécanismes de réglementation de la profession qui ont été mis en place. Ces derniers doivent maintenant être repensés³².

³² Maynard, A.

Même si la littérature sur les erreurs médicales se multiplie, le public continue à faire confiance aux médecins. Il en est autrement des gouvernements et des assureurs qui exigent des organisations médicales qu'elles rendent des comptes, non seulement sur la qualité des soins qu'ils prodiguent mais aussi sur l'efficacité des coûts de leur pratique.

Tous ne sont pas en accord sur les meilleurs indicateurs de la qualité des services médicaux. La médecine n'est pas une science exacte et une grande variété est observée dans la pratique médicale pour une même indication. Or, il en est de même pour les résultats obtenus. Les pays précurseurs en matière de gestion de la qualité ont observé et documenté les meilleures pratiques. Ces dernières sont à la source de la création de protocoles thérapeutiques qui décrivent avec précision l'ensemble des soins nécessaires au traitement d'une pathologie. Ces protocoles de soins sont validés par des experts, ils doivent être conformes aux données actuelles de la science et régulièrement réévalués. Dès lors, le financement, la prise en charge et l'évaluation de la qualité sont liés à l'observation de ces protocoles en intégrant toutefois des mécanismes de souplesse et de dérogation visant à assurer le bon fonctionnement du système.

La Commission of Healthcare Audit and Inspection (CHAI) du Royaume-Uni a la mission de suivre l'adhésion aux normes. Les *trusts* (Primary Health Care Groups) sont évalués selon plusieurs indicateurs dont : l'attente, la propreté, les données cliniques et la gestion financière. Aux extrêmes, l'équipe de gestion du *trust* peut être congédiée ou obtenir plus d'autonomie selon son évaluation.

En outre, des chercheurs britanniques, en collaboration avec leurs collègues européens, ont développé un indicateur de qualité (EQ5D) des pratiques axées sur l'amélioration de la qualité de vie des patients. Une expérience similaire a été conduite aux États-Unis dans les années 70 par le RAND Health Insurance Experiment qui a donné lieu à l'élaboration du Short Form 36 (SF-36). L'avantage de ces indicateurs est que le classement peut être réduit à un seul chiffre. L'instrument générique EQ5D a été traduit dans une douzaine de langues. Cette méthode a donné à l'assureur un moyen de protéger l'assuré en plus de lui donner la possibilité de mesurer la capacité des intervenants de restaurer la qualité de vie des patients.

Le *Federal Hospital Act* en Autriche est une loi qui oblige les gestionnaires d'hôpitaux à implanter un système interne d'assurance qualité dans le but d'assurer et de maintenir la qualité. Celui-ci implique tous les partenaires du système de santé, incluant les patients et le personnel. En Autriche, chaque fonds d'assurance santé compte un médecin chef qui a la responsabilité d'autoriser les services ne faisant pas partie des ententes, de vérifier les habitudes de prescription des médecins contractuels (initier des vérifications si nécessaire). Ce qui implique que les fonds d'assurance exercent un contrôle sur l'utilisation des ressources.

3.4 MÉCANISMES D'ÉVALUATION

Les mécanismes de suivi sont intimement liés aux mécanismes de planification, de contrôle et d'incitation à la performance. Les mécanismes de suivi ont pour objet d'informer les

3. La gouvernance de la santé dans les pays de l'OCDE

gestionnaires sur l'évolution de l'organisation vers les objectifs qu'elle s'est fixée. Dans ce contexte, les mécanismes de suivi sont aussi efficaces que les indicateurs suivis. L'exercice d'identification et de suivi des indicateurs exige d'être soigneusement planifié. Par exemple, un indicateur sur le nombre de personnes traitées ne donne de l'information que sur la quantité de personnes traitées, mais n'informe pas sur la qualité ou le résultat de l'intervention.

En disposant d'information adéquate sur le degré d'atteinte de ses objectifs, le gestionnaire est en mesure de contrôler la performance de l'organisation et d'ajuster ses stratégies, si nécessaire.

L'évaluation

En Belgique, des comités d'évaluation de soins ont été créés dans les hôpitaux. L'objectif est d'améliorer la qualité des soins et d'adhérer au suivi d'indicateurs de qualité. D'autres pays, comme l'Autriche et la Grande-Bretagne, optent pour l'évaluation des pratiques et la comparaison avec les meilleures pratiques en termes d'efficacité (coût et santé).

La République tchèque étudie (test pilote) l'utilisation d'un système basé sur les DRG dans le but de comparer la qualité et la productivité des interventions dans les établissements.

L'Espagne, la France et le Canada publient des protocoles de pratiques. Il n'y a toutefois pas, dans ces pays, de mesures de contrôle ou d'incitation à les appliquer. L'information sur les efforts pour établir des normes de pratiques basées sur les évidences est limitée essentiellement parce que les systèmes d'information en santé sont encore à un stade de la petite enfance. Les principaux défis de cette approche sont : (1) l'approche requiert le support inconditionnel de la profession médicale qui pourrait y voir une intrusion dans sa pratique ainsi qu'une augmentation des coûts administratifs; 2) dans un contexte d'évolution technologique rapide, il est difficile et coûteux de faire évoluer les normes à la bonne vitesse pour refléter l'avancement

Publication d'indicateurs de performance

La diffusion publique d'information sur la performance est une nouvelle tendance dont l'objet est d'améliorer l'imputabilité des prestataires, des compagnies d'assurance ou des autres intervenants pertinents. C'est un incitatif puissant à la performance.

Certains pays, comme le Canada, la Suède et le Danemark, publient les temps d'attente pour les chirurgies électives. Cette pratique a pour objectif d'accroître la concurrence entre les établissements, mais aussi d'orienter les patients.

Aux États-Unis, les Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), dans le cadre de leurs efforts pour améliorer la qualité des services, insistent beaucoup sur la publication d'indicateurs de qualité des institutions.

Depuis les initiatives d'amélioration de la gouvernance clinique en 1999, la Grande-Bretagne requiert que toutes les organisations du NHS (National Health Service) produisent un

rapport public sur leur performance clinique. En plus, l'Agence nationale de la sécurité des patients a été créée pour gérer l'obligation de rapporter les erreurs médicales (et les erreurs potentielles).

Les États-Unis ont également investi dans les systèmes publics d'information sur la qualité et la performance des organisations publiques de santé. Le système est basé sur des mesures standards de la performance et de la qualité.

Au Canada, les initiatives visant à publier les résultats d'indicateurs de qualité des institutions sont peu nombreuses. En 2006, la Human Services Agency for Healthcare Research a évalué la qualité de la prestation des hôpitaux ontariens³³. Seuls 43 des 136 hôpitaux ont accepté que les résultats de l'évaluation soient publiés. On peut supposer que les autres estiment que leur performance est inférieure au niveau optimal. Cette réaction illustre l'efficacité de la publication des résultats d'indicateurs comme mécanisme d'incitation.

3.5 LA DISPONIBILITÉ D'INFORMATION

La qualité du processus de planification et l'efficacité des mécanismes de suivi et de contrôle dépendent directement de la qualité, de la pertinence et de la disponibilité à temps opportun de l'information. Dans plusieurs pays, les technologies de l'information contribuent, de multiples façons, à rendre les gestionnaires et les prestataires plus efficaces. Toutefois, l'intensité de leur utilisation varie beaucoup d'un pays à l'autre. Selon une étude publiée par le Commonwealth Fund³⁴, c'est en Amérique du Nord (au Canada et aux États-Unis) que les TI sont le moins utilisées pour appuyer l'équipe médicale.

La mise en œuvre de systèmes d'information reposant sur des architectures ouvertes et orientées vers la gestion des risques et la qualité, et donc non limitées à la seule gestion administrative du système de santé, est essentielle à l'amélioration de la bonne gouvernance des systèmes de santé. La majorité des pays l'ont reconnu mais tardivement comparativement à d'autres industries intensives en transactions, telles que le secteur financier ou de l'assurance.

La disponibilité du dossier médical électronique partagé, rassemblant les éléments médicaux suivants : observations du médecin, résultats d'examen, prescriptions d'examen, de médicaments et de traitements en cours, est encore aujourd'hui relativement rare à moins que le patient soit pris en charge par une organisation unique. Pourtant, aujourd'hui, les professionnels et les établissements reconnaissent tous l'importance des coûts additionnels occasionnés par la perte de temps liée à la recherche d'information, par la répétition d'examen et par les erreurs liées à l'absence d'information.

3.6 LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES

Le vieillissement de la population, l'amélioration des technologies et des pratiques de santé et l'accès universel aux soins ont eu pour effet d'augmenter l'espérance de vie des

³³ Mullins, M. et Rena Menaker.

³⁴ Schoen, C. *et al.*

3. La gouvernance de la santé dans les pays de l'OCDE

individus, mais aussi d'augmenter la part de la population (et le nombre) vivant avec de multiples maladies chroniques. Si bien que la grande majorité des personnes qui fréquentent le système de santé sont atteintes d'une ou de plusieurs maladies chroniques. Des chercheurs canadiens ont évalué la part des consultations en soins primaires auprès de malades chroniques à 80 % et les 2/3 des coûts médicaux seraient associés au traitement de malades chroniques³⁵.

Les études canadiennes et internationales faisant état de l'importance du fardeau des maladies chroniques sont nombreuses. Il en est de même pour les études faisant état de l'efficacité (économique et sur la santé) des modèles de gestion des maladies dont le plus couramment utilisé a été développé par le MacColl Institute for Healthcare Innovation de la Pudget Sound Group Health Cooperative. Ce modèle de gestion des maladies est un exemple de système de gouvernance faisant appel à un ensemble de mécanismes dont les objectifs sont compatibles. En outre, il nous renseigne sur un moyen efficace d'améliorer la qualité des services tout en diminuant la pression sur les coûts.

La gestion des maladies se concentre essentiellement sur la gestion des malades chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, cancer, insuffisance respiratoire chronique, asthme, insuffisance coronarienne). L'objectif de la GM est d'améliorer l'état de santé des malades chroniques (hauts consommateurs de services de santé) par une meilleure prise en charge de ces malades. C'est ce qui est appelé de la prévention secondaire. Il en résulte une diminution de la pression sur la demande de services hospitaliers et d'urgence. La stratégie est simple. Par un meilleur encadrement des patients, on améliore leurs connaissances et leurs compétences dans le but d'améliorer leur comportement face à leur état et ainsi améliorer les habitudes de vie des patients, ces derniers étant mieux informés.

Les programmes de GM améliorent également la coordination des soins par des dispositifs variés, par exemple par un gestionnaire de cas (clinicien) et un carnet de santé. Le gestionnaire clinicien facilite le travail multidisciplinaire proactif et la gestion proactive de la maladie. Il en résulte une amélioration de l'état de santé des patients, une diminution marquée des hospitalisations et des visites aux urgences de ces patients et donc une diminution de la pression sur les budgets.

Les composantes clés et essentielles à l'amélioration continue de l'efficacité des soins auprès des malades chroniques sont :

- des systèmes d'information qui permettent d'identifier les usagers fréquents du système de santé;
- la disponibilité d'outils d'aide à la décision (bases de données sur les évidences; protocoles de soins, dossiers patients électroniques);
- une équipe médicale de première ligne intégrée incluant le médecin et reliée par des systèmes d'information et de télécommunications facilitant le transfert de l'information médicale;

³⁵ Morgan M.W. *et al* (2007)

3. La gouvernance de la santé dans les pays de l'OCDE

- la responsabilisation du patient pour sa propre prise en charge et le soutien éducatif approprié pour l'encourager;
- un clinicien responsable de la gestion des cas à risque élevé;
- des systèmes d'alerte automatisés qui rappellent à l'équipe traitante les interventions à pratiquer pour observer le protocole;
- un système d'évaluation et de mesure des résultats.

Thomas Bodenheimer de l'Université de Californie a examiné les travaux de recherche visant à établir l'évidence du modèle de gestion des malades chroniques. Son équipe souhaitait examiner et distinguer les éléments du modèle qui améliorent la performance du médecin de ceux qui améliorent les résultats cliniques³⁶. Les visites planifiées, la gestion des cas chroniques et les systèmes automatisés de rappel augmentent l'efficacité du médecin. Les résultats cliniques semblent être améliorés lorsque plusieurs voire tous les éléments du modèle sont mis sur pied. Des conditions difficiles à instaurer.

Le Royaume-Uni a mis en place une politique visant l'amélioration de la prise en charge des malades chroniques et la réduction des hospitalisations en effectuant un transfert de la prise en charge de l'hôpital vers le médecin généraliste en s'appuyant sur une démarche associative forte. L'introduction récente d'une rémunération fondée sur des indicateurs de performance sanitaire concernant les patients (plutôt que la population) est le dispositif d'incitation par lequel le Royaume-Uni s'attend à faire évoluer les pratiques. Les résultats de cette initiative ne pourront être démontrés qu'à long terme. La question est de savoir si le mode de rémunération fondée sur des indicateurs de qualité induira, de façon durable, l'amélioration des pratiques à l'égard des malades chroniques.

L'Allemagne a mis en place des programmes de gestion des maladies chroniques administrés par les caisses d'assurance maladie qui se font concurrence. Les caisses reçoivent un fonds de péréquation pour les patients inclus dans ce type de programme. Les médecins et les patients reçoivent un incitatif financier à participer à ces programmes. Les programmes allemands auraient une faiblesse au niveau des systèmes d'information et au niveau de l'adaptation des prestations (standardisation). Il en résulte une administration lourde et des résultats peu probants.

Le potentiel économique qu'offre la gestion des maladies chroniques ne fait aucun doute. Plusieurs projets pilotes ou initiatives pour la mise en place d'un tel modèle ont été répertoriés au Canada³⁷. Seulement, la réglementation, la structure de nos organisations de santé, les mécanismes de rémunération et l'absence d'incitatif font que nous ne pourrions obtenir que peu de bénéfices de ce modèle de gestion. En effet, les systèmes d'information dans les bureaux des généralistes étant peu répandus (23 % d'entre eux possèdent des dossiers électroniques³⁸); les intervenants travaillant encore en silo malgré que les organisations aient été fusionnées; le modèle de rémunération des médecins ne les

³⁶ Le Pen, C., 2004.

³⁷ Voir le site www.chronicdiseaseprevention.ca pour la liste des initiatives canadiennes.

³⁸ Schoen, C. *et al.*

encourageant pas à passer suffisamment de temps avec leurs patients pour leur apprendre à gérer leur maladie ou à déléguer des tâches à une infirmière formée pour le faire (paiement à l'acte), et les mécanismes de communication entre les établissements étant peu développés, l'efficacité de la pratique dépendra de la bonne volonté des différentes organisations de première ligne et des investissements qu'elles seront prêtes à faire. Sans remettre en cause la bonne volonté des individus, seuls un coup de barre important dans les relations contractuelles entre les organisations et le développement d'incitatifs administratifs et économiques encourageant les intervenants à intégrer ces éléments clés à l'amélioration de la performance produiront une amélioration de l'efficacité dans les services aux malades chroniques.

Exemple de cas :

Le projet défi-chronicité au CSSS des Sommets – un exemple québécois d'amélioration de la performance par la gestion des maladies chroniques

Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) des Sommets, situé dans les Laurentides, vit, comme plusieurs CSSS du Québec, une situation budgétaire difficile. L'équipe de soins infirmiers avait observé qu'un groupe restreint de patients fréquentaient répétitivement le CSSS. Cette observation et la nouvelle réalité (regroupement des CH, CHSLD et CLSC) ont encouragé le Centre à revoir l'organisation des soins et l'ont poussé à trouver un point de convergence avec les médecins de famille.

Sachant que :

- environ 20 diagnostics expliquent l'utilisation de 75 % des ressources;
- un nombre restreint de personnes fréquentent régulièrement l'urgence et les lits d'hospitalisation;
- il faut avoir des stratégies individualisées pour les hauts consommateurs de soins;
- les dépenses de santé sont inflationnistes.

L'équipe de projet du CSSS des Sommets a décidé de faire un projet pilote sur le potentiel d'améliorer l'efficacité de ses pratiques en implantant le modèle de gestion des maladies chroniques (GMC) élaboré par Shortell³⁹. L'examen initial des données sur la fréquentation a révélé que les 200 patients du CSSS dont la fréquentation était la plus élevée étaient responsables de 5,3 % des visites à l'urgence, de 11,5 % des hospitalisations et de 9,4 % des interventions au CLSC. Le projet pilote intégrait les éléments suivants de la GMC : gestionnaire de cas, prise en charge par le médecin, formation des patients, dossier patient partagé, mécanisme de coordination des services, mécanisme d'alerte, et rapport de suivi de la clientèle. Ce programme de gestion des maladies chroniques a eu pour effet de diminuer, après neuf mois, la fréquentation de

³⁹ Shortell, S.M. *et al.*

ces mêmes 200 patients à 1,6 % des visites à l'urgence, à 3 % des hospitalisations et à 11 % de la fréquentation du CLSC.

Tableau 12 : Part de la fréquentation totale des 200 patients dont la fréquentation était la plus élevée

	Début du projet	Après 9 mois
Visites à l'urgence	5,3 %	1,6 %
Hospitalisations	11,5 %	3 %
Interventions au CLSC	9,4 %	11 %

3.7 SOMMAIRE DES CONSTATS

L'importance de créer un système de gouvernance cohérent et en fonction des objectifs visés ne fait aucun doute. La littérature sur les réformes entreprises dans les pays de l'OCDE révèle que :

- tous les pays de l'OCDE sont aux prises avec les mêmes préoccupations, soit celles de contrôler la croissance des coûts de santé dans un contexte de vieillissement de la population, de maintenir ou d'améliorer l'universalité de l'accès aux services de santé⁴⁰;
- l'amélioration de la performance passe par l'amélioration de leur système de gouvernance.

Tous les pays ont pour objectif d'améliorer la réactivité de leur système. Ils misent, en grand nombre, sur l'amélioration de la reddition de comptes, la décentralisation des responsabilités (en fournissant les moyens), et l'incitation à une plus grande responsabilisation.

Les initiatives les plus souvent citées comme étant indispensables à l'amélioration de la productivité sont les suivantes :

- une meilleure connaissance des coûts par intervention;
- la circulation de l'information (systèmes avancés d'information);
- une plus grande reddition de comptes face aux variations dans les coûts;
- une plus grande reddition de comptes face aux choix cliniques des médecins;
- une plus grande responsabilisation des acteurs par des incitatifs économiques et administratifs;

⁴⁰ Le système de santé américain est le seul qui fasse exception à ces deux derniers objectifs.

3. La gouvernance de la santé dans les pays de l'OCDE

- la séparation des responsabilités de financement et d'organisation du système ;
- la décentralisation de l'organisation des services d'hébergement.

4. ANALYSE COMPARATIVE DES STRATÉGIES SANTÉ

Les pays qui semblent avoir la meilleure productivité sont ceux qui ont non seulement toujours fait évoluer leurs pratiques de gestion et médicales mais aussi leurs mécanismes de gouvernance à mesure que le besoin se faisait sentir (exemples : Allemagne, Danemark, France).

Statistiquement, il est extrêmement complexe de lier la performance des systèmes de santé et les mécanismes de gouvernance. L'importance du nombre de facteurs pouvant expliquer la performance d'un système national de santé et la difficulté de cumuler des statistiques comparables internationalement n'expliquent qu'en partie l'absence de travaux à cet égard. Faute d'analyses statistiques rigoureuses, nous avons schématiquement tenté de lier efficacité des systèmes et les mécanismes de gouvernance.

Les sections suivantes comparent les structures d'organisations et certains mécanismes de gouvernance de 18 pays de l'OCDE. Les pays étant catégorisés selon qu'ils ont maintenu un accroissement positif, nul ou négatif, du nombre de patients traités par 1000 habitants et de la productivité de leurs médecins. L'objectif était d'examiner si des tendances pouvaient être observées et des hypothèses formulées.

4.1 LE CLASSEMENT DES PAYS SELON L'ÉVOLUTION DE LA PRODUCTIVITÉ

Au chapitre 1, l'analyse de la croissance annuelle des principaux *inputs* et *outputs* des systèmes de santé a résulté dans une classification des pays en quatre catégories :

1. Les pays pour lesquels tous les indicateurs de productivité sont positifs.
2. Les pays dont la productivité des médecins est positive et la croissance des *outputs* nulle ou positive;
3. Les pays dont la productivité des médecins est négative et la croissance des *outputs* nulle ou positive;
4. Les pays dont l'évolution des *outputs* et de la productivité des médecins est négative⁴¹.

En posant l'hypothèse que, d'un point de vue macro, tous les modèles de santé étudiés produisent un état de santé de la population équivalent, les pays des catégories 1 et 2 réussissent à accroître la valeur de leur investissement en santé. Les pays de la catégorie 3 ont des mécanismes supérieurs à ceux des pays de la catégorie 4, mais l'accroissement de la valeur est nul. L'accroissement de la valeur des autres pays est négatif. Le Québec et le Canada font partie de la catégorie où l'évolution des *outputs* et de la productivité des médecins est négative.

⁴¹ Le Royaume-Uni fait exception car l'évolution des sorties d'hôpitaux par 1000 habitants est positive, 1,2 %. Toutefois, puisque la productivité des médecins a diminué de 4,4 % par année et le nombre de visites par 1000 habitants a aussi diminué de 2 %, le Royaume-Uni a été placé dans cette catégorie.

4. Analyse comparative des stratégies santé

Tableau 13 : Évolution des indicateurs de productivité

	Croissance de la productivité des médecins	Croissance des <i>outputs</i>	Pays*
1	Positive	Positive	Allemagne
2	Positive	Positive ou nulle	Danemark
3	Négative	Positive ou nulle	France, Espagne, Finlande, Belgique, Autriche, Japon et Pays-Bas
4	Négative	Négative	Canada, Suède, Australie, Québec, Royaume Uni

* : Les visites chez le médecin en Norvège, en Italie, en Nouvelle-Zélande et en Irlande n'étant pas disponibles, ces pays n'ont pas été catégorisés.

Les auteurs admettent que cette méthode pour mesurer la capacité des pays à améliorer leur productivité est fragile. En effet, elle ne renseigne pas sur les causes des variations. Ce qui implique qu'il est possible qu'une tendance à améliorer la prise en charge des patients par les médecins soit interprétée comme une baisse de productivité (mesurée par le nombre d'examen par médecin).

Les sections suivantes examinent les structures organisationnelles et certains mécanismes de gouvernance selon les catégories afin d'examiner si des tendances sont observables.

4.2 LES MÉCANISMES DE COLLECTE DE FONDS

Les sources de fonds de santé sont de quatre ordres : la taxation, l'assurance sociale, l'assurance volontaire et les contributions directes. Les méthodes de collecte de fonds de santé des pays varient selon les valeurs, l'histoire et les objectifs sociaux économiques des différents pays.

La majorité des pays ont principalement recours à la **taxation** pour financer leur système de santé. Les différents moyens de taxer, la consommation, les revenus, les taxes nationales ou locales, etc., permettent de répartir le fardeau du coût du système selon les objectifs sociaux du pays. La dévolution de la responsabilité financière aux localités est généralement accompagnée d'une plus grande décentralisation de la responsabilité de l'organisation des services. Traditionnellement, les pays qui financent leur système de santé par les impôts généraux centralisent l'approvisionnement et monopolisent les opérations aussi. Ils exercent un meilleur contrôle sur les dépenses, mais plusieurs d'entre eux

4. Analyse comparative des stratégies santé

souffrent d'importants délais d'attente. Récemment, la tendance à la décentralisation a eu pour effet de créer de plus petites et plus flexibles organisations responsables de l'approvisionnement.

Dans le pays où la santé est financée par les assurances sociales, les contributions sont généralement obligatoires pour l'ensemble de la population (ou presque). Elles ne sont pas liées au risque et sont séparées des impôts généraux. Ce qui a pour avantage de lier le coût du système de santé aux contributions et donc de mieux responsabiliser la population⁴². Ces systèmes ont habituellement recours à des paiements par cas ou *per diem*. Plus récemment toutefois, ils ont introduit divers mécanismes de financement tels la capitation, les paiements par cas selon les DRG (*diagnostic related groups*) ou des systèmes mixtes.

Les pays qui imposent des contributions aux usagers le font généralement pour envoyer un signal clair : les services de santé ne sont pas gratuits. Ils ont donc comme objectifs de réduire la surconsommation de soins de santé et d'accroître le financement. Si les contributions sont trop élevées, il est possible qu'elles réduisent la consommation nécessaire de soins ou encore qu'elles créent des iniquités. La majorité des pays de l'OCDE imposent des contributions pour les consultations médicales et/ou pour les soins hospitaliers en limitant leur impact négatif par des politiques d'exception.

Les tableaux suivants indiquent les pays ayant recours aux différents modes de financement de leur système de santé. Il n'y a pas de lien clair entre les sources de fonds et l'efficacité des systèmes de santé. La seule tendance observée est qu'il y a plus de pays qui imposent des contributions aux usagers que ceux qui ne le font pas.

Tableau 14 : Mécanismes de financement des systèmes universels de santé

	Avantages	Désavantages	Pays
Taxation	Flexibilité et contrôle Redistribution de la richesse	À moins de confier la collecte de fonds, l'approvisionnement et l'opération du système, la taxation est monopolisée par l'État	Canada, Danemark , Finlande, Irlande, Italie, Norvège, Portugal, Espagne, Suède, Royaume-Uni
Assurance sociale	Plus grande part de la population qui contribue Taux liés aux coûts du système	Sous-financement si l'économie informelle importante	France, Allemagne , Belgique, Autriche Luxembourg et Pays-Bas
Assurance privée volontaire	Dépend du rôle Partage du risque	Doit être réglementée pour atteindre les objectifs sociaux	
Contributions usagers	Responsabilisation des usagers Fonds additionnels	Peuvent, si non réglementées, réduire la consommation de soins nécessaires ou créer des iniquités	La majorité des pays de l'OCDE Exceptions : Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande, Italie, Turquie, Danemark, Espagne, Pays Bas et Pologne

⁴² Parce que la population est consciente du coût du système de santé.

4. Analyse comparative des stratégies santé

Le tableau suivant indique qu'il n'y a pas de lien entre l'amélioration du nombre de cas traités et les sources de fonds de santé. Les deux pays qui ont réussi à accroître la productivité de leurs médecins au cours de la période, l'Allemagne et le Danemark, ont deux systèmes de financement différents, l'un par taxation et l'autre par assurance sociale privée et publique obligatoire. **Toutefois, les pays pour lesquels une détérioration de la valeur de l'investissement en santé a été observée financent en majorité leur système de santé par impôt général.**

Enfin, on observe aussi qu'il n'y a que le Canada qui ne permet pas l'assurance privée duplicative⁴³.

Tableau 15 : Mécanismes de financement des systèmes universels de santé

Catégorie	Pays	Source générale	Contributions usagers	Assurance privée duplicative
1	Allemagne	Assurance obligatoire	Oui	Oui
2	Danemark	Impôts nationaux, régionaux et locaux	Oui	Oui
3	France	Assurance sociale	Oui	Oui
3	Espagne	Impôts	Non	Oui
3	Finlande	Impôts	Oui	Oui
3	Belgique	Assurance sociale	Oui	Oui
3	Pays Bas	Impôts et assurance sociale	Oui	Oui
3	Autriche	Assurance sociale	Oui	Oui
3	Japon	Assurance obligatoire	Oui	Oui
4	Canada	Impôts	Non	Non
4	Suède	Impôts	Oui	N/D
4	Australie	Impôts	Oui	Oui
4	Royaume-Uni	Impôts	Non	Oui
	Irlande	Impôts	Oui	Oui
	Norvège	Cotisations sociales et impôts	Oui	N/D
	Nouvelle-Zélande	Impôts	Oui	Oui

⁴³ L'assurance duplicative double l'assurance publique. En d'autres mots, la population a la possibilité d'acquiescer une police d'assurances privée pour couvrir des soins autrement couverts par le système public.

4.3 LES MÉCANISMES INCITATIFS

Bien que ce ne soit pas les seuls mécanismes incitatifs économiques, les plus courants sont intégrés dans les mécanismes de rémunération et de financement des hôpitaux. Le financement des hôpitaux par budget prospectif calculé à partir des groupes homogènes de patients et ajusté pour tenir compte de la gravité des cas et des caractéristiques populationnelles. C'est une **stratégie adoptée dans presque tous les pays dans le but de rapprocher la détermination des budgets en fonction de l'activité et d'identifier les établissements les moins performants**. En général, les pays qui choisissent cette option sont en transition vers un financement par cas réel. Un financement qui n'est possible que si les informations sont disponibles.

On observe que les pays dont l'amélioration de la valeur est positive financent leurs hôpitaux par budget prospectif DRG ajusté pour tenir compte des services rendus et rémunèrent les médecins par capitation⁴⁴. On y observe aussi que le Canada est le seul à déterminer les budgets hospitaliers selon les budgets historiques. En outre, **la rémunération à l'acte des médecins est plus répandue au sein des pays où l'amélioration de la productivité du système est nulle ou négative**.

Tableau 16 : Mécanismes de financement des systèmes universels de santé

Catégorie	Pays	Mécanisme de financement des hôpitaux	Paiement des médecins
1	Allemagne	Budget DRG	Capitation
2	Danemark	Budget (DRG)/ajusté	Capitation + acte
3	France	par cas (DRG)	Acte + salaire
3	Espagne	Budget (DRG)	Capitation + acte
3	Finlande	Budget (DRG)	salaire, capitation, acte
3	Belgique	Budget (DRG)	Acte
3	Autriche	Par cas (DRG)	Capitation
3	Japon	Acte + <i>per diem</i>	Acte
3	Pays-Bas	DBC (autre forme de DRG)	Acte ⁴⁵ + Capitation
4	Canada	Budget historique	Acte
4	Suède	Par cas (DRG)	Capitation + Acte(DRG)
4	Australie	Budget DRG	Acte
4	Royaume-Uni	Budget DRG	Capitation

⁴⁴ Capitation : un paiement par capitation responsabilise une entité qui dispense une gamme de services, pour une clientèle précise, financée par un pré-paiement *per capita* ajusté en fonction du risque de consommation.

⁴⁵ Plusieurs initiatives de la part des médecins pour remplacer le paiement à l'acte par un salaire. Les médecins des hôpitaux universitaires sont rémunérés par salaire.

4.4 ORGANISATION DES SERVICES

Deux importantes observations sont illustrées par la comparaison des structures organisationnelles et du rôle du privé dans les systèmes de santé : (1) Les pays dont l'évolution des *outputs* est négative centralisent les opérations du système de santé; (2) **Le Canada est le seul pays où le privé ne joue aucun rôle dans la prestation de services.** En plus, il est à noter que la **séparation des fonctions d'achat de prestation des services est fortement répandue, surtout lorsque l'accroissement de la valeur est positive.**

Tableau 17 : Mécanismes de financement des systèmes universels de santé

Pays	opérations décentralisées	Séparation des acheteurs et des fournisseurs	Hôpitaux publics achètent les services cliniques au privé	Présence de CH privé
Allemagne	Oui	Oui	Oui	Oui
Danemark	Oui	Oui*	Oui	1 % des lits
France	Oui	Oui	Oui	Oui
Espagne	Oui	En partie	N/D	N/D
Finlande	Oui	Oui	N/D	Oui
Belgique	Oui	Oui	Oui	Oui
Autriche	Oui	pas toujours	Oui	Oui
Japon		Oui	Oui	Oui
Pays-Bas	Oui	Oui	N/D	Oui
Canada	Non	Non	Non	Non
Suède	Oui	Oui	Oui	Oui
Australie	Non	Non	Oui	Oui
Royaume-Uni	Non	Oui	Oui	Oui

* Au Danemark, les comtés ont introduit les contrats de services avec les hôpitaux. La rémunération et les conditions de travail des gestionnaires en dépendent.

CONCLUSION

La situation est sans équivoque, les pressions exercées par le système de santé sur les finances publiques vont perdurer. Il est urgent pour le Québec de transformer son système de santé qui n'a pas cessé de souffrir voire se dégrader au cours des dix dernières années, et ce malgré des investissements importants. Un revirement de la situation passe nécessairement par une remise en question des institutions et une transformation profonde de l'organisation des services de santé. Il ne fait aucun doute que la solution passe par un système de gouvernance cohérent dont l'ensemble des mécanismes est orienté vers des objectifs compatibles, soit la maximisation de la valeur obtenue pour chaque dollar dépensé ou investit en santé.

Tel qu'exprimé par le Veteran Health Administration des États-Unis, l'objectif ultime se résume ainsi : « Une médecine de qualité, ce sont des soins dont l'efficacité a été démontrée, dispensés quand ils sont nécessaires, donnés de façon compétente et diligente, au moment opportun, au moindre coût et au moindre risque »⁴⁶. Là est notre vision.

PRINCIPAUX CONSTATS

Tous les pays de l'OCDE sont aux prises avec un accroissement des coûts publics de santé plus élevé que l'accroissement de leur PIB dans un contexte de vieillissement de la population. Ils ont également tous pour objectif d'assurer une couverture universelle et équitable des services de santé.

Les moyens par lesquels les pays financent leur système de santé dépendent de leur histoire, de leurs valeurs et de leur culture. En outre, les iniquités horizontales dans l'accès aux services sont faibles dans la majorité des pays de l'OCDE.

L'état de santé des populations est similaire dans tous les pays. Les différences se situent au niveau des causes de mortalité et de morbidité. Dans l'ensemble, toutefois, aucun pays ne se distingue au niveau du prolongement moyen de l'espérance de vie.

C'est plutôt au niveau du coût par habitant des systèmes publics, des ressources allouées au système, du nombre de cas traités et de leurs institutions que les pays se démarquent le plus.

Dans tous les pays, la préoccupation causée par la pression des coûts de santé sur les économies est majeure. Elle a occasionné de nombreuses réformes au cours des dix dernières années.

Beaucoup de pays ont opté pour l'amélioration des divers mécanismes de gouvernance pour atteindre leurs objectifs de réduction de la pression sur les coûts ou pour améliorer la productivité de leur système.

⁴⁶ Barbour, G. (1996).

Conclusion

La capacité d'améliorer les mécanismes de gouvernance dépend de la sophistication des systèmes d'information en place. Ce sont les pays où les assureurs sont nombreux que l'information est la meilleure.

Dans les pays où les relations contractuelles entre les acteurs étaient déjà développées, les réformes ont visé à améliorer l'efficacité des contrats. Là où les systèmes sont fortement intégrés, monopolistiques et autocratiques, les pays ont réagi en développant les mécanismes de marché, soit en faisant ressortir l'information, en développant des incitatifs à l'atteinte des objectifs, en développant les mécanismes de contrôle et en améliorant continuellement leurs institutions et leurs relations contractuelles.

Peu de données existent sur la performance comparative des systèmes de santé et aucune donnée n'existe relativement à l'impact d'un mécanisme de gouvernance sur la productivité du système. Toutefois, l'importance de créer un système de gouvernance cohérent et en fonction des objectifs visés ne fait aucun doute.

Le Canada (et le Québec), figure au sein d'un groupe de quelque pays où la productivité des médecins et du système de santé a régulièrement diminué au cours des derniers dix ans. La principale caractéristique qui différencie ce groupe de pays de ceux qui ont amélioré ou maintenu la performance de leur système de santé est la centralisation du financement et de l'organisation des services. En effet, tous les pays dont le système de santé est décentralisé ont amélioré ou maintenu la productivité de leur système de santé au cours des derniers 10 ans. Par ailleurs, le Canada est le seul pays de notre échantillon (17 pays) où le budget des hôpitaux est établi en fonction des budgets historiques, où le financement et l'organisation des services de santé sont assumés par le ministère de la santé (avec l'Australie) et où le secteur privé est absent de l'offre publique de services de santé.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Se basant sur ces constats, les auteurs formulent un ensemble de recommandations qui ont pour objet de créer un système de gouvernance qui améliorera la valeur de nos dépenses en santé. Les recommandations poursuivent trois grands objectifs, soit de décentraliser la prise de décision sur l'organisation et l'octroi des ressources à un niveau qui soit le plus près possible de la clientèle, responsabiliser les acteurs pour qu'ils soient redevables de leurs actions et introduire des mécanismes d'incitation qui favorisent l'atteinte des objectifs du système. En d'autres mots, la réduction des pressions du système de santé sur les finances publiques passe par l'amélioration de la productivité du système de santé qui elle dépend des transformations suivantes de nos institutions :

1- Recentrer les activités du MSSS sur la réglementation, le contrôle du système et la mise en place de mécanismes de gouvernance efficaces. Le rôle du ministère en serait un stratégique, d'élaboration des objectifs et des politiques en santé. Il ferait une gestion proactive de la liste des services assurés et négocierait avec les entités chargées des acquisitions le budget alloué aux services primaires, secondaires et tertiaires de santé. Il maintiendrait la responsabilité de l'orientation, du financement et de l'organisation de la

Conclusion

santé publique et des institutions de formation. Enfin, il déterminerait les indicateurs de performance, évaluerait les institutions et mettrait en place les mécanismes pour favoriser les ajustements requis.

2- Créer des entités régionales séparées du ministère de la santé et libres de pressions politiques pour effectuer les achats de services de santé. Ces entités d'achat de services de santé seraient financées directement par le gouvernement en contrepartie de la provision d'une couverture de santé pour les soins médicaux primaires, secondaires et tertiaires pour une population donnée. Ces organismes disposeraient d'une véritable autonomie, notamment en matière de délégation du risque à des opérateurs de soins en concurrence.

3 - Modifier le système de financement des soins hospitaliers vers un système axé sur le remboursement des frais par cas réel à un tarif prédéterminé. Une organisation, représentant les médecins, les organisations de santé et les organismes d'approvisionnement, serait chargée de déterminer les prix par cas (DRG), de les faire évoluer avec les pratiques, les connaissances et les exigences de qualité.

4- Transférer la responsabilité de l'organisation des services de santé vers des organisations régionales chargées de fournir les services hospitaliers à une population donnée. Ces organisations obtiendraient le prix fixé par cas réellement traité compte tenu de leur complexité et des caractéristiques des patients. Les médecins seraient employés, ou contractuels, de ces organisations avec qui ils négocieraient leurs conditions de travail. Ces organisations régionales pourraient impartir à d'autres organisations, suprarégionales, locales, privées ou publiques, certains services. Dans le cas où elles amélioreraient leur productivité et généreraient un profit, elles pourraient le réinvestir. La concurrence entre les centres hospitaliers ne se ferait pas sur le prix mais sur la qualité de services puisque le prix serait fixé.

5- Maintenir et développer l'offre de soins primaires dans les cliniques médicales privées. Les médecins généralistes recevraient une rémunération mixte (capitation et acte) pour assurer la prise en charge d'une population donnée. Leur rémunération tiendrait compte des caractéristiques de leur clientèle et serait négociée avec l'organisation régionale de santé (recommandation 2). Les cliniques médicales assureraient la liaison avec les services spécialisés et hospitaliers pour leurs clientèles inscrites et prendraient avantage de la délégation des tâches à d'autres professionnels de la santé.

6- Éliminer la politique de cloisonnement de la pratique médicale tout en introduisant une obligation de maintenir une part des activités médicales des médecins dans le système public (qui pourrait être calculée en pourcentage de leur revenu).

7- Lier la prise en charge à l'observation de protocoles thérapeutiques régissant les meilleures pratiques qui décrivent l'ensemble des soins nécessaires au traitement d'une pathologie ou d'une situation médicale. Développer un mécanisme d'évaluation et de suivi de la pratique médicale.

Conclusion

8- Accélérer le développement des systèmes d'information reposant sur des architectures ouvertes et orientées vers la gestion des risques et de la qualité, et donc non limités à la seule gestion administrative du système de santé. L'amélioration de la performance du système (efficience, efficacité, contrôle des coûts et qualité des interventions) est conditionnelle à la disponibilité d'information de qualité en temps opportun (dossier patient, protocoles de soins, coûts par cas, etc.).

BIBLIOGRAPHIE

Barbour, G., *Redefining a Public Health System: How the Veteran Health Administration Improves Health Quality Measurement*, 1996.

Castonguay, J., Castonguay, C., Montmarquette, C., Scott I., *Analyse comparative sur le financement de la santé*, CIRANO, février 2007

Colombo, F., Tapay, N., *Private health insurance in Ireland (2004)*, a case study, OCDE

Conseil canadien de la santé, *Renouvellement des soins de santé au Canada*, rapport annuel aux canadiens 2006

CSE Corporation sociale Européenne Fiche synthèse.

De troyer M., Krzeslo, E. *Belgique, Assurance maladie, soins de santé et sécurité sociale : trois éléments indissociables*. Chronique internationale de l'IRES- no 91 – novembre 2004

Evans DB, Tandon A. Murray CJL, Lauer J. : *The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries*. Global programme on Evidence for health policy Discussion Paper no. 29 Geneva, Switzerland, WHO 2000.

Esmail, N., Walker, M. *How good is Canadian health care? 2006 report, an international comparison of health care systems*, Fraser Institute digital publication, 2006

European Observatory on Health Systems and Policies, *Australia (2006) « Health Systems in Transition »*

European Observatory on Health Systems and Policies, *Austria (2001) Health Care systems in transition*

European Observatory on Health Systems and Policies, *Belgium (2000) Health Care systems in transition*

European Observatory on Health Systems and Policies, *Denmark: Health care systems in transition, 2001*

European Observatory on Health Systems and Policies, *Germany (2004) Health Care systems in transition*

European Observatory on Health Systems and Policies, *New Zealand (2001) Health Care systems in transition*

European Observatory on Health Systems and Policies, *Spain (2006) Health Care systems in transition*

European Observatory on Health Systems and Policies, *Sweden (2005) Health Care systems in transition*

Bibliographie

Health care reform in England : progress and plans, survey number 7(2006) of the London school of economics and political science.

Health Care Systems: Lessons from the Reform Experiences, OCDE 2003.

HealthConnect :<http://www.health.gov.au/internet/hconnect/publishing.nsf/Content/national-1p>

Hutchison, B. *Des fissures dans les fondations: L'état précaire de l'infrastructure des soins de santé primaires au Canada*. Healthcare policy vol. 2 No.3, 2007

Leatt, P., Pink, G.H., Guerriere, M., *Towards a Canadian model of integrated Health care, Lead Paper, University of Toronto*

Lemay, A., Carle, J. Bilodeau, R., Mireault, J. Handfield, D., *L'évaluation des coûts réels par patient et épisode de soins*, Calass, Septembre 2003

Le Pen, C., *Couverture santé solidaire*, Institut Montaigne, avril 2004.

Maynard, A., *European Health Policy Challenges*, Health Economics, 14:S255-s263 (2005).

McAvoy, Brian R. et Gregor D Coster (2005) : « *General practice and the New Zealand health reforms –lessons for Australia?*», Australia and New Zealand Health Policy

Menaker, R., *Accountability in Ontario's hospitals*, Fraser Forum, February 2007

Morgan, M.W., N.E. Zamora et M.F. Hindmarsh, *An Inconvenient Truth: A Sustainable Healthcare System Requires Chronic Disease Prevention and Management Transformation*, Healthcare Papers, invited essay, vol. 7, n° 4, 2007.

MSSS, *La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers*, rapport du comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, janvier 2002.

MSSS, Rapport annuel de gestion 2002-2003

MSSS, Rapport annuel de gestion 2003-2004

MSSS, Rapport annuel de gestion 2004-2005

MSSS, Rapport annuel de gestion 2005-2006

Mullins, M. et Rena Menaker, *Hospital Report Card: Ontario 2006*, Fraser Institute 2006.

Nasef, M. Lemay, A., Mireault, J., Bilodeau, R., Gervais, G., *L'utilisation de l'évaluation du coût par épisode de soins pour l'analyse du financement adéquat des services en particulier de services ultra spécialisés*, Le Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Bibliographie

OCDE Economic Survey of the United Kingdom 2004: *Activity Based funding, incentives and Waiting rimes in health care*, ISBN 92-64-02022-5

Oliver, Adam, *The English National Health Service: 1979-2005*, LSE Health and Social Care, London School of economics, London, UK.

Pearse, Jim (2005) : « *Review of patient satisfaction and experience surveys conducted for public hospitals in Australia* », Health Policy Analysis Pty Ltd.

Pelletier, J. et al. *Groupe de travail sur la performance clinique*, Collège des médecins, 23 mai 2001

Pritchard, A. "Understanding government output and productivity". *Economic Trends*, July 2003, pp.27-39

Vers des systèmes de santé plus performants, OCDE (2004).

Schoen, C., R. Osborn, Huynh P. Trang et M.D. Doty, *The Commonwealth Fund 2006 Health Policy Survey of Primary Care Physicians in Seven Countries*, novembre 2006

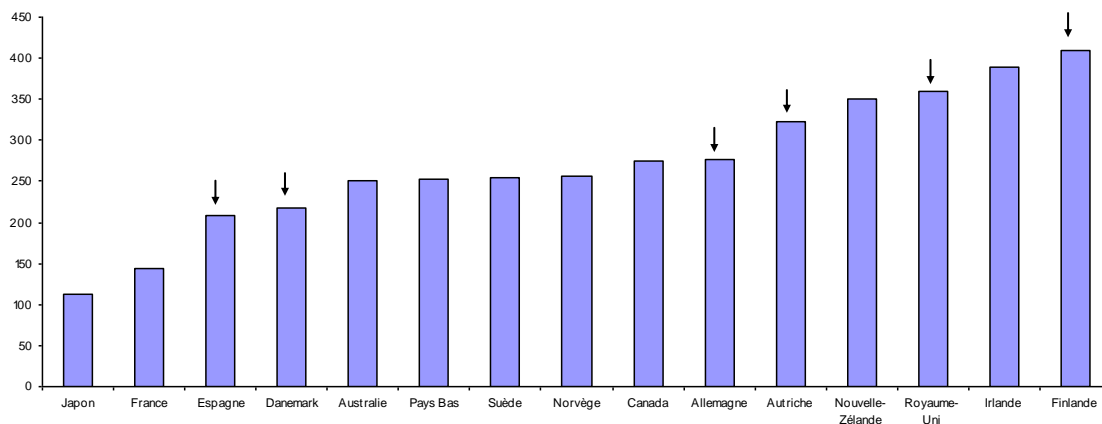
Shortell, S.M. et al, *Remaking Health Care in America. The Evolution of Organized Delivery Systems*. 2000. Jossey-Bass, a Wiley Company, San Francisco.

Spain Health system review, European Observatory, 2006

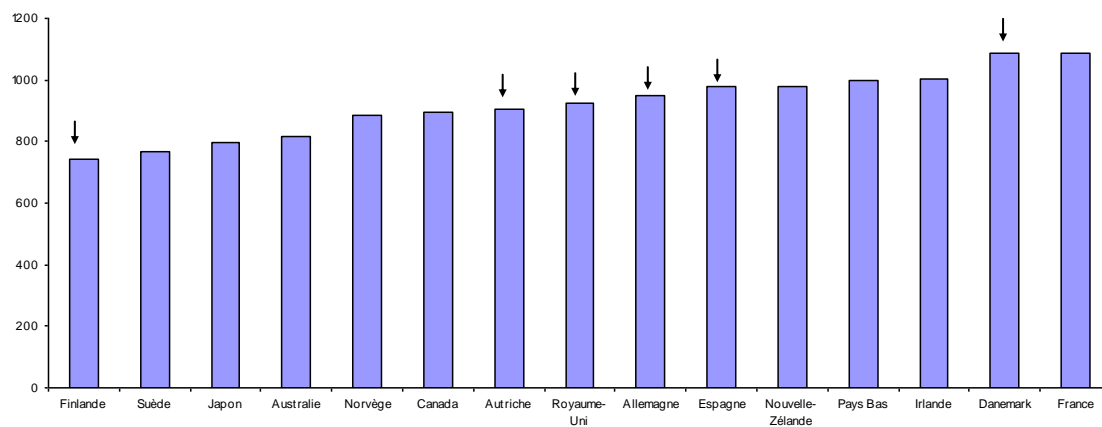
Wiley, M. M.: « *The Irish health system : developments in strategy, structure, funding and delivery since 1980* », (2005) *Health Economics* 14 : S169-S186.

ANNEXE 1

**Graphique 1 : Années de vie potentielles perdues des
Cardiopathies ischémiques
2000**

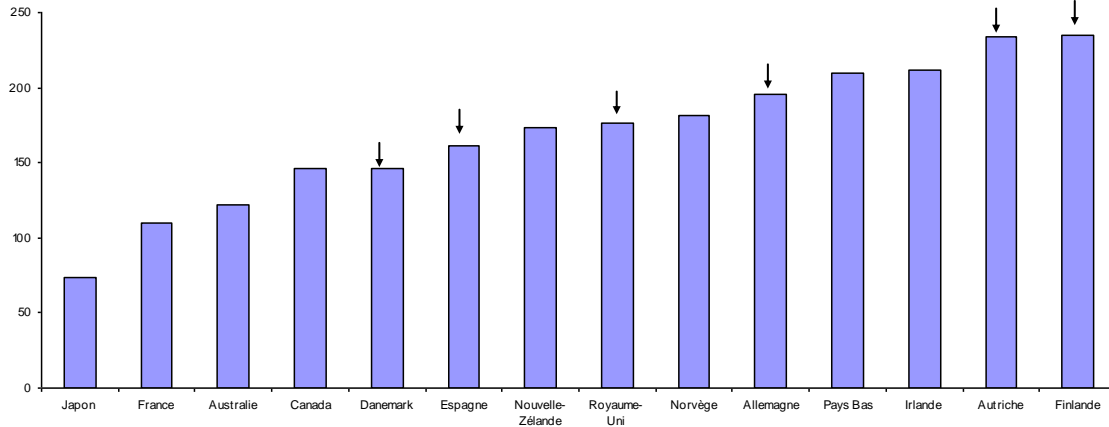


**Graphique 2 : Années de vie potentielles perdues des
Tumeurs malignes
2000**

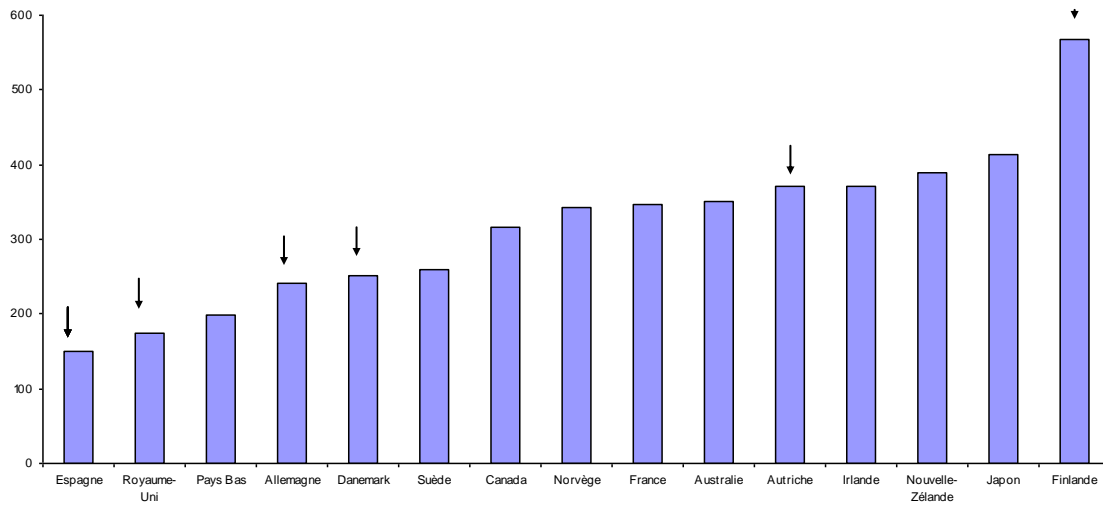


Source : Éco-Santé OCDE 2006 et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

**Graphique 3 : Années de vie potentielles perdues des
Infarctus du myocarde
2000**



**Graphique 4 : Années de vie potentielles perdues des
Suicides
2000**



Source : Éco-Santé OCDE 2006 et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

ANNEXE 2 : DESCRIPTION DES MÉTHODES DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX

Tableau 1 : Méthodes de financement des hôpitaux

Méthode	Pays	Avantages	Désavantages
Subvention globale (budget)	Canada, Nouvelle-Zélande, Norvège, Finlande, Mexico, Irlande	Meilleur contrôle des coûts	Inefficace Sans relation avec les services fournis
Paie ment par jour d'hospitalisation	Suisse, Allemagne	Simple d'application	N'encourage pas l'efficacité
Paie ment par acte		Simple d'application	Incite à multiplier les actes médicaux
Paie ment par cas (DRG)	France, Danemark, Autriche. En évaluation dans les pays suivants : Australie, Belgique, Finlande, Hongrie, Irlande, Italie, Corée, Mexique, Norvège, Portugal, Suisse	Meilleur contrôle des coûts par patient	
Capitation		Favorable à la productivité	N'encourage pas la qualité
Combinaison de Paie ment à l'acte et de Forfait (services d'hébergement)	Belgique, Japon	Favorable à la performance (volume)	Incite à multiplier les actes médicaux
Budget prévisionnel fondé sur le <i>case-mix</i> (DRG)	Belgique, Suède, Allemagne, Australie, Royaume-Uni	Favorable à la productivité (volume)	À moins d'être ajusté pour la lourdeur des cas réels ou le volume, n'encourage pas la qualité Difficulté de contrôler le budget total

Les budgets : Traditionnellement, les systèmes de santé intégrés ont recours au financement des organisations par subventions globales ou par budgets. On les retrouve au Canada, en Finlande, en Irlande, à Mexico, en Nouvelle-Zélande, en Norvège, en Suède, en Angleterre (jusqu'à récemment). Cette méthode est généralement utilisée lorsqu'il y a peu d'information qui permet le recours à des méthodes plus efficaces ou équitables. En outre, c'est une méthode avantageuse du point de vue du contrôle des budgets. Les pays qui ont

recours à ce type de méthode sont généralement caractérisés par de longs délais d'attente et beaucoup d'insatisfaction au niveau des ressources humaines.

Les budgets prospectifs basés sur les DRG sont des budgets estimés à partir de la combinaison de cas historiquement traités dans l'institution en question. Une méthode qui a pour avantage d'être plus équitable que la méthode budgétaire basée sur les années passées. Il apparaît que les systèmes de paiements prospectifs (DRG) ont encouragé une plus grande efficacité. En Suède, une comparaison entre les cantons où les soins sont payés par ce système et ceux qui ne l'utilisent pas a révélé une différence de coûts de l'ordre de 10 %. En Australie aussi. Attention, toutefois, une telle méthode peut parfois aller à l'encontre d'une politique de contrôle des budgets, surtout s'il y a des ressources excédentaires. Enfin, certains pays, comme la France, implantent ce système provisoirement comme une première étape vers un système de facturation basé sur les cas réels.

Paiement par jour d'hospitalisation (taux fixe par lit occupé) : généralement observé dans les pays où un système mixte de fournisseurs existe (Suisse, Allemagne). Ce type de financement s'applique le plus souvent à la portion hébergement des services hospitaliers.

Paiement à l'acte (hôpitaux) : le Japon, certains cantons de la Suisse, et certains cas aux États-Unis ont recours à cette méthode. Ce type de financement est simple d'application ; toutefois, il incite à augmenter les actes médicaux et n'encourage pas la prise en charge des patients ou l'amélioration de la qualité des services.

Paiement par cas : selon les DRG (introduits aux États-Unis en 1983). Cette méthode a pour objectif d'améliorer la gestion des cas et c'est le fournisseur de services qui prend le risque au niveau des coûts. Ce type de système doit être implanté avec soin pour décourager la sélection des risques. Certains pays évaluent la possibilité de recourir à cette méthode : Australie, Belgique, Finlande, Hongrie, Irlande, Italie, Corée, Mexique, Norvège, Portugal, Suisse.

Dans les systèmes où le remboursement des hôpitaux est effectué par acte ou par cas, une plus grande attention est donnée aux budgets d'immobilisations parce qu'ils sont financés séparément ou ils doivent être inclus dans le paiement. Dans plusieurs pays, ils continuent d'être alloués centralement (Allemagne, Autriche, Belgique, Pays-Bas, Québec) et ces budgets (coûts) sont considérés séparément des budgets d'exploitation. Il en résulte une surcapitalisation des services de santé. Pour une meilleure valorisation de ces budgets, certains pays ont intégré ces coûts dans la négociation des contrats de services (Nouvelle-Zélande, Angleterre).