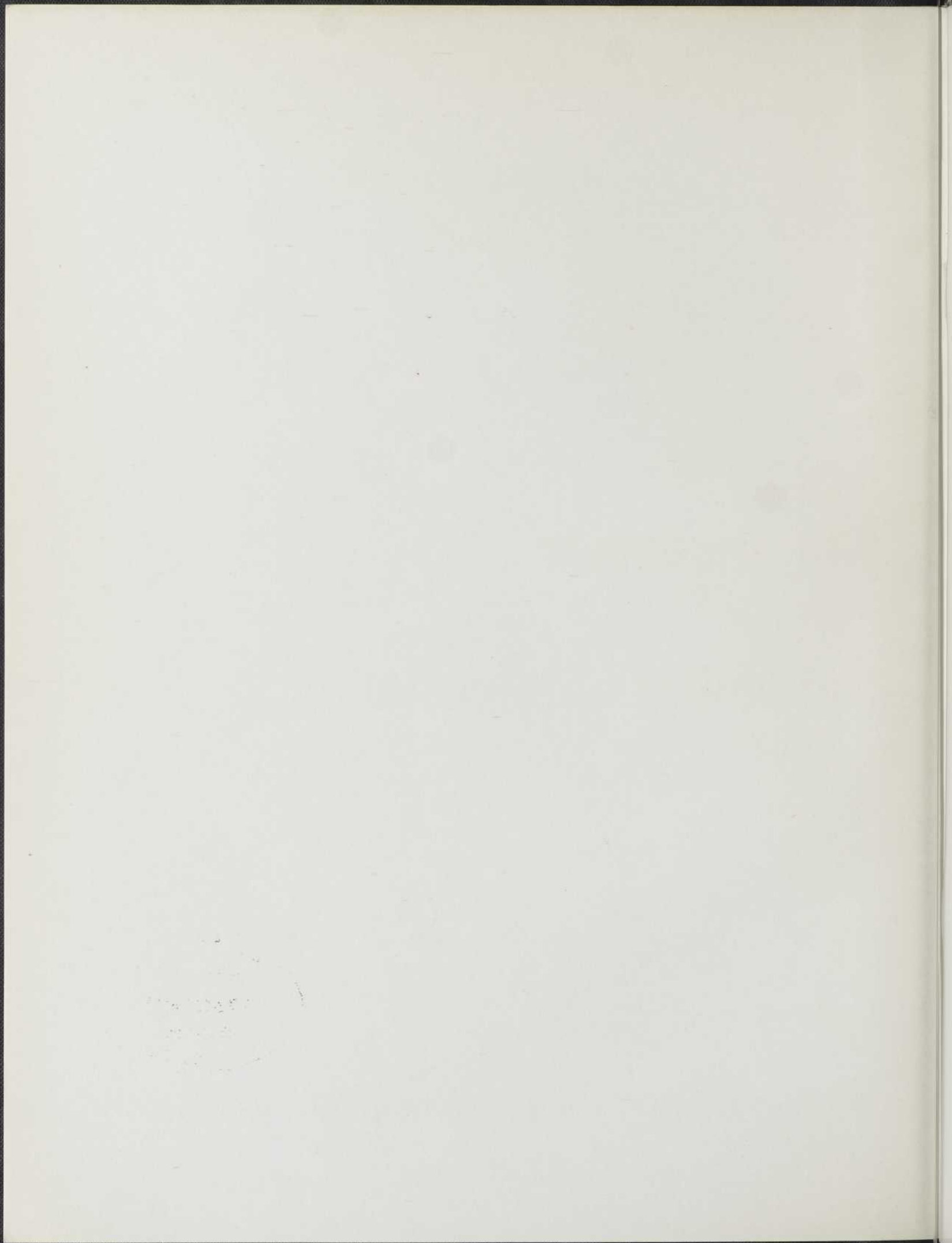




VOLUME VIII

**Coût,
financement
et
champ d'application**

PREMIER RAPPORT DU COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTÉ
JANVIER 1966





COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTÉ

VOLUME VIII

**Coût,
financement
et
champ d'application**



PREMIER RAPPORT DU COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTÉ
JANVIER 1966



OFF

A11D6

A29/A8

818

JANVIER 1966

COMITE DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTE

MEMBRES

Claude Castonguay, président

Thomas J. Boudreau

Jacques de la Chevrotière

Jacques Casgrain

Jacques Morency, secrétaire

PERSONNEL DE RECHERCHE

Thomas J. Boudreau, économiste,
directeur de la recherche

Francyne Beaudoin, économiste

Guy Demers, sociologue

Micheline Nadeau, économiste

Lucien Tessier, économiste

Marthe Tanguay, bibliothécaire

Micheline Larivée, documentaliste

CONSEILLERS

René Dussault, conseiller juridique

Dr. Pierre Jobin, conseiller médical

François Lacasse, conseiller économique

Gilles Paquet, conseiller économique

INTRODUCTION

Assurance-maladie et finances publiques.

Une étude portant sur le coût et le financement d'un régime de soins qui ne voudrait négliger aucun des aspects du problème nécessiterait évidemment un travail beaucoup plus poussé que celui qu'il nous a été possible de faire ici. La présente étude en effet ne présente que deux éléments de base du problème, soit une estimation des coûts des soins médicaux et des médicaments (chapitre I) et une analyse de certains modes de financement (chapitre II). En somme, même si la perspective dans laquelle nous avons rédigé notre chapitre sur le financement n'ignore pas le problème des contraintes financières, il ne nous a pas été possible de reprendre à notre compte, et de façon détaillée, les études sur le problème des finances publiques en regard de l'assurance-maladie. Nous songeons ici à des problèmes comme ceux de l'équilibre entre les responsabilités publiques et individuelles de l'incidence exacte des diverses formes de taxation et des effets économiques des divers niveaux et des diverses formes de taxation sur les prix, le commerce international, l'emploi, le développement économique, etc.

Heureusement toutefois il existe certains textes qui abordent ces problèmes. (I) A la lecture de ces ouvrages, en particulier ceux se rapportant au Canada, on verra que les modalités des régimes explorées dans le présent travail ne représentent pas des impossibilités financières.

-
- (I) Il existe de nombreux manuels sur la théorie des finances publiques. Au lecteur intéressé à scruter cet aspect du problème, nous recommandons de consulter: Musgrave: "The theory of public finance", Mc Graw-Hill, New York 1959, qui représente probablement l'étude la plus complète et ayant le plus d'autorité. On pourra également consulter avec profit le volume de Otto Eckstein, "Public Finance", Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1964, Foundations of Modern Economic Series. Ce dernier volume a l'avantage d'être beaucoup plus court, tout en donnant un aperçu intéressant de la question des finances publiques.

Pour ce qui est des problèmes concrets que posent la sécurité sociale et l'assurance-maladie au niveau des finances publiques au Canada, nous suggérons de consulter 1) les chapitres 19, 20 et 21 du rapport de la Commission Hall, 2) l'étude de Hanson, "Les finances publiques et les services de santé au Canada", étude préparée pour la Commission Hall, Imprimeur de la Reine, Ottawa 1964, et 3) l'étude de Irving Goffman, (page suivante)

Nous avons cru à cet égard qu'il serait intéressant d'inclure en annexe à ce travail, le court "memorandum" préparé par la Division de la recherche et de la statistique du ministère de la Santé nationale et du Bien-Etre social sur les coûts comparés de la sécurité sociale, en Australie, au Canada, en Grande-Bretagne, en Nouvelle-Zélande, et aux Etats-Unis. Les chiffres de cette courte étude font voir que le Canada se situe à peu près dans la moyenne des pays comparés pour ce qui est du pourcentage du produit national dévolu à la sécurité sociale.

Nous devons mentionner enfin que le volume VII de notre rapport touche lui aussi au problème du financement de l'assurance-maladie et apporte sur la question des précisions très importantes.

Autres régimes actuellement en existence.

Il est utile, croyons-nous, de souligner ici que les mesures nouvelles qui pourraient être établies concernant les soins, s'ajouteront à certains régimes de soins qui existent déjà dans le domaine de la santé. Ces régimes sont nombreux, comme on peut le constater à la lecture du volume II de ce rapport.

Pour donner un aperçu de l'importance de l'activité publique dans ces régimes déjà existants, nous présentons dans le tableau I, les dépenses publiques effectuées pour certains des plus importants de ces régimes.

(I) (Suite de la page 2) "Some Fiscal Aspects of Public Welfare in Canada" dans la série des Queen's University Papers in Taxation and Public Finance", Canadian Tax Foundation, Toronto 1965.

TABLEAU I

Dépenses publiques au titre des régimes de soins hospitaliers, de soins psychiatriques et de traitement de la tuberculose, Québec, 1961-62 à 1965-66. (I)

<u>Année financière (du I/4 au 31/3)</u>	<u>Soins hospitaliers (000,000)</u>	<u>Soins psychiatriques (000,000)</u>	<u>Tuberculose (000,000)</u>
	\$	\$	\$
1961-62	129.9	18.3	6.3
1962-63	167.8	24.0	7.3
1963-64	205.9	27.8	7.4
1964-65	236.3	33.4	6.6
1965-66 (2)	289.2	46.3	8.5

(I) Source: Documents budgétaires.

(2) Pour l'année 1965-66 les données sont les estimations budgétaires et non les chiffres définitifs.

Une chose évidemment ne peut manquer de nous frapper dans ce tableau, c'est l'importance des montants affectés aux soins hospitaliers et leur accroissement spectaculaire depuis les débuts du régime en 1961.

Soins dentaires, lunettes et autres soins.

Notre étude s'est bornée à estimer les coûts et à analyser le financement des soins médicaux et des médicaments. Ce sont là en effet, après les soins hospitaliers, les deux éléments les plus coûteux dans la gamme des soins personnels.

La Commission Hall toutefois a présenté une estimation du coût de certains autres soins qui pourraient être inclus dans un régime d'assurance-maladie. Il s'agit des soins dentaires aux enfants, de la fourniture des lunettes aux enfants et aux assistés, et d'une catégorie résiduelle appelée "autres services de santé" qui comprend les soins infirmiers à domicile et les appareils

de prothèse.

Dans le cas des soins dentaires, la Commission Hall recommandait que le régime ne débute qu'en 1968 et s'applique la première année aux enfants de 5 à 6 ans, la seconde année à ceux de 4 à 7 ans, la troisième année à ceux de 3 à 9 ans et ainsi de suite, en ajoutant un an au groupe au cours de chaque année ultérieure. Dans le cas des lunettes, la Commission recommandait un régime s'appliquant aux enfants de moins de 18 ans et aux assistés sociaux. Afin de suggérer tout au moins un ordre de grandeur nous présentons, au tableau II, les estimations de la Commission quant au coût par habitant et au coût global pour le Québec de ces divers régimes. On pourra ainsi constater l'importance relative du coût des soins médicaux et des médicaments par rapport à ces trois catégories de soins.

TABLEAU II

Estimations de la Commission Hall pour le coût des soins dentaires aux enfants, la fourniture de lunettes aux enfants et aux assistés, les soins infirmiers à domicile et les appareils de prothèse, Québec, 1966, 1968 et 1971.

Soins dentaires aux enfants		Fourniture de lunettes aux enfants et aux assistés sociaux		Autres soins(I)	
Coût par habitant	Coût total (2) (000,000)	Coût par habitant	Coût total (2) (000,000)	Coût par habitant	Coût total (2) (000,000)
\$	\$	\$	\$	\$	\$
1966		1.42	8.2	1.23	7.1
1968	1.13	6.8			
1971	2.75	17.6	0.81	2.12	13.5

(I) Soins infirmiers à domicile et appareils de prothèse.

(2) Calculé à partir des estimations de population établies par le Bureau fédéral de la statistique pour le Comité du régime fiscal.

Autres dépenses dans le domaine de la santé.

Notre travail n'aborde pas le problème des dépenses relatives à la formation du personnel, aux investissements en capital physique, à la recherche et à l'hygiène publique. Nous sommes cependant convaincus que ces problèmes ne peuvent être dissociés de ceux soulevés par la distribution des soins dans l'élaboration d'une politique globale et rationnelle dans le domaine de la santé. Si nous ne les avons pas abordés spécifiquement ici c'est parce qu'il demeure possible malgré tout d'analyser séparément le coût et le financement des soins d'un régime d'assurance-maladie.

CHAPITRE I

COUT

* * *

SOINS MEDICAUX

Il n'est guère facile de déterminer de façon absolument précise quels seront les coûts des soins médicaux d'un régime général d'assurance-maladie. Trop de facteurs ne nous sont pas connus avec exactitude, en particulier ceux contribuant à déterminer l'élasticité des courbes d'offre et de demande pour ces soins. Au surplus, l'instauration au Québec d'un régime de soins médicaux introduira, dans le mécanisme de détermination des prix, le phénomène de la négociation, dont l'influence, surtout en courte période, ne saurait être prévue de façon exacte.

Cependant, au moyen de diverses estimations, nous sommes en mesure de présenter des ordres de grandeur valables.

Estimation de la Commission royale d'enquête sur les services de santé.

Le rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (I) établissait les prévisions suivantes relativement au coût par habitant pour les soins médicaux dans l'hypothèse où un régime couvrant tous ces soins serait instauré:

<u>Année</u>	<u>Coût annuel par habitant</u>
	\$
1966	25.88
1971	35.29

Cette estimation, pour l'ensemble du pays, est basée sur une projection du revenu des médecins à partir de renseignements fournis par la division de l'impôt du ministère du Revenu national. Cette projection est fondée sur les revenus des médecins en-

(I) Commission royale d'enquête sur les services de santé, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964, Vol. 1, p. 813.

tre 1957 et 1961 et suppose une augmentation annuelle de 5.2% de ces revenus entre 1966 et 1971.

Ces estimations sont faites sur la base des revenus des médecins en pratique et incluent des éléments comme les prestations pour accidents du travail, les indemnités versées par des organismes fédéraux en faveur d'anciens combattants et les dépassements d'honoraires exigés et reçus par les médecins.

Estimation révisée de la Commission.

La Division de la recherche et de la statistique du ministère de la Santé nationale et du Bien-Etre social a effectué une révision des chiffres de la Commission Hall. (I) Ces révisions ont été effectuées à partir des mêmes techniques que celles utilisées par la Commission, mais à partir de données plus récentes, en particulier en ce qui a trait au revenu des médecins, où il a été possible d'utiliser les données de 1962.

Les résultats en terme de coût national par habitant sont les suivants:

<u>Année</u>	<u>Coût annuel par habitant</u>
	\$
1966	28.56
1971	37.87

Dans ce même travail de révision, cependant, la Division de la recherche et de la statistique du ministère estime que les chiffres de la Commission, ainsi que ces derniers chiffres révisés, qui comprennent les prestations pour accidents du travail, les indemnités pour anciens combattants, etc. doivent être diminués de 16% environ pour ne contenir que les seuls frais du régime de soins médicaux.

Si nous appliquons cette diminution de 16% aux estimations révisées de la Commission nous obtenons comme nouveau résultat:

(I) Research and Statistics Division, Department of National Health and Welfare, Preliminary Estimates of Program Costs of Physicians' Services, Ottawa, July 1965, p. 3, document miméographié.

<u>Année</u>	<u>Coût annuel par habitant</u>
	\$
1966	24.57
1971	32.55

Le montant de \$28.00 suggéré par le gouvernement fédéral lors de la Conférence fédérale-provinciale de juillet 1965, comme approximation du coût national par habitant pour la période de 12 mois débutant le premier juillet 1967, serait, selon les informations obtenues, une interpolation entre ces coûts de \$24.57 et \$32.55. Evidemment, cette interpolation n'est pas linéaire, mais suppose une augmentation des coûts plus rapide au début mais qui va en décroissant.

Estimation basée sur l'expérience de la Saskatchewan.

Selon le rapport annuel de la "Saskatchewan Medical Care Insurance Commission" pour l'année 1964, le coût moyen des soins médicaux par bénéficiaire pour cette province a été de \$23.53. (1) Les examens de pathologie et de radiologie diagnostique de même que les soins des physiothérapeutes qui étaient couverts jusqu'en 1965 par le régime de la Saskatchewan ont été exclus dans le calcul de ce coût. En outre, on n'y tient pas compte de la région de Swift Current qui possède son propre système régional.

Si l'on fait l'hypothèse d'une amélioration de 0.7% par année dans le rapport médecin/population et d'une augmentation de 3.5% par année dans les revenus bruts que les médecins retireront du régime, (2) et si nous appliquons les coûts de la Saskatchewan au Québec, nous obtenons pour les années 1964 à 1971 les estimations de coût présentées au tableau III.



-
- (1) "Saskatchewan Medical Care Insurance Commission", Annual Report 1964, Regina, March 1965, p. 31.
- (2) Ces hypothèses ont été développées par la Division de la recherche et de la statistique du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Research and Statistics Division, Department of National Health and Welfare, op.cit.

TABLEAU III

Estimations du coût des prestations médicales pour le Québec basée sur l'expérience de la Saskatchewan.

<u>Année</u>	<u>Coût annuel par bénéficiaire</u>	<u>Coût annuel par habitant (a)</u>
	\$	\$
1964	23.53	23.39
1965	24.55	24.40
1966	25.59	25.44
1967	26.66	26.50
1968	27.79	27.62
1969	28.96	28.79
1970	30.18	30.01
1971	31.45	31.26

(a) Basé sur un % de bénéficiaires de 99.4%. Sont exclus ici les membres des forces armées et de la gendarmerie royale, les indiens et les esquimaux.

On peut présumer que l'instauration d'un régime de soins médicaux provoquerait au début un certain accroissement de la consommation; d'autre part, il convient de noter que l'expérience de la Saskatchewan reflète ce phénomène.

Relativement aux hypothèses sur lesquelles est basé le tableau III, notons qu'une augmentation de 3.5% des revenus de chaque médecin correspond à la tendance estimée de l'évolution des revenus pour l'ensemble des citoyens du pays. En second lieu, les projections de la Commission Hall étaient basées sur une augmentation annuelle de 5.2% dans le revenu des médecins, ce qui explique l'écart entre les rythmes de croissance de la présente estimation et de celles qui précèdent. Enfin l'hypothèse que les coûts par bénéficiaire au Québec seront les mêmes qu'en Saskatchewan n'est peut-être pas tellement réaliste. Elle ne tient pas compte du rapport médecin/population qui est plus élevé au Québec qu'en Sas-

katchewan (l'influence de l'offre sur la demande n'est probablement pas négligeable ici), des honoraires qui peuvent varier entre les deux provinces, de la structure particulière du Québec pour ce qui est de l'âge, du sexe, de l'état de santé de la population, du degré d'urbanisation, etc. Dans les paragraphes qui suivent, nous présentons une estimation qui s'efforce de tenir compte de certains de ces facteurs.

Estimation basée sur le revenu des médecins du Québec calculée à partir du revenu des médecins de la Saskatchewan.

Le tableau du Collège des médecins de la Saskatchewan comptait 947 médecins au milieu de 1964. Si l'on exclut de ce total les quelques 45 médecins de la région de Swift Current, nous obtenons 902 médecins pour le reste de la province. Selon l'enquête sur la profession médicale faite en 1962 par le gouvernement fédéral, environ 73.3% du total de la population médicale était en pratique active dans les provinces des prairies. (1) Il y avait donc ainsi 661 médecins en pratique.

Comme nous ne tenons pas compte dans le coût du régime de la Saskatchewan des services de radiologie et pathologie, il nous faut exclure les quelques 40 spécialistes de ces disciplines. Il nous reste donc finalement quelques 620 médecins en pratique dont le revenu brut moyen à partir des paiements de la "Saskatchewan Medical Care Insurance Commission" était en 1964 de \$31,300. par an. En supposant toujours une augmentation de ces revenus de 3.5% par an, ceci nous donnerait comme revenu pour 1967 et 1971:

<u>Année</u>	<u>Revenu brut moyen par médecin</u>
	\$
1967	34,800.
1971	39,800.

Ces niveaux de revenu sont basés sur des paiements qui se situent à 85% du tarif des honoraires de la Saskatchewan.

a) Correction pour le niveau des tarifs.

Le tarif officiel des médecins du Québec, soit celui de 1952 augmenté de 35% en 1959, est de 24.13% supérieur au tarif de la Saskatchewan. (2) Il ne semble pas toutefois que ce tarif soit utilisé de façon générale par les médecins du Québec. Comme

-
- (1) Research and Statistics Division, Department of National Health and Welfare, op. cit. table A1.
 (2) Research and Statistics Division, Department of National Health and Welfare, Ottawa, July 1965, op. cit. table A3.

aucune valeur monétaire n'a été fixée en regard de la nomenclature des actes médicaux que vient de préparer le Collège des médecins du Québec, nous ferons l'hypothèse que le tarif du Québec pour 1964 aurait été le même que celui de l'Ontario.

Le tarif ontarien de 1964 dépassait celui de la Saskatchewan de 2.1% en moyenne (I). Par ailleurs, le Ministre de la Santé de l'Ontario a affirmé lors de la présentation du Bill relatif au futur régime de soins médicaux en Ontario, que les paiements se feraient selon le tarif officiel de l'Association médicale de l'Ontario. Si l'on tient compte du fait que le tarif de l'Ontario dépassait celui de la Saskatchewan de 2.7% en moyenne et d'un paiement de 100% du tarif, on obtient un écart positif de 19.7% environ par rapport au tarif utilisé en Saskatchewan.

Si on applique cette correction de 19.7% aux chiffres de revenus des médecins tels qu'établis plus haut, nous obtenons:

<u>Année</u>	<u>Revenu brut moyen par médecin</u>
	\$
1964	37,500.
1967	41,700.
1971	47,600.

A titre de renseignement, soulignons que les deux sociétés privées d'assurance-maladie contrôlées par la profession médicale d'Ontario (2) rémunèrent les médecins à 90% du tarif officiel.

b) Corrections pour les variations dans le champ d'application et la structure âge-sexe.

En 1964 en Saskatchewan, 93.2% de la population en dehors de la région de Swift Current était protégée par le régime général. Les personnes exclues comprenaient les membres des forces armées et de la gendarmerie royale, les récipiendaires de la pension d'ancien combattant, les personnes hospitalisées dans les hôpitaux pour tuberculeux ou malades mentaux et un certain nombre de récipiendaires d'allocations sociales qui étaient protégés en vertu d'un autre régime. Si on fait l'hypothèse qu'au Québec les assistés sociaux seraient tous intégrés au régime général et que seuls les in-

(I) Ce tarif a été majoré d'environ 2.5% en 1965 par rapport au niveau de 1964.

(2) Physicians' Services Incorporated and Windsor Medical Services.

diens, les esquimaux et les membres des forces armées seraient exclus, le régime s'appliquerait alors à 99.4%(I) de la population, soit une différence de 6.2% par rapport à la Saskatchewan.

Par ailleurs, selon la Division de la recherche et de la statistique du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, la structure d'âge et la redistribution par sexe seraient plus favorables au Québec qu'en Saskatchewan en ce sens qu'elle impliquerait, toutes choses égales par ailleurs, une demande moins forte de soins médicaux. Ceci signifie une correction de 2.3% par individu. (2)

Les disparités entre le Québec et la Saskatchewan relativement au champ d'application et à la structure âge-sexe nécessitent donc un ajustement net d'environ 3.9% dans le revenu brut que les médecins retireront du régime lui-même.

Si l'on ajoute par conséquent cette augmentation de 3.9% aux revenus bruts des médecins tels que calculés plus haut, nous obtenons:

<u>Année</u>	<u>Revenu brut moyen par médecin</u>
	\$
1964	39,000.
1965	40,400.
1966	41,800.
1967	43,300.
1968	44,800.
1969	46,400.
1970	47,900.
1971	49,500.

Nous avons conservé ici l'hypothèse d'une augmentation annuelle de 3.5% dans le revenu brut des médecins.

-
- (I) Seraient exclus: 11,000 membres des forces armées, 400 policiers de la gendarmerie royale, 22,000 indiens et 3,000 esquimaux.
- (2) Research and Statistics Division Dept. of National Health and Welfare, op. cit. tableau A III.

La somme totale des prestations, c'est à dire le coût du régime, à l'exception des frais d'administration, peut donc être obtenue en multipliant ces revenus par le nombre de médecins qui seront affectés par le régime. Ce coût total ainsi que le coût par habitant sont présentés au tableau IV.

TABLEAU IV

Estimations du coût des prestations médicales basées sur une estimation du revenu brut des médecins, Québec, 1964-1971.

	Revenu brut moyen des médecins actifs	Nombre total des méde- cins(I)	Nombre de médecins actifs dans le régime (2)	Coût total (000,000)	Popula- tion (3) (,000)	Coût par habitant
	\$			\$		\$
1964	39,000.	6,768	4,196	163.6	5,562	29.41
1965	40,400.	6,980	4,340	175.3	5,670	30.92
1966	41,800.	7,185	4,455	186.2	5,785	32.19
1967	43,300.	7,387	4,580	198.3	5,901	33.60
1968	44,800.	7,585.	4,703	210.7	6,015	35.03
1969	46,400.	7,779	4,823	223.8	6,132	36.50
1970	47,900.	7,969	4,941	236.7	6,256	37.84
1971	49,500.	8,156	5,057	250.3	6,385	39.20

(I) Données et projections établies par le Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec.

(2) Pourcentage de 62% du total des médecins, établi à partir du questionnaire annuel du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec. Sont exclus: les résidents, les administrateurs, les professeurs, les chercheurs, les médecins de médecine industrielle et de médecine préventive, les examinateurs de compagnies d'assurances, les médecins de laboratoire, les psychiatres, les radiologistes et les médecins à leur retraite.

(3) A compter de 1965, estimations établies par le Bureau fédéral de la statistique pour le Comité du régime fiscal.

Estimations basées sur l'expérience des sociétés membres des Plans médicaux Trans-Canada.

Les Plans médicaux Trans-Canada regroupent un certain nombre de sociétés privées d'assurance-maladie, contrôlées en général par la profession médicale. Les sociétés membres de cette organisation offrent en général une protection complète contre les frais médicaux. Dans la majorité des cas, surtout à l'extérieur du Québec, les médecins acceptent en paiement total de leurs honoraires, le montant versé par ces sociétés. L'expérience de ces sociétés peut donc être un indice intéressant du coût des soins médicaux au sein d'un régime complet.

Le tableau V nous donne un aperçu de l'expérience des plus importantes de ces sociétés au cours des dernières années.

TABLEAU V

Coût moyen annuel des prestations médicales par assuré pour certaines sociétés membres des Plans médicaux Trans-Canada. (I)

	% du tarif provincial des honoraires	Nombre d'assurés en 1964	Coût annuel des prestations				
			1960	1961	1962	1963	1964
	%		\$	\$	\$	\$	\$
M.S.A. (2)	90	556,144	29.37	29.83	30.47	31.07	32.71
B.C.M.S.I. (3)	90	123,752	29.41	29.55	30.05	n.d. (8)	35.09
M.S. (A) I. (4)	90	667,084	24.84	25.35	26.91	28.47	29.92
M.M.S. (5)	75	519,572	27.88	28.42	30.69	32.48	30.18
P.S.I. (6)	90	1,972,172	26.38	27.76	30.60	32.74	33.56
W.M.S. (7)	90	246,897	24.14	25.41	26.64	31.44	31.38

- (I) Données obtenues des Plans médicaux Trans-Canada.
 (2) M.S.A.: Medical Services Association (Colombie Britannique)
 (3) B.C.M.S.I.: British Columbia Medical Services Incorporated.
 (4) M.S. (A) I.: Medical Services (Alberta) Incorporated.
 (5) M.M.S.: Manitoba Medical Services.
 (6) P.S.I.: Physicians' Services Incorporated (Ontario).
 (7) W.M.S.: Windsor Medical Services.
 (8) Non disponible.

La moyenne non pondérée pour ces sociétés était légèrement supérieure à \$32.00 par bénéficiaire en 1964. En général, ces sociétés ne comptent parmi leurs assurés que des groupes de salariés et, par conséquent, la proportion des indigents et des personnes âgées, pour lesquels le besoin de soins est en général plus considérable, est moins élevé que dans l'ensemble de la population. On peut donc supposer que cette moyenne de \$32. n'est pas excessive.

L'application du taux d'augmentation de l'estimation précédente à la moyenne de \$32. donne les résultats suivants:

<u>Année</u>	<u>Coût annuel par habitant</u>
	\$
1964	32.00
1965	33.47
1966	35.04
1967	36.62
1968	38.19
1969	39.76
1970	41.23
1971	42.76

Choix d'une estimation pour le Québec.

Au tableau VI, nous avons réuni les diverses estimations déjà présentées relativement au coût des prestations médicales par habitant. Dans ce tableau, les chiffres des trois premières colonnes ne peuvent, à notre avis, que servir de point de comparaison. En premier lieu, ils s'appliquent à l'ensemble du Canada et non au Québec et, en second lieu, ils ne se fondent pas sur des données aussi récentes que les estimations des trois dernières colonnes.

TABLEAU VI

Estimations des coûts par habitant des prestations médicales.

	<u>I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>	<u>IV</u>	<u>V</u>	<u>VI</u>
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
1964				23.39	29.41	32.00
1965				24.40	30.92	33.47
1966	25.88	28.56	24.57	25.44	32.19	35.04
1967			28.00(a)	26.50	33.60	36.62
1968				27.62	35.03	38.19
1969				28.79	36.50	39.76
1970				30.01	37.84	41.23
1971	35.29	37.87	32.55	31.26	39.20	42.76

- I: Estimations de la Commission Hall pour l'ensemble du pays.
II: Estimations de la Commission Hall révisées par la Division de recherche du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.
III: Estimations de la Commission Hall révisées, moins 16% se rapportant aux prestations d'accidents du travail, aux indemnités des anciens combattants etc.
IV: Estimations basées sur l'expérience de la Saskatchewan.
V: Estimations basées sur les revenus des médecins du Québec.
VI: Estimations basées sur l'expérience des sociétés membres des Plans médicaux Trans-Canada.
(a) Période de 12 mois débutant le premier juillet 1967.

A notre avis les chiffres de la colonne IV, représentent une estimation un peu basse des coûts pour le Québec. En effet, au Québec, le rapport médecin/population est plus élevé d'environ 10% qu'en Saskatchewan. Or il semble bien que dans le secteur des soins médicaux, en bonne partie à cause du plein emploi des ressources, l'offre ait une influence directe sur la demande. Au surplus, en Saskatchewan, le régime général exclut certaines

catégories de personnes et certaines maladies (e.g. cancer) pour lesquelles le coût des soins médicaux est relativement élevé. Enfin au Québec le phénomène d'urbanisation est beaucoup plus prononcé qu'en Saskatchewan et il semble que ceci ait souvent un effet positif sur la consommation de soins médicaux.

Les chiffres de la cinquième colonne sont, à notre avis, les plus intéressants. Ce sont ceux en effet qui intègrent le plus de considérations relatives aux caractéristiques du Québec. Ils demeurent malgré tout de simples estimations et ne sauraient être considérés comme des chiffres absolument exacts. Par exemple rien ne nous dit que l'hypothèse que nous avons utilisée en ce qui a trait au tarif (100% du tarif ontarien) sera réalisée. Par ailleurs, au Québec la proportion des spécialistes est plus élevée que partout ailleurs au Canada et ceci peut, selon les modalités du tarif d'honoraires utilisé, avoir une influence sur le coût du régime.

De plus, nous avons exclu de nos calculs les psychiatres. A l'heure actuelle, la majeure partie de leurs revenus provient directement, sous forme de salaire, des services psychiatriques du ministère de la Santé du Québec. La question se pose à savoir si les soins psychiatriques seront compris dans le régime des soins médicaux. Si nous supposons par ailleurs que la partie des revenus des psychiatres qui leur vient de leur clientèle privée était assumée par le régime, il en résulterait probablement une augmentation de l'ordre de 0.5% à 1.0%.

Quant à la colonne VI, il est plus difficile de l'utiliser telle qu'elle, étant donné qu'elle ne comporte aucun ajustement pour la situation particulière du Québec. Elle permet toutefois de supposer que nos estimations de la colonne V sont réalistes.

Par conséquent, les coûts qui seront utilisés relativement aux soins médicaux, dans cette étude seront ceux de la colonne V.

Les estimations que nous venons de présenter ne tiennent pas compte des frais d'administration. Nous estimons ceux-ci à environ 5% du coût des soins médicaux.

TABLEAU VII

Estimations du coût des soins médicaux et des frais d'administration, Québec, 1964-1971.

	Soins médicaux		Frais d'administration		Coût total	
	Par habitant	Total (000,000)	Par habitant	Total (000,000)	Par habitant	Total (000,000)
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
1964	29.41	163.6	1.47	8.2	30.88	171.8
1965	30.92	175.3	1.55	8.8	32.47	184.1
1966	32.19	186.2	1.61	9.3	33.80	195.5
1967	33.60	198.3	1.68	9.9	35.28	208.2
1968	35.03	210.7	1.75	10.5	36.78	221.2
1969	36.50	223.8	1.83	11.2	38.33	235.0
1970	37.84	236.7	1.89	11.8	39.73	248.5
1971	39.20	250.3	1.96	12.5	41.16	262.8

MEDICAMENTSEstimation de la Commission Hall.

La Commission royale d'enquête sur les services de santé a établi les estimations suivantes relativement au coût des médicaments prescrits dans l'hypothèse où ils seraient couverts par le régime d'assurance-maladie.

TABLEAU VIII

Coût des médicaments prescrits, selon les estimations de la Commission Hall, Québec, 1966-1971.

	<u>Coût global</u>		<u>Si le consommateur paye \$1.00 par ordonnance</u>	
	<u>Par habitant</u>	<u>Total (000,000)</u>	<u>Par habitant</u>	<u>Total (000,000)</u>
	\$	\$	\$	\$
1966	11.54	66.8	8.04	46.5
1967	12.40	73.2	8.70	51.3
1968	13.26	79.8	9.36	56.3
1969	14.15	86.8	10.05	61.6
1970	15.05	94.2	10.75	67.3
1971	15.97	102.0	11.47	73.2

Les données pour les années 1967 à 1970 sont nos propres estimations établies à partir des hypothèses de la Commission Hall relativement à l'évolution du nombre de prescriptions par habitant et au coût moyen de chaque prescription.

Le tableau VIII contient deux hypothèses. Une selon laquelle les médicaments prescrits seraient fournis sans aucun déboursé de la part du consommateur au moment où il obtient le médicament, l'autre selon laquelle on lui demanderait de déboursier un dollar

par ordonnance. Les chiffres de la Commission sont basés sur l'hypothèse que ce ticket modérateur ne diminuerait en rien la demande de médicaments.

Etude du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Une étude effectuée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (1) estime qu'en 1961 les canadiens ont dépensé un total de \$ 363.8 millions pour les médicaments soit une dépense de \$ 19.95 dollars par habitant. De ce total, cependant, des médicaments pour un montant de \$ 32.5 millions ont été achetés par les hôpitaux.

Sur les \$ 331.3 millions des achats qui restent, à peu près le tiers, soit \$ 111. a été fourni sur ordonnance par les pharmacies.

Les quelques \$ 220.2 millions restants se composent de médicaments fournis sans ordonnance par les pharmacies et autres sources et de médicaments provenant des médecins. Il n'existe aucune donnée absolument précise sur la quantité des médicaments distribués par les médecins; mais l'étude du ministère de la Santé estime que cette portion représentait en 1961 un montant de l'ordre de \$ 15 millions.

Si l'on ajoute ces \$ 15 millions aux \$ 111 millions d'achat fournis sur ordonnances par les pharmacies, on obtient un total de \$ 126 millions ou encore \$ 6.54 par habitant pour 1961.

Etude du Bureau fédéral de la statistique.

Par ailleurs, selon le Bureau fédéral de la statistique, la dépense moyenne pour médicaments prescrits pour les familles de deux personnes et plus, vivant dans des villes de 15,000 habitants et plus, aurait été au Québec de \$ 34.00 pour l'année 1959. (2) Comme la taille moyenne des familles ayant fait l'objet de l'enquête était de 3.99 personnes, ceci nous donne une dépense moyenne annuelle par personne de \$ 8.50 en 1959. La différence entre ce montant et celui qui a été estimé par le ministère fédéral de la Santé s'explique probablement en partie par le fait que dans le premier cas on s'adresse à l'ensemble de la population alors que dans le second cas, on ne s'adresse qu'à la population urbaine qui en général a de

-
- (1) Division de la recherche et de la statistique, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, "Fourniture, distribution et coût des médicaments au Canada", Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964, étude effectuée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé.
- (2) Dominion Bureau of Statistics, "Urban Family Expenditure 1959", Queen's Printer, Ottawa, 1963, p. 37.

plus haut revenus.

Prestations pharmaceutiques versées aux bénéficiaires de l'assistance publique de la Saskatchewan. (I)

La province de Saskatchewan fournit des prestations pharmaceutiques à la plupart des assistés sociaux de la province. Pour les années 1960 et 1961, le coût annuel moyen à la province pour les assistés sociaux "à long terme" a été de \$10.43 et \$10.57. Pour cette catégorie cependant la prestation versée par le gouvernement ne couvre que 50% du coût de l'ordonnance, ce qui signifie que le coût total réel par individu a été de \$20.86 et \$21.14 pour 1960 et 1961, ce qui représente un nombre moyen d'ordonnances de 6.7 et 6.8 par année pour les deux années considérées. Pour ce qui est des bénéficiaires "à court terme", qui sont moins nombreux mais pour qui la prestation du gouvernement couvre la totalité du coût de l'ordonnance, le coût moyen de chaque ordonnance s'est élevé à \$4.49 en 1960 et \$4.20 en 1961. Nous ne possédons pas de renseignements quant au nombre moyen d'ordonnances par année pour cette catégorie.

Il faut évidemment noter ici que la population sur laquelle portent ces études de coût comporte un pourcentage de femmes et de personnes âgées supérieur à celui de la population en général, ce qui possiblement contribue à élever le coût par habitant.

Il ne faut cependant pas exagérer l'importance de ces facteurs puisque, selon l'expérience de la Saskatchewan, il ne semble guère y avoir de différence dans le nombre moyen d'ordonnances par année entre les groupes d'âge de 25 à 44, 45 à 64 et 70 et plus. Ces données nous portent donc à croire que les estimations de la Commission Hall pour les années 1966 à 1971 sont trop basses.

L'expérience de la société "Prescription Services Incorporated" (2)

Prescription Services Incorporated est le seul organisme privé d'assurance au Canada qui se spécialise dans la couverture des prestations pharmaceutiques. Les prestations sont versées à compter de la première ordonnance mais comportent des frais modé-

-
- (1) Les données qui ont servi à rédiger cette section sur la Saskatchewan ont été tirées de l'étude préparée pour la Commission Hall par la Division de la Recherche et de la statistique du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, "Fourniture, distribution et coût des médicaments au Canada", Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, pp. 75 à 98.
- (2) Les données utilisées dans cette section sont tirées du mémoire de la société "Prescription Services Incorporated" de Windsor Ontario, présenté en 1962 à la Commission royale d'enquête sur les services de santé.

rateurs de \$0.35 par ordonnance .

Malgré la présence de ce ticket modérateur, qui contribue tout au moins à diminuer de \$0.35 le coût de chaque ordonnance, le coût moyen par assuré a été de \$18.48 en 1958-59 et de \$17.88 en 1959-60.

Encore ici, il faut souligner que les risques assurés sont plus grands que pour l'ensemble de la population. Il semble cependant peu probable que cette seule raison puisse expliquer l'écart entre les estimations de la Commission Hall et l'expérience de cette société, surtout si l'on tient compte de l'augmentation normale des coûts survenue depuis 1959.

Choix d'une estimation pour le Québec.

Compte tenu des diverses données que nous venons de présenter, nous croyons qu'une estimation se situant quelque part entre celle de la Commission Hall et celles basées sur l'expérience des régimes de la Saskatchewan et de "Prescription Services Incorporated" se rapprocherait davantage des coûts qui résulteraient au Québec de l'instauration d'un régime de prestations pharmaceutiques.

Nous croyons donc qu'un coût approximatif de \$15.00 par habitant pour 1966 est plus réaliste que le montant de \$11.54 suggéré par la Commission Hall. A partir du taux de progression des coûts suggéré par la Commission, nous avons calculé au tableau IX le coût par habitant, le coût total et les frais d'administration d'un régime de prestations pharmaceutiques ne comportant aucun ticket modérateur pour la période 1966-1971.

Nous avons déjà mentionné au sujet des soins médicaux que leurs coûts réels pourront différer de nos estimations car ils feront l'objet de négociations avec la profession médicale.

Il en sera de même pour les médicaments dont le prix n'est pas une donnée nécessairement immuable. L'établissement d'un régime couvrant les médicaments pourrait possiblement fournir à l'acheteur en cause la possibilité d'influencer dans une certaine mesure le niveau des prix par suite du volume des achats. Nous croyons qu'un programme de recherche minutieux s'impose toutefois à cet égard et que ce programme devrait analyser le bien fondé et les conséquences de certaines recommandations de la Commission royale d'enquête sur les services de santé et de la Commission royale d'enquête sur les pratiques restrictives au sujet des brevets pharmaceutiques, de la centralisation des informations publicitaires et de l'usage des termes génériques.

TABLEAU IX

Estimations du coût des prestations pharmaceutiques et des frais d'administration, Québec 1966-1971.

	Coût des prestations pharmaceutiques		Frais d'administration(I)		Prestations et administration	
	Par habitant	Total (000,000)	Par habitant	Total (000,000)	Par habitant	Total (000,000)
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
1966	15.00	86.8	0.75	4.3	15.75	91.1
1967	16.12	95.1	0.81	4.8	16.93	99.9
1968	17.24	103.7	0.86	5.2	18.10	108.9
1969	18.39	112.8	0.92	5.6	19.31	118.4
1970	19.56	122.4	0.98	6.1	20.54	128.5
1971	20.76	132.6	1.04	6.6	21.80	139.2

(I) Nous avons supposé que les frais d'administration représentent 5% des prestations.

CHAPITRE II

FINANCEMENT ET CHAMP D'APPLICATION

Il est évidemment possible d'envisager un nombre considérable de possibilités en ce qui a trait au financement de l'assurance-maladie. Pour les fins de la présente discussion cependant, nous avons cru suffisant de ne considérer que les trois possibilités qui constituent les points de repère les plus intéressants de l'éventail. Leur examen permet en effet d'obtenir un aperçu significatif du financement, car chaque possibilité est plausible.

Nous n'avons pas analysé dans cette section un financement intégral par primes comme celui utilisé par exemple en Alberta. Dans un tel système en effet, une intervention financière de l'Etat est nécessaire pour assister un certain nombre de personnes, soit partiellement soit totalement, dans le paiement de leur prime. Nous ne possédons pas à l'heure actuelle de données suffisantes relatives au revenu des unités de consommation de soins dans la province de Québec pour élaborer des critères nous permettant de discerner à quel niveau doit se situer cette assistance et quels montants elle impliquerait.

Etant donné que le problème du champ d'application de l'assurance-maladie, i.e. de la détermination des bénéficiaires, n'est pas indépendant du financement, nous essaierons de voir, par rapport à chacun des modes de financement considéré, les implications relatives au champ d'application.

Avant de passer à cet examen, il nous a semblé toutefois nécessaire de faire certaines remarques concernant les frais modérateurs et le champ d'application du régime.

Frais modérateurs.

Pour chacun des modes de financement considérés, il serait possible d'inclure des frais modérateurs, c'est-à-dire le paiement de frais par le malade au moment où il reçoit les soins.

L'imposition de ces frais modérateurs pourrait sans doute contribuer à abaisser quelque peu le coût des prestations. Ainsi dans le cas des soins médicaux il ne semble guère possible d'imaginer qu'un tel mécanisme, dans l'hypothèse où il était jugé désirable, puisse réduire le coût de plus de 15%. En effet, un tel mécanisme devrait être éliminé pour certaines catégories de personnes car, autrement, il pourrait continuer de les priver de l'accès aux soins médicaux. Il s'agit en particulier ici des assistés

sociaux et des personnes à faible revenu.

Par ailleurs, dans le cas des soins particulièrement coûteux, un ticket modérateur qui représenterait un pourcentage significatif du coût risquerait de compromettre au moins partiellement l'objectif visé par le régime. En effet, dans les pays où le principe du ticket modérateur est accepté, les soins médicaux de quelque importance, par exemple lorsque le coefficient excède celui de l'appendicectomie, en sont exemptés.

Par conséquent, l'imposition d'un frais modérateur nécessite que l'on prévoie tout un éventail d'exonérations, tant au niveau des individus qu'au niveau des soins. Ceci soulève évidemment des questions délicates relativement à l'équité des exonérations.

Il ne faut pas toutefois négliger le fait que l'imposition de frais modérateurs augmente les frais d'administration et réduit ainsi leur rendement monétaire théorique.

Par contre, si les faits modérateurs constituent un mécanisme dont le rendement est limité comme source de financement, il ne faut pas négliger son utilité comme instrument pouvant servir à modifier la structure interne de la consommation médicale. Par exemple, nous avons constaté que la structure de la consommation médicale au Québec était fort différente de celle des autres provinces en ce sens que la proportion des visites médicales à domicile est beaucoup plus élevée au Québec, alors que celle des visites au cabinet du médecin et à l'hôpital est moins élevée. (I) Ceci évidemment implique, toutes choses égales par ailleurs, un coût plus élevé et une distribution moins efficace des soins médicaux au Québec.

Face à ce problème, l'on pourrait envisager de rendre complètement gratuites les visites au cabinet du médecin et à l'hôpital et d'imposer un ticket modérateur pour les visites à domicile. A ce moment-là, le ticket modérateur serait avant tout utilisé comme moyen visant à réaménager la demande selon une structure jugée plus acceptable.

Pour ne pas trop compliquer et alourdir le texte, nous n'avons pas tenu compte, dans la discussion des divers modes de financement, de l'existence de frais modérateurs.

Champ d'application.

Relativement au champ d'application du régime, mentionnons en premier lieu qu'il est devenu important de se soucier d'une certaine unification de la sécurité sociale et ceci, tant par rap-

(I) Pour des chiffres précis à ce sujet voir le volume X du présent rapport.

port à l'ensemble de la population que par rapport à l'ensemble des mesures. L'instauration d'un régime d'assurance-maladie ne devrait pas représenter la simple juxtaposition d'une nouvelle mesure venant s'ajouter à de nombreuses autres, mais devrait plutôt être l'occasion de réaliser une coordination de l'ensemble des mesures existantes reliées au problème de la maladie.

Nous nous permettons de citer ici un texte qui contribue à mettre en lumière le point de vue que nous apportons:

"Les plans de sécurité sociale diffèrent donc fondamentalement des mécanismes d'assurances sociales préexistants.

"En premier lieu, et en raison même des éléments multiples, économiques, techniques et sociaux qu'ils mettent en oeuvre, ils ne peuvent plus être partiels. Ils s'appliquent nécessairement à l'ensemble des populations. Il n'y a pas de politique économique du plein emploi, il n'y a pas de politique d'organisation sanitaire, il n'y a pas de politique de répartition des revenus, qui puissent se limiter à certaines catégories de travailleurs. Les unes et les autres doivent nécessairement - nous dirions presque par définition - s'étendre à tout un pays.

"Pour la même raison, la réalisation de la sécurité sociale ne s'accommode pas de la juxtaposition de mécanismes divers, indépendants les uns des autres, procédant de principes différents et dont chacun tendrait à réaliser un aspect de la sécurité sociale. Cette unité fondamentale de la sécurité sociale est peut-être l'élément essentiel qui ait été dégagé de l'évolution de la politique sociale de tous les pays au cours des dernières années. Cette unité s'impose en raison même de l'identité des situations de tous ceux qui perdent le revenu qu'ils tiraient de leur travail. Quelle que soit la cause de cette perte, chômeurs, malades, femmes en couches, invalides, vieillards, se trouvent toujours, sous l'angle social, dans une situation comparable.

"D'autre part, et peut-être surtout, il est apparu chaque jour plus manifeste qu'il n'était pas possible de dissocier les différents éléments constitutifs de la sécurité sociale. Il

n'est pas possible de dissocier la politique économique du plein emploi de la politique de répartition des revenus, précisément parce que les revenus à répartir sont fonction, dans une très large mesure, du plein emploi lui-même et parce que c'est l'échec de la politique du plein emploi qui crée la nécessité de distribuer des revenus de remplacement aux chômeurs.

"Non moins évidents sont les liens entre la politique médicale et sanitaire d'une part, la politique de répartition des revenus d'autre part. En conservant ou en récupérant la capacité de travail des individus, l'on augmente leur rendement et aussi la masse des revenus distribués, en même temps que l'on réduit la masse des revenus de remplacement à répartir entre les malades et les invalides". (I)

En second lieu, dans l'hypothèse où le régime ne serait pas universel, qui pourrait en être exclu? A notre avis ce serait ou bien les personnes les moins favorisées économiquement ou bien les personnes jouissant d'un niveau de revenu au-delà de la moyenne. Dans le premier cas, il faudrait sans doute prévoir un régime particulier à l'intention des personnes exclues du régime général. En plus des complications administratives et de la duplication des structures que ceci impliquerait, il faudrait aussi songer à un mécanisme d'identification des personnes moins fortunées. Dans le second cas, soit celui d'un régime qui exclurait une partie ou la totalité des personnes jouissant d'un niveau de revenu supérieur à la moyenne, ceci risquerait d'une part d'éliminer du régime les meilleurs risques et par conséquent d'en augmenter le coût par bénéficiaire. D'autre part, si cette exclusion ne découle pas du libre choix de chacun mais est obligatoire, ceci pose certainement un problème d'équité, étant donné qu'il est fort probable que tout régime comportera une contribution provenant des revenus généraux de taxation.

En troisième lieu, il nous apparaît important d'envisager une coordination aussi étroite que possible entre le régime actuel de soins hospitaliers et les autres régimes de soins personnels qui seront mis sur pied. En effet, il importe à notre avis de considérer les soins médicaux, les soins hospitaliers, les médicaments, etc., comme autant de moyens dont l'individu et la société disposent pour le maintien et l'amélioration de la santé des citoyens. Tout régime de soins ne saurait être limité à la simple distribu-

(I) Larocque, Pierre: "De l'assurance sociale à la sécurité sociale, l'expérience française," Revue internationale du travail, Vol. LVII, No. 6, juin 1948, Genève.

tion des soins mais devrait aussi viser aux meilleurs résultats possibles au coût le plus bas. Ce second objectif nécessite une certaine coordination entre les moyens existants. Pour chaque type de maladie, il importe d'orienter la consommation vers les soins qui peuvent redonner la santé le plus rapidement possible au moindre coût. Ceci suppose évidemment que les divers régimes de soins s'adressent aux mêmes individus. Or à l'heure actuelle, le régime de soins hospitaliers s'adresse à l'ensemble de la population.

* * * * *

Financement intégral à partir des revenus généraux de l'Etat.

a) Soins médicaux.

Selon cette première possibilité, la distribution de soins médicaux complets à la population impliquerait, comme nous l'avons vu précédemment, une dépense globale d'environ \$ 207 millions pour le trésor de l'Etat en 1967.

b) Médicaments.

Dans l'hypothèse où les prestations pharmaceutiques seraient couvertes par le régime, le coût supplémentaire en 1967 serait de près de \$ 17. par habitant et d'environ \$ 100 millions au total.

Par conséquent, si l'on considère à la fois les prestations médicales et pharmaceutiques il s'agirait donc d'une dépense totale d'un peu plus de \$ 300 millions pour le trésor provincial, selon le mode de financement considéré ici.

c) Caractéristiques et implications de ce mode de financement.

1) Administration.

Cette méthode de financement est sans doute celle qui présente le moins de complication administrative.

2) Incidence du financement.

Malgré le caractère progressif de l'impôt il ne faudrait pas s'illusionner sur l'efficacité d'une telle mesure pour effectuer d'importants transferts de revenu étant donné que la masse des revenus gouvernementaux provient des impôts prélevés sur le revenu des petits salariés.

Des études effectuées par le professeur W. G. Campbell (1) pour les Etats-Unis et par le professeur Alan T. Peacock (2) pour l'Angleterre tendraient à prouver le bien fondé de ce point de vue. Ce dernier conclut en particulier: "Thus the working class as a whole pays for its welfare benefits, and it follows that any redistribution takes place within the group". (3)

3) Responsabilité du public.

Les soins médicaux, ainsi que les autres soins ne peuvent à notre avis être considérés comme des biens purement privés ou purement publics. Ils sont plutôt ce qu'il est convenu d'appeler des biens non-privés c'est-à-dire une combinaison d'éléments de ces deux catégories. (4)

Selon la typologie développée au cours des dernières années par les économistes, un bien purement public est un bien qui se caractérise par le fait que la consommation qu'une personne peut en faire n'enlève rien au reste de la population (e.g. les services d'un phare de navigation). Ce type de bien implique également en général des économies externes importantes c'est-à-dire que le fait qu'une personne consomme de ce bien est très avantageux pour les autres (e.g. vaccination). A l'autre extrême, un bien purement privé est celui dont la consommation faite par un individu est soustraite de la consommation potentielle des autres et ne comporte pas d'économies externes (e.g. la nourriture).

Entre ces deux extrêmes, selon que l'une ou l'autre ou les deux caractéristiques à la fois s'éloignent plus ou moins de l'un ou de l'autre pôle,

-
- (1) Campbell, Glenn W., "The Economics of Social Security and the theory of Government Finance", National Tax Journal, Vol. IV, No. 2, June 1951.
 - (2) Peacock, Alan T., "Income Redistribution and Social Policy", Jonathan Cape, London, 1954-58
 - (3) Peacock, Alan T. op. cit. p. 137
 - (4) Pour une analyse plus détaillée de la notion des biens publics, privés et non-privés et de son application au domaine de la santé, cfr. Vol. VII du présent rapport "Critères de choix".

nous avons toute la gamme des biens non-privés dont la composante publique et la composante privée peuvent être plus ou moins importantes.

Ainsi que nous le mentionnions plus haut, les soins sont à notre avis des biens non-privés. Il ne faudrait pas cependant considérer tous les soins comme étant homogènes. Certains ont un caractère public plus prononcé que d'autres et, selon nous, il importe d'en tenir compte dans le choix d'un mode de financement. A notre avis, par exemple, des soins comme le traitement des maladies contagieuses, la vaccination et la prévention en général, le traitement des maladies psychiatriques, en particulier celles qui rendent le malade dangereux pour son entourage, sont des biens ayant une composante publique importante. Dans le cas de ces biens, c'est beaucoup plus collectivement qu'individuellement que le besoin est ressenti et que la demande s'exprime. En général un mode de financement collectif est alors non seulement approprié mais même nécessaire, si on veut que la demande s'exprime ou tout au moins atteigne un niveau satisfaisant.

On peut observer qu'en fait la réalité s'est assez bien ajustée à cette rationalité puisque l'Etat a en général reconnu depuis longtemps sa responsabilité dans les domaines que nous venons de signaler.

Pour d'autres biens, comme les soins médicaux courants, les médicaments, les soins dentaires, etc. qui ont un caractère plus privé, plus personnel, les avantages que chacun individuellement retire de leur consommation sont plus évidents. Aussi, présentement, sans que l'Etat ne soit intervenu de façon significative, la consommation de ces soins se situe à un niveau considérable par le simple jeu des mécanismes de marché fondé sur la perception individuelle des avantages personnels.

Le fait pour l'Etat de financer entièrement les soins personnels n'en diminuerait évidemment pas le caractère privé ou personnel ni l'avantage considérable qu'en retire chaque individu. Par ailleurs, leur financement intégral à même les fonds publics aurait comme effet de faire disparaître ou du moins de diminuer grandement la perception du coût réel inhérent à la consommation de ces soins. Par conséquent, un mécanisme de financement permettant une certaine perception de ce

coût serait peut-être plus susceptible d'assurer un équilibre satisfaisant entre la quantité de ressources dévolue au secteur de la santé et la quantité de ressources dévolue à l'ensemble des autres activités de la société.

4) Structure organisationnelle.

Etant donné la complexité d'un régime de soins, la multitude des intérêts en cause, le caractère hautement technique des biens offerts et les transformations rapides dans ce secteur, il nous semble opportun de prévoir une structure organisationnelle aussi souple et dynamique que possible. A notre sens la participation des diverses parties intéressées au niveau de l'administration et du financement, pourrait contribuer à favoriser le caractère évolutif ou dynamique du système, et à résoudre, en dehors des mécanismes de contestation, un certain nombre de problèmes que poseront l'administration courante et l'orientation à moyen et à long terme du régime.

Selon nous, un financement entièrement assumé par le gouvernement s'ajuste moins facilement à un tel type d'organisation représentative ou mixte qu'un mode de financement prévoyant une participation plus directe du public. (I)

d) Champ d'application.

Le mode de financement discuté ici, c'est-à-dire par les revenus généraux de taxation se conçoit bien avec un régime dont le champ d'application est universel.

Financement mixte: revenus généraux de l'Etat et primes de type traditionnel.

Par primes de type traditionnel, nous entendons des primes qui sont directement reliées aux unités de consommation de soins médicaux (familles et individus). Il s'agit en fait du même type de primes que celles prélevées par les sociétés privées d'assurance-maladie ou par la Commission d'assurance-maladie de la Saskatchewan.

(I) Il est évident que la participation des parties non-gouvernementales e.g. public et producteur, peut s'établir selon des degrés d'intensité très variables allant de la simple fonction consultative, à la participation intégrale à la prise de décision.

Pour ce qui est de la contribution gouvernementale, il serait évidemment possible de prévoir un grand nombre de possibilités. Pour les fins de l'illustration que nous voulons soumettre ici, nous avons supposé une contribution de l'Etat égale à 50% du coût des prestations et de l'administration. A partir du calcul dont les résultats sont présentés plus bas il est évidemment possible d'évaluer rapidement ce que donnerait toute autre hypothèse relative à la participation de l'Etat.

De toute façon, il nous est apparu logique de travailler avec un taux de contribution qui permettrait l'établissement d'une prime raisonnable. Au surplus, étant donné la participation fédérale qui au début devrait représenter environ 50% du coût des soins médicaux, la contribution à même les revenus généraux de la province serait relativement limitée, ce qui pourrait possiblement permettre au gouvernement d'étendre la couverture du régime ou de consacrer de plus grandes ressources aux investissements dans le secteur de la santé.

Mentionnons enfin, à titre d'exemple, qu'en Suède, où le niveau de vie se rapproche sensiblement du nôtre, la participation de l'Etat au régime d'assurance-maladie est égale à 50% du coût.

a) Soins médicaux.

Selon le mode de financement présentement considéré, et en supposant que l'on adopte deux catégories d'unités de consommation, familles et individus, donc deux niveaux de primes, voici ce que devraient être ces primes, dans l'hypothèse où la prime familiale serait le double de la prime individuelle.

TABLEAU X

Montant des primes individuelle et familiale pour les soins médicaux dans l'hypothèse où la contribution de l'Etat s'élèverait à 50% du coût, Québec, 1967-1971.

	<u>Prime individuelle</u>		<u>Prime familiale</u>	
	<u>annuelle</u>	<u>mensuelle</u>	<u>annuelle</u>	<u>mensuelle</u>
	\$	\$	\$	\$
1967	33.18	2.76	66.36	5.53
1968	34.70	2.89	69.40	5.78
1969	36.16	3.01	72.32	6.03
1970	37.47	3.12	74.94	6.25
1971	38.83	3.24	77.66	6.47

Nous avons supposé dans ce tableau que la structure familiale de la population et la proportion d'individus en dehors des familles demeureraient les mêmes que celles observées lors du recensement de 1961. (I)

Par ailleurs, la structure des primes indiquée ici et selon laquelle les primes familiales sont le double des primes individuelles correspond à la pratique actuelle en Saskatchewan.

Au surplus il nous apparaît intéressant de mentionner qu'à l'heure actuelle les primes prélevées en Saskatchewan pour les individus et les familles sont de \$36. et \$72. respectivement, soit le même niveau que celui prévu ici pour 1969. En Saskatchewan, cependant, cette prime sert à défrayer une partie des soins médicaux et une partie des soins hospitaliers. Au Québec, le financement des soins hospitaliers est entièrement assumé par l'Etat.

b) Médicaments:

Toujours selon le même mode de financement, voici ce que serait, pour les années 1967 à 1971, le niveau des primes pour les médicaments.

TABLEAU XI

Montant des primes individuelle et familiale pour les médicaments dans l'hypothèse où la contribution de l'Etat s'élèverait à 50% du coût, Québec, 1967-1971.

	<u>Prime individuelle</u>		<u>Prime familiale</u>	
	<u>annuelle</u>	<u>mensuelle</u>	<u>annuelle</u>	<u>mensuelle</u>
	\$	\$	\$	\$
1967	15.97	1.33	31.94	2.66
1968	17.08	1.42	34.16	2.85
1969	18.22	1.52	36.44	3.04
1970	19.38	1.62	38.76	3.23
1971	20.51	1.71	41.02	3.42

(I) Bureau fédéral de la statistique, "Recensement du Canada", "Familles selon la taille", Bulletin 2.1-5, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1962.

c) Soins médicaux et médicaments.

Le montant de la prime totale, pour les médicaments et les soins médicaux, serait donc le suivant:

TABLEAU XII

Montant des primes individuelles et familiales pour un régime incluant les soins médicaux et les médicaments dans l'hypothèse où la contribution de l'Etat s'élèverait à 50% du coût, Québec, 1967-1971.

	Prime individuelle		Prime familiale	
	annuelle	mensuelle	annuelle	mensuelle
	\$	\$	\$	\$
1967	49.15	4.10	98.30	8.20
1968	51.78	4.31	103.56	8.63
1969	54.38	4.53	108.76	9.06
1970	56.85	4.74	113.70	9.47
1971	59.34	4.94	118.68	9.89

Il est évident que ce mode de financement impliquerait nécessairement une intervention supplémentaire de l'Etat visant à assister entièrement ou partiellement certaines personnes dans le paiement de leurs primes. Par conséquent, en pratique, la participation de l'Etat dépasserait le pourcentage indiqué ici, soit 50%.

Il est possible par ailleurs d'envisager une contribution de l'employeur pour les salariés. Dans l'hypothèse où cette contribution représenterait la moitié de la prime, ceci signifierait qu'en 1967 les primes individuelles et familiales des salariés pour les soins médicaux seraient de \$16.59 et \$33.18 par an, alors que pour les frais médicaux et les médicaments mis ensemble, ces primes seraient de \$24.57 et \$49.15. Si on suppose, qu'un pourcentage égal à 85% des primes était payé au nom des travailleurs salariés, ceci impliquerait que la contribution globale des employeurs serait, en 1967, de \$ 44 millions pour les frais médicaux seulement et de \$ 65 millions pour les frais médicaux et les médicaments.

Selon nos propres estimations, la contribution des employeurs du Québec aux régimes privés d'assurance-maladie serait

présentement d'au moins \$ 25 millions par an (I).

d) Caractéristiques et implications de ce mode de financement.

1) Administration.

Du point de vue administratif cette méthode est probablement la moins simple des trois que nous avons choisi d'analyser. En effet, il faut au départ prévoir un mécanisme de perception des primes. Par ailleurs, la prime n'étant pas proportionnelle au niveau de revenu, mais étant la même pour toutes les unités de consommation à l'intérieur des catégories qui auraient été définies, il serait évidemment nécessaire d'assister certaines personnes pour ce qui est du paiement d'une partie ou de la totalité de la prime. Le problème de l'identification et de la mise sur pied des mécanismes d'assistance pour ces personnes se poserait donc.

De plus il faudrait développer des mécanismes ayant comme fonction de suivre les changements dans l'état civil et la situation économique des assurés.

2) Incidence du financement.

Pour ce qui est de la portion financée à même les revenus généraux de l'Etat, l'incidence comporte le même caractère progressif que dans le cas précédent.

Pour ce qui est de l'autre partie, c'est-à-dire celle financée par primes, ces dernières seraient les mêmes pour tous, tout au moins à partir d'un certain niveau de revenu. Des trois modes que nous envisageons, ce mode de financement est le moins progressif. On pourrait également soulever des objections en ce qui a trait à la structure des primes entre les individus et les familles. Il est évidemment possible d'envisager des structures différentes de celle utilisée dans notre exemple. On pourrait même songer à une prime uniforme pour tous.

(I) Voir à ce sujet le volume II du présent rapport intitulé "Régimes publics et privés au Québec".

3) Responsabilité du public.

On aura sans doute remarqué que les primes proposées dans les tableaux X, XI et XII augmentent chaque année. Cette caractéristique vise à illustrer la possibilité d'établir un régime au sein duquel le produit des primes devrait obligatoirement couvrir un pourcentage fixe du coût total du régime.

Dans l'optique de la discussion présentée plus haut sur le type de bien que constituent les soins, le mécanisme décrit au paragraphe précédent nous semble très intéressant.

A notre avis, un système de prime qui maintient une relation donnée avec le coût global du régime, est de nature à rendre le public conscient du coût du bien qu'il consomme et à favoriser une certaine rationalité dans les décisions qui seront prises relativement aux ressources consacrées au régime.

Ceci ne signifie pas, selon nous, que l'existence d'une prime aurait comme effet de freiner la consommation en ce qui a trait aux soins inclus dans le régime. Nous croyons toutefois que ceci permettrait à la société de prendre des décisions rationnelles lorsque la question se posera de savoir si l'on doit inclure de nouveaux soins.

4) Structure organisationnelle.

Nous croyons qu'un tel mode de financement favorise le sentiment de responsabilité des diverses parties intéressées vis-à-vis le fonctionnement du régime et est tout à fait compatible avec une structure organisationnelle permettant la participation des diverses parties en cause.

e) Champ d'application.

Selon le mode de financement dont il est question l'étendue du champ d'application est avant tout fonction du caractère obligatoire ou facultatif du régime.

Dans un régime facultatif, on ne pourrait guère espérer obtenir rapidement l'universalité du régime au Québec. En effet, en 1964, le pourcentage des personnes assurées contre les frais médicaux au Québec auprès de sociétés privées était d'environ 43%. En

Ontario, ce pourcentage était de 71%, au Manitoba et en Alberta de 60%, en Colombie Britannique de 63%.

Une prime obligatoire rendrait évidemment le régime universel, mais le recouvrement des primes de l'ensemble des citoyens poserait probablement certains problèmes, en particulier en milieu rural et chez les travailleurs autonomes.

Financement mixte: revenus généraux de l'Etat et cotisations reliées à une tranche du revenu du travail.

Pour les raisons déjà mentionnées et pour faciliter les comparaisons, nous conserverons ici l'hypothèse d'une participation financière de l'Etat égale à 50% du coût du régime.

Pour ce qui est du 50% résiduel, nous examinerons ici un mode de financement semblable à celui adopté pour la perception des contributions au régime des rentes du Québec.

Dans le cadre du régime des rentes, la tranche des revenus cotisables en 1966 et 1967 se situe entre \$600. et \$5,000. Par la suite, cette tranche s'élargira automatiquement peu à peu. Pour ce qui est de la période qui nous intéresse ici, voici qu'elle est l'évolution prévue du revenu cotisable.

TABLEAU XIII

	Revenu cotisable	
	<u>Limite inférieure</u>	<u>Limite supérieure</u>
	\$	\$
1967	600.	5,000.
1968	600.	5,000.
1969	600.	5,100.
1970	600.	5,200.
1971	600.	5,300.

Si le mode de financement présentement analysé était adopté, il nous semble qu'il y aurait un certain nombre d'avantages à utiliser la même tranche de revenu que pour le régime de rentes.

a) Soins médicaux.

D'après les estimations établies pour le régime de rentes du Québec en ce qui a trait aux perspectives démographiques, au taux d'activité et à l'évolution des salaires (I) voici quel serait le taux de cotisation nécessaire au financement de 50% des soins médicaux.

TABLEAU XIV

Taux de cotisation nécessaire au financement de 50% du coût des soins médicaux.

<u>Année</u>	<u>Taux de cotisation</u>
	%
1967	1.92
1968	1.92
1969	1.91
1970	1.90
1971	1.88

Un taux de contribution de 1.9% signifierait que les contributions annuelles pour chaque personne ne pourraient dépasser \$83.60 au cours de la première année du régime. Cette contribution maximum s'appliquerait aux personnes ayant un revenu annuel de \$5,000. et plus.

b) Médicaments.

Selon la même formule que celle utilisée ci-haut pour les

(I) Castonguay, C., Lemay P., Graveline C., Guérard Y., "Le régime des rentes du Québec, analyse actuarielle", Québec, mars 1965.

soins médicaux, voici, présenté au tableau suivant, ce que devrait être le taux de contribution nécessaire au financement de 50% du coût des médicaments.

TABLEAU XV

Taux de cotisation nécessaire au financement de 50% du coût des médicaments.

<u>Année</u>	<u>Taux de cotisation</u>
	%
1967	.92
1968	.94
1969	.96
1970	.98
1971	1.00

c) Soins médicaux et médicaments.

Pour couvrir 50% du coût des soins médicaux et des médicaments, le taux de cotisation devrait être le suivant:

TABLEAU XVI

Taux de cotisation nécessaire au financement de 50% du coût des soins médicaux et des médicaments.

<u>Année</u>	<u>Taux de cotisation</u>
	%
1967	2.84
1968	2.86
1969	2.87
1970	2.88
1971	2.88

Un taux de cotisation de 2.8% impliquerait une contribution maximum possible de \$123.20 pour les personnes ayant un revenu de \$5,000. et plus.

Tout comme dans le mode de financement précédent, il est possible ici d'imaginer un système où l'employeur défraierait la moitié de la cotisation prélevée au nom de chaque salarié. Ceci évidemment aurait comme effet de diminuer de moitié le montant de la cotisation payée par les employés eux-mêmes. Dans ce cas, les cotisations maximums en 1967 seraient pour eux de \$41.80 par an, dans l'hypothèse d'un régime n'offrant que les soins médicaux, et de \$61.60 pour un régime offrant aussi les médicaments.

Comme pour le financement au moyen de primes, la contribution des employeurs atteindrait, en 1967, le montant de \$ 44 millions pour les soins médicaux seulement et de \$ 65 millions si on y ajoute les médicaments. Nous avons déjà mentionné que, selon nos propres estimations, la contribution des employeurs du Québec aux régimes privés d'assurance-maladie atteindrait au moins \$ 25 millions par an à l'heure actuelle.

d) Caractéristiques et implications de ce mode de financement.

I) Administration.

Ce mode de financement ne serait guère plus compliqué à administrer que celui impliquant un financement intégral à partir des revenus généraux de l'Etat. Dans le cas des salariés, comme dans le cas des travailleurs autonomes, le mécanisme de perception des contributions pour le régime des rentes est en opération depuis le début de 1966. La seule opération requise serait par conséquent de modifier le taux de contribution. Les montants recueillis, conjointement avec les contributions au régime des rentes, seraient ensuite versés à l'organisme chargé du paiement des prestations.

Il n'y a pas d'objection, à notre avis, à ce que l'organisme de recouvrement des contributions ne soit pas le même que celui chargé de payer les prestations. En fait, un des avantages du présent système serait de permettre aisément la dissociation entre le champ d'application et le paiement des contributions. Ceci à notre avis favorise la simplicité admi-

nistrative du régime. Le droit aux prestations relié au paiement d'une prime entraîne en effet l'existence d'un certain nombre de contrôles qui peuvent être assez complexes.

Cette méthode de financer l'assurance-maladie en utilisant comme assiette des cotisations une tranche de la rémunération, est employée dans plusieurs pays européens, notamment en Belgique, en France, en Angleterre.

2) Incidence du financement.

Il s'agit ici d'un mode de financement nettement progressif.

3) Responsabilité du public

Pour ce qui est du sentiment de responsabilité du public vis-à-vis le régime, et de la mise en relief des coûts de l'assurance-maladie, nous croyons que les remarques s'appliquant au financement par prime valent également ici. Un tel mode permettrait également de déterminer un taux de contribution dont le niveau permettrait de financer un pourcentage fixe du coût du régime.

4) Structure organisationnelle.

Tout en évitant les complications que peut poser le recouvrement des primes de type traditionnel, le présent mode de financement serait tout à fait compatible avec une structure administrative permettant une représentation fonctionnelle des diverses parties intéressées.

5) Champ d'application.

Le mode de financement que nous envisageons ici se prêterait à un champ d'application universel.

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'organisme chargé de recouvrer les primes ne serait pas le même que celui chargé de verser les prestations. Ceci à notre avis est d'autant plus possible ici que nous ne voyons pas de relation directe nécessaire entre le champ d'application du régime et l'identité des travailleurs contribuant au financement du régime. Ce serait en somme collectivement que les travailleurs et les personnes recevant des revenus d'autres sources contribueraient à financer le régime et ceci par l'impôt sur le revenu et une contribution exprimée en pourcentage d'une tranche du revenu. Par la suite rien n'empêcherait

que le produit de ce financement serve à payer le coût d'un régime s'appliquant à toute la population.

[Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page.]

[Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page.]

[Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page.]

[Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page.]

[Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page.]

[Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page.]

ANNEXE

"Memorandum"
de la division de la
recherche et de la
statistique,

Ministère de la Santé nationale
et du bien-être social.

COMPARAISON DU COUT DE LA SECURITE SOCIALE EN
AUSTRALIE, AU CANADA, EN GRANDE-BRETAGNE, EN
NOUVELLE-ZELANDE ET AUX ETATS-UNIS
ANNEES FINANCIERES 1958-1959 ET 1962-1963

Ottawa
mars, 1965.

AVANT-PROPOS

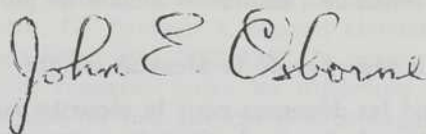
Les changements récents ou les modifications proposées relativement au Régime de pensions de la sécurité de la vieillesse, à l'assistance-vieillesse, aux allocations aux invalides et aux aveugles, et aux programmes d'assistance-chômage, l'introduction d'un programme d'allocations aux jeunes et les propositions d'un programme d'assurance sociale vieillesse-survie-invalidité, ont suscité un intérêt croissant en ce qui a trait à l'étendue des déboursés en matière de sécurité sociale par les gouvernements au Canada, et à une comparaison de ces déboursés à ceux que font les gouvernements d'autres pays.

Le présent mémoire a été préparé en réponse à un nombre croissant de demandes de renseignements. Il présente sous une forme succincte les données principales et quelques-unes des considérations importantes qui se rattachent à leur interprétation.

Une analyse complète des déboursés au titre de la santé et du bien-être doit prendre en considération le rôle du secteur privé de l'économie, aussi bien que les effets des structures fiscales existantes. Ce mémoire, toutefois, se limite intentionnellement aux déboursés des gouvernements et comprend les données recueillies dans les publications officielles.

Le présent mémoire a été préparé dans la section de la sécurité du revenu, Division de la recherche et de la statistique, par M. R.G. Young sous la direction de M. C. Douglas Allen.

Le Directeur de la Division de la
recherche et de la statistique,



John E. Osborne.

Comparaison du coût de la sécurité sociale en Australie, au Canada,
en Grande-Bretagne, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis
Années financières 1958-1959 et 1962-1963

Introduction

Ce mémorandum compare le coût de la sécurité sociale dans cinq pays de langue anglaise au cours des cinq dernières années.

La sécurité sociale entend ici les prestations de sécurité de la vieillesse, les allocations aux survivants, les allocations familiales, les prestations d'assurance-chômage, les allocations d'invalidité, les indemnités des accidents du travail, les allocations de maternité et les allocations aux anciens combattants. Ce terme entend aussi les soins médicaux et hospitaliers publics, les services de santé public, les services de bien-être social et certains services aux anciens combattants, ainsi que le coût administratif de l'ensemble de ces services.

Ce terme ne comprend pas les programmes d'habitation, d'éducation ou de maintien des prix. Les annuités ou pensions des fonctionnaires sont également exclues parce qu'elles sont versées par le gouvernement en sa capacité d'employeur plutôt qu'en sa capacité de gouvernement.

L'étude est limitée aux dépenses gouvernementales. Ce fait soulève la question de savoir ce qu'on doit inclure dans les dépenses du «gouvernement». Par exemple, au Canada, les indemnités des accidents du travail quoiqu'elles ne soient pas une dépense directe des gouvernements provinciaux, sont régies par des lois provinciales. Cependant, la nature obligatoire de ce programme et la surveillance étroite du gouvernement exigent que les indemnités des accidents du travail soient classées comme un programme gouvernemental. En Australie et en Nouvelle-Zélande, la loi exige que les employeurs assurent, dans le cas des accidents industriels subis par leurs employés, des indemnités à peu près du même genre que celle du Canada. En Australie une partie considérable du programme des indemnités des accidents du travail est administrée sur une base d'assurance par des sociétés d'assurance privées.

Fonds de l'assurance sociale

Depuis très longtemps, la pratique du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, qui correspond à celle du Département de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social des États-Unis et à celle qu'on trouve dans le Monthly Digest of Statistics de la Grande-Bretagne, est d'indiquer les prestations tirées du fonds de l'assurance sociale. Cela veut dire, qu'au Canada, les prestations de l'assurance-chômage sont incluses. Aux États-Unis, les fonds en fiducie de l'assurance-vieillesse, de l'assurance aux survivants et de l'assurance d'invalidité sont inclus; en Grande-Bretagne, les prestations tirées du fonds de l'assurance nationale sont incluses. La quote-part gouvernementale dans les fonds de l'assurance sociale ne paraît pas dans cette étude.

Cours des dépenses de la sécurité sociale

Quand les dépenses pour la sécurité sociale sont évaluées selon la productivité nationale brute, le Canada occupe la position moyenne dans le classement des cinq pays sous considération. Ce fait est démontré au tableau 1, qui récapitule les données des annexes touchant le pourcentage du produit national

brut consacré aux programmes de sécurité sociale gouvernementaux. Quand les pourcentages se rapportent au revenu national net, le cours demeure essentiellement le même.

Au cours de la période sous considération, on doit noter que les pourcentages ont augmenté relativement plus rapidement au Canada que dans les autres pays et que le Canada, jusqu'à 1962-1963, approchait du pourcentage applicable à la Grande-Bretagne. L'une des principales raisons pour lesquelles les États-Unis occupent la dernière position est qu'ils n'ont aucun programme d'allocation familiale. Quoique l'Australie ait un programme d'allocations, elle n'a aucun autre programme de maintien du revenu en vertu duquel des prestations sont payables sur une base universelle ou sur une base d'assurance sociale. En Australie, les autres allocations se rapportent soit à un test des gains, soit à un test des besoins.

TABLEAU I—DÉPENSES DU GOUVERNEMENT POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL À TITRE DE POURCENTAGE DU PRODUIT NATIONAL BRUT AU PRIX DU MARCHÉ, PAYS SÉLECTIONNÉS, 1958-1959 à 1962-1963

Pays	1958-1959	1959-1960	1960-1961	1961-1962	1962-1963
États-Unis.....	6.3	6.3	7.0	7.0	7.0
Australie.....	7.5	7.4	7.7	8.4	8.2
Canada.....	8.4	8.5	9.2	9.6	9.4
Royaume-Uni.....	9.8	10.0	10.0	10.2	10.5
Nouvelle-Zélande.....	11.2	12.3	12.4	12.5	12.1

Classement des dépenses

Les dépenses gouvernementales de chaque pays pour la sécurité sociale ont été divisées en 10 catégories principales, tel que vu aux Annexes. Cette division a été faite dans le but d'indiquer séparément les montants d'argent consacrés aux programmes du maintien du revenu de la vieillesse. En raison des différents programmes des cinq pays, des différentes méthodes de comptabilité, et des limitations des données disponibles, la classification des programmes n'est pas entièrement satisfaisante. Les renvois au bas des tableaux ci-inclus identifient les prestations comprises dans chaque catégorie principale. Les pensions des veuves en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni comprennent, par exemple, certaines allocations qui ne sont pas dissemblables aux allocations accordées à la mère par le Canada. Afin de favoriser la comparaison établie, les allocations aux mères par le Canada et des allocations similaires accordées par les États-Unis ont été incluses dans la catégorie des «allocations aux survivants».

Les dépenses encourues pour un genre quelconque de programme varient considérablement d'un pays à l'autre. Le Tableau 2 dépeint clairement cette variation car il indique pour l'année financière 1962-1963, le pourcentage des dépenses de sécurité sociale qui sont réparties entre les différents genres de programmes dans chaque pays. En plus du fait que ces pourcentages reflètent peut-être la politique gouvernementale, ils reflètent aussi d'autres quantités variables, par exemple, des facteurs démographiques tels que le pourcentage de la population âgée ou le pourcentage des groupes d'âge moins avancé. Le facteur patent qui ressort de l'importance des prestations de chômage est le degré de chômage existant.

TABLEAU II—RÉPARTITION DU POURCENTAGE DES DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE PAR GENRE DE PRESTATION, PAYS SÉLECTIONNÉS, 1962-1963

Genre de prestation	États-Unis	Australie	Canada	Royaume-Uni	Nouvelle-Zélande
I Allocations de vieillesse.....	35.1	26.8	21.0	32.2	28.5
II Allocations aux survivants.....	9.0	2.4	1.0	2.9	2.6
III Allocations familiales.....	—	10.5	13.7	5.0	21.5
IV Prestations d'assurance-chômage...	8.5	1.7	14.9	3.4	0.1
V Allocations d'invalidité.....	5.5	4.9	1.2	6.9	2.2
VI Indemnités des accidents du travail	2.7	5.4	2.5	2.3	1.8
VII Allocations de maternité.....	—	0.6	—	0.9	1.1
VIII Services de santé.....	18.8	32.0	32.0	32.9	31.9
IX Pensions et allocations aux anciens combattants.....	9.9	13.6	6.8	3.4	8.1
X Autres.....	10.5	2.1	6.9	10.1	2.2
Total.....	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Dépenses pour la maintien du revenu de la vieillesse

Une méthode de comparer les programmes gouvernementaux pour le maintien du revenu de la vieillesse est d'établir le rapport entre les prestations de vieillesse et les allocations aux survivants âgés et le produit national brut comme le fait le Tableau 3.

TABLEAU 3—PRESTATIONS DE VEILLESSE ET AUX SURVIVANTS ÂGÉS EN POURCENTAGE DU PRODUIT NATIONAL BRUT, AUX PRIX DU MARCHÉ, CERTAINS PAYS, 1958-1959 À 1962-1963

Pays	1958-1959	1959-1960	1960-1961	1961-1962	1962-1963
Nouvelle-Zélande ^(a)	3.2	3.7	2.8	3.7	3.6
Royaume-Uni ^(b)	3.1	3.2	3.1	3.3	3.4
États-Unis ^(c)	2.3	2.4	2.6	2.7	2.7
Australie ^(d)	2.0	2.1	2.1	2.4	2.3
Canada ^(e)	1.9	1.8	1.8	1.8	2.0

^(a) Les dépenses comprennent les paiements de pensions universelles, et le montant estimatif des allocations aux veuves âgées.

^(b) Les dépenses comprennent les pensions de retraite de l'assurance nationale y compris les pensions aux veuves de 60 ans et plus, l'assistance nationale aux personnes âgées, et les pensions de vieillesse non contributives.

^(c) Les dépenses comprennent, sous le régime de l'OASDI, des allocations aux travailleurs retraités, aux épouses âgées des bénéficiaires et à un certain nombre de jeunes épouses; l'assistance-vieillesse y compris des paiements pour certaines ordonnances médicales (vendor medical payments?) et toutes les autres prestations en vertu du programme de retraite des chemins de fer.

^(d) Les dépenses comprennent les pensions de vieillesse, le secours de l'État aux indigents âgés, et le montant estimatif des allocations aux veuves âgées.

^(e) Les dépenses comprennent les prestations de la sécurité de la vieillesse et les paiements de l'assistance-vieillesse.

Au cours de la période sous considération les prestations pour le maintien du revenu de la vieillesse au Canada, ont constamment correspondu à un plus petit pourcentage du produit national brut que ne l'ont fait des dépenses comparables dans les quatre autres pays. L'introduction du Régime de pensions du Canada ne semblerait pas devoir changer cette position relative. Selon le rapport actuariel de novembre 1964, en page 15, les dépenses estimatives sous ce régime seront en 1967 et en 1975 respectivement, de \$14.2 millions et de

\$388.4 millions. Ces montants représentent, 0.03 p. 100 et 0.4 p. 100 du produit national brut estimatif de \$53 milliards en 1967 et de \$88 milliards en 1975. Si le pourcentage de 2.0 p. 100 de 1962-1963 est augmenté de 0.4 p. 100 pour tenir compte du Régime des pensions du Canada, le 2.4 p. 100 du produit national brut nécessaire au maintien du revenu des personnes âgées serait encore moindre que les chiffres comparables pour trois des quatre autres pays en cause.

Les programmes dressés pour maintenir le revenu des personnes âgées ne sont pas semblables dans les cinq pays. En Nouvelle-Zélande, par exemple, il existe un programme universel à taux uniforme qui commence à 65 ans pour les hommes et les femmes et un programme de pensions qui se rapportent au revenu dans le cas des hommes et des femmes de 60 à 64 ans. Au Canada, il existe deux programmes de même nature, sauf que le plan universel est applicable à l'âge de 70 ans et le plan de pensions qui se rapportent au revenu s'applique aux gens de 65 ans. Le programme australien, est à l'autre extrême, car les hommes de 65 ans et les femmes de 60 ans peuvent recevoir des pensions accordées sur la foi d'un test du revenu.

Les États-Unis et le Royaume-Uni occupent une position intermédiaire entre le programme universel et le programme qui dépend d'un test du revenu. Aux États-Unis, les pensions de l'assurance-vieillesse sont disponibles aux hommes et aux femmes qui ont seulement 62 ans et de plus il existe un programme d'assistance-vieillesse fédéral-états pour les hommes et les femmes, qui est basé sur un test des besoins, et qui s'applique aux gens de 65 ans. Au Royaume-Uni, les pensions de retraite sous le programme de l'assurance nationale sont disponibles à l'âge de 65 ans pour les hommes et à l'âge de 60 ans pour les femmes. De plus, ces pensions peuvent être complétées par l'assistance nationale qui est disponible en vertu d'un test des besoins à n'importe qui dans le pays sans égard à l'âge.

ANNEXE I

DÉPENSES DU GOUVERNEMENT, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL, ÉTATS-UNIS,
ANNÉES FINANCIÈRES 1958-1959 À 1962-1963

Item	Année financière				
	1958-1959	1959-1960	1960-1961	1961-1962	1962-1963
Dépenses du gouvernement, Santé et Bien-être social:					
Montant (\$ millions).....	29,531	30,998	35,095	37,664	39,757
Pourcentage du revenu national.....	7.06	7.06	8.4	8.5	8.6
Pourcentage du P.N.B.....	6.3	6.3	7.0	7.0	7.0
Revenu national (\$ millions).....	387,025	408,750	415,625	441,776	464,751
P.N.B. (\$ millions).....	466,900	494,250	504,625	539,150	568,330

SOURCES: Table ci-incluse et *Survey of Current Business*, octobre 1961, septembre 1962, septembre 1963 et janvier 1964.

Division de la recherche et de la statistique,
ministère de la Santé nationale et du Bien-être social,
avril 1964.

ANNEXE II

ÉTATS-UNIS—DÉPENSES, SÉCURITÉ SOCIALE, PAR GENRE DE PRESTATION,
ANNÉES FINANCIÈRES 1958-1959 À 1962-1963
(\$ millions)

Genre de prestation	1958-1959	1959-1960	1960-1961	1961-1962	1962-1963 ^(a)
I Allocations de vieillesse ^(b)	9,802	10,820	11,732	12,887	13,026
II Allocations aux survivants ^(c)	3,005	3,442	3,760	4,487	4,859
III Allocations familiales.....	—	—	—	—	—
IV Prestations d'assurance-chômage ^(d)	3,931	3,045	4,513	4,023	3,397
V Allocations d'invalidité ^(e)	1,056	1,307	1,546	1,919	2,180
VI Indemnités des accidents du travail ^(f)	833	891	948	1,011	1,070
VII Allocations de maternité.....	—	—	—	—	—
VIII Services de santé ^(g)	5,411	5,768	6,377	6,843	7,469
IX Pensions et allocations aux anciens combattants.....	3,326	3,426	3,690	3,775	3,948
X Autres.....	2,167	2,299	2,529	2,719	2,808
XI Total.....	29,531	30,998	35,095	37,664	39,757

(a) Chiffres provisoires.

(b) Entend les prestations de l'OASDI aux travailleurs retraités, les allocations aux épouses âgées ou aux époux à charge des bénéficiaires des pensions de vieillesse ou aux jeunes épouses qui prennent soin d'enfants bénéficiaires; l'assistance-vieillesse y compris les paiements des ordonnances médicales, et toutes les pensions de retraite des chemins de fer.

(c) Entend sous le régime de l'OASDI, les allocations versées aux veuves âgées et veufs âgés, aux veuves (ou épouses divorcées à charge) de travailleurs décédés qui prennent soin d'enfants bénéficiaires, et les allocations payées aux enfants des travailleurs décédés; et l'assistance publique accordée aux familles qui ont des enfants à charge.

(d) Comprend le service d'emploi, les prestations d'assurance-chômage, et les prestations d'assurance-chômage des employés de chemins de fer.

(e) Entend les prestations de l'OASDI payées aux travailleurs invalides et aux enfants et épouses des bénéficiaires invalides; les prestations d'assurance pour l'invalidité temporaire aux employés de chemin de fer; l'assistance aux aveugles et aux personnes entièrement et incurablement invalides, y compris les paiements des ordonnances médicales.

(f) Prestations en espèces.

(g) Entend les programmes de santé et les plans médicaux, les allocations hospitalières et médicales en vertu de la loi des indemnités des accidents du travail, l'assurance d'état pour l'invalidité temporaire, l'assistance médicale publique pour les personnes âgées, les services de santé et médicaux pour les anciens combattants.

(h) Entend en vertu de l'OASDI, les allocations aux enfants des bénéficiaires de pensions de vieillesse et des paiements forfaitaires au décès; les services de bien-être social, et l'assistance générale.

SOURCE PRINCIPALE: U.S. Social Security Bulletin, novembre 1963 et 1963.

ANNEXE III

DÉPENSES DU GOUVERNEMENT, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL, AUSTRALIE,
ANNÉES FINANCIÈRES 1958-1959 À 1962-1963

Item	Année financière				
	1958-1959	1959-1960	1960-1961	1961-1962	1962-1963
Dépenses du gouvernement, santé et bien-être social:					
Montant (£ millions).....	468	508	500	610	643
Pourcentage du revenu national.....	9.2	9.0	9.5	10.3	10.1
Pourcentage du P.N.B.....	7.5	7.4	7.7	8.4	8.2
Revenu national (£ millions).....	5,065	5,621	5,887	5,926	6,389
P.N.B. (£ millions).....	6,225	6,894	7,252	7,299	7,866

SOURCES: Tableau ci-inclus et *National Income and Expenditure*, 1962-1963.

Division de la recherche et de la statistique,
ministère de la santé nationale et du Bien-être social,
avril, 1964.

ANNEXE IV

AUSTRALIE—DÉPENSES, SÉCURITÉ SOCIALE, PAR GENRE DE PRESTATION,
ANNÉES FINANCIÈRES
1958-1959 à 1962-1963
(£000)

Genre de prestation	Année financière				
	1958-1959	1959-1960	1960-1961	1961-1962	1962-1963
I Allocations de vieillesse ^(b)	120,024	137,476	147,302	166,568	172,591 ^(a)
II Allocations aux survivants ^(c)	10,777	12,137	13,408	15,094 ^(a)	15,677 ^(a)
III Allocations familiales.....	67,540	62,532	74,303	66,378	67,710
IV Prestations d'assurance-chômage.....	5,959	4,505	4,469	12,637	10,651
V Allocations d'invalidité ^(d)	21,012	22,096	24,306	28,782 ^(a)	31,628 ^(a)
VI Indemnités des accidents du travail ^(e)	27,391	29,154	31,871	34,000 ^(a)	35,000 ^(a)
VII Allocations de maternité.....	3,509	3,652	3,898	3,908	3,781
VIII Services de santé ^(f)	140,662	159,923	174,332	192,862 ^(a)	205,088 ^(a)
IX Pensions et allocations aux anciens combattants.....	60,609	65,321	73,874	77,171	87,404
X Autres ^(g)	10,189	11,318	11,865	12,956 ^(a)	13,583 ^(a)
XI Total.....	467,762	508,114	559,688	610,356	643,113

(a) Estimation partielle ou totale.

(b) Y compris les pensions de vieillesse et le secours d'État aux indigents âgés. Les pensions de vieillesse sont séparées des dépenses combinées pour la vieillesse et l'invalidité sur une base prorata.

(c) Y compris les allocations versées aux veuves âgées, aux veuves avec des enfants à charge, aux veuves nécessiteuses, les épouses abandonnées, et les épouses dont le conjoint a été emprisonné ou déclaré dément.

(d) Y compris les allocations d'invalidité, de maladie, spéciales, les dépenses de l'État pour la phthisie des mineurs. Les pensions d'invalidité sont séparées des dépenses combinées pour la vieillesse et l'invalidité sur une base prorata.

(e) Y compris les allocations en espèces et les soins hospitaliers et médicaux.

(f) Y compris les allocations hospitalières, médicales et pharmaceutiques, les dépenses administratives du Commonwealth pour la santé et les dépenses du Commonwealth pour les allocations de la santé publique.

(g) Y compris les allocations pour les funérailles, la rééducation et les frais d'administration du ministère des services sociaux et du Ministère du Repatriement du Commonwealth.

SOURCE PRINCIPALE: Australie, *Quarterly Summary of Australian Statistics*, juin 1963.

ANNEXE V

DÉPENSES DU GOUVERNEMENT, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE, CANADA,
ANNÉES FINANCIÈRES 1958-1959 À 1962-1963

Item	Année financière				
	1958-1959	1959-1960	1960-1961	1961-1962	1962-1963
Dépenses du gouvernement pour la santé et le bien-être social:					
Montant (\$ millions).....	2,821	3,023	3,355	3,688	3,868
Pourcentage du revenu national.....	11.1	11.3	12.2	12.7	12.5
Pourcentage du P.N.B.....	8.4	8.5	9.2	9.6	9.4
Revenu national (\$ millions).....	25,423	20,782	27,506	28,839	31,023
P.N.B. (\$ millions).....	23,418	35,455	36,341	38,044	40,939

SOURCES: Tableau ci-inclus et le rapport du Bureau fédéral de la statistique, Comptes nationaux, Revenus et Dépenses, Quatrième trimestre et rapport provisoire annuel de 1962, et Troisième trimestre, 1963.

Division de la recherche et de la statistique,
ministère de la Santé nationale et du Bien-être Social,
avril 1964.

ANNEXE VI

CANADA—DÉPENSES, SÉCURITÉ SOCIALE, PAR GENRE DE PRESTATION
ANNÉES FINANCIÈRES 1958-1959 À 1962-1963
(\$ millions)

Genre de prestation	1958-1959	1959-1960	1960-1961	1961-1962	1962-1963 ^(a)
I Allocations de vieillesse ^(b)	619,600	635,535	653,727	686,730	810,740
II Allocations aux survivants ^(a)	38,779	39,839	37,944	37,840	39,951
III Allocations familiales.....	474,787	491,214	506,192	520,781	531,566
IV Prestations d'assurance-chômage ^(d)	527,027	480,766	604,016	620,379	575,091
V Allocations d'invalidité ^(e)	36,310	37,698	38,321	38,375	45,777
VI Indemnités des accidents du travail ^(f)	80,028	85,236	91,616	93,771	97,300
VII Allocations de maternité.....	—	—	—	—	—
VIII Services de santé ^(g)	623,524	818,867	933,753	1,110,018	1,237,503
IX Pensions et allocations aux anciens combattants.....	210,481	212,236	214,710	258,896	263,653
X Autres ^(h)	210,716	221,833	274,336	301,327	266,903
XI Total.....	2,821,342	3,023,274	3,354,615	3,668,124	3,868,484

(a) Données provinciales et municipales d'une nature provisoire.

(b) Y compris les allocations de la sécurité de la vieillesse, la quote-part fédérale pour l'assistance-vieillesse et un montant égal à titre de quote-part provinciale pour l'assistance-vieillesse.

(c) Allocations de maternité.

(d) Y compris les prestations d'assurance-chômage, la quote-part fédérale pour l'assurance-chômage et l'aide provinciale aux personnes sans emploi capables de travailler et aux personnes incapables de travailler moins la quote-part provinciale des allocations d'invalidité.

(e) Les allocations aux personnes aveugles et invalides.

(f) Allocations en espèces.

(g) Y compris les octrois et les services de santé et médicaux généraux, fédéraux, provinciaux et municipaux, l'assistance médicale et l'hospitalisation sous le régime du Conseil des indemnités des accidents du travail.

(h) Y compris les paiements pour le maintien du revenu des Indiens, immigrants et agriculteurs, les frais d'administration des programmes de maintien du revenu, les services de bien-être social et les octrois de bien-être social fédéraux, les programmes de bien-être provinciaux de la jeunesse, et autres services de bien-être social provinciaux et toutes les dépenses municipales pour le bien-être social.

SOURCES PRINCIPALES: Comptes publics du Canada et la Statistique financière des gouvernements provinciaux et municipaux du Bureau fédéral de la statistique.

ANNEXE VII

DÉPENSES DU GOUVERNEMENT, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL, ROYAUME-UNI,
ANNÉES FINANCIÈRES 1958-1959 À 1962-1963

Item	Année financière				
	1958-1959	1959-1960	1960-1961	1961-1962	1962-1963
Dépenses du gouvernement pour la santé et le bien-être:					
Montant (£ millions).....	2,254	2,390	2,534	2,755	2,950
Pourcentage du revenu national.....	12.2	12.4	12.4	12.6	12.0
Pourcentage du P.N.B.....	9.8	10.0	10.0	10.2	10.5
Revenu national (£ millions) année civile...	18,427	19,254	20,486	21,869	2,631
P.N.B. (£ millions) année civile.....	22,912	23,976	25,375	27,057	28,184

Source: Tableau ci-inclus et *Annual Abstract of Statistics* du Royaume-Uni, 1963.

Division de la recherche et de la statistique,
ministère de la Santé nationale et du Bien-être social,
avril 1964.

ANNEXE VIII

ROYAUME-UNI—DÉPENSES, SÉCURITÉ SOCIALE, PAR GENRE DE PRESTATION,
ANNÉES FINANCIÈRES 1958-1959 À 1962-1963
(£ millions)

Genre de prestation	Année financière				
	1958-1959	1959-1960	1960-1961	1961-1962	1962-1963 ^(a)
I Allocations et assistance-vieillesse ^(b)	708.8	762.9	707.7	809.7	948.5
II Allocations aux survivants ^(c)	59.0	63.0	67.2	82.1	85.9
III Allocations familiales	135.4	137.1	141.0	144.5	146.6
IV Prestations d'assurance-chômage et assistance-chômage ^(d)	72.5	69.1	56.8	63.6	100.4
V Allocations aux invalides et assistance aux invalides ^(e)	161.4	163.0	172.1	191.7	202.7
VI Indemnités des accidents du travail	52.1	55.8	56.9	66.3	68.7
VII Allocations de maternité	20.2	20.6	21.3	25.3	26.5
VIII Services de santé ^(f)	727.4	785.7	875.5	907.8	970.3
IX Pensions et allocations aux anciens combattants	99.2	98.3	94.5	101.6	100.5
X Autres ^(g)	218.3	234.9	247.7	272.6	299.5
XI Total	2,254.3	2,390.4	2,533.7	2,755.2	2,949.6

(a) Estimation d'une nature provisoire.

(b) Y compris les pensions de retraite, l'assistance nationale aux personnes âgées et les pensions de vieillesse non contributives.

(c) Y compris l'assurance nationale pour les personnes âgées, les veuves nécessiteuses et les veuves qui ont des enfants à charge.

(d) Y compris les prestations de l'assurance-chômage nationale et l'assistance nationale aux personnes sans emploi.

(e) Y compris les allocations de maladie en vertu de l'assistance nationale et l'assistance nationale aux malades.

(f) Y compris les services hospitaliers et médicaux et les frais d'administration du Service national de santé et des autorités locales.

(g) Principalement des fonds de bien-être social, l'administration de l'assurance nationale, autres paiements de l'assistance nationale, les services et l'administration de l'assistance nationale.

SOURCES PRINCIPALES: *Monthly Digest of Statistics* du Royaume-Uni, mai 1963 et *Annual Abstract of Statistics* du Royaume-Uni, 1963.

ANNEXE IX

DÉPENSES DU GOUVERNEMENT, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL,
NOUVELLE-ZÉLANDE,
ANNÉES FINANCIÈRES 1958-1959 À 1962-1963

Item	Année financière				
	1958-1959	1959-1960	1960-1961	1961-1962	1962-1963
Dépenses du gouvernement pour la santé et la bien-être social:					
Montant (£ millions)	128	150	162	169	174
Pourcentage du revenu national	13.3	14.5	14.5	14.6	14.0
Pourcentage du P.N.B.	11.2	12.3	12.4	12.5	12.1
Revenu national (£ millions)	961.7	1,037.4	1,116.0	1,154.8	1,240.4
P.N.B. (£ millions)	1,135.3	1,217.0	1,304.6	1,352.2	1,443.8

SOURCES: Tableau ci-inclus et le *New Zealand Monthly Abstract of Statistics*, janvier 1964.

Division de la recherche et de la statistique,
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social,
avril 1964.

ANNEXE X

NOUVELLE-ZÉLANDE—DÉPENSES, SÉCURITÉ SOCIALE, PAR GENRE DE
PRESTATION—ANNÉES, FINANCIÈRES 1958-1959 À 1962-1963
(£ 000)

Genre de prestation	1958-1959	1959-1960	1960-1961	1961-1962	1962-1963
I Allocations de vieillesse ^(a)	35,046	42,751	47,123	48,007	49,626
II Allocations aux survivants ^(b)	3,686	3,955	4,243	4,399	4,592
III Allocations familiales.....	25,995	35,672	37,841	39,202	37,453
IV Prestations d'assurance-chômage.....	112	190	93	80	163
V Allocations d'invalidité ^(c)	3,379	3,837	3,821	3,896	3,831
VI Indemnités des accidents de travail ^(d)	2,998	3,208	3,024	3,100	3,087
VII Allocations de maternité.....	1,542	1,562	1,672	1,755	1,858
VIII Services de santé ^(e)	40,773	48,869	47,746	61,129	55,623
IX Pensions et allocations aux anciens combattants.....	10,962	11,576	12,330	13,767	14,171
X Autres ^(f)	3,209	3,561	3,845	3,817	3,852
XI Total.....	127,702	150,181	161,738	169,152	174,256

(a) Y compris la pension universelle et les allocations de vieillesse.

(b) Y compris les allocations aux veuves âgées, aux veuves qui ont des enfants à charge, les épouses abandonnées, les épouses dont les conjoints sont en prison ou qui sont dans un hôpital d'aliénés, les allocations aux orphelins.

(c) Y compris les allocations aux aveugles ou personnes qui sont irrévocablement incapables de travailler, les allocations de maladie payées aux personnes temporairement incapables de travailler en raison d'une maladie ou d'un accident.

(d) Y compris les allocations en espèces et les allocations hospitalières et médicales.

(e) Y compris les allocations hospitalières, médicales et pharmaceutiques, les dépenses pour les hôpitaux publics et l'administration des services de santé.

(f) Y compris l'assistance supplémentaire aux nécessiteux, les allocations d'urgence, le bien-être de la jeunesse, et les dépenses administratives pour le Ministère de la sécurité sociale.

PRINCIPALE SOURCE: Nouvelle-Zélande, Budget 1963.

BIBLIOGRAPHIE

- ANONYME - New Yardsticks for your Practice, Medical Economics, Dec. 16, 1963, pp. 71-111.
- ABEL-SMITH, Brian - Coût et financement des services médico-sanitaires. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1963. 92p.
- ANDERSON, Odin W., COLLETTE, Patricia and FELDMAN, Jacob - Family Expenditure Patterns for Personal Health Services. New York, Health Information Foundation, 1960.
- ANDERSON, Odin W. and FELDMAN, Jacob - Family Medical Costs and Voluntary Health Insurance: A Nationwide Survey. New York, McGraw-Hill Book Company Inc., 1956.
- ARROW, Kenneth J. - Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review, Dec. 1963, vol. 53, no 5, p. 941
- Assurance facultative contre les frais médicaux au Canada, 1955 à 1961. Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, mai 1963. 155p. (Série des soins de santé. Mémoire no 17.
- BEAUSOLEIL, Gilles - Sécurité Sociale. Bien-être social canadien, nov. 1962, vol. 14, no 5.
- BRETON, Albert - A Theory of Government Grants. Canadian Journal of Economics and Political Science, May 1965, vol. 31, no 2, p. 175.
- BROWN, T.M. - Canadian Economic Growth. Study for the Royal Commission on Health Services, Ottawa, Queen's Printer, 1964. 316p.
- BURNS, E.M. - Social Security and Public Policy. New York, McGraw-Hill Book Company Inc., 1956. 291p.
- CAMPBELL, Glenn W. - The Economics of Social Security and the Theory of Government Finance. National Tax Journal, June 1951, vol. 4, no 2.
- CANADA. Bureau Fédéral de la Statistique - Enquête sur la maladie au Canada 1950-1951. Volume des soins de santé pour les assurés et les non-assurés. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962. 38p.
- CANADA. Bureau Fédéral de la Statistique - Recensement du Canada 1961. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962-1965.

CANADA. Department of National Health and Welfare - Government Expenditures on Health and Social Welfare, Canada 1927 to 1959. Ottawa, Queen's Printer 1961. 95p. (Social Security Series, Memorandum 16).

CANADA. Department of National Health and Welfare - Persons Covered under Medical (i.e. physicians' service) Insurance and Act-of-Hospital Prescribed-Drug Insurance, Canada and Provinces, 1964. Ottawa, July 1965. 31p. (document photocopié).

CANADA. Dominion Bureau of Statistics - Urban Family Expenditure 1959. Ottawa, Queen's Printer, 1963. 80p.

CANADA. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social - Dépenses publiques au titre de la santé et du bien-être social au Canada 1927 à 1959. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1961. 107p. (Série sur la sécurité sociale. Mémoire no 16).

CANADA. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social - Fourniture, distribution et coût des médicaments au Canada. Etude préparée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1965. 136p.

CANADA. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social - Rapport annuel du Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'application des accords avec les provinces au titre de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. Ottawa, 1964. 139p.

CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION - Federal and Provincial Health Services in Canada. 2nd ed. Toronto, University of Toronto Press, 1962.

CHARRON, K.C. - Services de santé et d'assurance-maladie et leur rapport. Etude poursuivie dans certains pays choisis, Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1963, 340p.

CLARKSON, Guy C. - The Cost and Ability to Pay for Medical Services Insurance in Canada and its Provinces. Toronto, Canadian Medical Association, Oct. 1962. 31p. (document photocopié).

COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUEBEC - L'assurance contre les frais médicaux dans la province de Québec. Document de travail préparé à l'intention du gouvernement provincial et du public. Montréal, 1964. 16p.

COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUEBEC - Rapport du Comité d'étude sur les effectifs médicaux. Montréal, 1965. 80p. (document photocopié).

- Commission Royale d'enquête sur les services de santé. Ottawa, Imprimeur de la Reine. 2V, 1964-1965.

COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE - Etude comparée des prestations de sécurité sociale dans les pays de la Communauté économique européenne. Bruxelles, 1962. 145p. (C.E.E. - Etudes, série politique sociale no 4.)

COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE - Etude sur la physionomie actuelle de la sécurité sociale dans les pays de la Communauté économique européenne. Bruxelles, 1962. 130p. (C.E.E. - Etudes, série politique sociale no 3.)

COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE - Financement de la sécurité sociale dans les pays de la Communauté économique européenne. Bruxelles, 1962. 164p. (C.E.E. - Etudes, série politique sociale no 5.)

COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE ET COMMUNAUTE EUROPEENNE DU CHARBON ET DE L'ACIER - Tableaux comparatifs des régimes de sécurité sociale applicables dans les Etats membres des Communautés européennes. 1 - Régime général. 3^e éd. Bruxelles, 1964. 69p.

CONSEIL ECONOMIQUE DU CANADA - Objectifs économiques du Canada pour 1970. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964. 223p. (Premier exposé annuel).

COOK, H.G. - Preliminary Report on the Saskatchewan Medical Care Insurance Plan. Ottawa, Department of National Health and Welfare, 1965. 25p. (document photocopié).

- Coût de la sécurité sociale - 1958-1960. Genève, Bureau International du Travail, 1964. 296p.

DENTON, Frank T., KASHARA, Yoshiko et OSTRY, Sylvia - Projections de la population et de la main-d'oeuvre jusqu'à 1970. Etude préparée pour le Conseil économique du Canada. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964. 43p. (Etude technique no 1).

- Dépenses pour les soins de santé au Canada, 1953-1961. Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1963. 49p.

FOLLMANN, Joseph F. jr. - Medical Care and Health Insurance. Homewood, Richard D. Irwin, Inc., 1963. 503p.

GINZBERG, Eli - Perspective on the Economics of Medical Care. American Economic Association's Papers and Proceedings, May 1951. p. 617.

GOFFMAN, Irving J. - Some Fiscal Aspects of Public Welfare in Canada. Toronto, Canadian Tax Foundation, 1965. 106p.

HANSON, Eric J. - Les finances publiques et les services de santé au Canada. Etude préparée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964. 222p.

JEWKES, John and Sylvia - The Genesis of the British National Health Service. Oxford, Basil Blackwell, 1962.

KULP, Clarence A. - Voluntary and Compulsory Medical Care Insurance. American Economic Review Papers and Proceedings. May 1951, 666p.

LAROQUE, Pierre - De l'assurance sociale à la sécurité sociale, l'expérience française. Revue internationale du Travail, juin 1948, vol. 57, no 4, p. 621.

LEMAY, Pierre, HAMEL, Gérard et BOUDREAU, Thomas J. - Les implications financières pour la Province de Québec des recommandations relatives à la distribution des services de santé contenues dans le rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé. Montréal, déc. 1964. 37p. (document photocopie).

LOUGHEED, William - Underwriting Canadian Health. An Economic View of Welfare Programs. Toronto, Canadian Chamber of Commerce and Canadian Life Insurance Officers Association, 1957.

- Medical Indigence. A Guide to Levels of Income at Which Families Cannot Afford Medical Expenses. Philadelphia, Research Department, Health and Welfare Council Inc., 1961. 6p. (document photocopie).

MEDICAL SERVICES REVIEW COMMITTEE - A Review of the Medical Services in Great Britain, Londres, Social Assay. 265p.

MUSHKIN, Selma J. and COLLINGS, Francis - Economic Costs of Disease and injury. Public Health Reports, Sept. 1959.

MUSHKIN, Selma J. - Health as an Investment. Journal of Political Economy, Oct. 1962, vol. 70, no 5, part 2, p. 129.

- Notes statistiques - Sécurité sociale. Paris, Ministère du Travail, janvier 1964. 242p.

PEACOCK, Alan T. - Income Redistribution and Social Policy. A Set of Studies. London, J. Cape, 1958. 296p.

- Preliminary Estimates of Program Costs of Physicians' Services. Ottawa, Department of National Health and Welfare, 1965. 10p. (document photocopie).

PRESCRIPTION SERVICES INC. - Submission to the Royal Commission on Health Services. Windsor, 1962. 55p.

- Rapport annuel de l'inspection générale de la sécurité sociale. Paris, Ministère du Travail. 1962-1963.

- Rapport du Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale sur le Fonctionnement et l'Organisation du Contrôle Médical. Notes et études documentaires, 9 mai 1964, no 3088.

RAYNAULT, André - Croissance et structure économiques de la province de Québec. Québec, Ministère de l'Industrie et du Commerce, 1961. 657p.

- Régime de rentes du Québec. Analyse actuarielle. Québec, mars 1965. 48p.

- Report of the Advisory Planning Committee on Medical Care to the Government of Saskatchewan. Regina, Queen's Printer, 1962. Interim Report 1961. Final Report 1962.

- Report of the Medical Services Insurance Committee. Toronto, 1964. 71p.

RIBAS, Jacques Jean - Social Security in the European Community. Washington, Information Office European Community, June 1965. 15p. (Community Topics 18).

RICHARDSON, J. Henry - Economic and Financial Aspects of Social Security. Toronto, University of Toronto Press, 1960.

ROSCH, Georges, REMPP, Jean-Michel and MAGDELAINE, Michel - Une enquête par sondage sur la consommation médicale. Paris, 1961.

ROTHENBERG, Jerome - Welfare Implication of Alternative Methods of Financing Medical Care. American Economic Review Papers and Proceedings, May 1951. p. 676

SASKATCHEWAN MEDICAL CARE INSURANCE COMMISSION - Annual Report for the year ended December 31, 1964. Regina, 1965. 42 p.

SAXTER, Arnold - La Sécurité Sociale Suisse. Berne, Editions Paul Haupt Berne, 1964. 132p.

SCHOECK, Helmut, - Financing Medical Care. An Appraisal of Foreign Programs. Caldwell, Caxton Printers Ltd, 1962. 314p.

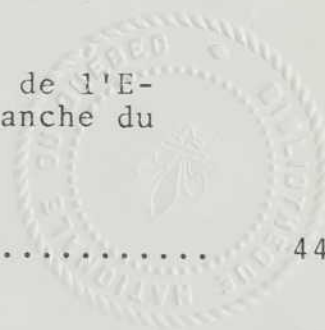
- Sécurité sociale en France, avec annexe à jour au 1er janvier 1965. Paris, Documentation française. 120p.

- Sécurité sociale et son avenir. Pour une politique adaptée à l'expansion économique et au progrès social. Patronat français, juin 1965, suppl. au no 253.

- SOMERS, Herman M. and SOMERS, Anne R. - Doctors, Patients and Health Insurance. Washington, Brookings Institution, 1961. 576p.
- TAYLOR, Malcolm G. - Financial Aspects of Health Insurance. Toronto, Canadian Tax Foundation, 1957. 102p.
- TREMBLAY, Marc-Adélarde et FORTIN, Gérald - Les Comportements économiques de la famille salariée du Québec. Québec, Presses de l'Université Laval, 1961. 405p.
- TURNBULL, John G. Economic and Social Security. 2nd ed. New York Ronald Press Company, 1962, 552p.
- UNITED STATES - Department of Health, Education and Welfare - Chart Book of Basic Health Economics Data. Washington, U.S. Government Printing Office, 1964. 36p.
- UNITED STATES - Department of Health, Education and Welfare - Converging Social Trends. Emerging Social Problems. Washington, U.S. Government Printing Office, 1964. 96p. (Welfare Administrative Publication no 6).
- UNITED STATES - Department of Health, Education and Welfare - Health, Education and Welfare Trends. Washington, U.S. Government Printing Office, 1964. 122p.
- UNITED STATES - Department of Health, Education and Welfare - Medical Care Financing and Utilization. Washington, U.S. Government Printing Office, 1962. 259p. (Health Economics Series, no 1).
- UNITED STATES - National Center for Health Statistics - Family Income in Relation to Selected Health Characteristics, United States. Washington, U.S. Department of Health, Education and Welfare. Public and Health Services, 1963. 50p. (Vital and Health Statistics, series 10, no 2).
- URQUHART, M.C., and BUCKLEY, K.A., - Historical Statistics of Canada. Toronto, Cambridge University Press, 1965. 672p.
- Volume and Cost of Sickness Benefits in Kind and Cash. Bulletin of the International Social Security Association, Jan. 1965, vol. 18, no 1.
- WEEKS, H Ashley - Family Spending Patterns and Health Care. Cambridge, Harvard University Press, 1961. 140p.
- WEISBROD, Burton A. - Economics of Public Health. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1961.

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION.....	2
CHAPITRE I: COUT.....	7
Soins médicaux	
Médicaments	
CHAPITRE II: FINANCEMENT ET CHAMP D'APPLICATION.....	25
Financement intégral à partir des revenus généraux de l'Etat	
Financement mixte: revenus généraux de l'E- tat et primes de type traditionnel	
Financement mixte: revenus généraux de l'E- tat et cotisations reliées à une tranche du revenu du travail	
ANNEXE:.....	44
BIBLIOGRAPHIE.....	55



Faint, illegible text at the top of the page, possibly a header or introductory paragraph.

Second block of faint, illegible text, appearing to be a separate section or paragraph.

Third block of faint, illegible text, continuing the document's content.

Fourth block of faint, illegible text, possibly containing a list or detailed notes.



Fifth block of faint, illegible text at the bottom of the page, possibly a concluding paragraph or footer.

