

Accountability in Healthcare Organizations and Systems

ALL DEBATES ABOUT THE WAY TO IMPROVE THE QUALITY AND SAFETY OF CARE, the control of costs or the health of the population, raise the issue of accountability. Behind this notion, there is the idea that healthcare systems have an unexploited margin for improvement if they better align the utilization of resources with what is known about the appropriateness and effectiveness of care (Maynard 2013). The common understanding of accountability is one in which a governing body (e.g., government, regional health authority, healthcare board, professional association) is in a position to mandate providers or organizations to meet certain goals or objectives. Because of the authority or legitimacy of these governing bodies, providers or organizations believe they must account for their achievements in relation to such goals or objectives. The relationship between these two sides of the accountability equation is not necessarily hierarchical – at least in principle (Saltman and Ferroussier-Davis 2000). An accountability relationship can be based on a dialogue where providers or organizations argue with governing bodies about their relative achievement of pre-defined goals. Even the definition of goals and objectives can be made through a collaborative process between governing bodies and concerned providers or organizations. That is, in brief, the notion of accountability does not have to be reduced to the application of formal controls on one's own activities or behaviours.

Despite variations in approaches to accountability, an accountability regime will always be based on three elements: a clear definition of desirable goals or objectives (the object of accountability), the ability to measure and monitor goal achievement and a set of consequences for providers or organizations if achievements regarding goals or objectives are not satisfactory. Defining goals and objectives in healthcare is not easy, and is contested terrain. Quantitative targets for volume of care say nothing about quality of care or patient experience. Targets around the delivery of care may have only tenuous or very indirect linkage with the improvement of the health and well-being of a population. Monitoring the process or the outcomes of care requires proper, adequate and on-time information if the objective is to provide useful feedback to providers of care and services. The consequences of performance failure by providers can be more or less coercive. An organization can face budgetary cutbacks following poor performance, but may also receive support to develop capacities to improve. While accountability is a key element in improving the governance and management of healthcare organizations and systems, an accountability relationship can be developed with a concern for learning and improvement beyond control and sanctions.

Accountability regimes in healthcare systems thus face numerous challenges relating to the definition of a clear mandate in the form of specific goals and objectives, to the attribution of these mandates to skillful providers or organizations and to the design of incentives to support the accountability relationship and improvement. The goals are related to the complex function of production (integration of care, caring for multi-morbidity chronic diseases, improving the health of the population), and they will command a broad set of competencies and knowledge on the part of governing bodies and providers, plus an ability to collaborate for the improvement of care and services.

While accountability is challenging and critical to the improvement of health systems (at least within the context of the Canadian healthcare system), we do not have much systematic research dealing with this issue. In this special issue of *Healthcare Policy/Politiques de Santé*, a research program under the leadership of Professor Raisa B. Deber (University of Toronto) has documented how accountability is structured within various sectors and organizations in the Ontario healthcare system. This collection of papers is very valuable because it is the first one that provides a detailed description of how accountability regimes are developed and structured across the system (e.g., the hospital sector, the long-term care sector and public health). Beyond the richness of the description of the accountability landscape in the Ontario healthcare system, this set of papers raises important issues around the theme of accountability. First, it shows that accountability is still in its infancy – not because providers or organizations do not want to be accountable or that governing bodies do not want to make them accountable, but because identifying the right targets and establishing the right mechanisms to account for the utilization of healthcare resources is a complex task. Second, these papers deal mostly with accountability regimes within the current boundaries of the system with its silos. It says almost nothing about the challenges and promises of developing accountability regimes within the context of networks or programs that transcend current professional or organizational boundaries. Finally, this collection of papers refers only marginally to the question of financial incentives, which seem to be a key lever that governing bodies use to influence the behaviours of healthcare providers and their propensity to take some goals or objectives more seriously.

Having said this, the research team has done a great job based on a single research grant to produce an exhaustive mapping of how the notion of accountability is deployed across the Ontario healthcare system. This is of interest for researchers, but also for any observers of the healthcare scene across Canada, where each system faces the challenge of better aligning the utilization of resources with broad system goals commonly defined now as the Triple Aim: better quality of care, better safety of care and better health outcomes at a minimal cost.

JEAN-LOUIS DENIS, PHD

Guest Editor

References

- Maynard, A. 2013. "Health Care Rationing: Doing It Better in Public and Private Health Care Systems." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 38(6): 1103–27.
- Saltman, R.B. and O. Ferroussier-Davis. 2000. "The Concept of Stewardship in Health Policy." *Bulletin of the World Health Organization* 78(6): 732–39.

L'obligation de rendre compte dans les organisations et systèmes de santé

TOUT DÉBAT SUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS, SUR LE contrôle des coûts ou sur la santé de la population soulève la question de l'obligation de rendre compte. Derrière cette notion se trouve l'idée qu'il est possible d'améliorer les systèmes de santé si on exploite les ressources en tenant compte des connaissances acquises en matière de pertinence et d'efficacité des soins (Maynard 2013). La notion d'obligation redditionnelle repose habituellement sur l'idée qu'une instance dirigeante (par exemple, le gouvernement, une autorité régionale de la santé, un conseil de la santé ou une association professionnelle) peut imposer certains buts et objectifs à des prestataires de services ou à des organismes de santé. En raison de l'autorité ou de la légitimité de ces instances, les prestataires et organismes se sentent obligés de rendre compte de leurs accomplissements en fonction des buts et objectifs prescrits. La relation entre ces deux éléments de l'équation redditionnelle n'est pas nécessairement hiérarchique, du moins en principe (Saltman et Ferroussier-Davis 2000). La relation redditionnelle peut reposer sur un dialogue dans lequel les prestataires ou organismes discutent avec les instances dirigeantes au sujet d'objectifs prédéfinis. La définition des buts et objectifs peut se faire grâce à un processus collaboratif entre les instances et les prestataires ou organismes visés. C'est-à-dire, en somme, que la notion d'obligation redditionnelle n'est pas réduite à la simple application de contrôles formels sur les activités ou les comportements.

Malgré la variation dans les démarches visant l'obligation de rendre compte, un cadre redditionnel repose toujours sur trois éléments : une définition claire des buts et objectifs souhaités (l'objet de l'obligation redditionnelle), la capacité de mesurer et de surveiller l'atteinte des buts et un ensemble de sanctions pour les prestataires ou organismes qui échouent dans l'atteinte des buts et objectifs. Définir les buts et objectifs n'est pas chose facile dans le contexte des services de santé, et l'exercice est propice aux différends. Les cibles quantitatives pour le volume de soins ne renseignent pas beaucoup sur la qualité des soins ou l'expérience des patients. Les cibles qui touchent à la prestation des soins peuvent n'avoir que quelques liens timides ou indirects avec l'amélioration de la santé et du bien-être d'une population. La surveillance des processus ou des résultats en santé demande une information précise, adéquate et opportune si l'on souhaite offrir une rétroaction utile aux prestataires de soins et de services. Le mauvais rendement de la part d'un prestataire peut donner lieu à des sanctions plus ou moins coercitives. Par exemple, une organisation pourrait devoir faire face à des restrictions budgétaires suite à un faible rendement, mais elle pourrait aussi recevoir le soutien nécessaire pour développer ses capacités d'amélioration. Bien que l'obligation de rendre compte soit un élément clé pour une amélioration de la gouvernance et de la gestion des organismes ou systèmes de santé, on peut développer la relation redditionnelle en misant sur l'apprentissage et sur une amélioration au-delà des contrôles et des sanctions.

Les cadres redditionnels dans les systèmes de santé font donc face à de nombreux défis quant à la définition de mandats clairs étayés par des buts et des objectifs précis, quant à l'attribution de mandats à des prestataires ou organismes compétents et quant à la conception de mesures incitatives pour appuyer la relation redditionnelle et favoriser l'amélioration. Les buts touchent à une fonction de production complexe (intégration des soins, prise en charge de maladies chroniques avec multimorbidité, amélioration de la santé de la population) et demandent un ensemble de compétences et de connaissances de la part des instances dirigeantes comme des prestataires, en plus d'une habileté de collaboration pour l'amélioration des soins et services.

Alors que l'obligation de rendre compte est un élément essentiel pour l'amélioration des systèmes de santé (du moins, dans le contexte canadien), il existe peu de recherche systématique sur le sujet. Dans ce numéro spécial de *Politiques de Santé/Healthcare Policy*, un projet de recherche dirigé par Professeur Raisa B. Deber (Université de Toronto) présente la structure de l'obligation de rendre compte dans divers secteurs et organismes du système de santé en Ontario. Cette série d'articles est très utile puisque c'est la première fois qu'on présente une description détaillée du développement et de la structure des cadres redditionnels dans ce système de santé (notamment, le secteur hospitalier, le secteur des soins de longue durée et la santé publique). Au-delà de la richesse de cette description du panorama redditionnel dans le système de santé ontarien, les articles soulèvent d'importantes questions quant à l'obligation de rendre compte. Premièrement, on y voit que l'obligation de rendre compte en est encore à ses premiers balbutiements – non pas parce que les prestataires et organismes veulent s'y soustraire ou que les instances ne souhaitent pas les rendre responsables, mais bien parce qu'il est extrêmement complexe de définir les bonnes cibles et de mettre en place les mécanismes adéquats pour rendre compte de l'utilisation des ressources en santé. Deuxièmement, la plupart des articles portent sur les cadres redditionnels présents dans les limites actuelles du système, avec les cloisonnements qui s'y trouvent. On y retrouve encore peu de données sur les défis et promesses liés à la mise en place de cadres redditionnels dans le contexte de réseaux ou de programmes qui transcendent les limites professionnelles et organisationnelles actuelles. Finalement, les articles font peu référence à la question des mesures d'incitation financière employées par les instances dirigeantes pour influencer le comportement des prestataires de services de santé ou pour agir sur leur disposition à prendre plus au sérieux certains objectifs.

Cela dit, l'équipe de recherche a effectué un travail formidable, avec cette unique subvention de recherche, en produisant un tableau complet de l'état actuel du concept de l'obligation redditionnelle dans le système de santé ontarien. Cela intéressera les chercheurs, mais aussi tout observateur du milieu des services de santé au Canada, où chaque système fait face au défi d'une meilleure harmonisation entre l'utilisation des ressources et les grands objectifs du système, habituellement désignés comme le triple objectif : une meilleure qualité des soins, une meilleure sécurité des soins et de meilleurs résultats pour la santé à moindre coût.

JEAN-LOUIS DENIS, PHD

Directeur scientifique invité

Références

- Maynard, A. 2013. "Health Care Rationing: Doing It Better in Public and Private Health Care Systems." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 38(6): 1103–27.
- Saltman, R.B. and O. Ferroussier-Davis. 2000. "The Concept of Stewardship in Health Policy." *Bulletin of the World Health Organization* 78(6): 732–39.