



FINANCEMENT:

état de situation

et perspectives





FINANCEMENT:
état de situation
et perspectives



juin 2000

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Le présent document peut être consulté à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2000
Bibliothèque nationale du Canada, 2000
ISBN 2-550-36212-8

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

1. BILAN DES ANNÉES 1990

Après des compressions importantes, un retour à la croissance

Entre 1990-1991 et 1999-2000, les dépenses budgétaires du secteur de la santé et des services sociaux sont passées de 11,3 à 14,5 milliards de dollars¹, soit une augmentation totale de 27,9 %. L'évolution des dépenses marque un fort ralentissement si on la compare à celle des années 1980, alors qu'entre 1985-1986 et 1990-1991 seulement, celles-ci avaient crû de 47,4 %. Ce ralentissement est dû au fait que, tout en bénéficiant de près de 50 % de la marge de manœuvre du gouvernement durant les dix dernières années, le secteur de la santé et des services sociaux s'est vu demander de réaliser d'importantes compressions.

Pour la période allant de 1995-1996 à 1998-1999, les efforts budgétaires demandés au secteur de la santé et des services sociaux ont totalisé 1,77 milliard de dollars, dont 980 millions pour le réseau des établissements. Ces efforts budgétaires incluent le non-financement de la croissance des coûts des services existants ainsi que les réductions budgétaires demandées. De plus, le réseau dut réaliser des économies s'élevant à 690 millions afin de répondre à de nouveaux besoins au titre des priorités nationales et régionales. Si l'on tient compte de ce dernier montant, l'effort budgétaire global demandé au secteur s'est élevé à plus de 2,45 milliards au cours de cette période. Il correspond à 18,7 % des crédits accordés au secteur en 1998-1999. Une partie des efforts demandés s'est traduite en déficits budgétaires que le gouvernement a pris en charge. Au cours de cette même période, le gouvernement a réalisé l'atteinte de son objectif de déficit zéro, ce qui a nécessité de la part des autres ministères et organismes des efforts budgétaires considérables de l'ordre de 4,7 milliards de dollars.

En juin 1998, le gouvernement annonçait un réinvestissement de 110 M \$ dans la santé et les services sociaux et en mars 1999, il annonçait la fin des compressions ainsi que des réinvestissements de plus de 1,7 milliard de dollars sur deux ans. En conséquence, le secteur sociosanitaire a terminé la décennie, en 1999-2000, avec des ressources se situant à un niveau réel (*i.e.* corrigé de l'inflation) supérieur d'environ 4,9 % à celui de 1990-1991. À la suite des réinvestissements additionnels de 2,7 milliards de dollars (sur deux ans) annoncés au cours de la présentation du budget 2000-2001, le niveau réel des crédits 2000-2001 s'établit à 15,4 milliards de dollars et est supérieur de 13 % à celui des dépenses de 1990-1991.

Sur le plan budgétaire, les années 1990 ont donc permis, essentiellement, d'égaliser de façon temporaire les dépenses globales par la réalisation d'importantes économies. Une fois ces économies réalisées, cependant, la dynamique fondamentale des besoins et des coûts apparaît maintenant de nouveau.

¹. Incluant la prise en charge par le gouvernement du déficit accumulé des établissements en 1999-2000 pour un montant de 462 millions de dollars.

Une érosion constante de la participation fédérale

Uniquement pour la période s'étendant de 1994-1995 à 2000-2001, les coupures annoncées dans les budgets fédéraux depuis 1982 se sont traduites par un manque à gagner cumulé de 25,7 milliards de dollars pour le Québec, dont 14,7 milliards au seul titre de la santé. La contribution fédérale au financement des programmes sociaux (transferts fiscaux et financiers), même en tenant compte des ajouts consentis par le gouvernement fédéral dans les budgets 1999 et 2000, passera de 32 % des dépenses du Québec en 1984-1985 à 22 % en 2004-2005. Au cours de la même période, les versements en espèces chuteront pour leur part de 23 % à 12 % de ces dépenses.

Les deux derniers budgets fédéraux n'ont présenté aucune solution permanente à ce désengagement. En annonçant dans son budget 2000 le versement en fiducie d'un montant supplémentaire de seulement 600 millions de dollars au Québec, le gouvernement fédéral n'a restauré son financement que pour l'équivalent de trois journées de fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux par année. Ces montants sont en effet applicables pour quatre ans et englobent à la fois la santé, l'éducation post-secondaire et la sécurité du revenu. Il n'y a donc pas de commune mesure entre les investissements récurrents accordés par le gouvernement du Québec dans la santé et les services sociaux et les fiducies mises sur pied par le gouvernement fédéral, qui ne sont que provisoires.

Les coupures successives et les décisions changeantes du gouvernement fédéral ont contribué massivement à éroder le financement du système sociosanitaire au cours des années 1990. Elles ont été dénoncées comme la cause première de la déstabilisation des services dans toutes les provinces. Le gouvernement a dû compenser, à même ses propres fonds, la baisse du financement fédéral.

Une détérioration de la situation financière

Les établissements de santé et de services sociaux ont réalisé au cours des années 1990 des progrès importants au chapitre de la performance en termes d'économies (ex. : réduction des durées de séjour, recours accru aux services ambulatoires, réduction des dépenses d'administration et de soutien). Les gains n'ont toutefois pu compenser entièrement les contraintes budgétaires demandées aux établissements : il en est résulté une importante détérioration de leur situation financière et, en conséquence, le gouvernement a pris en charge les déficits accumulés.

Atteindre et maintenir une saine situation financière est nécessaire pour que les établissements soient en mesure d'offrir les services dont la population a besoin. C'est pourquoi les sommes accordées en 1998-1999 et 1999-2000 comprenaient un montant de 907 millions de dollars devant servir à résorber la dette accumulée du réseau.

Le gouvernement a par la suite décidé, dans son budget 2000-2001, à la fois de prendre en charge le déficit accumulé de 462 millions de dollars du réseau au 31 mars 2000 et d'accroître de façon récurrente, pour un montant de 425 millions de dollars, les bases budgétaires des établissements qui connaissaient un déficit afin de leur permettre de repartir sur le bon pied. De plus, des crédits de développement de 200 millions de dollars

ont été alloués au réseau. Notons que l'ensemble des coûts de croissance de programmes (salaires, inflation, service de dette) ont été financés en 1999-2000 et en 2000-2001. Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux a présenté à l'Assemblée nationale le projet de loi 107, en vertu duquel un établissement public ne devra plus encourir de déficit à la fin d'une année financière et ne pourra plus contracter d'emprunt pour le paiement de ses dépenses de fonctionnement, sauf avec l'autorisation de la ministre.

Le régime général d'assurance médicaments mis en place en 1997 a également encouru d'importants dépassements, en particulier dans les coûts pour les nouveaux adhérents, qui sont financés par le Fonds de l'assurance médicaments (1,5 million des personnes assurées). Ces dépassements s'expliquent par une hausse du coût brut du régime d'environ 15 % par année, due principalement à une augmentation de la consommation moyenne de médicaments et à l'introduction de nouveaux médicaments à des prix généralement élevés. Une croissance du même ordre est observée dans le programme subventionné au bénéfice des personnes âgées et des prestataires de la sécurité du revenu. Afin d'assurer la viabilité du régime d'assurance médicaments, le gouvernement a, le 11 mai dernier, déposé à l'Assemblée nationale le projet de loi 117, *Loi modifiant la Loi sur l'assurance-médicaments et la Loi sur la régie de l'assurance maladie du Québec*. Le projet de loi prévoit des rehaussements aux primes maximales applicables au régime d'assurance médicaments, tout en prenant soin de ne pas augmenter la contribution des personnes à faible revenu.

Des dépenses publiques comparables par rapport au PIB

La part des dépenses publiques de santé du Québec par rapport au produit intérieur brut (PIB) a diminué de 6,9 % en 1990 à 6,3 % en 1999, tout en demeurant comparable à la moyenne canadienne. *Vues sous l'angle de la capacité de payer*, les dépenses publiques de santé du Québec – toutes sources de financement confondues – ne paraissent donc pas globalement excessives, en ce sens qu'elles ne représentent pas, comme c'était le cas dans les années 1970 et 1980, une proportion de la richesse collective supérieure à la moyenne des autres provinces. En 1980, les dépenses publiques de santé du Québec représentaient un effort relatif nettement plus élevé qu'au Canada (6,6 % comparativement à 5,5 %). En 1999, par rapport à l'Ontario, les dépenses publiques de santé du Québec accaparent une part plus importante de la richesse collective (6,3 % comparativement à 5,8 %).

Cette conclusion, cependant, ne tient pas compte du partage du prélèvement fiscal nécessaire au financement des dépenses de santé entre le gouvernement fédéral et le gouvernement du Québec ni de la situation financière globale du gouvernement (ex. : dette accumulée, niveau de la fiscalité, etc.).

Des dépenses publiques par habitant inférieures à celles des autres provinces

Les dépenses publiques de santé par habitant étaient, en 1999, de 11,7 % inférieures à la moyenne canadienne, faisant du Québec la province consacrant à la santé les dépenses publiques les moins élevées par habitant. Cet écart peut s'expliquer en bonne partie par le

fait que la rémunération des médecins et du personnel, dont les coûts représentent environ 80 % des dépenses du secteur, est moins élevée au Québec que dans les autres provinces en raison de la capacité de payer inférieure du Québec.

De plus, les dépenses par habitant ne comparent que la valeur des ressources financières consacrées à la santé. Elles ne tiennent pas compte des différents facteurs qui déterminent la capacité réelle du système à répondre aux besoins de la population (ex. : effectif de médecins et d'infirmières, nombre de lits et de places d'hébergement, etc.). Cet indicateur est donc beaucoup trop imprécis pour permettre de juger du caractère approprié des sommes d'argent consacrées à la santé au Québec, *vues sous l'angle des besoins de la population*.

À cet égard, lorsqu'on le compare, le Québec dispose de ressources humaines et matérielles qui, en termes absolus, le placent en position équivalente pour répondre aux besoins de santé de sa population, si on suppose une répartition et une utilisation équivalentes des ressources.

Une part accessoire des dépenses du secteur public de santé et de services sociaux financées par le privé

En 1999-2000, les coûts bruts de l'ensemble du système public de santé et de services sociaux étaient financés à concurrence de 9,7 % par diverses sources de revenus déductibles autres que le fonds consolidé du Québec. Cependant, si on exclut certains éléments², les contributions privées versées par des citoyens du Québec ont totalisé quelque 7,6 % des dépenses brutes du secteur public de la santé et des services sociaux en 1999-2000³. Il est donc inexact d'affirmer, comme on l'entend parfois, que 30 % des dépenses du système de santé et de services sociaux du Québec sont assumées par le secteur privé.

De plus, les contributions privées sont liées à des objectifs non pas de nature privée mais collective et ne sont pas une source d'iniquité. Elles font partie inhérente de la formule de financement du régime public de santé et de services sociaux du Québec.

Une part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé inférieure à la moyenne canadienne

En 1999, la part des dépenses totales de santé (*i.e.* publiques et privées) financée par des sources de revenu privé était de 29,6 % au Québec, comparativement à 24,5 % en 1990.

². Ex. : les contributions des organismes publics de tierce responsabilité du Québec pour le transport ambulancier (SAAQ) et pour les services médicaux aux accidentés du travail (CSST) de même que les revenus des établissements provenant de la facturation aux résidents des autres provinces et aux résidents étrangers.

³. Les contributions proprement privées au régime public versées par des Québécois sont essentiellement les contributions des adultes hébergés et les suppléments de chambres privées et semi-privées dans les établissements, les primes et les contributions des usagers pour les services pharmaceutiques ainsi que la tarification des usagers du transport ambulancier.

Les dépenses totales de santé ainsi définies excluent les services sociaux et sont indépendantes du caractère public ou privé de leur *producteur*⁴.

Le groupe de travail sur la place du secteur privé dans la santé, présidé par monsieur Roland Arpin, a conclu que l'évolution de ce ratio au cours des années 1990 peut s'expliquer par le ralentissement accentué des dépenses publiques de santé pendant que les dépenses privées de santé continuaient à croître, bien qu'à un rythme ralenti. En ce qui concerne les contributions et les tarifs fixés par le gouvernement au cours des années 1990 (ex. : assurance médicaments, contributions des adultes hébergés), ils ont été jugés nécessaires au financement des services *publics* et ont été appliqués de façon équitable, en tenant compte de la capacité de payer des bénéficiaires.

Par ailleurs, certains services médicaux ou chirurgicaux assurés par le régime public sont aujourd'hui offerts sur le marché (ex. : services de laboratoire, traitement de la cataracte). Toute proportion gardée, l'importance des dépenses privées pour ces services demeure cependant très marginale (moins de 1 %).

Sur une base comparative, les dépenses privées de santé au Québec représentent 725 \$ par habitant en 1999, soit 15,4 % de moins que la moyenne canadienne et 28,5 % de moins qu'en Ontario. Au Canada, seuls les Terre-Neuviens effectuent des dépenses privées de santé inférieures à celles des Québécois (603 \$).

Des principes fondamentaux préservés, des inquiétudes quant à l'avenir du système

Globalement, le bilan budgétaire et financier des années 1990 atteste que le secteur de la santé et des services sociaux du Québec a réussi à maîtriser ses dépenses, compte tenu de la dynamique fondamentale des besoins de la population, et que, malgré le contexte difficile, le gouvernement a accordé au financement de ce secteur une haute priorité.

Lorsqu'il s'agit de faire le bilan sur le plan budgétaire et financier, on doit également verser au dossier que les efforts des années 1990 ont pour l'essentiel porté fruit, en ce sens qu'ils ont permis de maintenir les principes fondamentaux du système en dépit du désengagement accéléré de la participation fédérale. On doit aussi retenir qu'ils ont permis de préserver l'avenir menacé du système en contribuant à assainir les finances publiques du Québec, qui demeurent de loin la principale source de financement de ce système.

Les Québécois reconnaissent aujourd'hui que les efforts budgétaires des années 1990 étaient nécessaires pour sauvegarder le système. Cependant devant l'accroissement des besoins, l'accessibilité des services sociaux et de santé demeure au cœur de leurs préoccupations.

⁴. En effet, les dépenses privées de santé comprennent notamment les tarifs payés par des particuliers, directement ou par l'entremise de leur assurance collective, pour des services donnés par les établissements publics (ex. : chambres privées) ou dans le cadre d'un programme public (ex. : assurance médicaments). Elles excluent cependant les dépenses pour des services donnés par le privé mais financés par les fonds publics (cabinets privés de médecins, subventions aux organismes communautaires, etc.). Le caractère public ou privé du financement est donc indépendant de celui de la production des services.

2. PERSPECTIVES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES

Des réinvestissements majeurs pour 2000-2001

Afin d'accélérer la consolidation du système, les réinvestissements de 2,7 milliards de dollars consentis par le gouvernement dans la santé et les services sociaux cette année visent trois objectifs à court terme.

Ils permettent d'abord de **liquider l'hypothèque du passé**. Grâce aux subventions accordées aux établissements qui connaissaient un déficit en 1999-2000, le réseau amorce l'exercice 2000-2001 libéré de toute dette accumulée. Ils permettent également de **répondre aux besoins du présent et d'assurer l'avenir**. Par l'augmentation du financement des établissements en déficit, ceux-ci peuvent bénéficier d'une situation financière plus solide pour répondre aux besoins de la population. Enfin, ils permettront **d'améliorer l'accessibilité aux services ainsi que leur qualité**. Les crédits additionnels alloués pour faire face aux besoins des usagers prioritaires ainsi que pour acheter des équipements médicaux permettront de traiter plus de patients avec des soins de la meilleure qualité.

Sur le plan budgétaire et financier, ces réinvestissements, auxquels s'ajouteront les hausses salariales liées au renouvellement des conventions collectives avec les employés de l'État, auront comme effet d'accroître le **niveau** des dépenses de santé et de services sociaux que le Québec devra financer au cours des prochaines années.

À l'horizon : une dynamique d'accélération de la croissance des dépenses

La grande préoccupation pour l'avenir vient toutefois de la perspective d'une accélération de la croissance des dépenses de santé et de services sociaux. Ces pressions proviendront principalement des changements démographiques et des progrès technologiques.

Les changements démographiques

Si tous les pays industrialisés doivent affronter la même réalité, le vieillissement de la population sera plus rapide au Québec et les conséquences plus profondes, et ce, dès la fin de la prochaine décennie, quand la génération du *baby-boom* atteindra 65 ans.

Alors que le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans s'établit à environ 1 000 000 au Québec, on prévoit qu'il s'élèvera aux alentours de 1 475 000 dans quinze ans, soit une augmentation de 47 %. Les personnes âgées de 85 ans ou plus seront alors 75 % plus nombreuses qu'aujourd'hui. Le Québec est l'une des sociétés qui subiront le vieillissement démographique le plus rapide parmi les pays industrialisés.

On estime que les seuls changements démographiques pourraient faire augmenter de moitié d'ici 25 ans et faire doubler d'ici 50 ans les dépenses de santé et de services sociaux, en dollars constants. Le niveau maximal des dépenses pourrait être atteint aux environs de l'année 2046, alors que le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus atteindra son point culminant. L'effet des changements démographiques sur les dépenses

sociosanitaires pourrait, selon certaines projections, faire augmenter ces dépenses de 1,6 % par année en moyenne durant le prochain quart de siècle.

Le vieillissement de la population alourdira le fardeau financier qu'auront à supporter les générations montantes. Au moment où les générations du *baby-boom* basculeront dans le groupe des 65 ans ou plus, la population d'âge actif (de 20 à 64 ans) diminuera considérablement, ce qui fera augmenter le *rapport de dépendance*. Concrètement, cela signifie qu'alors que chaque personne âgée de 65 ans ou plus est présentement soutenue financièrement par près de 5 personnes en âge de travailler, elle ne le sera plus que par environ 3,8 personnes dans 10 ans et par environ 2 dans 25 ans.

L'état de santé des *baby-boomers* s'est considérablement amélioré par rapport à celui des générations qui les ont précédés. De plus, les personnes âgées financeront elles-mêmes en partie l'accroissement prévisible des dépenses publiques de santé et de services sociaux, par le biais de la fiscalité. Ces facteurs pourraient venir retarder la croissance des dépenses et atténuer ses effets. Tant sur le plan du financement du régime que sur celui de l'organisation des services, on ne pourra cependant éviter les conséquences importantes du vieillissement de la population.

L'évolution de la technologie et de la pratique

Les nouvelles générations de médicaments et l'imagerie médicale, entre autres, ont permis d'améliorer les soins tout en réduisant les **coûts unitaires** de nombreux traitements (ex. : durées de séjour hospitalier écourtées). Cependant, les nouvelles technologies permettent d'accroître le nombre de patients traités, notamment parce que l'on peut offrir des traitements à des personnes qui ne pouvaient être soignées auparavant. En chirurgie cardiaque, par exemple, il se faisait, il y a quelques années seulement, très peu de pontages coronariens pour des patients âgés de plus de 70 ans. Avec les nouvelles technologies, ces opérations sont aujourd'hui courantes.

Résultat : les économies de coûts unitaires découlant de l'utilisation des nouvelles technologies sont généralement annulées par des coûts supplémentaires importants dus aux effets du nombre, occasionnant une augmentation nette des **dépenses totales** de santé. L'évolution de la technologie et de la pratique est aujourd'hui considérée par de nombreux auteurs comme étant la principale source de croissance des coûts de la santé, plus importante que les changements démographiques.

Si les dépenses du secteur de la santé et des services sociaux ont pu être maîtrisées au cours des années 1990, tout indique donc que les forces sous-jacentes à l'offre et à la demande se conjugueraient au cours des années à venir pour accélérer la dynamique de croissance des dépenses. Globalement, il paraît réaliste d'évaluer entre 3 %⁵ et 3,5 % annuellement en dollars constants (ou entre 5 %⁶ et 5,5 % en dollars courants) les

⁵. Cette hypothèse minimale évalue à environ 1,5 % l'effet des changements démographiques et à 1,5 % celui des progrès technologiques, sans compter l'effet des autres facteurs non quantifiables, tel l'élévation des attentes.

⁶. Cette hypothèse minimale suppose une augmentation générale des prix et des salaires égale à une évolution de l'IPC de 2 % ; elle suppose donc implicitement une augmentation du coût de la rémunération (incluant les coûts d'avancement d'échelon salarial) ainsi que du coût des dépenses non salariales de l'ordre de 2 %.

pressions structurelles qui pourraient s'exercer sur les dépenses de santé et de services sociaux au cours de la prochaine décennie.

Une situation intenable

Tout indique que le rythme de croissance structurelle des besoins de santé excède le potentiel de croissance à long terme de l'économie du Québec, qui pourrait être de l'ordre de 2 % annuellement, en moyenne, d'ici l'année 2010⁷. Cela paraît d'autant plus probable que le gouvernement devra réduire davantage le fardeau fiscal des Québécois, qui demeure parmi les plus élevés en Amérique. La réduction du fardeau de la dette est également appelée à figurer parmi les priorités collectives au cours des années à venir. On doit aussi tenir compte de la nécessité de pourvoir aux autres besoins prioritaires des Québécoises et des Québécois.

À moyen et à long terme, l'accélération des dépenses pourrait donc dépasser notre capacité collective de payer pour des services sociaux et de santé. À titre d'illustration, un écart de 1 % à 1,5 % annuellement entre l'évolution tendancielle de l'économie et la croissance structurelle des dépenses du secteur sociosanitaire (*i.e.* 3 % ou 3,5 %, moins 2 %) pourrait représenter, dans 10 ans, un montant variant entre 2,2 et 3,3 milliards de dollars.

Sans ajustements préventifs, cette situation pourrait remettre en cause la capacité des services sociaux et de santé à répondre aux besoins croissants de la population. Elle pourrait également mettre à l'épreuve l'équité entre les générations.

Dans ce contexte, il s'impose que l'on s'interroge sur la capacité de l'État à continuer à financer le système de santé et de services sociaux selon les modalités actuelles et sur le niveau de taxation ou de contribution que les citoyens sont prêts à accepter à cette fin.

3. SORTIR DE L'IMPASSE

Le système de santé et de services sociaux souffre d'un important problème de financement : le gouvernement fédéral accumule les surplus budgétaires pendant que les provinces doivent en supporter les coûts toujours plus élevés. Le système se voit fortement pressuré par le vieillissement accéléré de la population et par les progrès incessants de la technologie, qui ajoutent chaque année un « tour de vis » supplémentaire.

Pour dégager le système public de santé et de services sociaux de la tenaille dans laquelle il se trouve, des solutions sur le seul plan du financement ne sauraient cependant suffire. L'avenir du système semble plutôt passer par un *nouvel équilibre* à trouver, portant à la fois sur une adaptation de la formule actuelle de financement du régime, sur une révision des dépenses et du cadre de financement du secteur sociosanitaire, sur une révision des modalités d'allocation des ressources et des modes de rémunération ainsi que sur une

⁷ . Information provenant du ministère des Finances du Québec.

révision de l'organisation des services afin de rendre ces derniers davantage intégrés et accessibles et de les produire à moindre coût.

Adapter la formule de financement du régime public de santé et de services sociaux, tout en préservant l'intégrité de ce régime

On ne pourrait résoudre une impasse comme celle que doit affronter le système sans réexaminer les choix collectifs à l'origine de l'équilibre actuel entre le secteur public et le secteur privé dans le financement de la santé et des services sociaux. Avant de dégager des pistes d'orientation, on doit s'interroger sur des questions fondamentales telles que la capacité collective de financer le système public de santé et de services sociaux, l'étendue des services que l'État doit continuer de financer ainsi que l'augmentation de la taxation que la population est prête à accepter à cette fin.

Réviser les dépenses et le cadre de financement

Trouver un nouvel équilibre entre les dépenses et le financement *global* du secteur semble imposer des choix axés sur quatre grands types d'intervention, visant respectivement :

- à réduire le *niveau* de dépenses non essentielles ou non prioritaires ;
- à ralentir la *dynamique* des dépenses ayant un potentiel de croissance élevé ;
- à instaurer un financement public stable et prévisible ainsi qu'un partage équitable ;
- à mettre en place éventuellement un nouveau cadre budgétaire et financier pour le secteur de la santé et des services sociaux.

Améliorer les modalités d'allocation des ressources et les modes de rémunération

Pour répondre aux besoins quasi illimités avec des ressources limitées, le système doit s'assurer que celles-ci sont réparties et utilisées le plus efficacement possible. Trouver un nouvel équilibre entre les dépenses et le financement *local et régional* du réseau paraît exiger :

- pour les établissements : la correction des carences distributives de la méthode de reconduction historique des budgets par une prise en compte des besoins relatifs de la population qu'ils desservent ainsi que de leur performance économique ;
- pour les régies régionales : l'implantation d'une gestion responsable axée sur des objectifs de résultats ;
- pour les ressources humaines : une adaptation des modes de rémunération des médecins et de certaines clauses des conventions collectives des salariés aux besoins d'une organisation intégrée des services et du travail.

Produire les services à moindre coût

L'organisation des services et l'organisation du travail doivent faire en sorte que les services sont rendus de façon moins coûteuse. Parmi les pistes d'action envisageables, mentionnons celles qui permettraient :

- de faire une meilleure utilisation des compétences et des ressources humaines disponibles ;
- d'obtenir une meilleure complémentarité du secteur privé (les particuliers, le secteur communautaire et les entreprises) dans la production des services publics.

Le *statu quo*, sur le plan du financement comme sur celui de l'organisation des services, ne pourrait être longtemps maintenu. Pour l'éclairer sur les voies à privilégier, la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, madame Pauline Marois, a annoncé la mise sur pied de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

Cette commission a reçu le mandat de tenir un débat public portant sur les défis qui se posent au système public de santé et de services sociaux du Québec et sur les avenues de solution pour y faire face. L'objectif central de ce débat est de recueillir le point de vue de la population, des partenaires du réseau et des organisations représentatives des divers courants au sein de la société ainsi que de spécialistes sur des questions soulevées par la Commission.

Au terme de ses travaux, elle devra soumettre au gouvernement des pistes de solutions pour assurer la pérennité du système public de santé et de services sociaux.

Il est à espérer que le présent document d'information pourra être utile aux discussions sur l'avenir du système de santé et de services sociaux du Québec, en permettant de mieux cerner le chemin parcouru au cours des années 1990 ainsi que les principaux défis qui se posent pour les prochaines années, sur le plan budgétaire et financier.

Autres documents déjà publiés et disponibles à la section **documentation** sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est: **www.msss.gouv.qc.ca**

- **La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec: rapport du groupe de travail (rapport Arpin);**
- **La présence du privé dans la santé au Québec: état détaillé de la situation (rapport Arpin);**
- **Constats et recommandations sur les pistes à explorer: synthèse (rapport Arpin);**
- **Le financement des soins sociosanitaires (rapport Bédard);**
- **Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec (document d'information);**
- **Le système québécois de santé et de services sociaux (points de repères).**

