

Les systèmes de santé dans le monde : Enjeux, défis, tendances

Séminaire Pôle Santé – HEC Montréal

Léonard Aucoin, M. Ps., M.P.H., C.Q.

6 décembre 2012



infoveillesante.com

Les sources d'information

- Commonwealth Fund: <http://www.commonwealthfund.org>
- European Observatory on Health Systems and Policies (OMS): <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory>
- OCDE, section Santé: <http://www.oecd.org/health/>
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS): <http://www.fcass-cfhi.ca/Home.aspx>
- Observatoire international de la santé et des services sociaux (MSSS): <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/observatoiroresss/index.php?accueil>



Coup d'oeil critique Québec et Canada...

- CASTONGUAY, Claude (2012), *Santé : l'heure des choix*, Montréal, Les Éditions du Boréal, 203 pages.
- SIMPSON, Jeffrey (2012), *Chronic Condition : Why Canada's Health-Care System Needs to Be Dragged into the 21st Century*, Toronto, Allen Lane (Penguin Canada), 392 pages.



Préambule



infoveillesante.com

Deux approches d'État - Providence

- Avant 1990, à l'exception des États-Unis, les systèmes de santé des pays de l'OCDE étaient:
 - soit de type bismarckien : les droits à une protection sociale de base sont accordés à la personne qui travaille et sont financés par les assurances sociales auxquelles cotisent l'employé, l'employeur et, parfois, l'État.
 - soit de type beveridgien : les droits à une protection sociale de base sont universels, accordés à l'individu et payés par l'impôt
- Depuis les années 1990, ces deux types de systèmes se rapprochent et procèdent régulièrement des ajustements



Si ça existait, quelqu'un l'aurait...

- Étude de l'OCDE (2010)¹
 - Partout, les systèmes de santé font face à des défis majeurs
 - Tous les pays ont amorcé des “réformes” au cours des 5-10 dernières années
 - Aucun système de santé ne performe mieux que les autres de manière significative. Partout il y a place à l'amélioration
 - C'est moins la nature du système qui compte que la façon don't il est géré
- Il y a pas de réponse simple à un problème si complexe

¹OECD (2010). *Health care systems: Getting more value for the money*, OECD Economics Department Policy Notes, No 2.

Un « mythe » à faire éclater

- *Au Canada, on a un système public de santé, “le plus meilleur au monde”, et aux États-Unis, ils ont un système privé, “le pire”*
- *Aucun pays de l’OCDE n’a un système de santé complètement public ou complètement privé*
 - *Le % des dépenses publiques en santé, par rapport aux dépenses totales, est plus élevé en Grande-Bretagne, France, Allemagne, Pays-Bas, Danemark, Espagne, Italie, Nouvelle-Zélande et dans les pays scandinaves qu’au Canada.*
 - *Le % des dépenses publiques en santé, en proportion du PIB, est plus élevé aux États-Unis qu’au Canada*
- *Le Canada affiche globalement une assez piètre performance¹*

¹The Commonwealth Fund (2012). *International Profiles of Health Care Systems, 2012.*

Caractéristiques du « marché » des soins de santé : « C'est pas pareil... »

- “Valeur” extraordinaire perçue du service (effets sur santé, vie)
- Valeur réelle pas claire (pas de “produit”): soins-services \neq santé
 - Résultat difficile à prévoir (incertitude)
 - Résultat difficile à mesurer
 - Soins-services: pas le plus important déterminant de la santé
- Marché d'assurance (mise en commun des risques) et de tiers payants
- Asymétrie de l'information (*supplier-induced demand*)
- Le “prix réel” absent de la transaction “producteur”- “consommateur”



Caractéristiques du « marché » des soins de santé

- Barrières à l'entrée
- Pas de réelle libre concurrence
- Présence plus ou moins forte de l'État
 - Législation
 - Financement
 - Gestion – Prestation
 - Régulation – Contrôle
- Politisation - Médiatisation



Caractéristiques du « marché » des soins de santé

- Demande potentiellement illimitée
- Offre potentiellement illimitée
- Ressources toujours limitées
- Enjeu fondamental : *Comment allouer des ressources limitées en fonction d'une demande et d'une offre potentiellement illimitées?*
 - On offre quoi ? (“panier de services couverts”)
 - À qui ? (accessibilité, solidarité, équité vs liberté)
 - Comment ? (pertinence, qualité, efficacité)
 - À quels coûts ? (efficience, productivité, prix)
 - Qui paie et combien ? (gouvernement, assureurs privés - publics, individus)



Un chantier toujours en construction...

- Des systèmes complexes
- Des systèmes politiques
- Des groupes d'intérêt antagonistes
- Des objectifs paradoxaux
- Des "crises" et des réformes itératives
- Des améliorations à la marge (*muddling through*)
- "One size doesn't fit all !"



Les forces motrices



infoveillesante.com

L'Épidémiologie

- “Chronicisation” des maladies : en croissance
 - Maladies aiguës → Maladies chroniques : progrès des traitements
 - De + en + de personnes vivent de + en + longtemps sous traitement
 - Multimorbidité
 - 60-70% des coûts de santé (± 50% des soins → 5% des patients)
- Importance des facteurs de risques et des populations à risque
 - Obésité, sédentarité, mauvaises habitudes alimentaires
 - Tabagisme, alcoolisme, drogues
 - Pauvreté et isolement social
 - Personnes, familles, groupes à risque



La Démographie

- Croissance démographique variable selon les pays
- Vieillesse de la population (*baby boomers*)
- Espérance de vie ↑
- Ratio Travailleurs potentiels / Personnes 65+ ↓
- Impacts
 - sur les services (maladies chroniques, dépendance)
 - sur les revenus (retraites, fiscalité)
 - sur les travailleurs (pénuries, concurrence attraction – rétention)



Les Sciences et les Technologies

- Convergence des sciences biologiques, physique, chimie, sciences du génie (science des matériaux, informatique, photonique, robotique, etc.)
- Innovations à l'interface de ces sciences et technologies
 - Nouveaux médicaments, instruments, équipements, implants, etc.
 - Rôle accru de l'imagerie médicale (comprendre, diagnostiquer, traiter)
 - Informatique, robotique, télémédecine, dispositifs intelligents
 - Développement des “bio...”, “nano...”, “...omiques”
- Vers une médecine “personnalisée” (prédictive, préventive)
- Vers une médecine “régénérative” (création de tissus, organes)



L'Économie

- Crise financière – Crise économique – Crise fiscale ?
 - Impacts sur la croissance du PIB
 - Moins de revenus (gouvernements, assureurs, individus)
 - Endettement des gouvernements et des individus
 - Augmentation du chômage et de la pauvreté
 - Pressions sur la maîtrise des dépenses
 - Influence des agences de notation
- Compagnies pharma : transition du modèle d'affaires



Le Pouvoir politique et médiatique

- Soins de santé = Préoccupation importante des personnes
- Systèmes de santé = Enjeu politique
- Médiatisation et politisation
- Choix difficiles : “*Choisir, c’est renoncer*”
 - Impacts sur les élections : court terme
- Répartition ambiguë des responsabilités et du pouvoir
 - Gouvernement, Assureurs, Industrie, Producteurs, Consommateurs
- Public vs privé : confusion entre financement, assurance, production, gestion



Le Pouvoir des patients

- Accès ↑ à l'information adéquate
- Participation ↑ à la décision clinique
- “Société de droits”
- Individus passifs → individus actifs, exigeants (“consommateurs”)
- Patients partenaires
- Maladies chroniques
 - Auto-soins
 - Auto-gestion des soins



Les Corporatismes

- Corporatisme professionnel
 - Médecins : Libres entrepreneurs ? Imputabilité à qui ?
 - Autres professionnels : autonomie vs interdisciplinarité
- Corporatisme syndical
 - Rigidité, protection des acquis vs Flexibilité, changement
- Corporatisme bureaucratique
 - Règles, directives, contrôle vs Innovation, créativité, initiative

Intérêts en concurrence



Effets des forces motrices

- Pressions à la hausse sur la demande
 - Démographie, Épidémiologie, Pouvoir des patients
- Pressions à la hausse sur l'offre
 - Sciences et technologies
- Pressions à la maîtrise des coûts
 - Économie, Pouvoir politique
- Pressions au maintien du “statu quo”
 - Corporatismes, Pouvoir politique et médiatique



Les grands constats



infoveillesante.com

Variations inappropriées des soins¹

- Variations qui :
 - ne peuvent être expliquées par la maladie du patient, les données probantes de la médecine ou les préférences du patient
 - s'expliquent par la performance du système de soins
- 4 types de variations inappropriées des soins (20% – 30% des soins):
 - Sous-utilisation de soins reconnus comme efficaces (*Evidence-based care*)
 - Sur-utilisation de soins induits par l'offre (*Supply-sensitive care*)
 - Variation dans l'importance accordée aux préférences des patients (*Preference-based care*)
 - Erreurs, incidents, accidents (*Patient safety*)

¹The Dartmouth Institute for Health Policy & Clinical Practice

<http://tdi.dartmouth.edu>

Discontinuité des services

- La nature des maladies chroniques et des problèmes et groupes à risque requiert du travail de collaboration
 - Entre professionnels
 - Entre établissements
 - Entre établissements et la communauté
- Système de santé fragmenté, silos professionnels, organisationnels et budgétaires
- Information clinique ne circule pas assez
- Patients souvent laissés à eux-mêmes



Utilisation inappropriée de ress. humaines

- Utilisation d'une ressource plus spécialisée et plus coûteuse pour des services pouvant être offerts, à qualité égale, par des ressources moins spécialisées et moins coûteuses
 - Substitution Spécialiste → Omnipraticien
 - Substitution Psychiatre → Psychologue
 - Substitution Médecin → Infirmière praticienne, Infirmière, Technicien
 - Substitution Infirmière → Infirmière auxiliaire
 - Substitution Professionnel → Personnel clérical



Processus non optimaux

- Tant sur le plan clinique que non clinique:
 - Processus ou étapes d'un processus non nécessaires
 - Duplication
 - Mouvements ou déplacements inutiles
 - Mauvaise utilisation de fournitures, instruments, équipements, médicaments
 - Perte de temps à attendre
 - Mauvaises communications
 - Informations non pertinentes



Défi croissant de financement

- Dans les pays de l'OCDE:
 - Les dépenses de santé représentent, en moyenne, 10% du PIB (Canada: 11,4%, Etats-Unis:17,6%, France: 11,6%, Suède: 9,6%, UK: 9,6%, Norvège, 9,4%)
 - Les dépenses de santé ont augmenté plus vite que la croissance économique de presque tous les pays, au cours des 15 dernières années
 - Plus de 75% des dépenses de santé reposent sur des financements publics
 - Même avec de meilleures mesures de maîtrise des dépenses, les dépenses de santé pourraient augmenter de 50% à 90% d'ici 2050 à cause de la pression des forces motrices.
 - Il n'y a pas de corrélation statistiquement significative entre le % de dépenses en santé (totales, en % du PIB ou per capita) et les résultats sur la santé des populations (morbidité, mortalité).

More is not necessarily better.

Défi croissant de financement

- Enjeu : Comment assurer la viabilité économique et fiscale des systèmes de santé
 - En tenant compte de la crise économique et des autres forces motrices
 - En essayant de concilier les objectifs suivants (OCDE, sauf USA)
 - Couverture universelle
 - Solidarité dans le financement des services
 - Équité d'accès
 - Prestation de services de qualité
- Jusqu'à présent, approche mixte qui varie selon les pays



Défi croissant de financement

- Qui recueille les fonds publics (impôts, taxes, cotisations de sécurité sociale, autres revenus publics) et les fonds privés (primes d'assurance privée, comptes d'épargne santé, déboursés personnels), et dans quelle proportion?
- Qui met en commun les fonds (partage de risques, assurance) et à quel niveau (local, régional, national)?
- Quelles personnes sont couvertes? Pour quels types de services? Y a-t-il un partage de coûts (copaiement, franchise, ticket modérateur, tarif de référence)?
- Y a-t-il une fonction d'achat de services? Si oui, qui est responsable de cette fonction? Y a-t-il plusieurs acheteurs en concurrence?

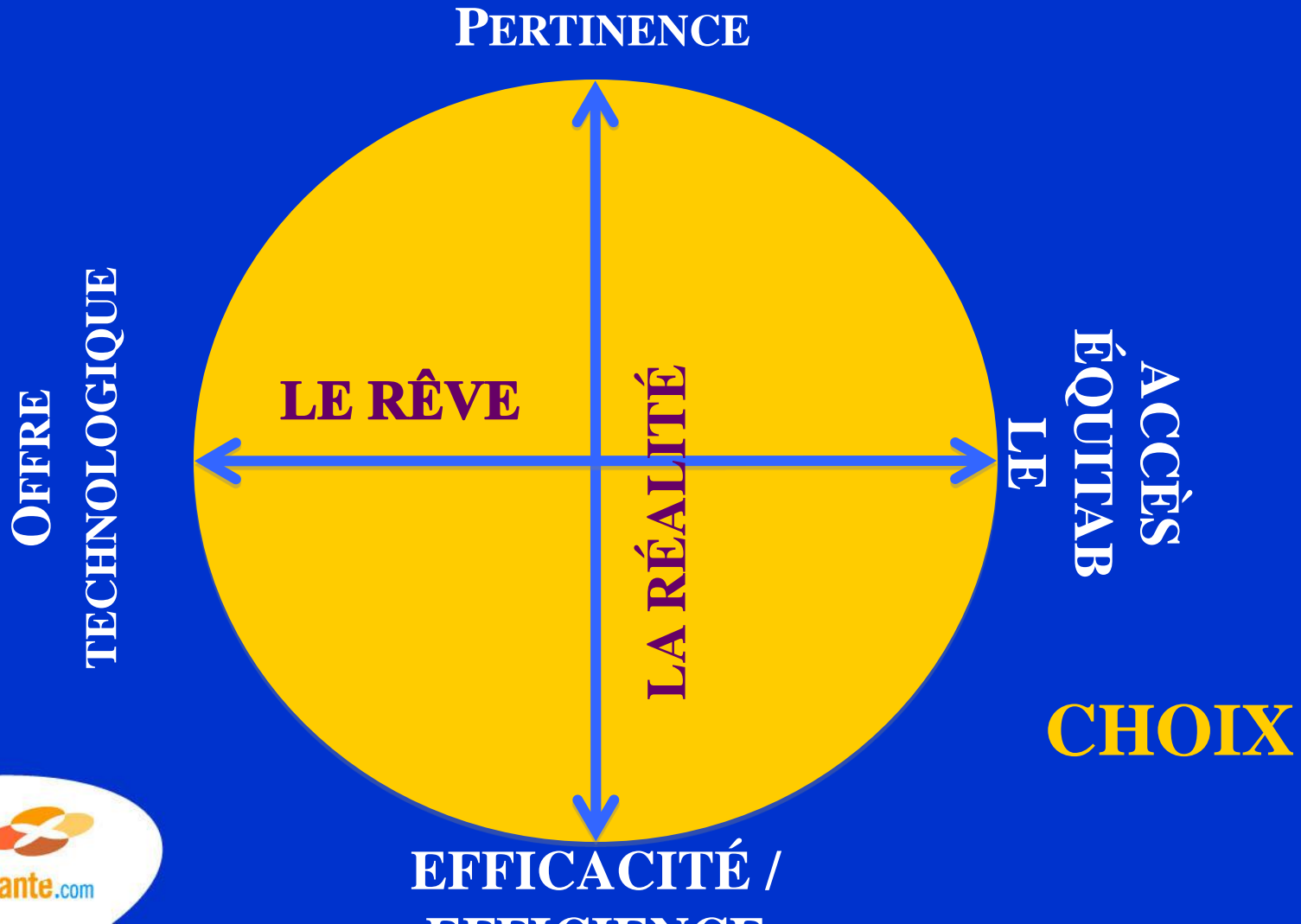


Questions sur la budgétisation et rémunération médicale

- Comment allouer les ressources aux producteurs de soins ?
 - Budget global historique ? Tarification à la pathologie (DRG), à l'acte, aux résultats? Capitation globale? Modèles mixtes?
 - Comment payer les médicaments, les dispositifs médicaux, les équipements ?
 - Comment payer l'enseignement et la recherche ?
 - Comment rémunérer les fonctions administratives ?
- Faut-il aller vers une fonction d'achat de services , de contractualisation (*Commissioning*)?
- Quels incitatifs mettre en place ? Faut-il payer en fonction de la performance ? Comment la définir ?



Bref, des valeurs à concilier



Les pistes de solution d'ailleurs



infoveillesante.com

Les pistes de solution d'ailleurs

- Financement
- Organisation et gestion du système
- Gestion clinique
- Budgétisation et rémunération



Financement

- Compte tenu de :
 - l'incertitude autour de la présente crise économique et de
 - l'inévitabilité de la transition démographique et de la transition épidémiologique...
- ... très peu de pays envisagent d'accroître le fardeau fiscal pour payer la croissance des dépenses de santé
- Parmi les stratégies utilisées:
 - Réévaluer le panier de services offerts (Réduire services ou partager les coûts)
 - Participation financière de l'utilisateur : franchise, copaiement, ticket modérateur, tarif de référence (dépassement de tarifs payés par l'utilisateur)
 - Assurances privées complémentaires



Financement

- Parmi les stratégies utilisées (suite) :
 - Taxes spéciales (taxe santé, taxe “sur le péché”, cotisation des employeurs (FSS), etc.)
 - Réduction du taux de croissance des dépenses par des mesures court terme
 - Plafonnement ou coupe budgétaire
 - Gel ou coupures de salaires
 - Gel des prix
 - Quotas de professionnels
 - Contrôle plus serré des dépenses
 - Négociation du prix des médicaments
 - Introduction du “*Value-based pricing*” (UK, Allemagne)



Financement

- Parmi les stratégies utilisées (suite) :
 - Introduction plus rapide des médicaments génériques
 - Achats stratégiques de groupe
 - À plus long terme :
 - Revoir l'organisation et la gestion du système
 - Travailler sur l'amélioration de la performance clinique (pertinence, sécurité, qualité, efficience)
 - Optimisation des processus et utilisation optimale des ressources humaines
 - Revoir les modes d'allocation des ressources et de rémunération
 - Investir de façon ciblée en prévention, en lien avec les maladies chroniques
 - Investir dans les innovations pouvant améliorer la performance



Organisation et gestion du système

- Déconcentration / décentralisation des services de première ligne et concentration / centralisation des services surspécialisés et des infrastructures majeures (équipements surspécialisés, recherche)
- Intégration des services (organisation et allocation des ressources)
 - Première – deuxième ligne
 - Santé – social
- Responsabilité et approche populationnelle
 - Territoire géographique
 - Utilisateurs inscrits
 - Population au sens épidémiologique



Organisation et gestion du système

- Plus grande intégration des médecins :
 - Responsabilité clinique et financière
 - Participation à la gouvernance et à la gestion
 - Imputabilité
- Obamacare et *Accountable Care Organizations* (USA)
 - Intégration médecins et autres professionnels, 1^e et 2^e ligne, prévention
 - MDs imputables des résultats et des dépenses, pour une population
 - Collaboration pour atteindre les cibles de qualité et coûts fixés par le payeur
 - Exemples : Kaiser Permanente, Mayo Clinic, Geisinger Health System, Intermountain Healthcare



Organisation et gestion du système

- Révision et clarification des responsabilités de l'État vs Agences, entre National, Régional et Local. (UK, France, Suède, Canada)
- Introduction de la fonction d'achat de services cliniques au nom des assurés (*Primary Care Trusts* (PCT) au UK), au-delà du rôle de *gatekeeper* (coordonnateur)
- Plus de place aux producteurs privés, en concurrence : services payés par l'État et encadrement réglementaire serré (Suède, Allemagne)
- Mécanismes d'évaluation des technologies et médicaments (ETMIS) et de développement de guides de pratique clinique
- Approche d'optimisation des processus (*Lean*, *Six Sigma*, etc.)



Organisation et gestion du système

- Substitution de ressources humaines
 - Infirmières de pratique avancée tant en soins primaires que spécialisés
 - *Physician assistants* (USA)
 - Sages-femmes
 - Psychologues, travailleurs sociaux, nutritionniste, etc. dans des équipes de 1^e ligne
- Utilisation des technologies de l'information et des communications
 - Dossier clinique informatisé
 - Télémédecine
 - Télésoins à domicile



Gestion clinique

- Priorité à l'organisation et la gestion d'une 1^e ligne forte et diminution de l'hospitalisation
- Équipe interdisciplinaire autour d'un médecin de famille et/ou d'un interniste communautaire (GMF, *Medical Home*, Maison de santé multidisciplinaire, etc.)
- Prévention et gestion intégrée des maladies chroniques (agir sur les facteurs de risque et sur les groupes à risque)
- Pratiques basées sur des données probantes et guides de pratique clinique
- Systèmes d'information clinique et d'aide à la décision



Gestion clinique

- Mesure des résultats cliniques
- Analyse des variations de pratique diagnostique et thérapeutique
- Introduction de la notion de « valeur » (Michael Porter, USA, Suède) :
 - Valeur = Résultats (*Outcomes*) sur la santé du patient / dollar dépensé
 - Volume → Résultats
 - Producteur de soins → Patients
 - ↓ Coûts → ↑ Valeur
 - Intervention → Tout l'épisode de soins chez tous les producteurs
 - Préférences du producteur → Préférences / Satisfaction du patient



Gestion clinique

- Mécanismes, processus et mesure d'évaluation de la pertinence
 - Revue d'utilisation des médicaments, des tests de labo, de l'imagerie médicale
- Mécanismes, processus et mesure de la sécurité des soins
 - Erreurs de soins, infections nosocomiales, chutes, etc.
- Travail de collaboration interdisciplinaire et interorganisationnel
- Implication des patients (*Patients as partners*, patient partenaire)
- Auto-soins et autogestion des soins (maladies chroniques)
- Leadership médical et double responsabilité clinique et de gestion



Budgétisation et rémunération

- Médecins :
 - ↓ du paiement à l'acte, ↑ capitation et salariat (Mayo, Kaiser, etc.)
 - Mode mixte de rémunération
 - Salariat en hôpital (Europe)
 - Paiement à la performance (P4P) : USA, UK, France (?)
 - UK : Rôle d'Acheteur (gestion de 80% du budget du NHS)



Budgétisation et rémunération

- Établissements :
 - Élimination du budget global historique et de la tarification à la journée
 - Tarification à l'activité (en partie)
 - Vers une tarification en fonction du parcours complet de soins, incluant le travail de coordination interorganisationnel ?
 - Vers une tarification à la performance ? Définie comment ?
 - Quels incitatifs utiliser pour atteindre les objectifs ?
 - Comment soutenir enseignement, recherche, innovation ?



Ma perception “biaisée” du système de santé du Québec



infoveillesante.com

Ma perception “biaisée”...

- Système non intégré avec silos de financement et de gestion
- Gestion politique du système, souvent “micro-management”
- Faible gouverne et faible gestion clinique du système
 - Confusion des responsabilités MSSS – Agence - Établissement
- Approche financière et budgétaire à court terme et à courte vue
 - Pas de tradition de gestion pluriannuelle
 - Pas d’approche sérieuse d’investissements
- On planifie d’en haut, on oublie la réalité complexe d’en bas dans la mise en oeuvre (Ex. GMF, RLSSS)



Ma perception “biaisée”...

- Approche bureaucratique et comptable de contrôle des coûts
- Pas de vision économique globale du système
- Rigidité de l'organisation du travail
- Retard dans l'informatisation clinique et l'utilisation du DCI par les médecins
- Innovation non soutenue: souvent perçu comme de la délinquance



Ma perception “biaisée”...

- Historique différent de la pratique médicale et de l'organisation politique de la médecine
 - Pratique à l'acte
 - Pratique solo ou en petits groupes par spécialité
 - Syndicalisation médicale
 - Clivage omnipraticiens - spécialistes
- Les médecins québécois sont peu impliqués dans la gestion et ne se sentent pas responsables collectivement de la pertinence et de l'efficacité des soins ni imputables sur le plan financier
- Les gestionnaires québécois ont peu de tradition d'implication des médecins dans la gestion de leur centre



**Comment tirer profit de ce qui se
passe ailleurs ?**

Discussion



infoveillesante.com