

Sommaire exécutif

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC 

ÉTUDE COÛTS-BÉNÉFICES
PROJET CARTE SANTÉ DU QUÉBEC

30 avril 2003

TABLE DES MATIÈRES



| | Page |
|---|-------------|
| 1. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE..... | 1 |
| 1.1 Objectifs et limites de l'étude | 1 |
| 1.2 Démarche d'évaluation | 3 |
| 2. REVUE DE LA LITTÉRATURE ET ENTREVUES | 4 |
| 3. RÉSULTATS FINANCIERS | 5 |
| 3.1 Coûts du projet | 5 |
| 3.2 Bénéfices | 5 |
| 3.3 Analyses de sensibilité..... | 7 |
| 4. AUTRES BÉNÉFICES | 9 |
| 4.1 Bénéfices qualitatifs..... | 9 |
| 4.2 Effets structurants | 9 |
| 5. CONCLUSION | 10 |
| 5.1 Résultats globaux..... | 10 |
| 5.2 Faisabilité du projet..... | 11 |
| 5.3 Conditions de succès | 12 |

1. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

Le projet Carte santé du Québec permet de déployer différentes composantes technologiques qui visent principalement deux grandes finalités :

- ▀ Une finalité clinique : faciliter l'échange d'informations cliniques d'une manière sécuritaire et confidentielle par l'accès à des rubriques d'informations cliniques, notamment :
 - ◆ Le profil pharmacologique de l'usager, incluant les allergies et les intolérances connues; et
 - ◆ Les résultats d'analyses de laboratoire et d'examen d'imagerie médicale;
- ▀ Une finalité administrative : valider en temps réel l'admissibilité des usagers aux différents régimes publics d'assurance santé et supporter la production d'informations de gestion non nominatives sur l'activité des organisations du réseau.

Ce projet touche directement toute la population du Québec et s'insère dans les façons de faire des intervenants du secteur de la santé. Il interpelle les ordres et les associations de professionnels ainsi que les autres associations ou groupes de représentation du secteur québécois de la santé et des services sociaux.

Le projet Carte santé du Québec s'inscrit parfaitement dans les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concernant l'informatisation du réseau. En effet, le système de santé québécois doit utiliser davantage les technologies de l'information et les télécommunications afin d'améliorer l'accès à ses services.

Le projet Carte santé du Québec a fait l'objet d'un avant-projet de loi déposé à l'Assemblée nationale du Québec le 19 décembre 2001. À la suite des questions soulevées lors de la Commission parlementaire des affaires sociales portant sur cet avant-projet de loi, le ministre de la Santé et des Services sociaux s'est engagé à évaluer davantage les effets et à chiffrer les coûts et les économies engendrés par le projet dans son ensemble.

1.1 Objectifs et limites de l'étude

La présente étude coûts-bénéfices élabore un portrait le plus complet possible des coûts et des bénéfices financiers et non financiers engendrés par la réalisation du projet Carte santé du Québec. Pour ce faire, l'étude décrit les investissements requis ainsi que les coûts et les bénéfices récurrents. Elle permet de déterminer et de quantifier, lorsque possible, les impacts de l'intégration des composantes du projet dans les différents types d'organisations de services du réseau.

Un modèle financier développé à cette fin permet de tenir compte de l'ensemble des éléments associés au projet. La projection financière présentée s'étend sur 10 ans afin de mesurer le plein effet de l'utilisation des différentes composantes du projet. Ce modèle permet aussi de faire une analyse de sensibilité en fonction de différentes hypothèses émises dont certains scénarios de localisation de données. Certains résultats qui ne peuvent être chiffrés sont présentés sous forme qualitative et descriptive.

L'étude est basée, entre autres, sur les informations de coûts et de bénéfices qui ont été fournies par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et le MSSS ou qui sont comprises dans la documentation consultée, incluant tous les documents de travail produits par la RAMQ au cours des trois dernières années.

Les limites de l'étude sont les suivantes :

- ▀ Elle ne constitue pas le dossier d'affaires du MSSS ou de l'informatisation du réseau, ni celui du projet Carte santé du Québec;
- ▀ Le projet et ses composantes, tels que définis par la RAMQ aux fins de l'étude, sont considérés dans leur ensemble, sans que soit remise en question la pertinence de chacune de ces composantes;
- ▀ Les bénéfices cliniques et administratifs sont basés sur des hypothèses valables, mais qui contiennent un degré d'incertitude dont nous avons tenu compte dans le modèle financier;
- ▀ Les effets sur les processus ont été établis grâce à une modélisation des processus affectés, basée sur des hypothèses d'un fonctionnement normal. Les incertitudes qui peuvent subsister ont aussi été prises en compte dans le modèle financier.

Les résultats quantifiables sont intégrés dans le modèle financier regroupant les différents montants d'investissement, les dépenses récurrentes et les bénéfices quantitatifs distribués dans le temps en fonction d'hypothèses liées au déploiement de la solution. Les résultats sont principalement tributaires du plan de déploiement du projet, du nombre de points de service et du degré d'informatisation du réseau public et privé.

Nous avons attribué au projet un niveau de risque comparable à ce qui se fait généralement dans des projets technologiques similaires et qui tient compte des nombreuses variables qui influencent les bénéfices tangibles.

1.2 Démarche d'évaluation

Les informations nécessaires à la réalisation des analyses et des évaluations proviennent de plusieurs sources dont :

- ▀ Une revue de la littérature sur les expériences de partage d'informations cliniques réalisées au Québec et dans le monde;
- ▀ Les études, analyses, sondages et mémoires disponibles à la RAMQ et au MSSS;
- ▀ Une analyse des processus reliés à l'utilisation des composantes de la Carte santé du Québec et de son effet anticipé sur les modes de fonctionnement actuels;
- ▀ Des entrevues auprès de représentants des organisations de santé publiques et privées, de professionnels de la santé et de fédérations, d'associations ou d'ordres professionnels;
- ▀ Des avis d'experts sur les effets structurants éventuels de la Carte santé du Québec et sur l'influence de son utilisation sur l'évolution des autres systèmes d'information;
- ▀ Une session d'échanges avec le comité directeur du projet relativement aux hypothèses à la base des bénéfices cliniques.

2. REVUE DE LA LITTÉRATURE ET ENTREVUES

Toutes les études consultées, qu'elles soient québécoises, canadiennes ou internationales, confirment que le partage d'informations cliniques est devenu essentiel à l'amélioration de la qualité des services de santé, à l'adoption de nouveaux modes de pratiques en santé. Cette circulation de l'information contribue au développement d'une réelle interdisciplinarité et à l'implantation de réseaux intégrés de services pour la population en général, et pour les clientèles vulnérables en particulier.

Les représentants des différents organismes et les intervenants rencontrés lors des entrevues ont généralement manifesté un intérêt positif pour le projet Carte santé du Québec. Ils sont convaincus de la réalisation d'un grand nombre de bénéfices sur la productivité du réseau et sur la qualité des soins et des services, si certaines conditions de succès sont respectées :

- ▀ La simplicité d'utilisation du système et son interopérabilité avec les systèmes existants;
- ▀ La qualité des informations cliniques, c'est-à-dire leur pertinence, leur intégralité et leur fiabilité;
- ▀ De hauts standards de performance et de sécurité;
- ▀ Une formation adéquate et une approche de gestion du changement;
- ▀ Un excellent plan de communication auprès de la population et des intervenants.

Pour ce faire, certains aspects technologiques doivent aussi être considérés, en particulier la création d'un environnement stable et flexible ainsi que la normalisation des informations de santé.

3. RÉSULTATS FINANCIERS

3.1 Coûts du projet

Ce chapitre présente l'ensemble des résultats quantitatifs sur la base du scénario de localisation des données cliniques centralisées à la RAMQ.

Le projet initial de la RAMQ, estimé au montant de 159,3 M\$, ne mettait en œuvre que l'information clinique relative au profil pharmacologique. À la suite des ajustements requis pour tenir compte du niveau de risque (18,9 M\$) et de l'élargissement de la portée du projet afin d'inclure les résultats d'analyses de laboratoire et d'exams d'imagerie médicale (18 M\$), le coût total ajusté du projet pour l'implantation de tous les volets est de 196,2 M\$.

Sur une période de 10 ans, la valeur actuelle nette des déboursés, excluant les amortissements, représente 480,3 M\$. Ce montant inclut les actifs immobilisés, les frais d'implantation et les coûts récurrents d'exploitation (tableau I).

Lorsque le projet sera pleinement fonctionnel, les dépenses récurrentes d'exploitation, incluant l'amortissement et les frais financiers, seront d'environ 60 M\$ par année.

La revue des coûts de chacune des composantes ainsi que des coûts de gestion et de support en fonction du scénario de localisation des données cliniques centralisées à la RAMQ démontre que le projet a fait l'objet d'une conception et d'une évaluation détaillées. Nous jugeons que les estimations sont dans l'ensemble justes, raisonnables et suffisamment précises.

3.2 Bénéfices

Le projet Carte santé du Québec permet de réaliser différents bénéfices par rapport aux coûts des services, à leur qualité et aux modes de fonctionnement de plusieurs secteurs d'activité du réseau.

Les bénéfices financiers comprennent tout effet positif que produit le projet sur les coûts des services du réseau de la santé et des services sociaux. Nous avons revu et validé les hypothèses proposées par la RAMQ, celles retrouvées dans la littérature consultée et les opinions des intervenants rencontrés en entrevue. Les différents bénéfices financiers relevés sont divisés en trois catégories :

Bénéfices cliniques

Ceux-ci découlent principalement du partage des données cliniques concernant la clientèle :

- ▀ L'accès au profil pharmacologique de l'usager, l'utilisation de l'aviseur pharmacothérapeutique et du prescripteur permettront une diminution des interactions médicamenteuses et une meilleure pertinence des prescriptions, ce qui entraînera une réduction des hospitalisations et des visites à l'urgence, dues à des effets médicamenteux indésirables, notamment pour les personnes âgées;
- ▀ L'accès immédiat aux résultats antérieurs entraînera une réduction des doublages d'analyses de laboratoire et d'examen d'imagerie médicale ainsi qu'une diminution du nombre de tests diagnostiques;
- ▀ La disponibilité en temps réel des résultats d'analyses de laboratoire et d'examen d'imagerie médicale permettra de prendre une orientation diagnostique et thérapeutique plus précise et plus rapide évitant ainsi la répétition inutile de visites médicales.

Bénéfices administratifs

Les bénéfices administratifs, quant à eux, résultent d'un meilleur contrôle de l'identité et de l'admissibilité des usagers aux services assurés dans les programmes administrés par la RAMQ.

Bénéfices liés aux processus

Les bénéfices liés aux processus résultent des modifications apportées à certaines activités et à des modes de fonctionnement par l'implantation du projet Carte santé du Québec. Ces modifications entraînent des écarts du temps requis pour réaliser différentes tâches cliniques et administratives.

La valeur actuelle de ces catégories de bénéfices sur 10 ans représente les sommes suivantes :

- ▀ 421,7 M\$ pour les bénéfices cliniques et administratifs (tableau II);
- ▀ 457,3 M\$ pour les bénéfices liés aux processus (tableau III).

Lorsque le projet sera pleinement fonctionnel, les bénéfices cliniques et administratifs généreront annuellement des économies d'environ 95 M\$ et les bénéfices liés aux processus seront de l'ordre de 110 M\$ par année.

Mentionnons que ces bénéfiques ne peuvent permettre de financer directement les coûts de développement et de déploiement des composantes du projet. Les résultats sont cependant très significatifs sur plusieurs plans :

- ▀ Le projet fournit une infrastructure qui a de grands impacts sur la qualité des soins et des services à la clientèle;
- ▀ Le projet apporte des effets significatifs sur les aspects cliniques et administratifs ainsi que sur la productivité des organisations et de leurs intervenants;
- ▀ Le projet procure des avantages financiers non négligeables, qui aideront à mieux contenir la croissance des coûts, à mieux utiliser les services de santé et à favoriser un meilleur état de santé de la population;
- ▀ Les composantes du projet constituent des bases intéressantes pour l'uniformisation des architectures technologiques en matière de sécurité informatique et de respect de la confidentialité.

Il faut aussi considérer qu'une partie significative des bénéfiques liés aux processus revient au secteur privé, ce qui devrait assurer une plus grande participation de ce secteur au projet.

3.3 Analyses de sensibilité

Nous avons par la suite réalisé deux analyses de sensibilité pour déterminer l'influence de certaines variables sur les coûts d'implantation et d'exploitation du projet Carte santé du Québec, et sur les bénéfices financiers.

Une première analyse concerne les scénarios de localisation des données. Dans le scénario principal, les données des rubriques d'informations cliniques sont emmagasinées dans des banques de données centralisées à la RAMQ. Les autres scénarios étudiés sont les suivants :

- ▀ Hors RAMQ : les données des rubriques d'informations cliniques sont centralisées chez un fournisseur de services d'impartition reconnu, selon les mêmes règles de sécurité et de protection que celles en vigueur à la RAMQ;
- ▀ Distribué : les données des rubriques d'informations cliniques sont réparties dans 20 centres serveurs supralocaux déterminés par le MSSS;
- ▀ Mixte : les données du profil pharmacologique demeurent centralisées à la RAMQ et les données portant sur les résultats d'analyses de laboratoire et d'exams d'imagerie médicale sont distribuées dans 20 serveurs supralocaux.

La distribution des données dans plusieurs sites augmente le coût des actifs immobilisés, les dépenses d'implantation et les dépenses récurrentes de 15 à 20 % sur 10 ans.

De plus, comme ce scénario est moins bien documenté, les risques et les contingences liés au projet sont augmentés.

La mise en place d'une telle structure serait certainement plus longue et plus complexe qu'un scénario centralisé et un retard estimé à un an de la disponibilité des composantes cliniques du système entraîne un délai dans la réalisation des différents bénéficiaires. Le scénario de données totalement décentralisées est plus affecté (baisse de plus de 15 % sur 10 ans) que celui où les données pharmacologiques restent centralisées à la RAMQ. Cependant, la décentralisation totale ou partielle des banques de données répond davantage aux orientations technologiques du MSSS et aux attentes des intervenants et des organisations du réseau ainsi qu'aux préoccupations de la population.

La seconde analyse porte sur le mode d'adhésion aux rubriques d'informations cliniques. Le scénario de base prévoit que l'utilisateur devra signifier son adhésion aux rubriques d'informations cliniques. Le scénario additionnel, quant à lui, énonce qu'au départ, tous les usagers sont inscrits et que seuls ceux qui refusent d'y adhérer doivent le signifier aux responsables du projet. On constate dans cette analyse que cette modification au mode d'adhésion aux rubriques d'informations cliniques a très peu d'impact sur les résultats financiers du projet.

4. AUTRES BÉNÉFICES

4.1 Bénéfices qualitatifs

De nombreux bénéfices qualitatifs ont aussi été déterminés au cours de l'étude coûts-bénéfices. Ils s'appliquent à l'utilisateur, aux professionnels de la santé ou au réseau en général :

- ▀ Pour l'utilisateur : une meilleure accessibilité aux soins de santé, une diminution du risque relié aux ordonnances inappropriées et aux interactions médicamenteuses, une meilleure sécurité et confidentialité des renseignements personnels, une meilleure continuité de soins à l'intérieur d'un réseau intégré et une augmentation de la satisfaction;
- ▀ Pour le professionnel : un meilleur accès à l'information pertinente sur l'utilisateur, une meilleure prise en charge, une diminution du risque d'erreurs d'ordonnance et un partage des renseignements entre les intervenants dans le plus strict respect de la confidentialité;
- ▀ Pour le réseau en général : un déploiement plus rapide du réseau de télécommunication dans les cabinets privés de médecins, un élargissement de la notion de réseau à l'ensemble des intervenants publics et privés et une amélioration de la sécurité et de la protection des renseignements personnels des usagers.

4.2 Effets structurants

Les effets structurants ont été suggérés majoritairement par la littérature, les entrevues avec les interlocuteurs du réseau et la réflexion des professionnels de l'équipe de projet. Les plus importants sont :

- ▀ Le raccordement de toutes les cliniques privées à un réseau de télécommunication qui respecte les règles de sécurité du réseau de la santé;
- ▀ L'utilisation des composantes technologiques et de l'architecture moderne développées dans ce projet dans les autres projets d'informatisation du réseau;
- ▀ La possibilité de constituer des banques de données dénominalisées pour la recherche de toute sorte.

5. CONCLUSION

Au terme des travaux réalisés dans cette étude, nous présentons les principales conclusions dégagées à cette étape du projet.

5.1 Résultats globaux

L'examen de l'ensemble des résultats financiers et qualitatifs qui ressortent de l'étude nous permet de conclure que le projet Carte santé du Québec présente de nombreux avantages, que ce soit pour la clientèle, les intervenants, les organisations publiques et privées et pour le réseau en général. Puisque ces bénéfices représentent davantage des projections d'événements, en plus d'adopter une approche très conservatrice, nous avons également appliqué un facteur d'incertitude de 30 % sur les montants déterminés.

RÉSULTATS QUANTITATIFS

Projection de coûts

Nous considérons que les projections de coûts sont justes et raisonnables en fonction des hypothèses proposées dans l'étude coûts-bénéfices. Ces coûts sont certes importants, mais il nous semble évident que ce projet constituera une étape décisive de tout le processus de modernisation et d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux, que cette modernisation est fondamentale et qu'elle exige des investissements très significatifs.

Bénéfices cliniques, administratifs et liés aux processus

L'étude fait également ressortir qu'au-delà des coûts, le projet dégage des bénéfices quantitatifs considérables. Même si la très grande majorité de ces bénéfices ne constituent pas des économies directes servant à financer le projet, ils constituent des marges de manœuvre significatives au chapitre de la productivité et du contrôle des coûts.

Si l'on considère la pression énorme qu'exercent sur le réseau la demande croissante de services, la pénurie de ressources professionnelles et la croissance très significative des coûts des secteurs technologiques, on ne peut pas minimiser l'importance de ces bénéfices.

RÉSULTATS QUALITATIFS

Aux importants bénéfices financiers s'ajoutent également de très nombreux avantages aux chapitres des bénéfices qualitatifs et des effets structurants. Nous devons mentionner l'impact prévisible du projet sur la mise en réseau des cliniques médicales privées et le support d'un tel projet pour l'émergence de véritables réseaux intégrés de services pour réaliser la portée du projet.

Le projet Carte santé du Québec est un pas significatif dans le virage qui s'effectue actuellement en matière d'informatisation du réseau et il constitue un levier important pour les projets qui émergent. Cette analyse des coûts et des bénéfices permet clairement d'illustrer que les coûts d'un tel projet, quel que soit le scénario de localisation des données, sont largement compensés par des bénéfices tant quantitatifs que qualitatifs.

5.2 Faisabilité du projet

L'étude coûts-bénéfices a aussi permis d'évaluer certains facteurs qui sont à considérer dans la faisabilité d'un tel projet.

Au chapitre de la localisation des données, bien que le modèle de banque de données centralisée représente un moindre coût, surtout en matière de coûts d'implantation et de coûts récurrents, le modèle mixte examiné dans l'étude de sensibilité s'inscrit davantage dans les orientations technologiques du MSSS. En situant les banques de données plus près des usagers, le projet peut susciter une plus grande adhésion des utilisateurs et de la population tout en assurant des environnements sécuritaires.

Par contre, ce scénario nécessite des efforts plus importants pour mieux définir les architectures technologiques, les infrastructures matérielles et les mécanismes de coordination et de gestion requis.

À l'égard de l'ouverture et de la réception d'un tel projet dans le réseau, il semble évident que les professionnels sont en attente de moyens efficaces pouvant permettre, faciliter et accélérer le partage de l'information clinique concernant la clientèle. L'élargissement de la portée du projet pour inclure les résultats d'analyses de laboratoire et d'examen d'imagerie médicale correspond aux priorités d'informatisation exprimées par les professionnels du réseau.

Par contre, il est évident que ce projet ne répond pas à l'ensemble des besoins identifiés et ne permet pas l'échange de toutes les informations cliniques. Le réseau dans son ensemble y voit surtout une étape vers le développement éventuel d'un dossier patient informatisé. De plus, il se discute à un moment où d'autres projets locaux et régionaux sont en émergence.

La faisabilité du projet à cet égard reposera davantage sur la capacité de bien le situer dans ce contexte, de circonscrire de façon transparente ses limites et surtout de faire valoir comment il est une des étapes primordiales de la réponse aux besoins déterminés et non la totalité de la réponse.

Un travail important a déjà été amorcé en ce sens avec l'annonce des orientations du MSSS et de la place du projet Carte santé du Québec dans ces orientations.

Au-delà des modalités technologiques, la faisabilité du projet repose donc sur la correspondance des orientations et des plans d'action de la RAMQ et du MSSS avec cette réalité réseau et sur la mise en place des conditions de succès requises.

5.3 Conditions de succès

Le projet Carte santé du Québec, malgré les nombreux bénéfices qui ressortent de l'étude, demeure un projet qui entraîne des changements importants dans les façons de faire. La finalité du projet a donc besoin d'être très bien comprise et il ne doit pas être perçu comme étant en compétition avec les autres projets du réseau, mais comme un levier favorisant la réussite de tous ces projets.

Nous présentons ici les conditions de succès qui nous semblent parmi les plus importantes.

En regard de la mise en marche du projet, nous croyons essentiel que :

- ▀ les orientations de la RAMQ et du MSSS relatives à ce projet tiennent compte des interrogations et des craintes des professionnels, et mettent en lumière les moyens mis en œuvre pour rendre l'utilisation des composantes du projet Carte santé du Québec facile et cliniquement utile;
- ▀ les orientations situent très clairement le projet, ses composantes et ses finalités dans le scénario d'ensemble de la modernisation et de l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux;
- ▀ des mécanismes de gestion du changement et de soutien aux intervenants soient mis en place pour assurer la réalisation du plein potentiel du projet;
- ▀ la mise en œuvre du projet Carte santé du Québec fasse l'objet d'une planification et d'une gestion de projet rigoureuses impliquant étroitement des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et des réseaux de cliniques médicales qui seront interpellés dans son opérationnalisation;
- ▀ des mesures de suivi et d'évaluation des résultats financiers soient aussi mises en place pour quantifier les impacts du projet et surtout pour pouvoir y apporter les ajustements nécessaires au fur et à mesure.

En regard du contenu du projet et de ses modalités de fonctionnement, il nous semble essentiel de :

- ▀ prévoir des modalités de fonctionnement favorisant l'interopérabilité et l'intégration du projet avec les autres projets en cours dans le réseau et avec les systèmes d'information clinique existants;
- ▀ favoriser une architecture technologique simple et souple qui laissera place, au fil des ans, à l'évolution de la technologie et à l'intégration d'outils technologiques de plus en plus conviviaux pour les médecins et les autres professionnels;
- ▀ prévoir un déploiement qui atteindra rapidement une masse critique de participants, principalement parmi les médecins;

- ▀ atteindre un juste équilibre entre les exigences de sécurité des données, de confidentialité et d'accessibilité à ces informations.

Cette étude coûts-bénéfices constitue un volet très important de l'évaluation globale du projet Carte santé du Québec qui devra également tenir compte des aspects sociaux et politiques propres à un projet de cette envergure.

Tableau I
Régie de l'assurance maladie du Québec
Étude coûts-bénéfices du projet Carte santé du Québec
Projection - Investissements et coûts

Scénario Données centralisées à la RAMQ

Année de avril à mars, en milliers de dollars de 2002

| Projection de coûts | An 0 | An 1 | An 2 | An 3 | An 4 | An 5 | An 6 | An 7 | An 8 | An 9 | An 10 | Total |
|-------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|-------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| COÛTS CAPITALISÉS | | | | | | | | | | | | |
| Actifs capitalisés | 11 751 | 21 977 | 18 263 | 13 142 | 15 537 | 8 301 | | | | | | 88 971 |
| Gestion du risque et contingence | | | 6 997 | 6 997 | | | | | | | | 13 995 |
| | 11 751 | 21 977 | 25 260 | 20 140 | 15 537 | 8 301 | | | | | | 102 966 |
| Renouvellement d'actifs | | | | | | 851 | 101 | 36 439 | 12 056 | 31 189 | 17 095 | 97 732 |
| Total des actifs immobilisés | 11 751 | 21 977 | 25 260 | 20 140 | 15 537 | 9 152 | 101 | 36 439 | 12 056 | 31 189 | 17 095 | 200 698 |

COÛTS NON CAPITALISÉS

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Coûts d'implantation non capitalisés | 1 849 | 2 444 | 12 753 | 41 727 | 20 225 | 2 371 | | | | | | 81 370 |
| Gestion du risque et contingence | | | 5 940 | 5 940 | | | | | | | | 11 880 |
| | 1 849 | 2 444 | 18 693 | 47 667 | 20 225 | 2 371 | | | | | | 93 250 |
| Coûts de fonctionnement récurrents | | | | 9 623 | 29 083 | 29 513 | 32 143 | 32 143 | 32 143 | 32 143 | 32 143 | 228 931 |
| Gestion du risque et contingence | | | | | 5 225 | 5 225 | 5 225 | 5 225 | 5 225 | 5 225 | 5 225 | 36 574 |
| | | | | 9 623 | 34 308 | 34 738 | 37 368 | 37 368 | 37 368 | 37 368 | 37 368 | 265 506 |
| Amortissement | | | 10 671 | 14 208 | 16 964 | 18 622 | 18 622 | 18 622 | 18 622 | 18 622 | 18 622 | 153 575 |
| Frais financiers | 329 | 637 | 1 298 | 1 934 | 2 433 | 2 779 | 2 908 | 3 255 | 3 627 | 4 043 | 3 043 | 26 285 |
| Total des coûts de fonctionnement récurrents | 329 | 637 | 11 969 | 25 764 | 53 705 | 56 138 | 58 898 | 59 245 | 59 616 | 60 032 | 59 032 | 445 366 |
| Total des coûts non capitalisés | 2 178 | 3 081 | 30 662 | 73 432 | 73 930 | 58 509 | 58 898 | 59 245 | 59 616 | 60 032 | 59 032 | 538 616 |

DÉBOURSÉS ET VALEUR ACTUELLE NETTE

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------------------|---------------|---------------|----------------|
| Total des déboursés, excluant l'amortissement | 13 929 | 25 059 | 45 251 | 79 363 | 72 503 | 49 040 | 40 377 | 77 062 | 53 050 | 72 599 | 57 506 | 585 739 |
| Valeur actualisée nette des déboursés, excluant l'amortissement et avant frais financiers (an 0). | | | | | | | | | Taux d'actualisation | 2,8 % | | 480 257 |

Tableau III

Régie de l'assurance maladie du Québec
Étude coûts-bénéfices du projet Carte Santé du Québec
Résultats financiers - Bénéfices liés aux processus

Scénario Données centralisées à la RAMQ

Année de avril à mars, en milliers de dollars de 2002

Note : Les données positives sont des coûts et les données négatives sont, à volume constant, des économies potentielles.

| Projections financières | An 0 | An 1 | An 2 | An 3 | An 4 | An 5 | An 6 | An 7 | An 8 | An 9 | An 10 | Total |
|--|------|------|------|------------|----------------|-----------------|-----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Impacts sur la productivité | | | | | | | | | | | | |
| Bénéfices liés aux processus | | | | | | | | | | | | |
| Établissements publics | | | | 201 | (3 213) | (19 253) | (32 087) | (41 938) | (43 249) | (44 561) | (44 625) | (228 726) |
| Incertitude - Facteur de risque | | | | 60 | 964 | 5 776 | 9 626 | 12 581 | 12 975 | 13 368 | 13 388 | 68 738 |
| | | | | 261 | (2 249) | (13 477) | (22 461) | (29 357) | (30 275) | (31 193) | (31 238) | (159 988) |
| Cliniques privées | | | | 195 | (4 736) | (28 650) | (48 233) | (63 406) | (65 425) | (67 445) | (67 544) | (345 244) |
| Incertitude - Facteur de risque | | | | 58 | 1 421 | 8 595 | 14 470 | 19 022 | 19 628 | 20 233 | 20 263 | 103 690 |
| | | | | 253 | (3 315) | (20 055) | (33 763) | (44 384) | (45 798) | (47 211) | (47 281) | (241 554) |
| Pharmacies | | | | (20) | (4 321) | (20 473) | (33 292) | (42 893) | (44 171) | (45 450) | (45 512) | (236 134) |
| Incertitude - Facteur de risque | | | | 6 | 1 296 | 6 142 | 9 988 | 12 868 | 13 251 | 13 635 | 13 654 | 70 840 |
| | | | | (14) | (3 025) | (14 331) | (23 305) | (30 025) | (30 920) | (31 815) | (31 859) | (165 294) |
| Total | | | | 500 | (8 589) | (47 863) | (79 528) | (103 766) | (106 992) | (110 219) | (110 377) | (566 835) |
| Valeur actualisée nette des impacts de productivité (année 0) | | | | | | | Taux d'actualisation | 2,8% | | | | (457 325) |

Note : 95 % des usagers adhèrent aux rubriques d'informations cliniques.