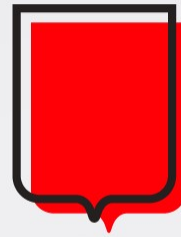
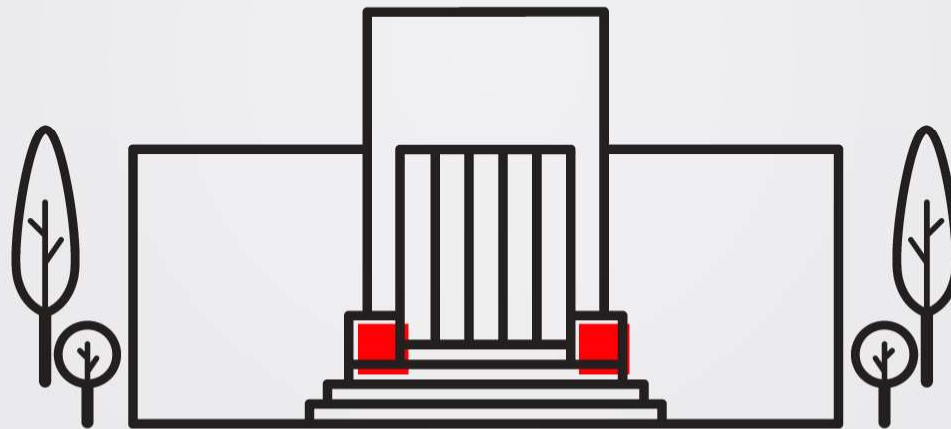


Financement des services de santé au Québec et COVID-19



Maude Laberge, PhD
Professeure adjointe, Faculté des sciences
de l'administration, Université Laval
Maude.laberge@fsa.ulaval.ca



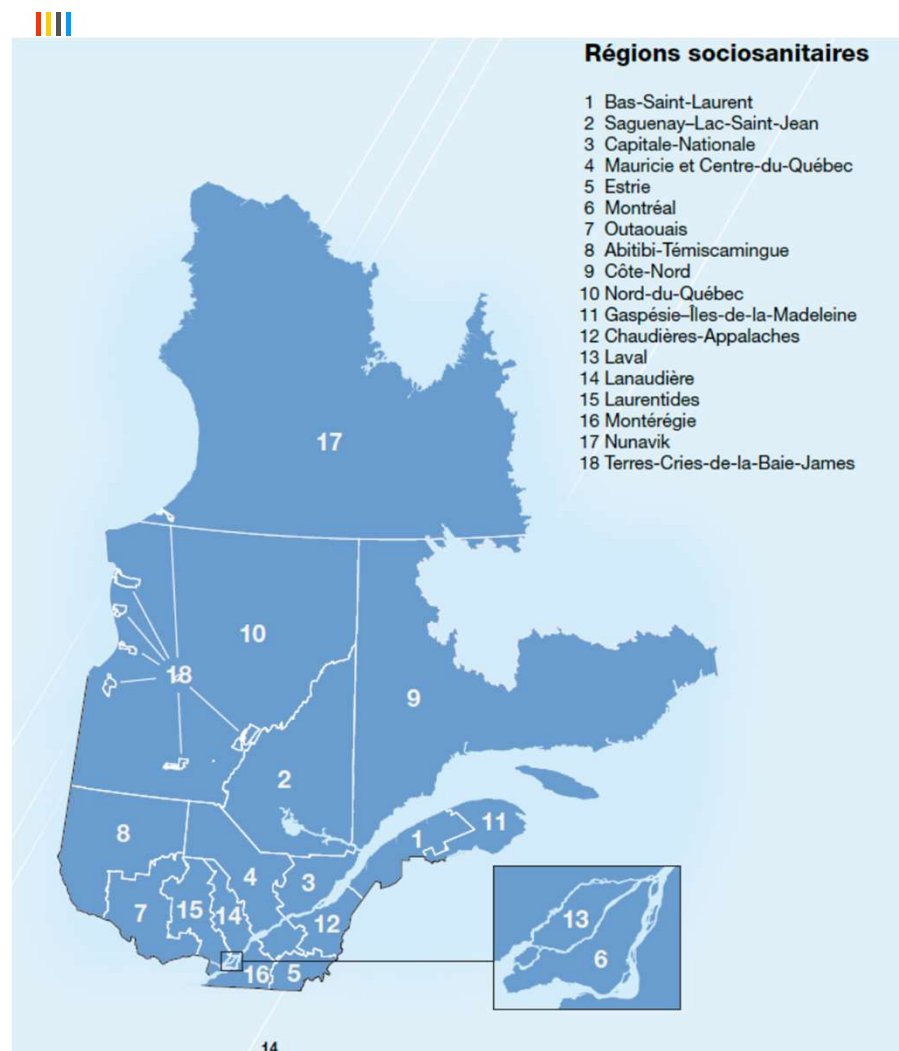


Plan de la présentation

- Portrait du Québec: assurances, financement, dépenses
- Structure organisationnelle du système de santé
- Financement axé sur les patients
- Préoccupations des établissements

Portrait du Québec

- 2e province la plus peuplée du Canada: 8,4 millions d'habitants
- Répartis sur une superficie d'1,67 million km², environ 3 x celle de la France
- Près de la moitié de la population dans la grande région de Montréal
- 18 régions socio-sanitaires
- Ministère de la santé et des services sociaux avec 5 missions:
 - Les centres locaux de services communautaires (CLSC)
 - Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
 - Les centres de réadaptation (CR)
 - Les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ)
 - Les centres hospitaliers (CH)





Assurances

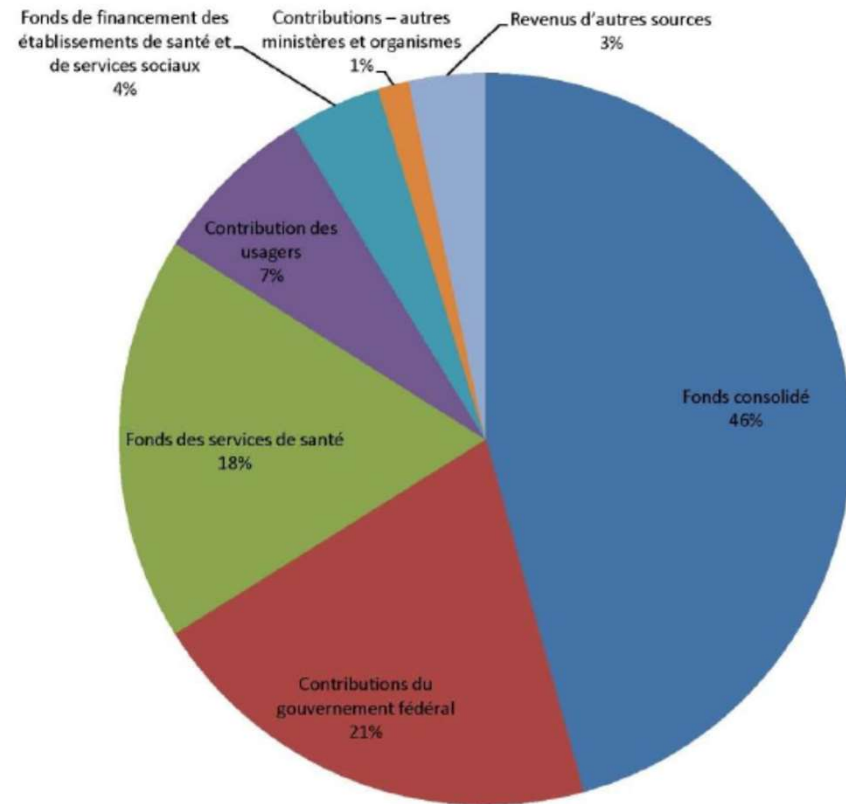
- **Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ): régimes universels couvrant l'ensemble de la population**
 - Assurance hospitalisation (depuis 1961)
 - Assurance maladie (créé en 1970)
- **1 régime mixte d'assurance médicaments**
 - Couverture publique pour les 65 et + et depuis 1997, pour les personnes n'ayant pas accès à une assurance privée
 - Couverture privée au travers des employeurs
- **Plusieurs compagnies d'assurance privées pour les services non couverts par les régimes universels:**
 - Soins dentaires et de vision, physiothérapie, médicaments, etc.



Financement des services couverts par la RAMQ

- Système décentralisé au Canada à chaque province/territoire (sauf pour certains groupes: défense nationale, Premières Nations)
- 46%: Fiscalité générale: impôts et taxes prélevés par le gouvernement du Québec
- 21% : Transferts du gouvernement fédéral, provenant aussi des impôts et taxes
- 18%: Fonds des services de santé: contributions des employeurs
- 7%: Contributions des usagers

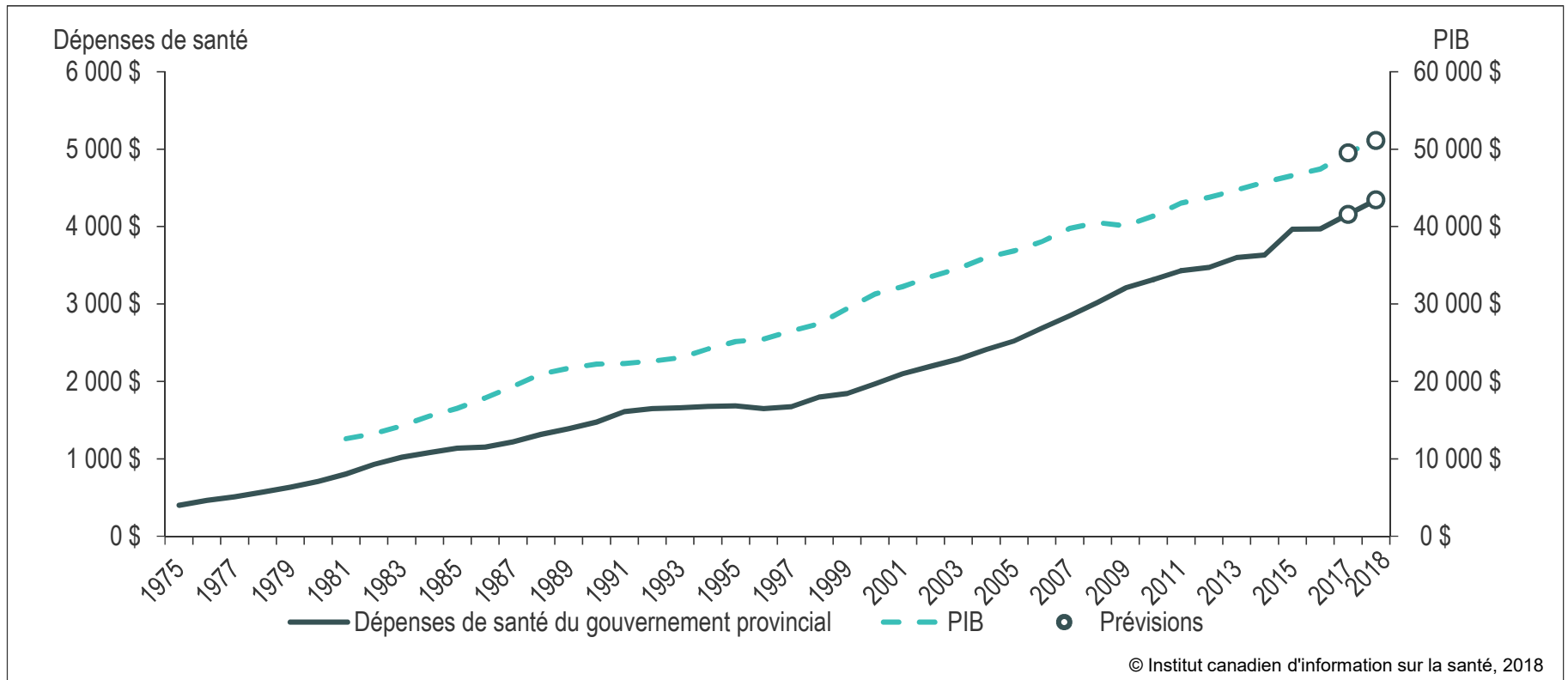
• Source: AQESSS 2014



Québec



Dépenses de santé et PIB par habitant



Sources

Tableau B.4.2 (série B) et annexes A.1 et D.1, Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.



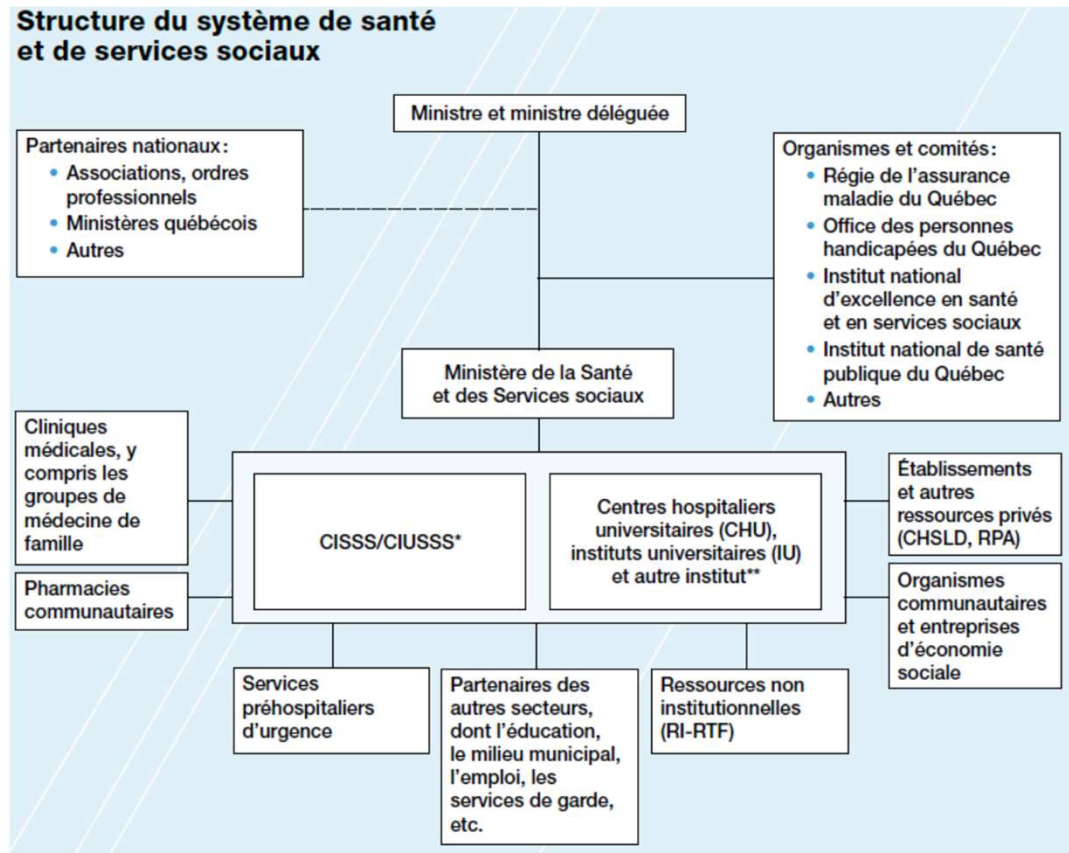
Structure organisationnelle du système de santé: réforme de 2005

- **Avant la réforme, 3 niveaux décisionnels:**
 - Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)
 - Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS)
 - Établissements (hôpitaux, CHSLD, CLSC, CPEJ, CR)
- Chaque niveau: budget global historique
- **Réforme de 2005 propose l'approche populationnelle**
- Budgets pour des programmes et services selon des estimations de besoins populationnels
- Fusions (verticales et horizontales) d'établissements – « intégration des services »
 - Création de 95 Centres de santé et de services sociaux (CSSS) (résultants des fusions)
 - Création de 18 agences régionales



Structure organisationnelle du système de santé: Réforme de 2015

- 3 niveaux décisionnels (MSSS, Agences régionales, CSSS) → 2 niveaux décisionnels (MSSS, CIUSSS/CIUSSS/hôpitaux spécialisés)
- 184 → 34 établissements
- 13 CIUSSS + 9 CISSS
- 7 établissements desservant des populations au-delà de leurs régions sociaux-sanitaires





Financement axé sur les patients

- Terminologie utilisée pour les programmes de financement de services distincts des budgets globaux des établissements
- 2004-2005: introduction de financement à l'activité (FAA) pour chirurgies (23 catégories/tarifs)
 - Pas de limite pour la production
- 2012-2013: introduction du paiement à la performance (P4P) pour les coloscopies
 - Diminuer les coloscopies non pertinentes
- 2015-2016: introduction du FAA pour la radio-oncologie
 - Augmenter volume et améliorer l'efficacité
- 2016: introduction du FAA en imagerie
 - Pas de limite pour la production



Financement axé sur les patients

- L'introduction du FAA visait à augmenter la production et seules les activités au-dessus des niveaux de base de 2003-2004 sont payés par FAA → représente une faible proportion du financement des hôpitaux
- L'introduction du P4P pour améliorer la pertinence des soins
- Futur:
 - intégrer des indicateurs de qualité
 - Exemple en radio-onco: \$ de consultations réalisées dans un délai <10jours
 - coût par parcours de soins et services (continuum de soins) avec méthodologie ascendante (bottom-up),
 - transparence et équité du financement: quels ajustements pour complexité des patients, missions des établissements (recherche, enseignement), géographie, etc.



Préoccupations des établissements

- **Pré-COVID-19**
- Systèmes d'information
- Disponibilité (rapide) et fiabilité de données sur les coûts opérationnels
- Identification et validation d'indicateurs de qualité clinique

- Volumes faibles dans certaines régions avec des coûts opérationnels attendus plus élevés
 - pourrait entraîner la fin de certains services ou pertes financières?
 - Enjeux d'accès pour les patients?
- Continuum de soins et intégration des services entre établissements non fusionnés et CISSS/CIUSSS
 - Patients en niveau de soins alternatifs (NSA)



Préoccupations des établissements

- Depuis COVID-19
- Diminution des revenus de FAP due au délestage
- Augmentation des dépenses en ressources humaines (temps supplémentaire)
- Augmentation des dépenses en matériel (essentiellement EPI) supérieur à la baisse de dépenses engendrée par l'annulation de chirurgies (ex: prothèse)
- Paiements FAP uniquement pour activités au-delà de seuils annuels qui ne seront pas dépassés puisqu'il y a eu des périodes de délestage
- NSA accentué par la COVID-19
- Pression des médecins
- Cependant, l'introduction du FAP a entraîné déjà un changement de culture qui est déjà perçu positivement par de hauts gestionnaires et pas de volonté de retourner en arrière



Merci!

Questions?