



Webinaire sur la décentralisation du système de santé et des services sociaux

Le 27 avril 2022
Contribution de Joanne Marcotte
Co-auteur du Rapport Castonguay
sur le financement du système de santé québécois

Retour sur le “Plan Dubé”: Ceci n’est pas un plan!

- ▶ Le Plan Dubé n’est pas un plan!
- ▶ Il ne donne pas une idée claire des objectifs de rendement ni d’échéancier
- ▶ Ce qu’il est:
 - ▶ Liste de projets, d’outils et de mandats
 - ▶ Rapport écrit *par* des hauts fonctionnaires et *pour* les hauts fonctionnaires du MSSS
 - ▶ Liste pêle-mêle d’orientations stratégiques, d’outils de gestion, de technologies
- ▶ Ce que le Ministre nous dit dans ce Rapport:
 - ▶ “Voici la liste des prérequis dont j’ai besoin pour redresser le système de santé.”
 - ▶ “J’ai besoin de beaucoup d’\$\$\$ et de 5 ans pour mettre en plan ces conditions de succès et ces outils”.

“Avec ça, ça va marcher...”

Retour sur le “Plan Dubé”: les bonnes idées

REDÉFINIR LE RÔLE DE L'ÉTAT - DÉCENTRALISER LE SYSTÈME DE SANTÉ

Rôle de l'État:

- Définir les grandes orientations
- Fixer des objectifs de rendement
- Suivre les résultats
- Assurer un contrôle de la qualité

L'ÉTAT ASSUREUR

- Définit la couverture publique (panier de services)
- Conclut des ententes de services avec différents fournisseurs de soins.
- Il assure le financement des soins pour la portion financée par le Fonds consolidé du Gouvernement.

Rôle du Réseau et de l'ensemble des donneurs de soins et services de santé:

- Assure la couverture des soins et services (corridors de services et continuité de services)
- Le “Réseau” est constitué d'un ensemble diversifié de fournisseurs de soins et services sociaux

LE “RÉSEAU” EMPLOYEUR

- Les fournisseurs de soins (opérateurs) reçoivent des mandats de l'État-Assureur
- Ils gèrent l'ensemble des ressources humaines, financières, plateaux diagnostics et technologies de leurs établissements.

Le “Réseau” doit être perçu comme un ensemble de fournisseurs de soins de santé constitué d'une diversité d'entités multiples des secteurs public, privé, privé conventionné, communautaire, coopératif, etc.

Retour sur le Plan Dubé: des bonnes idées

“Le système est invité à une transformation radicale de la gouvernance”

TRANSFORMATION RADICALE DE LA GOUVERNANCE (pp. 75-77 du rapport)

- “Un plan de décentralisation du système de santé et de services sociaux visera à **ramener les opérations du réseau vers les régions** et à recadrer la mission du Ministère sur les orientations stratégiques.”
- “À l’échelle locale, les établissements bénéficieront d’un **large degré d’autonomie et des moyens nécessaires pour assumer leurs responsabilités.**”
- “L’organisation et la gouvernance demandent également à être simplifiées.”
- ATTENTION: Le concept d’établissement selon le MSSS et selon la RQMDSS. Est-il le même?

Exemple de gouvernance hospitalière locale (extraits d’une proposition du Regroupement québécois des médecins pour une décentralisation RQMDSS)

DIRECTEUR général adjoint

Autonome, opérationnel et détenant un réel pouvoir décisionnel. Se rapporte au CA du CIUSSS ou du CISSS. Responsable du personnel de soutien administratif, de la salubrité, du stationnement, du soutien au personnel médical, du personnel de la finance, des ressources humaines, de la paie, des technologies de l’informatique, etc. Note: L’indépendance du DGA de l’hôpital par rapport au DG du CIUSS/CISSS est primordiale.

DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS

Responsable de la coordination et de la surveillance de l’activité professionnelle et scientifique. **Est le véritable chef d’orchestre et leader des médecins, dentistes et pharmaciens d’un hôpital.** Il est la personne-ressource à joindre pour toute problématique concernant directement la qualité et l’efficacité des soins dispensés dans un hôpital ou pour tout conflit au sein des équipes de travail.

CMDP

Chien de garde de la qualité des soins. responsable envers le conseil d’administration de l’établissement de s’assurer du contrôle de la qualité de l’acte professionnel posé par ses membres



La réforme Barrette a supprimé ces postes. Le RQMDSS demande de les rétablir.

Retour sur le Plan Dubé: des bonnes idées, mais...

“Le financement par épisode de soins”

LE FINANCEMENT PAR ÉPISODE DE SOINS

- Extraits du Rapport Dubé:
- “le mode de financement est actuellement surtout basé sur le contrôle des coûts plutôt que sur la réponse aux besoins” (Répartition des budgets sur une base historique);
- “En implantant un mode de financement axé sur le patient, le coût des services offerts devient plus transparent”

NÉCESSAIRE MAIS INSUFFISANT!

► Pourquoi?

- Parce que le régime n’arrive déjà pas à assurer la couverture existante très très étendue du panier de soins et services (trop étendue? la question se pose...)
- Parce qu’il y a un immense rattrapage à faire (chirurgies)
- Parce qu’il y a encore trop de Québécois qui n’ont pas accès aux soins et services sociaux en temps
- Parce que les transferts en santé provenant du fédéral ne répondront pas à la demande (il serait imprudent de compter sur ça).
- Parce que les budgets du Fonds consolidé en santé ne sont pas illimités.

En clair, ce n’est pas parce qu’on financera autrement les établissements que les budgets du secteur public ne seront pas plafonnés !

Faisabilité du Plan Dubé?

QUESTION: Avons-nous le temps d'attendre les cogitations des hauts fonctionnaires (on parle d'un plan de 5 ans) avant de pouvoir agir immédiatement, dans le court terme?

RAPPEL DES CONDITIONS DE SUCCÈS (pré-requis) du Plan Dubé

- Capacité excédentaire de personnel soignant
- “Valorisation” de la médecine familiale et des professionnels en soins
- Décloisonnement des champs de pratique des professionnels en soins et ss.
- Redéfinition des champs d'exercices pour IPS, pharmaciens, services préhospitaliers
- Meilleurs outils de gestion de l'organisation du travail (ex: horaires)
- Système de gestion intégrée des ressources + outils de mesure de rendement
- Grand rattrapage en matière de technologies de l'information
- Rôle accru du privé et du communautaire (dissensions idéologiques)
- Première ligne efficiente
- Soins à domicile et de longue durée efficaces

Questions: Mais qu'a fait le Grand Gestionnaire de la Santé depuis des décennies? Que s'apprêtait à faire le gouvernement Legault s'il n'y avait pas eu de pandémie?

RAPPELS

- Entre 50% et 70% des patients à l'urgence auraient pu être desservis en 1ère ligne
- Il y a **159 000 patients en attente** de chirurgie
- Plusieurs lits (étages) sont occupés par des patients en attente d'hébergement en lieu sûr (ex: RPA, CHSLD, à la maison avec soins à domicile, etc.)
- Selon la FMOQ, **il manque 1000 médecins** au Québec
- Chez les infirmières, **c'est l'exode prématuré** et selon certains, la déprime totale.
- Le Canada arrive 26e/28 pour le nombre de médecins/1000 habitants.
- Et pourtant, 2e/28 pour la dépense en % du PIB.

UNE NOUVELLE GOUVERNANCE DÉCENTRALISÉE

Un changement de culture est-il possible?

AUTRES QUESTIONS ET EMBÛCHES IMPORTANTES

- **L'État sera-t-il capable de cesser la micro-gestion** (le “comment”) pour se concentrer sur le “quoi” et sur ses missions premières: le financement, la mesure de la performance et de la qualité des soins? (Réponse: Ce sera contre-nature)
- **Une décentralisation est-elle possible si le réel pouvoir décisionnel touchant l'organisation du travail se joue dans le bureau du Conseil du Trésor?** Comment avoir un réel pouvoir décisionnel local (O/T) si on se bute à la rigidité des conventions collectives centralisées (ancienneté, culture des hôpitaux francophones) ? Assisterons-nous à de la “fake-décentralisation”?
- Le “système de santé” continuera-t-il d'être pris en otage par les groupes d'intérêts?
- **Existe-t-il encore des énergies vives dans les établissements locaux de la santé** (profond état de déprime)? Des personnes qui voudront assumer des responsabilités et être imputables devant les médias et la population?
- Quelle place fera-t-on aux initiatives et aux **comités de patients dans la gouvernance locale?**
- Sommes-nous, comme société, **capables d'aller au-delà des chimères idéologiques?** (Dissension entre la population et les élites médico-médiatiques)
- **L'omerta** dans le milieu de la santé pourra-t-il être combattu?

L'URGENCE D'AGIR MAINTENANT: Le plan, version révisée!

LA QUESTION: Avons-nous le temps d'attendre les hauts fonctionnaires (on parle d'un plan de 5 ans) pour agir immédiatement, ou dans le court terme? Réponse: NON

UNE SEULE OBSESSION DOIT GUIDER LA GOUVERNANCE: DES RÉSULTATS!

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Implanter immédiatement la décentralisation proposée par le RQMDSS (décentralisation réelle!) et ouvrir à une gouvernance par le secteur privé➤ Garantir un accès à un professionnel de santé de la première ligne➤ Augmenter le nombre de médecins➤ Ajouter à l'offre du secteur privé, avec financement public, privé ou mixte, au libre choix des patients. | <p>Optimiser des infrastructures publiques et encourager l'ajout d'infrastructures à gouvernance privée plus spécialisées et donc, plus efficaces.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Contributions du secteur public financé par la Carte-Santé (public-public)➤ Contributions du secteur privé financé par la Carte-Santé (privé-public ou privé conventionné)➤ Contributions du secteur privé financé par le privé (privé-privé) |
|---|--|

UNE SEULE OBSESSION

L'AUGMENTATION DE L'OFFRE DE SOINS

L'APPUI DE LA POPULATION

- **SONDAGE Léger du 25 avril 2022**
- 85% des répondants sont d'accord pour confier à d'autres professionnels certains soins prodigués par des médecins
- 60% sont d'accord pour faire plus de place au privé.

LE DÉCLOISONNEMENT DES PROFESSIONS + LA MIXITÉ DE LA PRATIQUE MÉDICALE

LES NOUVELLES FONDATIONS D'UN SYSTÈME DE SANTÉ UNIVERSEL ET PERFORMANT (version révisée)

- ▶ Repositionnement du rôle de l'État (Assureur, Orientations stratégiques, Gardien de la qualité)
- ▶ Décentralisation *réelle* (avec budgets et pouvoirs décisionnels) vers les opérateurs locaux.
- ▶ Conception plus ouverte du "Réseau" comme étant un ensemble de fournisseurs de soins et de services sociaux avec modes divers de gouvernance (secteurs public, privé, privé conventionné, communautaire, coopératif, etc.)
- ▶ Décloisonnement des champs de pratique des IPS, Pharmaciens et Paramédics, etc.)
- ▶ La mixité de la pratique médicale
- ▶ Financement public par épisode de soins auquel serait ajoutée une contribution privée au choix du patient. Et pourquoi pas un crédit d'impôt au patient qui a dû recourir à du financement privé?

OBJECTIF DE RENDEMENT: AJOUT DE L'OFFRE!

- Rehaussement de la capacité hospitalière
- Organisation du travail décentralisée plus efficace
- Grand rattrapage des chirurgies
- Diminution de la fréquentation des urgences
- Ajout de l'offre de soins de 1ère ligne
- Ajout de l'offre de services sociaux

QUELQUES RAPPELS, MYTHES ET LÉGENDES

- ▶ Sur l'universalité - **Un système de santé n'est pas universel si on ne peut y accéder.** C'est le cas de celui du Québec
- ▶ Sur la gratuité - **Il n'y a pas de gratuité lorsqu'il y a rationnement.** Un système de santé universel n'implique aucunement la gratuité - effet pervers causé par le fait que les coûts sont absorbés par le Fonds consolidé du Gouvernement (nos taxes et impôts).
- ▶ Sur le "Réseau" - Pour qu'un système de santé soit universel et équitable, il n'est pas nécessaire que tous les offreurs de soins et services soient des employés du secteur public ni même que la gouvernance soit faite par des employés du secteur public.
 - ▶ En effet, un soin peut être dispensé par un secteur privé conventionné, communautaire ou coopératif mais être financé par le public en partie ou en totalité. Le critère premier pour le choix du producteur de soins devrait être un critère d'efficience (le bon endroit, au bon moment par les bonnes personnes, idéalement au moindre coût).
- ▶ Sur l'imputabilité - **À ce moment-ci, il n'y a aucun responsable.** Mais si on a vraiment à coeur de répondre aux besoins des patients, les paramètres de gestion devraient moins se préoccuper de politique (protéger le ministre et le gouvernement) et s'occuper davantage de l'organisation du travail de proximité et de l'ajout à l'offre de services.

Les convulsions autour du mot “privé” Exemples de “privé” - Tout ceci existe déjà!

Établissement public-public	Financé par le public Administré, géré par le secteur public (les employés du gouvernement)
Établissement public-privé (ou privé conventionné)	Financé par le public Administré, géré par le secteur privé Ex: Cliniques spécialisées pour chirurgies électives Pourquoi pas un hôpital en projet pilote?
Établissement privé-privé	Financé par le patient Administré, géré par le secteur privé Ex: Cliniques Lacroix, cliniques privées pour chirurgies de la cataracte