

**LE FINANCEMENT DES SOINS SOCIO-SANITAIRES :
UNE NOUVELLE ÉTAPE POSSIBLE DANS LA RÉFORME DU SYSTÈME**

**Rapport préparé pour le
ministère de la Santé et des Services sociaux
du Québec**

**par
Denis Bédard
Professeur associé**

Janvier 2000

Observatoire de l'administration publique - ENAP

Table des matières

Avant-propos	1
1. Évolution et perspectives de croissance des dépenses de services socio-sanitaires	3
1.1 La période 1985-1986 à 1999-2000	3
1.2 Estimation et évolution des dépenses brutes depuis 1994-1995	6
1.3 Évolution des sources de financement depuis 1994-1995	8
1.4 Points saillants de l'analyse de l'évolution des dépenses et des revenus	10
1.5 Facteurs de croissance et perspectives d'évolution	11
1.5.1 Les revenus et la capacité de payer	12
1.5.2 L'étendue de la couverture	15
1.5.3 Les changements démographiques	17
1.5.4 L'évolution des besoins et la pratique médicale	18
1.5.5 Les changements technologiques	19
1.6 Conclusion : les implications de l'évolution des dépenses pour la politique budgétaire	21
2. Les expériences internationales de réformes des services de santé	23
2.1 Les caractéristiques des systèmes publics de soins	23
2.2 La structure de financement	24
2.3 Les mesures pour stabiliser le système	26
2.3.1 Le financement des soins hospitaliers	26
2.3.2 La rémunération des services médicaux	30
2.3.3 La relation entre la demande et l'offre de soins	31
2.3.4 L'organisation des niveaux de décision	33
2.4 Conclusion : y a-t-il une convergence dans les réformes?	34
3. Les options de changement pour le Québec	37
3.1 La problématique du financement des soins de santé	37
3.2 Le cadre de la politique budgétaire	38
3.3 Les options pour résoudre le sous-financement	38
3.3.1 Première étape : un débat public et une commission indépendante	38
3.3.2 Deuxième étape : la recherche d'un nouveau processus budgétaire	40
3.3.2.1 Une première option : continuer le processus actuel	40
3.3.2.2 Une deuxième option : un fonds des services socio-sanitaires	41
3.4 Les options pour encourager la recherche de l'efficacité	44
3.4.1 L'implantation d'un système basé sur les coûts de service par patient (DRG)	44
3.4.2 Le rôle de la Commission sur la gestion et le financement des soins socio-sanitaires	46
3.5 La dimension régionale	46
3.5.1 La répartition des ressources entre les régions régionales	47
3.5.2 La gestion des capacités du réseau	48
3.5.3 Les soins pour personnes âgées	50
3.6 Conclusion : sortir de l'impasse	50
Bibliographie	55
Annexe	57

Liste des tableaux

Tableau 1 _____	4
Évolution des dépenses du secteur de la santé et des services sociaux de 1995-1996 à 1999-2000	
Tableau 2 _____	5
Variations du nombre d'hospitalisation, de durées moyennes de séjour et de la chirurgie d'un jour de 1994-1995 à 1997-1998	
Tableau 3 _____	7
Dépenses budgétaires du ministère et dépenses brutes consolidées de santé et de services sociaux de 1994-1995 à 1999-2000 (en millions \$)	
Tableau 4 _____	9
Sources de financement des dépenses brutes consolidées de santé et de services sociaux en 1994-1995 et 1999-2000	
Tableau 5 _____	13
Dépenses totales et dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB dans les pays de l'OCDE de 1960 à 1992	
Tableau 6 _____	16
Dépenses et contributions des usagers pour les services pharmaceutiques (en millions \$)	
Tableau 7 _____	47
Comparaison des indices de production, de consommation et de besoins entre les régions régionales	
Tableau A1 : Dépenses de service socio-sanitaire du réseau et autres activités connexes de 1994-1995 à 1999-2000 (en millions \$) _____	58
Tableau A2 : Dépenses totales brutes des services socio-sanitaires de 1994-1995 à 1999-2000 (en millions \$) _____	59
Tableau A3 : Dépenses brutes du ministère de la santé et des services sociaux (en millions \$) _____	60
Tableau A4 : Financement des dépenses totales brutes des services socio-sanitaires de 1994-1995 à 1999-2000 (en millions \$) _____	61
Tableau A5 : Plan budgétaire du gouvernement du Québec _____	62

AVANT-PROPOS

Le présent rapport fait suite à un mandat reçu du ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Québec. Ce mandat visait à analyser le cadre actuel du financement des services de santé et à documenter les facteurs pouvant justifier une modification au mode de financement, de façon à favoriser un meilleur équilibre entre l'offre et la demande de soins. L'analyse devait plus particulièrement porter sur les points suivants :

- le bilan de l'évolution des dépenses du secteur public de santé en regard des mesures de compression et de rationalisation prises au cours des dernières années;
- l'évolution du cadre de financement;
- les perspectives à moyen et long terme de la croissance des dépenses de santé compte tenu du vieillissement de la population, des changements technologiques et des autres facteurs systémiques, les implications de ces perspectives pour la politique budgétaire;
- les avantages et désavantages de différentes options de modification au financement et à la gestion des services de santé, à la lumière des expériences étrangères;
- l'ébauche d'un scénario de changement et les étapes de sa mise en application.

L'ensemble des points soulevés revient en définitive à questionner le mécanisme actuel d'allocations des ressources, pour suggérer s'il y a lieu des modifications susceptibles de mieux répondre aux besoins du secteur de la santé. Il convient de faire deux remarques quant à la portée du mandat. Tout d'abord les politiques du ministère de la Santé et des Services sociaux n'établissent plus de frontières entre les deux catégories de services, étant donné les nombreuses interrelations qui existent entre les soins de santé et les services sociaux. Il faut donc aborder le système socio-sanitaire comme un tout.

Deuxièmement, comme l'allocation des ressources se fait à l'intérieur du processus budgétaire applicable à l'ensemble des programmes gouvernementaux, le secteur de la santé et des services sociaux doit de ce fait concourir à la réalisation des objectifs de la

politique budgétaire. En s'interrogeant sur le mécanisme actuel de l'allocation des ressources, on soulève le problème délicat de l'arbitrage budgétaire et de l'opportunité que le financement du secteur de dépenses le plus important du gouvernement puisse suivre un processus particulier.

La première partie du rapport examinera l'évolution globale des dépenses socio-sanitaires de 1985-1986 à 1999-2000, pour procéder ensuite à une analyse plus détaillée des dépenses du ministère depuis 1994-1995 et de toutes les sources de financement qui y sont rattachées. Cette partie se terminera par une analyse des facteurs de croissance, des perspectives d'évolution au cours des prochaines années et des implications au plan de la politique budgétaire.

La deuxième partie portera sur la problématique de la gestion des soins de santé et décrira les réformes mises en place dans différents pays pour en améliorer l'efficacité et l'efficacités. La troisième partie discutera des avantages et désavantages des options qui s'offrent au Québec.

Je remercie messieurs Hung Do et Normand Lefebvre du ministère de la Santé et des Services sociaux pour leur aide et collaboration ainsi que madame Danielle Landry de l'Observatoire de l'administration publique de l'ENAP qui s'est occupée de la présentation du texte.

1. ÉVOLUTION ET PERSPECTIVES DE CROISSANCE DES DÉPENSES DE SERVICES SOCIO-SANITAIRES

1.1 La période 1985-1986 à 1999-2000

Pour faire une analyse à long terme des dépenses, nous avons utilisé des données relatives au secteur des services socio-sanitaires, c'est-à-dire la mission de la santé et des services sociaux dans les comptes budgétaires du gouvernement. Sur la base du budget de l'année en cours, les dépenses du secteur représentent 37,8 % des dépenses totales de programmes du gouvernement du Québec, soit 13,7 milliards \$ sur 36,2 milliards \$ (excluant le service de la dette). Il y a quinze ans, en 1985-1986, ce pourcentage était de 31,6 %. Le secteur accapare donc une part de plus en plus importante des ressources du secteur public puisque durant cette période, les dépenses totales de programmes ont augmenté de 11 850 millions \$ et de ce montant, 5996 millions \$ sont allés au secteur des services socio-sanitaires par rapport à 5854 millions \$ pour tous les autres programmes, ce qui est légèrement plus que cinquante pour cent.

En proportion du PIB, le poids des dépenses du secteur est resté sensiblement le même soit 7,1 % en 1985 comparativement à 6,9 % actuellement. Toutefois comme le montre le tableau 1 l'évolution annuelle n'a pas été du tout uniforme au cours de la période puisqu'en 1992-1993, le poids des dépenses a atteint un sommet de 8,1 % en proportion du PIB pour revenir ensuite graduellement au niveau de 7,0 % dans les années suivantes. L'augmentation au niveau de 8,1 % s'explique évidemment par le ralentissement économique entre 1989 et 1993 alors que les dépenses continuaient de croître. Ce n'est qu'à partir de 1993-1994 que l'augmentation des dépenses a été ralentie de manière significative, pour reprendre ensuite de nouveau en 1998-1999. On peut dire ainsi qu'il y a eu quatre phases dans l'évolution des dépenses depuis 1985-1986 et pour les faire ressortir de façon plus évidente, nous avons utilisé le taux de croissance des dépenses réelles, c'est-à-dire des dépenses corrigées de l'inflation (en l'occurrence IPC Canada).

Tableau 1
Évolution des dépenses du secteur de la santé et des services sociaux
de 1995-1996 à 1999-2000

	Dépenses (M \$)	Dépenses (taux de croissance)	PIB (MM\$)	Dépenses en % du PIB	Dépenses réelles	Dépenses réelles (Taux de croissance)	Dépenses du secteur en % des dépenses de programmes
1985-1986	7707,8		108,2	7,1	7707,8		31,6
1986-1987	8207,9	6,5	117,3	7,0	7884,6	2,3	32,8
1987-1988	8892,0	8,3	129,0	6,9	8180,3	3,8	33,9
1988-1989	9555,3	7,5	141,9	6,8	8448,5	3,3	34,1
1989-1990	10431,9	9,2	149,1	7,0	8712,6	3,1	35,1
1990-1991	11358,7	8,9	154,3	7,4	9130,8	4,8	35,2
1991-1992	12387,5	9,1	156,3	7,9	9438,5	3,3	35,8
1992-1993	12757,9	3,0	157,8	8,1	9570,8	1,4	35,2
1993-1994	13010,0	2,0	162,4	8,0	9587,3	0,2	35,9
1994-1995	13136,9	1,0	171,0	7,7	9659,5	0,8	35,6
1995-1996	13107,3	(0,2)	178,0	7,4	9436,5	(2,3)	35,7
1996-1997	12934,1	(1,3)	181,5	7,1	9160,1	(2,9)	36,7
1997-1998	12616,0	(2,5)	187,8	6,7	8791,6	(4,0)	35,6
1998-1999	13266,1	5,2	192,7	6,9	9098,8	3,5	36,9
1999-2000	13703,9	3,3	199,6	6,9	9246,9	1,6	37,8

Source : Secrétariat du Conseil du trésor et ministère des Finances.

- a) Tout d'abord, de 1985-1986 à 1991-1992, les dépenses de santé et de services sociaux ont connu une croissance relativement forte de 3,4 % en termes réels, ce qui fut plus rapide que la croissance des autres programmes gouvernementaux qui ont augmenté de 0,23 %. Cette différence a fait passer la part des dépenses socio-sanitaires de 31,6 % à 35,8 %.
- b) Par la suite, de 1992-1993 à 1994-1995, la croissance des dépenses a été ralentie, tout en demeurant légèrement positive, soit 0,7 % en termes réels. Le rythme fut similaire à celui des autres secteurs puisque la part des dépenses de santé et de services sociaux est restée en moyenne à 35,6 %.
- c) L'impact de la politique d'assainissement des finances s'est fait sentir à partir de 1995-1996 et durant trois ans, le niveau des dépenses socio-sanitaires a successivement

diminué de 2,3 %, 2,9 % et 4,0 %. En 1997-1998, les dépenses réelles étaient revenues au niveau de 1989-1990. Ce fut la période du virage ambulatoire dont les résultats se sont traduits par des changements importants dans les services de santé, notamment par une réduction du nombre d'hospitalisations, des durées moyennes de séjour et par une augmentation de la chirurgie d'un jour, comme le montre le tableau 2.

Tableau 2
Variations du nombre d'hospitalisation, de durées moyennes de séjour et de la chirurgie d'un jour de 1994-1995 à 1997-1998

	1994-1995	1997-1998	Variation
Réduction du nombre d'hospitalisations			
– Médecine	362 000	349 000	-3,6 %
– Chirurgie	<u>245 000</u>	<u>188 000</u>	-23,3 %
	607 000	537 000	-11,5 %
Réduction des durées moyennes de séjour par hospitalisation			
– Médecine	8,8	8,2	-6,8 %
– Chirurgie	8,7	7,5	-13,8 %
Augmentation de la chirurgie d'un jour : pourcentage des chirurgies d'un jour par rapport au potentiel visé	71,6 %	88,0 %	22,9 %

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

d) On remarque qu'enfin une hausse importante des dépenses en 1998-1999 et dans le budget de l'année 1999-2000, soit 5,2 % et 3,3 % en termes nominaux, ou 3,5 % et 1,6 % en termes réels. La part des dépenses de santé et de services sociaux par rapport à l'ensemble des programmes gouvernementaux est de nouveau à la hausse, passant de 35,6 % en 1997-1998 à 37,8 % actuellement.

Ces données ne reflètent pas toutefois exactement la réalité. En effet, de 1994-1995 à 1998-1999, les établissements ont accumulé un déficit de plus de 900 millions \$, ce qui a amené le gouvernement à injecter 1207 millions \$ en 1998-1999 pour aider à la consolidation financière du réseau et à rationaliser les activités. De plus, au cours de cette même année, le ministère a payé d'avance des dépenses de 1999-2000 pour un montant

de 162 millions \$. Les données financières officielles ne reflètent donc pas l'évolution des dépenses réelles de santé et de services sociaux.

De plus, elles n'intègrent pas les dépenses qui sont financées par des revenus déductibles du coût des services, c'est-à-dire principalement les contributions d'usager. Ces contributions totalisent maintenant près de 1,5 milliard \$ et il faut absolument en tenir compte pour apprécier correctement l'évolution du réseau. Pour ce faire, nous avons donc établi un cadre global des dépenses *brutes*.

1.2 Estimation et évolution des dépenses brutes depuis 1994-1995

Le cadre global des dépenses brutes est basé sur le portefeuille des activités du ministère selon le budget 1999-2000 (et non pas sur la définition des activités du secteur utilisé dans la section précédente) Compte tenu des données disponibles, la période étudiée ne couvre que cinq années et pour obtenir les dépenses brutes totales, les éléments suivants ont été ajoutés au budget régulier du ministère.

- a) Les dépenses financées par des contributions d'usagers et par d'autres revenus ont été ajoutées, de même que celles financées par emprunt à court terme (ce qui correspond aux déficits nets du réseau d'établissements pour chacune des années).
- b) Les opérations du fonds d'assurance-médicaments ont été intégrées à partir de 1996-1997.
- c) En 1997-1998, un montant de 307,1M \$ a été ajouté pour tenir compte de l'allègement autorisé de compressions.
- d) En ce qui concerne la dépense spéciale de 1207 millions \$ comptabilisée dans l'année financière 1998-1999, seul le montant autre que le remboursement des déficits a été ajouté, soit 300 millions \$.
- e) Enfin, les dépenses de 162 millions \$ prévues pour la restructuration en 1998-1999 ont été comptabilisées en 1999-2000. Le budget de l'année en cours a également été ajusté pour tenir compte de la compression de 130 millions \$ non réalisée au programme des médicaments. Enfin, un déficit estimé de 350 millions \$ a été ajouté à la prévision de dépenses du réseau ainsi qu'un

dépassement annoncé de 80 millions \$ aux services médicaux de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Tableau 3
Dépenses budgétaires du ministère et dépenses brutes consolidées de santé et de services sociaux de 1994-1995 à 1999-2000 (en millions \$)

Année	Dépenses budgétaires¹	Ajustements	Dépenses brutes consolidées	Dépenses brutes réelles²
1994-1995	13082,8	892,1	13974,9	13974,9
1995-1996	13051,5	940,8	13992,3	13691,1
1996-1997	12875,1	1213,0	14088,1	13572,3
1997-1998	12936,6	1968,9	14905,5	14128,5
1998-1999	14610,4	822,0	15432,4	14701,0
1999-2000	13703,3	2276,5	15979,8	14624,8

Taux de croissance à partir de :

— 1994-1995	0,9 %	—	2,7 %	0,9 %
— 1996-1997	2,1 %	—	4,3 %	2,5 %

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

⁽¹⁾ Selon la comptabilité gouvernementale

⁽²⁾ Les dépenses réelles sont calculées en utilisant IPC Canada

Le tableau 3 résume l'ensemble des ajustements apportés. Ainsi selon la structure budgétaire actuelle, les dépenses totalisaient 13 082,8 millions \$ en 1994-1995; après les ajustements proposés, les dépenses brutes consolidées sont plutôt de 13 974,9 millions \$, soit 892,1 millions \$ de plus. En 1999-2000, pour l'année budgétaire en cours, les ajustements font passer la dépense de 13 703,3 millions \$ à 15 979,8 millions \$, soit un écart de 2276,5 millions \$¹.

L'impact des ajustements est donc significatif et la dynamique des dépenses apparaît également différemment, notamment à cause de la prise en compte des déficits, des dépassements et de l'implantation du programme d'assurance-médicaments (pour plus de détails, voir les tableaux A-1, A-2 et A-3 en annexe). Deux constations méritent à cet égard d'être soulignées.

¹ On trouvera l'explication des écarts en annexe (tableaux A-1, A2 et A3).

- a) Tout d'abord, sur la base de la comptabilité gouvernementale, on a mentionné précédemment que la croissance des dépenses réapparaissait en 1998-1999. En réalité elle survient dès 1997-1998, même si on tient compte de l'impact de l'assurance-médicaments estimé à 275 millions \$.
- b) Ensuite, à partir de 1997-1998, la croissance des dépenses connaît une accélération plus forte, c'est-à-dire au taux annuel de 4,3 % pour les dépenses brutes consolidées comparativement à 2,1 % pour les dépenses comptabilisées selon le budget. La différence s'explique surtout par la correction de l'anticipation de dépenses et l'ajout des dépassements anticipés en 1999-2000.

En établissant le niveau des dépenses brutes consolidées il devient possible d'analyser en contrepartie l'ensemble des sources de financement des services socio-sanitaires, ce qui est fait dans la section suivante.

1.3 Évolution des sources de financement depuis 1994-1995

On peut regrouper les sources de financement en deux catégories : il y a d'une part les revenus déductibles du coût des différents services et d'autre part le financement provenant du fonds consolidé. La première catégorie comprend les revenus perçus par les établissements et les revenus reliés aux services de transport ambulancier, aux services médicaux et aux services pharmaceutiques. Comme le montre le tableau 4, en 1994-1995 les revenus des établissements provenaient au deux tiers de l'hébergement et représentaient au total 83 % des revenus déductibles du coût des services. Mais avec l'instauration du nouveau programme d'assurance-médicaments, les contributions des usagers aux services pharmaceutiques sont passées de 35,5 millions \$ à 551,0 millions \$, devenant ainsi la source la plus importante de revenus liés à la prestation des services socio-sanitaires.

Tableau 4

Sources de financement des dépenses brutes consolidées de santé et de services sociaux en 1994-1995 et 1999-2000

	1994-1995 (en M\$)	Distribution procentuelle	1999-2000 (en M\$)	Distribution procentuelle
1. Revenus déductibles du coût des services				
— Établissements				
▪ Hébergements	520,5	3,7	540,0 ⁽¹⁾	3,6
▪ Autres	238,3	1,7	216,0 ⁽¹⁾	1,4
— Transport ambulancier	65,0	0,5	74,0	0,5
— Services médicaux (CSST)	59,7	0,4	60,0 ⁽¹⁾	0,4
— Services pharmaceutiques	35,5	0,3	551,0	3,6
Total des revenus liés aux services	919,0	6,6	1441,0	9,5
2. Financement provenant du Fonds consolidé				
— Fonds des services de santé	3229,5	23,0	4083,3	27,0
— SAAQ (accidents de la route)	91,7	0,7	90,0 ⁽¹⁾	0,6
— Balance des subventions du MSSS	9761,6	69,7	9530,3	63,0
Total des transferts	13082,8	93,4	13703,6	90,5
3. Total des sources de financement	14001,8	100,0	15144,6	100,0
4. Déficits ou dépassements à financer	(26,9)		835,5	
5. Dépenses brutes consolidées	13974,9		15979,8	

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

⁽¹⁾ Estimation sur la base des revenus de 1998-1999.

N.-B. : Les totaux tiennent compte des arrondissements de décimales.

La deuxième catégorie de sources de financement a trait aux paiements de transfert venant du Fonds consolidé. Ces paiements transitent tous par le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux. Toutefois, dans les revenus du gouvernement, deux sources de fonds sont identifiées au domaine de la santé, soit le fonds des services de santé (FSS) qui est une taxe sur la masse salariale payée par les employeurs et la

compensation payée par la Société d'assurance-automobile du Québec (SAAQ) pour les accidentés de la route. On remarque que de 1994-1995 à 1999-2000, l'importance du FSS comme source de financement est passée de 23,0 % à 27,9 % et la balance du financement subventionné du ministère a, quant à elle, diminué de 69,7 % à 63,9 %. Au total les paiements de transfert ont diminué de 93,4 % à 90,5 % et la différence a été comblée par la hausse des contributions pour les médicaments, tel qu'expliqué plus haut¹.

La distinction entre les revenus budgétaires (FSS et SAAQ) et ce qu'on peut appeler la « balance du financement » provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux n'est pas une distinction utilisée dans l'élaboration de la politique budgétaire. La gestion du budget est en effet basée sur la séparation des dépenses et des revenus, de façon à ce qu'aucune source de revenus ne soit dédiée à un programme particulier. Cette étanchéité a été introduite afin d'éviter que les dépenses d'un programme dont les services sont tarifés puissent augmenter suite à une hausse de revenus. Toutefois, dans le cas des dépenses de services socio-sanitaires, nous avons affaire à une taxe spécifique importante qui rapporte plus de quatre milliards \$ et dont l'objectif légal est de financer les services de santé. La prise en compte de ce revenu budgétaire spécial est donc justifiée quand on analyse la structure financière du système socio-sanitaire. Au total, on constate donc que les revenus budgétaires et les autres revenus spécifiques équivalent à 37 % des dépenses brutes consolidées.

1.4 Points saillants de l'analyse de l'évolution des dépenses et des revenus

L'analyse de l'évolution des dépenses et des revenus du système socio-sanitaire public a permis de faire ressortir cinq points importants qui se résument ainsi :

- a) Au cours des quinze dernières années, les dépenses ont tout d'abord connu durant six années, de 1985-1986 à 1991-1992, une forte croissance, au rythme annuel moyen de 3,4 % en termes réels.

¹ Le financement indirect provenant du gouvernement fédéral via les paiements faits en vertu du programme du « Transfert social canadien » n'est pas considéré comme une source de fonds en raison de son caractère inconditionnel et de la difficulté à déterminer le montant précis pouvant s'appliquer aux dépenses du ministère.

- b) La croissance des dépenses socio-sanitaires a ensuite été ralentie de 1992-1993 à 1994-1995 et elle a été négative au cours des deux années suivantes, ce qui reflète l'impact des coupures budgétaires faites au cours de cette période.
- c) La nouvelle politique d'assurance-médicaments implantée en 1996-1997 a fait augmenter la base des dépenses brutes des services pharmaceutiques d'environ 275 millions \$ et depuis, ces dépenses connaissent un taux de croissance de plus de 15 %.
- d) En ajustant le niveau des dépenses pour tenir compte des déficits et dépassements, on constate que le taux réel de croissance des dépenses brutes consolidées de tous les services socio-sanitaires est depuis 1997-1998 aussi élevé qu'il l'était avant 1991-1992.
- e) Le financement provenant de sources spécifiques représente le tiers des dépenses brutes consolidées.

De toute évidence, après les efforts de rationalisation faits au cours des cinq dernières années, l'accumulation de déficits importants depuis 1996-1997 est le signe de tensions importantes entre la gestion des programmes de services, le fonctionnement du réseau d'établissements et les contraintes de financement à l'intérieur desquelles on a essayé de gérer le système. Compte tenu de ce constat, quelle sera la dynamique des dépenses au cours des prochaines années? Pour y répondre, il faut essayer de dégager les perspectives d'évolution à compter de l'an 2000 en examinant la tendance des principaux facteurs de croissance.

1.5 Facteurs de croissance et perspectives d'évolution

L'évolution des dépenses d'un système socio-sanitaire public est le résultat d'interrelations complexes entre les facteurs qui influencent l'offre ou la demande de services; et ces interrelations dépendent elles-mêmes des modalités régissant l'organisation et le fonctionnement du système. Au Québec, nous avons un système qui est financé centralement à 90 % par des sources budgétaires et dont les prestataires (médecins et autres professionnels) travaillent de façon privée à l'intérieur d'établissements publics ou en cabinets indépendants.

En supposant que la forme d'organisation des soins est donnée, les facteurs généraux influençant la demande et l'offre sont les suivants :

- facteurs concernant la demande
 - les revenus et la capacité de payer
 - l'étendue de la couverture
 - les changements démographiques (croissance de la population et vieillissement)
 - l'évolution des besoins
- facteurs concernant l'offre
 - l'évolution des besoins
 - la pratique médicale
 - les changements technologiques (équipements et médicaments)

Les études sur l'évolution des dépenses socio-sanitaires dans les pays de l'OCDE font ressortir la très grande difficulté de mesurer l'influence de chacun des facteurs. On peut quantifier plus facilement la consommation de soins découlant des changements démographiques, mais la croissance résiduelle des dépenses est tout simplement imputée à l'ensemble des autres facteurs dont le plus important serait celui lié aux changements technologiques. La difficulté d'isoler l'influence des facteurs spécifiques est la caractéristique d'un système où les composantes de l'offre sont gérées centralement face à une demande de services qui est indépendante des prix : dans un tel système la demande suit l'offre car l'offre est en mesure de créer en très grande partie sa propre demande. Malgré la difficulté de faire des estimations précises, les études concluent qu'au total les facteurs de l'offre seraient en général responsables pour un peu plus de la moitié de la croissance des dépenses et les facteurs de demande pour moins de la moitié. C'est dans cette perspective que nous essayerons d'évaluer l'influence de chacun des facteurs sur la croissance à moyen terme des dépenses au Québec.

1.5.1 Les revenus et la capacité de payer

Étant donné la très grande valeur que représente la santé pour les individus, il serait logique de penser que la consommation individuelle de soins a tendance à augmenter

avec le niveau de revenus. Mais comme la maladie représente un risque, la consommation s'exprime principalement via des systèmes d'assurance privée ou publique. L'effet de revenu ne peut donc pas se mesurer directement.

On constate par ailleurs que depuis 1960, la proportion des dépenses totales de santé a augmenté en pourcentage du PIB dans tous les pays de l'OCDE : en moyenne, elle est passée de 3,9 % à plus de 8,0 % après 1990, mais l'augmentation a eu tendance à diminuer, passant de 1,7 point de pourcentage entre 1970 et 1980 à 0,7 point de pourcentage entre 1980 et 1990. Cette baisse tendancielle est due, dans presque tous les pays, au ralentissement de la croissance des dépenses publiques de santé au cours des années quatre-vingt, celles-ci continuant quand même d'augmenter plus rapidement que le PIB.

Tableau 5
Dépenses totales et dépenses publiques de santé
en pourcentage du PIB dans les pays de l'OCDE de
1960 à 1992

	Dépenses totales	Dépenses publiques
1960	3,9	2,5
1970	5,5	4,1
1980	7,2	5,6
1985	7,4	5,7
1990	7,9	6,1
1992	8,4	6,3

Source : Étude de politique de santé n° 7, OCDE.

Si on prend le PIB comme indice de revenu, on peut probablement dire que les gouvernements, jusqu'à la fin des années 1980 ont consenti à une augmentation de l'offre des soins de santé sachant que le PIB pouvait absorber cette augmentation, jusqu'à ce que la crise des finances publiques oblige à s'interroger sur la dynamique de ce développement. Le PIB est alors apparu davantage comme indice de capacité de payer pour comparer les pays entre eux et les écarts trop élevés par rapport aux autres pays apparaissent comme un désavantage au plan concurrentiel.

Aux deux extrêmes se retrouvent les États-Unis dont les dépenses *totales* de santé représentaient en 1997 14 % du PIB, par rapport au Royaume-Uni qui y consacrait 6,7 %. Cet écart est évidemment significatif, mais en ce qui concerne les autres principaux pays de l'OCDE, les écarts sont moins importants, c'est-à-dire de l'ordre de trois points de pourcentage. Ils se situaient entre l'Allemagne qui était à 10,4 % et le Japon à 7,3 %. Au Canada et au Québec, les pourcentages étaient respectivement de 9,1 et 9,0 %. Même si ces statistiques sont basées sur une méthodologie visant à permettre des comparaisons internationales, il faut être prudent dans l'interprétation de ces écarts en raison des différences d'organisation, des variations dans les définitions de soins et des différences dans l'imputation comptable des coûts.

Cette prudence est particulièrement de mise en ce qui concerne les données sur le Québec, puisque le ministère de la Santé et des Services sociaux ne fait plus de distinction entre les services de santé et les services sociaux. L'estimation des dépenses publiques de santé est faite par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) à l'aide d'information supplémentaire obtenue auprès du réseau québécois. Dans la mesure où les modèles de soins sont assez similaires entre les provinces, les statistiques provenant du ICIS sont néanmoins utiles pour faire des comparaisons globales et évaluer les tendances.

Selon les dernières estimations, les dépenses *publiques* de santé per capita étaient en 1998 de 1821 \$ en moyenne pour le Canada et de 1608 \$ au Québec, soit 11,7 % de moins. Le Québec serait en fait la province qui dépense le moins pour son système de soins. Par ailleurs, si on calcule le niveau de dépenses en pourcentage du PIB, la part relative des dépenses publiques de santé est la même au Québec et au Canada, soit 6,3 %, ce qui indique un poids comparable du secteur de la santé dans l'économie.

La prise en compte des dépassements en 1998 et 1999 pourrait toutefois faire augmenter la part relative des dépenses publiques au Québec en pourcentage du PIB. Mais en comparant le Québec aux autres provinces, il faut prendre en considération un facteur qui n'est jamais mentionné. Le Québec reçoit en effet du gouvernement fédéral un paiement de péréquation qui est estimé à 4385 millions \$ en 1999-2000 et qui équivaut à 10,7 % des autres revenus autonomes.

L'objectif de la péréquation est de permettre aux provinces qui ont un potentiel fiscal plus faible de pouvoir offrir un niveau de services qui soit sensiblement comparable à la moyenne canadienne. Le PIB du Québec per capita est environ 10 % inférieur à celui du Canada et la péréquation sert à combler la capacité financière inférieure qui en découle. En recevant une telle compensation, le Québec peut donc avoir un niveau de dépenses publiques en pourcentage du PIB qui est plus élevé. En d'autres mots, si les dépenses publiques de santé représentent pour l'ensemble du Canada 6,3 % du PIB, la péréquation permet au Québec d'en dépenser 7 % sans risques de compromettre sa position concurrentielle.

Au niveau actuel de 6,3 %, tout indique donc que les dépenses publiques de santé au Québec ne sont pas trop élevées. Sont-elles suffisantes pour offrir des services comparables à ceux des autres provinces? Pour répondre oui ou non, il faudrait savoir si les coûts de production sont plus ou moins élevés pour offrir les mêmes services. Quoiqu'il en soit, au cours des prochaines années, à moins que la croissance économique réelle soit très bonne à long terme, c'est-à-dire 3,5 % et plus en moyenne, (par rapport à 2,0 % depuis 1985) l'évolution du PIB ne sera pas un facteur susceptible d'entraîner une hausse des dépenses de santé. La pression va plutôt provenir des autres facteurs de demande et d'offre comme nous le verrons.

1.5.2 L'étendue de la couverture

L'impact de l'accroissement de l'étendue de la couverture des soins est survenu après 1960 avec la mise en place des programmes d'assurance-hospitalisation (1961) et d'assurance-maladie (1970). Les dépenses totales de santé au Québec sont ainsi passées de 6,1 % du PIB en 1965, à 7,6 % en 1970 et 8,1 % en 1975, soit un accroissement de 2,0 points de pourcentage en 10 ans. Au cours des vingt années suivantes, la hausse sera à peine plus de 1,0 point de pourcentage.

La seule mesure vraiment importante après l'assurance-maladie pour accroître les services a été la nouvelle politique d'assurance-médicaments qui couvre depuis le 1^{er} janvier 1997 l'ensemble de la population alors que seuls les bénéficiaires de l'aide sociale (1970) et les

personnes âgées (1975) étaient auparavant couverts. En 1995-1996, les dépenses brutes pour services pharmaceutiques avaient été de 857 millions \$. L'élargissement de la couverture a débuté au cours de l'année financière suivante et on peut estimer que l'impact sur une base annuelle complète a été d'environ 275 millions \$ en 1997-1998, ce qui a fait passer les dépenses brutes pour services pharmaceutiques à 1132 millions \$ (ou 1180 millions \$ si on tient compte de la hausse des bénéficiaires déjà couverts).

Tableau 6
Dépenses et contributions des usagers pour les services pharmaceutiques
(en millions \$)

Année	Dépenses nettes⁽¹⁾	Contributions	Dépenses brutes
1994-1995	753,7	35,5	789,2
1995-1996	819,3	37,6	856,9
1996-1997	705,3	195,4	900,7
1997-1998	685,0	496,2	1180,2
1998-1999	839,9	524,5	1364,4
1999-2000	998,9	551,0	1549,9

⁽¹⁾ Y compris les frais d'administration de la RAMQ

Par ailleurs, comme le montre le tableau 6, les contributions exigées en vertu de la politique d'assurance-médicaments ont permis de diminuer les dépenses *nettes* de 819,3 millions \$ en 1995-1996 à 685,0 millions \$ 1997-1998. Le gain fut de courte durée car la hausse du rendement des contributions d'usagers a ensuite été insuffisante pour absorber la forte hausse de la demande de médicaments en 1998-1999 et 1999-2000 (31,4 % pour les deux années) ce qui a conduit à une explosion des dépenses nettes qui ont augmenté de 45,8 % depuis 1997-1998.

Comment évolueront les dépenses de services pharmaceutiques au cours des prochaines années? Si la demande continue de croître à environ 15 %, la hausse des dépenses nettes sera de l'ordre de 20 % ou plus en 2000-20001. Pour stabiliser la hausse des dépenses nettes à 2 %, il faudrait que l'ensemble des contributions augmentent de 38 % et passent de 551 millions \$ à 762 millions \$. La demande de services pharmaceutiques sera donc un facteur important de croissance des dépenses des soins de santé au cours des prochaines années. L'élaboration d'un scénario plus précis exigerait une analyse des tendances de consommation par catégorie de bénéficiaires.

1.5.3 Les changements démographiques

Les changements démographiques pouvant affecter la demande de soins sont d'une part la croissance comme telle de la population découlant des naissances et de l'immigration nette et d'autre part la hausse du nombre de personnes âgées reliée au vieillissement et à l'augmentation de l'espérance de vie. L'impact des changements démographiques sur la demande de soins découle plus précisément de la variation de la population par groupe d'âge compte tenu du fait qu'une personne de 65 ans et plus consomme environ quatre à cinq fois plus de soins qu'une personne de moins de 65 ans.

L'effet du vieillissement de la population découlant d'une espérance de vie plus élevée est plus complexe que le simple accroissement du nombre de personnes âgées. Tout dépend si les années supplémentaires sont avec ou sans incapacité. Les baisses de morbidité peuvent ainsi compenser en partie les effets du vieillissement. Par ailleurs, les conséquences à long terme des changements démographiques sur le financement des soins de santé sont amplifiées par la baisse de fécondité en même temps qu'il y a hausse de l'espérance de vie. La pyramide d'âge vieillit donc par les deux bouts.

Dans sa thèse de doctorat sur le vieillissement, Madeleine Rochon a fait une analyse comparative des différentes études qui ont été faites sur les prévisions à long terme des dépenses publiques de santé et il ressort de son analyse que dans le passé, les facteurs démographiques n'ont pas exercé de pression importante sur la progression des dépenses mais que la pression sera à la hausse dans les années à venir, d'autant plus que la croissance la plus forte sera dans le groupe de personnes très âgées, soit le groupe des 85 ans et plus.

À moyen terme, c'est-à-dire au cours des dix prochaines années, la croissance de la population va demeurer positive : elle est actuellement de 0,6 % et d'ici 2011, elle pourrait graduellement diminuer vers 0,2 %, dépendamment de l'évolution de la fécondité et de l'immigration. Par comparaison, la population de 65 ans et plus augmente actuellement au rythme de 2,3 % et le rythme s'accélèrera d'ici 2011 pour atteindre 3,0 %.

Les projections de la population du Québec laissent ensuite entrevoir la possibilité d'une baisse absolue à compter de 2016 au moment du passage des générations du babyboom dans le groupe des personnes âgées. Ces projections sont par ailleurs très sensibles aux hypothèses de fécondité, d'espérance de vie et d'immigration, de sorte qu'une légère amélioration des hypothèses pourrait éliminer la baisse prévue ou la repousser dans le temps.

À partir d'une analyse de la consommation des services socio-sanitaires par groupe d'âge, Madeleine Rochon a fait une projection de dépenses publiques pour tenir compte des changements démographiques. Pour la période 2001 à 2011 le taux de croissance annuel obtenu est de 1,53 % (scénario 1) alors que la population totale augmente au rythme de 0,20 %. Le phénomène de vieillissement entraîne donc une hausse annuelle de 1,3 %, ce qui équivaut pour les personnes âgées de plus de 65 ans à une consommation 4,3 fois supérieure à la moyenne de la population.

Ces résultats sont similaires à ceux obtenus dans les études pour d'autres provinces ou d'autres pays. Dans les publications de l'OCDE, on reconnaît notamment que la consommation des soins de santé des personnes de plus de 65 ans est en général quatre fois supérieure à celle de la population de moins de 65 ans. La prise en compte du phénomène du vieillissement dans la planification et le financement des services socio-sanitaires est donc un facteur incontournable. Sur la base du coût actuel des services, c'est un enjeu d'un montant de 235 millions \$ (soit 1,5 % de 15,8 milliards \$).

1.5.4 L'évolution des besoins et la pratique médicale

L'évolution des besoins peut affecter la croissance des dépenses de services à deux titres. D'une part, de nouvelles maladies peuvent apparaître (comme le sida) ou l'incidence de maladies existantes peut s'accroître (comme certaines formes de cancer). D'autre part, la satisfaction de certains besoins peut être en croissance grâce à de nouvelles pratiques médicales ou grâce à de nouveaux équipements. Dans le premier cas, l'évolution des besoins est un facteur augmentant la demande de services et dans le deuxième cas, c'est

l'offre qui s'accroît. Il faut souligner que des besoins particuliers peuvent aussi diminuer, ce qui amène une baisse de la production de certains services.

La question des besoins est donc à la fois reliée à l'incidence des maladies et des pathologies, à l'évolution de la pratique médicale et à l'utilisation de nouvelles technologies. Dans les études sur l'évolution à long terme des dépenses de santé, l'ensemble de ces facteurs est abordé comme *facteur résiduel* complémentaire à l'influence de la hausse des revenus et des changements démographiques. Par ailleurs, dans une perspective à plus court terme, certains événements peuvent avoir un impact spécifique important comme ce fut le cas du virage ambulatoire qui a permis au Québec de réduire les coûts d'hospitalisation depuis 1994-1995. Si le système avait simplement continué à évoluer au taux d'inflation plus le taux de croissance imputable aux changements démographiques, les dépenses totales en 1997-1998 auraient pu être au minimum de 15 415 millions \$ (incluant 275 millions \$ supplémentaires pour les médicaments) au lieu de 14 575 millions \$. La différence de 840 millions \$ peut être imputée en grande partie au virage ambulatoire.

Il reste à faire une évaluation plus précise de son impact mais ce qu'il faut retenir est que le virage ambulatoire a permis de baisser la base des dépenses d'un montant significatif. Que se passe-t-il après un tel ajustement? Comme il n'y a pas eu d'autres changements structurels dans le fonctionnement du système, le taux de croissance tendanciel n'est pas en soi modifié et le système reprend son rythme d'évolution une fois que l'ajustement a été complètement absorbé.

Pour compléter la revue des facteurs de croissance, il nous reste à discuter de l'impact plus particulier des nouvelles technologies.

1.5.5 Les changements technologiques

L'expansion des technologies a été considérée jusqu'ici comme une des principales causes de la croissance des dépenses de soin de santé. Les effets des changements que cette expansion entraîne sont multiples :

- amélioration de la capacité et de la qualité des procédés de diagnostic;
- amélioration des traitements;
- possibilités d'interventions à des âges plus avancés;
- élimination de certaines interventions chirurgicales grâce aux progrès de la pharmacologie;
- possibilité de traiter de nouvelles maladies ou pathologies;
- possibilité de traiter un volume croissant d'informations médicales.

En termes de coûts, comme les nouvelles technologies augmentent les capacités de traitement, elles peuvent amener une baisse de coûts unitaires mais elles conduisent inévitablement à une hausse de dépenses car elles permettent au total d'accroître les services en traitant non seulement plus de patients mais également plus de maladies.

En résumé, les changements technologiques donnent lieu au phénomène *d'intensification des services* qu'il n'est pas facile de mesurer, d'autant plus qu'il bénéficie surtout au groupe des personnes âgées et qu'il s'additionne à l'impact du vieillissement sur la demande de services. Ceci nous ramène au concept de facteur résiduel de croissance mentionné à la section précédente.

Si on essaie de mesurer l'impact du facteur résiduel en procédant à l'analyse de l'évolution passée des dépenses, on risque de surestimer son importance à cause de la facilité avec laquelle l'expansion du système a pu être financée par la croissance économique. Par ailleurs, on peut dire de la même façon qu'au cours des cinq dernières années, les contraintes budgétaires ont forcé à rationaliser le fonctionnement du réseau mais elles ont aussi probablement retardé l'introduction d'une partie des changements technologiques survenus durant la période. Il pourrait donc y avoir un retard à combler certains besoins, ce que mentionnent d'ailleurs de plus en plus les prestataires de services.

Il serait également intéressant de savoir si le rythme des changements technologiques s'accélère en relation avec le développement des nouvelles technologies de traitement de l'information comme on le constate en général dans le secteur tertiaire de l'économie. On

peut supposer que oui et on ne risque pas de se tromper en affirmant que le facteur résiduel causé principalement par l'évolution technologique va continuer d'exercer une pression importante sur le système de soins socio-sanitaires. Si, comme par le passé, les facteurs reliés à l'offre amène une augmentation de dépenses au moins égale à celle des facteurs reliés à la demande (dont les changements démographiques), le taux de croissance imputable à l'offre serait de 1,5 % ou plus. Dans une perspective de gestion serrée de l'offre, on pourra essayer de minimiser cet impact, mais pour garder une qualité de soins qui ne s'écarte pas trop du niveau des autres provinces, il faudra consacrer aux changements technologiques une provision annuelle qui ne devrait pas être inférieure à 1 %.

1.6 Conclusion : les implications de l'évolution des dépenses pour la politique budgétaire

En conclusion, on peut retenir trois faits marquants de l'évolution des dépenses au cours des cinq dernières années. Premièrement, le virage ambulatoire a permis un réajustement important de la base budgétaire mais après ce réajustement, les dépenses ont continué à croître à un rythme aussi rapide qu'avant 1992-1993. Deuxièmement, comme le gouvernement a ignoré l'impact des facteurs systémiques de croissance, les établissements ont enregistré des déficits de plus en plus élevés qui ont dû être éponges en 1998-1999 et qui réapparaissent de nouveau pour l'année en cours. Troisièmement, les indicateurs comparatifs par rapport aux autres provinces montrent que le système québécois est maintenant sous-financé.

Les conséquences d'une telle politique risquent d'être très négatives pour la gestion d'un système aussi complexe, car les déficits sont le signe que les règles budgétaires ne tiennent plus et que les contraintes imposées ne peuvent pas être appliquées. Ces contraintes placent les administrateurs et les responsables du réseau devant des problèmes qu'il leur est impossible de résoudre et vu centralement le système apparaît être sans contrôle. Il faut donc s'interroger sur le réalisme de la politique suivie ou sur l'efficacité de la structure de fonctionnement du réseau face aux enjeux de la croissance des dépenses. En additionnant l'ensemble des facteurs, le taux d'augmentation minimum

pourrait être facilement de 3 % et plus si les services pharmaceutiques continuaient à croître à 15 % annuellement.

Face à cette pression, quel serait le cadre de financement qui permettrait d'améliorer l'équilibre de la demande et de l'offre des services socio-sanitaires, tout en ayant comme objectif la maîtrise des coûts et l'amélioration de l'efficacité? Cette question est au cœur des projets de réforme qui ont été entrepris dans la plupart des pays de l'OCDE. La prochaine partie résume les orientations et les mesures qui ont été mises de l'avant dans le cadre de ces réformes qui ont débutées au cours des années quatre-vingt et qui se sont accélérées au cours de la dernière décennie.

2. LES EXPÉRIENCES INTERNATIONALES DE RÉFORMES DES SERVICES DE SANTÉ

2.1 Les caractéristiques des systèmes publics de soins

Le désir de maîtriser la croissance des dépenses a été à l'origine des réformes des soins de santé entreprises dans plusieurs pays. Pour comprendre ces réformes, il faut rappeler au point de départ, que les services de santé ont pour objectif d'offrir des soins médicaux de qualité pour améliorer l'état de santé de la population et que dans la poursuite de cet objectif, un système doit être équitable en donnant une égalité d'accès aux soins à tous les citoyens. Mais il doit aussi être efficace car l'utilisation inefficace des ressources diminue les possibilités d'une meilleure amélioration de la santé et conduit progressivement à l'introduction de contraintes financières qui se traduiront par des iniquités dans l'accès aux services. Le défi des projets de réforme est donc de concevoir un ensemble de méthodes de gestion qui vont améliorer le contrôle de la croissance des dépenses sans remettre en cause les objectifs de base du système de soins.

Les modalités des réformes varient selon les caractéristiques des systèmes publics de chacun des pays. La caractéristique la plus importante est celle des sources de financement et à cet égard, on distingue entre deux sortes de systèmes : ceux financés à même les revenus des budgets gouvernementaux et ceux financés par des caisses d'assurance. Ensuite du point de vue de l'achat des services, il y a d'une part les systèmes à payeur unique qui sont gérés centralement et d'autre part, les systèmes à payeurs multiples lorsque la gestion du système est décentralisée régionalement ou lorsqu'il existe plusieurs caisses d'assurance privées ou publiques. Il existe enfin des différences selon que les prestataires sont privés ou publics.

Dans un pays donné, le système de soins est une combinaison de ces différentes caractéristiques qui ont chacune des avantages et des désavantages du point de vue de la gestion et du contrôle des dépenses. En mettant en place les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie, le Québec a adopté dans le passé un système qui est financé en grande partie par des revenus budgétaires. Il a depuis intégré tous les

établissements curatifs à l'intérieur d'un réseau public, tout en choisissant de laisser les médecins pratiquer de façon privée en les rémunérant à l'acte. Le système québécois est non seulement financé centralement mais il a été géré centralement jusqu'à ce que les régies régionales de santé et de services sociaux assument en 1991 des responsabilités de planification, d'organisation et d'allocation de ressources sur leurs territoires (sauf pour les services médicaux).

Nous allons nous intéresser aux modalités de réforme des soins de santé dans les systèmes publics qui ont des caractéristiques similaires à celles du modèle québécois. Nous verrons que la recherche d'un plus grand contrôle des dépenses donne lieu à des mesures touchant soit le système dans son ensemble ou soit le fonctionnement des éléments responsables de l'offre de soins. Nous débuterons par une question concernant d'abord l'ensemble du système, soit le financement, et nous aborderons ensuite le côté de l'offre.

2.2 La structure de financement

La façon d'organiser le financement est évidemment cruciale à la fois pour l'évolution de la demande et pour l'évolution de l'offre de services. Dans les modèles de type québécois, on peut dire que le financement par revenus budgétaires a quatre conséquences très importantes.

- a) Le financement est décidé à l'intérieur du processus d'arbitrage des priorités gouvernementales. Le secteur de la santé et des services sociaux est ainsi en concurrence avec les autres secteurs d'activités comme l'éducation, la sécurité publique, la culture, etc.
- b) Une fois que le niveau de financement est décidé, il s'ensuit que la gestion du système est avant tout une gestion de l'offre de services face à une demande qui s'exprime sans restriction.
- c) Les consommateurs ne se soucient en fait ni du coût global du système, ni du coût des services qu'ils reçoivent en moyenne eux-mêmes.

- d) Le problème permanent de ce mode de financement est de savoir si le niveau de ressources est adéquat, c'est-à-dire ni trop bas ni trop élevé, et de s'assurer que l'offre est gérée efficacement en relation avec les services rendus.

Par rapport à cette problématique, le système public financé par un régime d'assurance a l'avantage de forcer l'ajustement des cotisations lorsqu'il y a un déséquilibre entre les revenus et les dépenses, ce qui peut entraîner un débat sur la gestion des services. Dans les modèles financés par revenus budgétaires comme au Québec, il a fallu une crise budgétaire pour initier un tel débat.

Toutefois, l'analyse des coûts des différents systèmes de soins de santé montre que ce sont les pays¹ ayant un financement par revenus budgétaires qui ont le plus du succès dans le contrôle des coûts de la santé. Ils ont la capacité de pouvoir organiser centralement le cadre de fonctionnement des établissements et des services médicaux et d'harmoniser les pratiques de gestion avec les objectifs financiers poursuivis, tout en ayant des coûts d'administration relativement plus bas. Quand ils s'engagent dans un processus de réforme, ces pays ne sont donc pas intéressés à faire des changements à leur structure de revenus, si ce n'est pour introduire ou pour ajuster, lorsqu'ils en imposent, les tarifs pour les services ambulatoires ou pour les médicaments (y compris les montants déductibles en franchise). Certains pays pourraient également ajuster les impôts spécifiques qui sont dédiés au financement de la santé. Mais cet élément n'est toutefois jamais mentionné comme étant stratégique.

Par ailleurs, ces mêmes pays ont été les plus innovateurs dans la réorganisation des processus de décision et des pratiques de gestion afin de changer la dynamique de la demande et de l'offre de services. Certains des changements introduits ont même été très audacieux en modifiant profondément plusieurs aspects du marché de la santé et notamment les rôles joués par les différents intervenants dans le fonctionnement du système.

¹ Les pays en question sont notamment l'Australie, le Royaume-Uni, le Danemark, la Norvège, la Suède et la Nouvelle-Zélande.

L'objectif commun de ces réformes est de stabiliser le système en changeant l'offre ou la demande de soins et pour bien comprendre les mesures introduites, il est utile de rappeler la problématique générale du fonctionnement particulier du marché de la santé. C'est en effet un marché composé de trois intervenants, à savoir l'individu qui demande des soins, les prestataires de services (médecins et établissements) qui le prennent en charge et le tiers payeur qui rembourse les coûts engendrés. Dans un système public de santé qui laisse chaque intervenant maximiser ses avantages à la charge du tiers payeur, il n'y a aucun mécanisme interne qui permet de stabiliser l'évolution du marché. De plus, l'industrie qui produit les médicaments et les biens d'équipements médicaux s'insère aussi dans cette dynamique en contribuant par l'innovation à accroître continuellement l'offre de services.

L'individu qui demande des soins s'attend à recevoir tous les services nécessaires que requiert son état de santé et les prestataires de soins vont essayer de les lui offrir. Si la demande de soins augmente, on s'attend à ce que les ressources financières soient disponibles. Toutefois, lorsque les dépenses de santé sont devenues de plus en plus élevées au cours des années soixante-dix et quatre-vingt, les gouvernements ont alors essayé d'introduire des mesures pour essayer de corriger la dynamique du marché de la santé et de stabiliser le système. Nous allons présenter ces mesures en les regroupant en quatre catégories :

- le financement des soins hospitaliers
- la rémunération des services médicaux
- la relation entre la demande et l'offre de soins
- l'organisation des niveaux de décision.

2.3 Les mesures pour stabiliser le système

2.3.1 Le financement des soins hospitaliers

Les premiers éléments de réforme ont surtout visé l'efficacité de l'offre de services de façon à réduire les coûts, en introduisant des incitatifs pour améliorer la gestion budgétaire dans les établissements. L'idée de base était de donner plus de flexibilité aux

gestionnaires dans la gestion des ressources financières en remplaçant l'approbation des budgets détaillés par une allocation budgétaire globale.

Le budget global présente en effet deux avantages. Il permet d'une part à l'établissement d'ajuster l'allocation de ses ressources en fonction de l'évolution des activités de services et il incite à faire des économies qui peuvent être réinvesties dans de nouvelles priorités. En contrepartie de cette flexibilité, les gestionnaires des établissements doivent respecter la limite du budget global qui est de fait une enveloppe fermée.

Le budget global a aussi été utilisé pour remplacer une autre forme de budgétisation, soit celle du financement basé sur les *per diem*. Il est facile de comprendre que pour maximiser les revenus d'un établissement financé par *per diem*, les gestionnaires ont intérêt à toujours utiliser la capacité maximum de services, sans se soucier du coût total des traitements découlant de périodes d'hospitalisation plus ou moins longues. On peut bien sûr mettre en place des procédures pour atténuer les désavantages du *per diem*, en faisant des budgets prospectifs et en distinguant les coûts fixes et les coûts variables, mais l'inconvénient principal n'est pas pour autant éliminé. Dans un tel contexte, l'introduction du budget global permet d'accroître l'efficacité des services et de diminuer le coût moyen des traitements.

À la longue, on s'est aperçu que la technique du budget global a aussi ses limites. Durant les premières années, les établissements peuvent diminuer les coûts et récupérer les économies qui en découlent, mais lorsque le potentiel d'économies et de hausses de productivité a été épuisé, ils n'ont plus de soupape financière pour faire face aux hausses possibles de demandes de services. Si de plus le budget global est lui-même l'objet de contraintes financières, le risque est alors grand de voir apparaître des déficits.

À la lumière de l'expérience de son utilisation, le budget global apparaît comme une technique de transition : il permet d'introduire rapidement une plus grande flexibilité dans la gestion des établissements mais il ne peut pas permettre à long terme une allocation efficace des ressources. En effet, comme le budget global a été calculé à partir d'une base historique, il ne repose pas sur la quantité, la diversité et la complexité des services qui sont effectivement rendus. Si au point de départ, la base a pu être relativement juste

pour un établissement donné, la composition des services change inévitablement dans le temps, produisant alors des écarts de sur-financement ou de sous-financement selon le cas.

L'ajustement des budgets pour suivre l'évolution des services est le problème le plus difficile à résoudre dans le financement des centres hospitaliers. Au début des années quatre-vingt, le gouvernement fédéral américain a introduit une méthode de paiement par cas pour les services hospitaliers donnés à des patients qui relevaient des programmes Medicare (personnes âgées) et Medicaid (personnes sur l'aide sociale). La méthode est connue sous le nom de *Diagnosis Related Groups* (DRG) ou en français, groupe homogène de diagnostics (GHD). Plutôt que de payer des factures détaillées, le gouvernement remboursa dorénavant le coût des soins en payant un forfait moyen basé sur une catégorie de diagnostics. Le changement visait à contrôler les dépenses d'hospitalisation et les résultats ont effectivement permis une réduction des admissions et des périodes d'hospitalisation.

La méthode a été reprise sur base expérimentale par d'autres pays qui recherchaient une façon d'évaluer et de contrôler les coûts, et d'augmenter l'efficacité des hôpitaux à l'intérieur de leur système public de santé, autant dans les systèmes financés par assurance (Allemagne) que dans les systèmes financés par revenus budgétaires (Royaume-Uni ou Suède). Elle est évidemment adaptée pour tenir compte des caractéristiques de fonctionnement des hôpitaux publics, notamment en continuant de financer par budget les coûts fixes et les coûts des activités qui ne sont pas reliées aux services de soins en tant que tels (comme l'enseignement et la recherche). De plus des procédures de contrôle de qualité sont mises en place pour s'assurer que les choix de soins ne se fassent pas sur une base de rentabilité.

Du point de vue du coût global du système de soins hospitaliers, l'utilisation de la méthode de financement par DGR signifie que les revenus des établissements sont ajustés à la hausse ou à la baisse en fonction du volume de services et que le niveau de dépenses de l'ensemble des établissements évolue également avec le niveau de services. Comme la croissance de la demande de soins hospitaliers va s'accroître au cours des prochaines années sous la pression du vieillissement de la population et des innovations

technologiques, est-ce qu'un tel ajustement constitue un désavantage pour le contrôle de la croissance des dépenses? Il faut voir ce problème à la fois du point de vue de l'efficience, de l'efficacité et de l'équité.

- *Du point de vue de l'efficience*, l'utilisation du financement par DRG aide à diminuer les coûts des services en milieu hospitalier, ce qui se traduit donc par des économies (à niveau de services constants).
- *Du point de vue plus global de l'efficacité du système de soins*, les économies ainsi obtenues peuvent aider à absorber la hausse de la demande de soins pour l'ensemble du système ou pour des parties de celui-ci. S'il y a par ailleurs des innovations technologiques qui augmentent la productivité et réduisent les coûts moyens, on peut penser qu'il est possible de récupérer les gains de productivité en réajustant les tarifs DRG et de les réutiliser en fonction des objectifs de la politique de santé.
- *Finalement, du point de vue de l'équité quant à l'accessibilité des services*, le financement par DRG a l'avantage de pouvoir minimiser le phénomène des listes d'attente et d'indiquer les endroits où il devrait y avoir développement de l'offre de services.

En résumé, la contribution d'une méthode particulière de financement des établissements à l'objectif de contrôle des dépenses de santé doit être appréciée par rapport à l'ensemble des paramètres de gestion et non pas strictement par rapport aux variations absolues du niveau des dépenses. De ce point de vue, la méthode DRG semble plus intéressante que le budget global.

En terminant cette section, il est opportun de mentionner que le rôle respectif des établissements publics et des établissements privés ne semble pas être un élément stratégique dans les projets de réforme, comparativement au questionnement dont il est actuellement l'objet au Canada. La raison est probablement due au fait que le rôle joué

par les établissements privés est beaucoup plus important en général dans les pays européens qu'il ne l'est dans les provinces canadiennes.

Dans les statistiques internationales le calcul de la part des dépenses publiques dans les dépenses de santé est basé sur le financement des dépenses, donc sur la demande, et non pas sur l'offre. Ainsi au Canada, les dépenses publiques représentent 70 % des dépenses totales de santé tandis qu'en Allemagne, en France ou au Pays-Bas, les pourcentages sont environ de 75 %. Cette façon de mesurer le rôle du secteur public est incomplète car, dans ces trois pays le rôle des établissements publics est beaucoup plus faible qu'au Canada. Ainsi en France, la capacité du secteur privé est presque aussi importante que celui du secteur public tandis qu'en Allemagne et aux Pays-Bas, si on tient compte à la fois des hôpitaux privés et ceux contrôlés par les organismes sans but lucratif, le secteur non-public est plus développé que le secteur public. Nous reviendrons sur cette question quand nous analyserons les options de changement pour le Québec

2.3.2 La rémunération des services médicaux

La façon dont les médecins exercent leurs responsabilités a évidemment des conséquences importantes non seulement sur le coût des services médicaux mais aussi sur l'ensemble des composantes de l'offre de soins. Que ce soit au niveau des soins ambulatoires qui sont la porte d'entrée du système ou au niveau des soins curatifs plus spécialisés, le médecin traitant est en mesure d'influencer le nombre requis de consultations, la gamme des examens nécessaires, les formes de traitement et l'opportunité des hospitalisations. Comme on sait, il y a trois formes de rémunération des médecins, à savoir le paiement à l'acte, le salariat et la capitation (basée sur le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin généraliste) et chaque forme de rémunération est reconnue pour avoir ses avantages et ses désavantages. Ainsi le paiement à l'acte qui est la forme de rémunération la plus utilisée, minimise la constitution des listes d'attente puisque les revenus du médecin varient avec le volume des actes, mais il peut aussi être incité à la multiplication des actes de façon à atteindre un niveau de revenu désiré. C'est l'inverse pour le salariat tandis que pour la capitation, on remarque qu'elle peut entraîner une référence trop rapide des médecins généralistes aux médecins spécialistes.

Dans les analyses comparatives entre pays qui ont différentes formes de rémunération, on souligne le fait que les systèmes où les médecins sont salariés ou payés à la capitation semblent permettre une meilleure limitation des dépenses totales mais les extrêmes entre les pays qui utilisent une forme donnée de rémunération sont tels, qu'on ne peut pas à cet égard tirer de conclusion très claire. En fait on peut dire que la recherche de l'équilibre des avantages et des désavantages conduit certains pays à adopter des formes de rémunération *mixte* (salaire ou capitation avec paiement à l'acte dans les pays nordiques). De plus, même si la rémunération est basée entièrement sur le paiement à l'acte, l'introduction d'une enveloppe budgétaire pour l'ensemble des services médicaux accompagnée de plafonnements individuels équivaut à une sorte de salariat global que se partagent les médecins en fonction du nombre d'actes rendus. Ces différentes modalités visent en somme à mieux contrôler les dépenses totales tout en encourageant les médecins à une meilleure performance individuelle.

Ceci étant dit, les changements véritablement stratégiques concernant la pratique médicale sont allés bien au-delà des problématiques de rémunération, pour essayer plutôt de changer fondamentalement le rôle joué par les médecins, l'objectif étant d'introduire une nouvelle relation entre la demande et l'offre de soins. La section suivante aborde cette question.

2.3.3 La relation entre la demande et l'offre de soins

Comme nous l'avons expliqué précédemment, le marché des soins de santé est caractérisé par trois catégories d'intervenants, à savoir les patients, les médecins et les établissements qui le prennent en charge et les tiers payeurs qui financent les dépenses. Sur ce marché, l'offre dépend évidemment des médecins et des établissements mais il n'y a pas en contrepartie de véritable demande pour deux raisons : d'une part les patients n'ont pas les connaissances pour déterminer les soins dont ils ont besoin et d'autre part, ils peuvent accepter les soins proposés quel qu'en soit le coût puisqu'ils n'ont pas à les payer. La demande se limite donc à une expression de *besoins* de sorte qu'il n'y a pas de *prix* sur le marché des soins de santé, il n'y a que des *coûts* pour les services produits.

Sur un marché normal de producteurs et de consommateurs, le mécanisme des prix exprime la relation entre l'offre et la demande, ce qui garantit l'efficacité du marché en favorisant les producteurs dont les coûts sont les plus bas. Pour s'approcher de cette efficacité sur le marché des soins de santé, il faut donc essayer d'organiser la demande en donnant à un intervenant la responsabilité de représenter les patients. Plus précisément, cet intervenant doit se substituer aux patients afin de choisir les producteurs de soins qui offrent les traitements requis au meilleur coût et pour financer le coût des traitements, il a à sa disposition une enveloppe budgétaire fermée mais suffisante en principe pour que tous les besoins puissent être satisfaits.

Les pays qui ont commencé à réaliser cette réforme ont choisi entre deux types d'intervenants. Le premier choix a été de confier la responsabilité de représenter les patients à des tiers payeurs. Ces derniers agissent comme acheteurs et ils concluent avec les établissements (et parfois avec les médecins) des ententes ou des contrats spécifiant les montants qui seront remboursés selon les types de services rendus. Le Danemark, la Suède et la Nouvelle-Zélande ont mis en place un tel système en confiant la responsabilité d'acheteur-payeur à des organismes régionaux de santé et en essayant de distancer cette nouvelle responsabilité de celle de contrôler le fonctionnement des hôpitaux. Dans le cas de la Nouvelle-Zélande, on est allé jusqu'à donner aux hôpitaux le statut de société d'État relevant d'une structure propre à ces sociétés.

Le deuxième choix a été celui fait par le Royaume-Uni qui a un modèle mixte comprenant deux catégories d'acheteurs. La première catégorie qui est la plus importante est semblable à celle des pays mentionnés précédemment : les autorités régionales sanitaires qui sont financées par l'administration centrale distribuent leur budget aux autorités sanitaires de district qui agissent comme acheteurs de services auprès des prestataires avec lesquels elles passent des contrats. La deuxième catégorie d'acheteurs est constituée de cabinets de généralistes qui ont une clientèle d'au moins 7000 patients et qui peuvent être en concurrence avec les autorités sanitaires. Tout comme les autorités sanitaires de district, les cabinets de médecins passent des contrats avec les hôpitaux auprès desquels leurs patients seront référés.

Cette forme d'organisation où des acheteurs-payeurs agissent comme représentant des patients auprès des prestataires de soins est appelée marché interne ou concurrence organisée. Il est important de mentionner qu'un tel marché interne implique que les hôpitaux sont payés à l'acte, ce qui suppose qu'on implante le système de paiement DRG. De plus, pour éviter que le système soit complètement ouvert, le budget des acheteurs-payeurs doit être basé sur un montant per capita tenant compte des caractéristiques démographiques des patients inscrits auprès d'eux. Ce budget peut être complété par une assurance pour partager les risques les plus lourds entre l'ensemble des acheteurs-payeurs. Le budget alloué doit donc en principe être suffisant sauf que le fonctionnement du système exige que des ajustements de volume soient faits d'année en année pour tenir compte des facteurs de croissance autres que démographiques.

Le modèle de concurrence organisée est attrayant en théorie. Comme il a été expérimenté à plusieurs endroits depuis plusieurs années, qu'en est-il en pratique? Malheureusement il n'y a pas d'évaluation à jour de ces réformes mais on peut s'imaginer que la transition n'est pas facile. Pour que le modèle soit efficace, il faut d'une part que les acheteurs deviennent compétents dans leurs nouvelles responsabilités; d'autre part, les fournisseurs doivent être assez nombreux et s'adapter à un nouveau contexte de gestion qui oblige à une ventilation des coûts pour estimer les prix réels des services. Il faut aussi s'attendre à ce que les coûts d'administration soient plus élevés et qu'ils doivent être compensés par des gains d'efficacité et d'efficience assez importants pour dégager un gain net significatif. En résumé, on peut avoir un préjugé favorable à l'égard de la concurrence organisée mais la preuve de son avantage reste à faire, à la fois du point de vue performance et qualité de service.

2.3.4 L'organisation des niveaux de décision

Dans la description des réformes entreprises dans les différents pays, la question de l'organisation des niveaux de décision n'est pas un élément qui apparaît aussi critique que les précédents que nous avons discutés. Les structures de décision au niveau régional ou local ont généralement été mises en place antérieurement. Toutefois on y fait habituellement référence dans la mise en application des projets de réforme et les points suivants méritent d'être soulignés.

- La présence d'une structure d'autorité régionale et locale bien organisée au plan sanitaire apparaît comme une condition importante dans le succès des réformes.
- On ne se préoccupe pas que ces autorités soient élues ou nommées. Ceci est probablement dû au fait que l'objectif d'équité dans la distribution interrégionale des ressources exige que le financement vienne de l'administration centrale. C'est aussi l'administration centrale qui doit déterminer l'orientation des politiques de soins et c'est donc elle qui est imputable ultimement du fonctionnement du système. La responsabilité au niveau local et régional est plus de nature administrative et compte tenu de la complexité de l'administration des soins sanitaires, le rôle des administrateurs permanents est prépondérant dans l'organisation technique des soins pour répondre aux besoins locaux.
- Il y a une certaine tendance à confier à des structures différentes d'une part la supervision de la gestion des hôpitaux et d'autre part la gestion de la demande de soins. Cette distinction est absolument nécessaire dans les modèles de réforme basés sur la concurrence organisée.

2.4 Conclusion : y a-t-il une convergence dans les réformes?

Les principales constatations de l'analyse des expériences internationales sont les suivantes.

- a) Les projets de réforme cherchent à mettre en place des méthodes de gestion qui permettent d'améliorer le contrôle de la croissance des dépenses sans remettre en cause les objectifs de base des systèmes de soins.
- b) Les pays qui ont un système de soins financé par revenus budgétaires sont peu enclins à vouloir changer leur structure de financement.
- c) Afin d'introduire plus de flexibilité dans la gestion des soins hospitaliers, l'utilisation du budget global a remplacé graduellement l'approbation des budgets détaillés ou le remboursement sur base *per diem*. Toutefois la technique du budget global ne permet pas de faire face à long terme à un contexte de croissance continue et incompressible de la demande de soins.

- d) La méthode de paiement par cas connue sous l'abréviation DRG est en train de se généraliser autant dans les systèmes financés par assurance que dans les systèmes financés par revenus budgétaires. Cette méthode de paiement améliore d'une part le fonctionnement du système de soins à la fois du point de vue de l'équité, de l'efficacité et de l'efficience et elle permet d'autre part un meilleur contrôle des dépenses en tenant compte explicitement du volume.
- e) Les méthodes de rémunération des médecins ont tendance à se rapprocher pour devenir mixte, en combinant des éléments de salariat ou de capitation avec le paiement à l'acte. Toutefois, la rémunération des médecins n'est pas vue comme une question stratégique dans les projets de réforme.
- f) La mesure de réforme la plus audacieuse est celle qui confie à un acheteur-payeur ou à des groupes de médecins généralistes la responsabilité de représenter les patients afin de choisir les producteurs de soins qui offrent les traitements requis au meilleur coût. Toutefois la preuve que ce système est efficace et avantageux reste à faire.
- g) La présence d'une structure d'autorité régionale et locale bien organisée apparaît comme une condition importante dans le succès des réformes.
- h) Le rôle complémentaire du secteur privé par rapport au secteur public n'est pas considéré comme un enjeu important comparativement à la discussion qui a cours actuellement au Québec et dans les autres provinces canadiennes.

Il s'agit là des points qui nous sont apparus les plus importants et intéressants à souligner dans les expériences internationales de réforme des soins de santé. D'autres éléments sont aussi abordés dans les projets de réforme, notamment la tarification des services, la réduction des capacités des réseaux d'établissements compensée par une diminution des durées d'hospitalisation, le contrôle de la consommation des médicaments ou encore, la gestion des listes d'attente. Ces questions sont cruciales pour le bon fonctionnement des systèmes de santé mais sauf pour les tarifs, elles sont davantage reliées à la pratique médicale en tant que telle. Nous nous en sommes tenus aux problèmes de financement global et à la gestion de l'offre et de la demande sur le marché des soins de santé.

Dans un volume sur les réformes de soins de santé dans dix pays industrialisés, l'éditeur Marshall W. Raffel¹ souligne en conclusion deux points importants :

- l'application de contraintes financières au secteur de la santé ont permis d'atteindre un objectif de court terme, soit la hausse de l'efficacité mais ces gains ne se produisent qu'une fois (« a one-time-only gain »)
- après avoir appliqué des contraintes financières, les gouvernements se sont ensuite tournés vers la réforme des soins de santé.

L'auteur se demande alors s'il y a convergence dans l'organisation des systèmes. Il remarque que les différents pays font face aux mêmes problèmes et qu'ils recherchent de plus en plus les mêmes solutions. Il y a donc convergence de ce point de vue, mais cela se fait dans un contexte de très grandes diversités institutionnelles. À cause de ces diversités, il est extrêmement important d'évaluer les expériences de changement des autres pays en prenant en considération les différences de mentalités culturelles et sociales qui sont à l'origine des institutions.

Finalement, la citation suivante tirée de l'article du même auteur résume bien le défi qui confronte les responsables des soins de santé dans tous les pays :

“Whatever the choices, whatever the decision on health sector reform and on budgets, everyone needs to bear in mind constantly that few health sector problems are permanently solved because of the dynamic nature of health care. Today's solutions often become tomorrow's problems. Societies are dynamic entities, constantly changing, constantly evolving. The process of reform in health care is thus a neverending process but reform proposals are often honed and facilitated by examining the thinking and experiences of other countries.”

¹ Marshall W. Roffel, « Dominant issues : Convergence, Decentralization, Competition, Health Services », in *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, Pennsylvania, Pennsylvania University Press. 1997, 303 p.

3. LES OPTIONS DE CHANGEMENT POUR LE QUÉBEC

3.1 La problématique du financement des soins de santé

L'analyse que nous avons faite de l'évolution des dépenses socio-sanitaires montre que le Québec a deux problèmes majeurs à résoudre concernant le financement de son système de soins.

- a) Les mesures prises en 1995-1996 et 1996-1997 ont permis de réduire la base de dépenses de façon significative grâce à la réduction de la capacité du réseau et du virage ambulatoire. Toutefois depuis 1997-1998, on a continué à imposer au système des contraintes financières alors que les facteurs systémiques de croissance n'avaient pas été pour autant modifiés. Il en est résulté une accumulation de déficits et de dépassements de sorte que le système est aujourd'hui sous-financé d'environ 835 millions \$ pour l'année en cours. Ce montant ne se résorbera pas car l'analyse des facteurs de croissance a montré que la pression sur la croissance réelle de dépenses sera d'environ 3 % au cours des prochaines années. En ajoutant l'inflation, le taux de croissance sera entre 4 et 5 %.
- b) Le deuxième problème est lié au fait que les hôpitaux enregistrent depuis 1996-1997 des déficits de plus en plus importants. La persistance de ces déficits est la confirmation que la méthode de budget global n'est probablement plus adaptée : elle ne tient pas compte des variations du volume des services; elle se traduit par des iniquités entre établissements, et donc entre les patients, et elle n'encourage plus la poursuite de l'efficiencia dans la mesure où les contraintes financières sont perçues comme irréalistes et non-gérables.

Nous examinerons dans cette dernière partie du rapport les options possibles pour essayer de régler ces deux problèmes fondamentaux et en tout premier lieu, celui du sous-financement, ce qui soulève la question du choix des priorités dans le cadre de la politique budgétaire. Nous allons donc commencer par discuter de cette question.

3.2 Le cadre de la politique budgétaire

Depuis 1995-1996, l'objectif premier de la politique budgétaire a été l'atteinte du déficit zéro, ce qui a été fait en 1998-1999. Le plan budgétaire du ministre des Finances est maintenant de garder les dépenses et les revenus en équilibre comme l'exige la loi sur l'élimination du déficit. Compte tenu par ailleurs de l'objectif de la politique fiscale qui est de réduire l'impôt sur le revenu des particuliers de 1,3 milliards \$ dont 400 millions \$ en 2000-2001, la croissance prévue des dépenses d'opération ne pourra être l'année prochaine que de 569 millions \$ pour l'ensemble des programmes du gouvernement.

Or, la totalité de cette somme est inférieure aux seuls besoins pour la santé et les services sociaux si on projette la base des dépenses en tenant compte de la croissance systémique (3 %) et de l'indexation des coûts et des salaires. Le sous-financement pourrait passer de 835 millions \$ à environ 1,1 milliard \$. De toute évidence, même si on essaye de réduire au minimum la croissance systémique, les ajustements budgétaires nécessaires sur une base récurrente sont tels qu'on en arrive à une incompatibilité structurelle entre les besoins financiers incompressibles du système de soins de santé et les objectifs de la politique budgétaire qui sont eux-mêmes incontournables compte tenu de l'endettement du secteur public et du fardeau fiscal trop élevé des contribuables québécois.

3.3 Les options pour résoudre le sous-financement

3.3.1 Première étape : un débat public et une commission indépendante

Aucun des choix pour résoudre la crise du financement des soins socio-sanitaires ne sera facile car il faudra d'une façon ou de l'autre accorder des ressources additionnelles au secteur, ce qui demande une révision des priorités budgétaires ou des sources nouvelles de financement. Un tel réajustement ne pourra être accepté par la population et les groupes socio-économiques que s'il y a un débat public sur le problème qui nous confronte.

Pour avoir ce débat public, il faut que la situation soit clairement exposée et le cadre de présentation doit inclure à la fois toutes les dépenses et toutes les sources de financement, comme l'analyse faite au début du présent rapport. De plus, pour bien comprendre les enjeux qui sont reliés au vieillissement de la population, il serait important de revenir à une distinction entre les soins de santé et les autres types de services, notamment les services de soins de longue durée.

Il faut se faire à l'idée que le débat sur les soins de santé va être permanent et pour qu'il soit productif, il faudra qu'il soit alimenté de deux façons. Tout d'abord nous avons constaté qu'il n'y a pas assez d'analyses sur la dynamique du système québécois, sur le jeu des différents facteurs de croissance et sur la réalité de la gestion dans les établissements. Il faudrait donc investir en recherche et le coût d'un tel effort représenterait véritablement peu par rapport à la masse de dépenses de 15 milliards \$.

Deuxièmement, il serait avantageux qu'un organisme indépendant prenne la responsabilité d'alimenter le débat public. Ce rôle pourrait être confié à une Commission consultative permanente sur la gestion et le financement des soins socio-sanitaires. Le mandat d'une telle commission pourrait être d'initier des recherches pour évaluer les pratiques et les processus, d'aviser sur des sujets que le gouvernement lui soumettrait, de tenir s'il y a lieu des audiences et enfin de publier un rapport annuel sur l'évolution financière et la performance du système de soins.

La création d'un nouvel organisme apparaît de prime abord comme une suggestion technocratique alors qu'il y a déjà huit organismes conseils¹ qui se rapportent au ministère de la Santé et des Services sociaux. Il y aurait lieu dans une telle perspective de s'interroger sur le mandat de ces organismes. Mais comme ils couvrent soit le champ des politiques, de la recherche ou de la pratique (soins et technologie), il n'apparaît pas opportun à première vue de les modifier. Le champ de la gestion et du financement est de nature complètement différente. Le ministère ne s'en est jamais non plus occupé de

¹ Les neuf organismes sont : le Conseil médical du Québec, le Conseil de la santé et du bien-être, le Conseil d'évaluation des technologies de la santé, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie, le Conseil québécois de la recherche sociale, le Conseil consultatif de pharmacologie, le Comité de la santé mentale du Québec et le Conseil consultatif sur les aides technologiques.

façon adéquate et il est compréhensible qu'il en fut ainsi car sa responsabilité principale est du niveau des politiques tandis qu'au plan de la gestion des moyens, il est placé pour ainsi dire dans la position d'être à la fois juge et partie. Une commission pourrait par contre être garante d'une évaluation indépendante et critique sans avoir à défendre aucun intérêt et le ministère pourra se concentrer quant à lui sur les objectifs de la politique de santé et le choix des moyens à la lumière des recommandations que lui ferait la Commission.

3.3.2 Deuxième étape : la recherche d'un nouveau processus budgétaire

L'étude sur une base permanente de l'ensemble des dépenses socio-sanitaires et des sources de financement qui s'y rattachent permettra d'avoir continuellement à jour un tableau de la situation financière du système de soins. Compte tenu des enjeux, cet exercice est extrêmement important. Mais la prochaine étape sera par contre plus cruciale car il s'agit de savoir comment devrait se faire le processus d'allocation des ressources en faveur du secteur des services socio-sanitaires.

3.3.2.1 Une première option : continuer le processus actuel

Il y a deux options possibles. La première est de continuer le processus actuel et le niveau de financement du secteur est décidé à l'intérieur des paramètres de la politique budgétaire qui s'applique à l'ensemble des programmes du gouvernement. L'avantage de cette option est d'avoir un processus qui permet un arbitrage intégré des priorités.

Toutefois, pour dégager des ressources suffisantes à long terme, il faudra ou bien que la croissance économique soit plus rapide qu'au cours des dernières années, ce qui est peu probable, ou bien que l'on applique des contraintes budgétaires importantes au système de soins socio-sanitaires. Et celles-ci ne pourront être respectées que si de nouvelles mesures *précises* de coupure de services sont identifiées à chaque année et mise en application de façon systématique. L'expérience des trois dernières années montre que les contraintes générales et diffuses ne donnent plus aucun résultat et si tant est que des mesures précises soient appliquées, la diminution du niveau ou de la couverture de

services conduirait graduellement à des demandes de plus en plus fortes pour le développement d'un secteur privé de soins.

3.3.2.2 *Une deuxième option : un fonds des services socio-sanitaires*

La deuxième option est de mettre en place un processus budgétaire propre au secteur socio-sanitaire en remplaçant le fonds actuel des services de santé par un fonds élargi de services socio-sanitaires qui intégrerait la contribution actuelle des employeurs, les autres revenus reliés aux services et les subventions résiduelles versées par le ministère pour le fonctionnement du secteur. Toutes les dépenses d'opération seraient imputées au fonds qui ne pourrait pas accumuler de déficits, lesquels devraient être compensés par des hausses de revenus au cours de l'année budgétaire suivant un déficit.

Le fonds serait géré par le ministère et ses prévisions de dépenses et de revenus seraient déposées à l'Assemblée nationale à l'occasion du Discours sur le budget. Enfin toutes hausses de taux de contribution ou de tarification devraient être approuvées par le gouvernement, c'est-à-dire le Conseil des ministres.

Il n'y a pas lieu ici de présenter toutes les modalités de fonctionnement d'un nouveau fonds des services socio-sanitaires. Un modèle possible a déjà été présenté dans un document du ministère publié en 1992 et qui s'intitulait : « Un financement équitable à la mesure de nos moyens ». Le but est plutôt d'en discuter le bien-fondé et son utilité.

La justification de la création du fonds est tout d'abord avant tout stratégique, pour la simple raison que le processus actuel nous conduit dans une impasse étant donné la quasi-impossibilité de régler le déséquilibre du secteur sous-sanitaire sans qu'il ne se répercute sur tout le reste du secteur public. Quant à l'utilité du fonds, elle est la suivante : il permettra de mettre en relation l'évolution des dépenses avec le rendement des sources de revenus et aidera à faire comprendre les choix inévitables qu'il faudra faire s'il y a déséquilibre. Plus précisément, les choix se feraient entre les catégories suivantes de mesures :

- hausse des niveaux de revenus autonomes des établissements;
- réduction de la couverture des services;
- hausse de la contribution d'employeurs ou introduction d'une contribution d'employé basée sur le revenu imposable;
- allocation de certaines taxes (le tabac) ou partie de taxes (points de la taxe de vente);
- mesures pour accroître l'efficacité des prestataires;
- introduction de nouvelles contributions d'utilisateurs;
- hausse de la subvention du ministère.

Cette énumération des mesures possibles montre que le fonds deviendrait pour le ministère le principal tableau de bord annuel pour encadrer la gestion des services. Il serait de plus le véhicule pour informer le public québécois sur la situation financière du système de soins socio-sanitaires. Est-ce que le même objectif stratégique ne pourrait pas toutefois être atteint si la même information était publiée en annexe au discours sur le budget sans qu'il y ait la création formelle d'un fonds? La question est d'autant plus pertinente qu'il n'existe pas de fonds semblable au Canada ou ailleurs. Ce serait donc une innovation importante et les avantages seraient les suivants.

Tout d'abord, un fonds séparé pour les services de santé et les services sociaux a le même avantage qu'une caisse d'assurance même si la source de revenu la plus importante est de nature budgétaire. En ayant une structure de financement identifiée au secteur, le fonds aide à justifier et à faire accepter que des tarifs, des taxes ou des impôts spécifiques soient dédiés au financement de la santé et des services sociaux. Le fonds sert également à protéger le reste du secteur public, car en terme de priorité, la santé va toujours réussir à avoir le dessus sur les autres secteurs de dépenses qui voient leurs budgets s'appauvrir continuellement. Finalement, tout déséquilibre entre les dépenses et revenus est immédiatement reflété dans les résultats du fonds, ce qui oblige à prendre rapidement les mesures de correction qui s'imposent.

Le concept du fonds séparé prend racine dans le fonds actuel des services de santé qui sert de réceptacle et de justification à une contribution d'employeur. L'idée d'élargir ce fonds est évoquée depuis déjà plusieurs années et on en reconnaît de plus en plus les avantages potentiels. Utile et justifiée, sa création soulève néanmoins des inquiétudes importantes qui se résument en deux points :

- Si le financement devient une contrainte flexible, quelle sera la limite au développement des soins socio-sanitaires?
- Et comment s'assurer que le système sera incité à rechercher l'efficacité?

La question de la limite au développement des soins socio-sanitaires vient du fait que si la croissance des dépenses de services reste plus rapide que la croissance de l'économie, le secteur public de soins va accaparer une part de plus en plus importante du PIB (actuellement de 7,0 %), ce qui risquerait d'handicaper à long terme le potentiel même de l'économie. Cette perspective n'est pas tout à fait juste. Rien ne prouve que l'expansion des services socio-sanitaires a eu cet effet durant la période 1960 à 1990. Si on compare le Canada et les États-Unis qui dépensent cinq points de pourcentage de plus pour les dépenses totales de soins de santé, il faut en conclure que la performance économique de ces derniers ne semble pas de toute évidence avoir été diminuée par cet écart.

Le secteur des soins de santé ne sera pas le seul secteur économique qui sera en croissance au cours du 21^e siècle et la limite à son expansion sera celle que la population lui imposera si elle décide de ne plus accroître le niveau de financement. La préoccupation la plus importante à notre avis doit être celle concernant l'assurance que le système sera incité à rechercher l'efficacité dans l'éventualité de la création d'un fonds. C'est un aspect qui touche la gestion des établissements et comme nous l'avons souligné au début de ce chapitre, il remet en cause la méthode du budget global. Et si on pousse le raisonnement plus loin, il remet aussi en cause la façon de financer les régions régionales et de gérer les ajouts de capacité.

3.4 Les options pour encourager la recherche de l'efficacité

3.4.1 L'implantation d'un système basé sur les coûts de service par patient (DRG)

Le budget global est utilisé au Québec depuis presque trente ans et la répartition actuelle des ressources financières entre les établissements est le résultat de leur budget de départ et d'une série d'ajustements qui ont été faits au cours des ans pour tenir compte de l'évolution de leurs besoins respectifs. On devrait s'attendre à ce que les budgets soient aujourd'hui répartis équitablement.

Que signifie dans un tel contexte l'apparition depuis quelques années de déficits récurrents? Comme ce ne sont pas tous les hôpitaux qui sont en déficit et que leur ampleur varie beaucoup, la première réaction est de mettre en cause la qualité relative de la gestion des établissements, les uns par rapport aux autres. Si c'est une question de gestion, les hôpitaux doivent résorber les déficits dont ils sont responsables. Mais, par ailleurs, pour quelle raison la qualité de la gestion se serait-elle détériorée d'une année à l'autre? Au fond, si on veut poser un diagnostic sur la gestion, il devrait venir uniquement après que les autres causes des déficits aient été analysées et il est pour nous évident que dans les circonstances actuelles, la première de ces causes est celle du volume de services.

Dans la poursuite de l'objectif du déficit zéro, il fallait faire des coupures dans les différents programmes gouvernementaux en fixant des objectifs de dépenses qui devaient être respectés. La plupart des programmes ont des clientèles normées et il est techniquement facile de faire une prévision de coûts et de réviser ensuite les normes de services pour engendrer les économies nécessaires au respect de l'objectif de dépenses. On peut également réviser la façon de gérer les services et avoir des économies découlant d'une plus grande productivité. Le secteur de l'éducation primaire et secondaire a pu par exemple absorber les coupures de budget en diminuant les services, en recherchant une plus grande efficacité tout en ayant une certaine soupape en termes de revenus par la tarification. Les commissions scolaires ont su ainsi garder un bon contrôle sur l'évolution de leurs dépenses.

Il est impossible d'avoir exactement la même approche pour le secteur de la santé. D'une part il n'y a pas de norme rigide de service et l'amélioration de la productivité est un processus beaucoup plus complexe où interviennent à la fois la technologie et la tradition de la pratique médicale. Enfin, il n'y a pas de mécanisme régulateur de la demande permettant de stabiliser le volume de services. Dans le secteur de la santé, on ne peut donc pas aborder le contrôle des dépenses comme dans le cas de l'éducation et si on veut ajuster et stabiliser à long terme la gestion financière du réseau des services socio-sanitaires, il faut absolument que dorénavant le processus budgétaire intègre le règlement des variations de volumes. Il y aurait deux façons de le faire.

- a) La première serait de financer les hôpitaux par avance budgétaire égale à 95 % du niveau des dépenses indexées de l'année précédente. La balance serait versée s'il y a lieu après vérification des dépenses reliées aux variations du volume des services. Ce mode de financement exige donc une comptabilisation rigoureuse des services au point de vue quantitatif et qualitatif de type DRG.
- b) La deuxième façon serait de faire une mise en application intégrale d'un système de paiement basé sur une classification DRG adaptée aux hôpitaux québécois. Tous les hôpitaux recevraient le même tarif pour les coûts variables des traitements donnés à un patient suite à un diagnostic précis.

La différence entre les deux façons de tenir compte du volume est que les tarifs ne sont pas uniformisés dans la première alors qu'ils le sont dans la deuxième. À long terme, c'est la deuxième façon qui serait techniquement susceptible d'avoir le meilleur impact pour l'amélioration de l'efficacité puisque les établissements seraient obligés de se conformer à une norme. La première peut alors être implantée comme une étape et on pourrait ensuite selon l'évaluation du système passer à une mise en application intégrale.

En 1993, la compagnie *3M Health Information Systems* a développé une version améliorée des paiements hospitaliers à l'acte appelée APR-DRG (All Patient Refined DRG). À partir de ce modèle qui comprend 384 diagnostics de base (à quatre niveaux de sévérité) le ministère a développé avec le milieu des instruments de gestion pour « assurer une allocation et une utilisation optimales des ressources dans les centres hospitaliers ». L'ossature d'un système DRG existe donc déjà et si le ministère est

intéressé de l'implanter comme base de paiement, il n'aurait qu'à l'adapter pour cette fin. Mais il faudra investir dans des systèmes d'information qui sont complexes et qui risquent d'être coûteux. L'étape préalable serait donc de faire une étude de faisabilité poussée afin de déterminer l'approche la plus efficiente.

3.4.2 Le rôle de la Commission sur la gestion et le financement des soins socio-sanitaires

La création d'une commission consultative et permanente sur la gestion et le financement des soins socio-sanitaires a précédemment été suggérée afin d'éclairer le débat public sur les enjeux financiers et administratifs du système. Dans la perspective d'un fonds des services socio-sanitaires, le rôle de cette commission devient essentiel car ses études pourraient être orientées vers une évaluation périodique de l'efficience et de l'efficacité des moyens utilisés pour atteindre les objectifs de la politique de la santé. Elle pourrait donc recommander des mesures pour améliorer la performance de la gestion.

3.5 La dimension régionale

Le ministère a en 1991 décentralisé la gestion des programmes de santé et de services sociaux en les confiant à dix-sept régions régionales en plus du conseil régional du territoire Cri de la Baie James. L'allocation des budgets destinés aux établissements relève donc de la compétence des régions qui ont ainsi eu à gérer les restrictions budgétaires imposées par le gouvernement au cours des années quatre-vingt-dix.

Le budget dont disposent les régions pour financer les établissements est distribué par le ministère en fonction des services produits sur leur territoire et le budget alloué en retour aux établissements continue d'être sous forme de budget global. La perspective de changer la formule du budget global par le paiement à l'acte pour les soins de santé ouvre la possibilité de changer aussi la formule de financement des régions régionales et de gérer de façon différente la capacité du réseau. Nous examinerons également dans cette foulée le financement et la gestion des soins pour les personnes âgées.

3.5.1 La répartition des ressources entre les régions régionales

En répartissant les ressources en fonction des services produits, la préoccupation première des régions régionales est de financer un fonctionnement le plus optimum possible des établissements. Comme les services surspécialisés sont concentrés en grande partie sur le territoire des régions de Montréal-Centre, de Québec et de Sherbrooke, la consommation hors-région pour l'ensemble des régions correspond à plus de 15 % de la production totale de services pour la santé physique. Comme le montre le tableau 7, le résultat de ce processus est de créer des disparités interrégionales tant au niveau de la production que de la consommation des services par rapport à ce que sont les besoins pondérés pour tenir compte des caractéristiques de la population et du territoire.

Tableau 7
Comparaison des indices de production, de consommation et de besoins entre les régions régionales

Régions régionales	Production ⁽¹⁾	Consommation ⁽¹⁾	Besoins
01 Bas Saint-Laurent	110,3	131,5	108,4
02 Saguenay Lac-Saint-Jean	107,1	115,5	98,8
03 Québec	131,1	93,6	94,5
04 Mauricie et Centre-du-Québec	83,8	106,8	106,6
05 Estrie	108,8	103,0	104,5
06 Montréal-Centre	143,5	94,9	103,4
07 Outaouais	84,1	113,2	98,3
08 Abitibi-Témiscamingue	111,3	128,1	107,8
09 Côte-Nord	140,6	176,2	97,9
11 Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	123,7	174,2	119,2
12 Chaudière-Appalaches	63,9	101,7	103,5
13 Laval	48,9	88,5	89,2
14 Lanaudière	46,4	87,1	99,6
15 Laurentides	55,3	90,4	100,5
16 Montérégie	52,0	89,4	94,7
Total Québec	100,0	100,0	100,0

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux et calculs faits pour ce rapport.

⁽¹⁾ Les indices incluent les soins surspécialisés dont la consommation a été répartie au prorata de la population.

Il y a donc des iniquités implicites dans le fonctionnement actuel du système de soins. Or le principal avantage d'avoir une structure décentralisée devrait être de faire une

répartition des ressources basée principalement sur les besoins (ce qui n'empêcherait pas par ailleurs les échanges interrégionaux de services). Plusieurs gouvernements au Canada ont justement choisi cette option, notamment la Saskatchewan et l'Alberta qui ont commencé à financer leurs offices régionaux sur cette base. La Colombie-Britannique, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse désirent également, si ce n'est déjà fait, utiliser une formule basée sur la population pour financer leurs instances régionales.

En ayant d'une part des soins hospitaliers de santé financés selon une formule DRG (paiement à l'acte) et d'autre part une répartition des ressources basée sur les besoins de la population, les régies régionales seront mieux placées pour faire l'arrimage entre la demande et l'offre de soins. Il faudra prendre les précautions nécessaires pour passer d'une formule de répartition à une autre mais une fois que la transition serait faite, qu'en serait-il alors des déficits? Il y aurait en fait deux possibilités.

- 1) En ce qui concerne tout d'abord les hôpitaux dont le financement serait partiellement ajusté au volume de services, un déficit dans un établissement signifierait que cet établissement a un problème d'efficience qui devrait être corrigé.
- 2) Deuxièmement, les régies pourraient également être elles-mêmes en déficit quand la consommation de services dépasse les prévisions. Si les dépassements sont généralisés, c'est qu'il y aurait alors un changement dans la structure de la demande. Si les dépassements sont circonscrits à un petit nombre de régies, il faudra évaluer s'il y a un phénomène particulier de consommation ou s'il y a de nouveaux besoins spéciaux.

Actuellement, les problèmes d'efficience, d'écarts de consommation et les changements de besoins sont tous masqués par le budget global et par la formule de répartition des ressources entre les régies.

3.5.2 La gestion des capacités du réseau

L'organisation du réseau d'établissement et la gestion de l'ensemble des capacités déterminent les paramètres de l'accessibilité des services sur le territoire. Depuis 1995, il

Il y a eu une transformation profonde du réseau, à la fois pour les services de première ligne et les soins hospitaliers généraux, spécialisés et surspécialisés. Cette transformation s'est faite en fermant ou en regroupant les établissements, en diminuant le nombre de lits et en organisant les services pour les adapter aux changements découlant du virage ambulatoire. La gestion des capacités au niveau même des établissements a eu également à subir le contre-coup des contraintes budgétaires.

Par rapport à ce qui semble avoir été fait ailleurs, la transformation du système québécois a été faite tardivement et rapidement. Et elle a dû être réajustée plusieurs fois pour absorber les vagues successives de compressions. Il fallait passer par cette transition et il n'y a pas d'indication actuellement d'un manque de capacités. Toutefois, il faudrait dorénavant que l'adaptation de la structure et des capacités de service se fasse de façon plus évolutive par rapport à l'évolution des besoins et aux changements de la pratique médicale.

L'objectif d'une adaptation évolutive des capacités de soins serait facilité si les centres hospitaliers étaient financés sur la base des services rendus et si les ressources budgétaires des régies étaient fixées en fonction des besoins. La nécessité de développer de nouvelles capacités serait signalée par les listes d'attente ou d'autres indicateurs sur l'accessibilité des soins. Si les besoins de capacité sont marginaux, ils pourront être incorporés aux structures existantes. Par ailleurs, si les ajouts doivent être importants, on pourrait alors procéder par appel de proposition et envisager une option nouvelle, celle d'avoir un secteur hospitalier non-public.

Le rapport du groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé a déjà fait des recommandations concernant le rôle que pourrait jouer le secteur privé dans la dispensation des soins ambulatoires et des services de diagnostic. Il y a toutefois beaucoup de réticence à ce qu'une ouverture similaire se fasse pour les soins hospitaliers généraux ou spécialisés, étant donné la possibilité que le développement d'une offre privée de soins entraîne l'acceptation de patients privés. Il en serait autrement à notre avis si on acceptait que de nouveaux établissements hospitaliers soient à but non lucratif. Leur développement canaliserait des fonds de source individuelle, coopérative, corporative ou institutionnelle. Ces hôpitaux seraient financés sur la base des mêmes

tarifs que les hôpitaux publics, majorés pour les rembourser partiellement des investissements consentis. Ils introduiraient plus de souplesse dans le réseau, ce qui permettrait entre autres de faire des comparaisons de gestion et de laisser la responsabilité des investissements à d'autres organismes qui deviendraient des partenaires du secteur public. S'il y avait une volonté d'aller plus rapidement, des hôpitaux actuels pourraient même être offerts à des organismes sans but lucratif.

3.5.3 Les soins pour personnes âgées

La dernière option que nous désirons présenter est celle concernant les soins de longue durée pour personnes âgées. La Commission sur les finances et la fiscalité locales a recommandé que ces soins deviennent à terme la responsabilité des municipalités régionales de comté. Cette option est tout à fait complémentaire à celle d'organiser les soins de santé en centres hospitaliers tel que proposé dans la section précédente. Les ressources budgétaires seraient réparties entre les MRC sur la base des critères de besoins des personnes âgées et les MRC financeraient ensuite les centres d'hébergement et autres établissements dont les CLSC selon les services rendus. Petit à petit, les MRC pourraient organiser les services selon leurs priorités de sorte que la structure de services pourrait varier d'une MRC à l'autre. Une partie du financement pourrait être pris en charge éventuellement par le secteur local alors que les régies régionales pourraient garder un rôle de supervision et de coordination.

3.6 Conclusion : sortir de l'impasse

Suite à l'analyse de l'évolution des dépenses au cours des quinze dernières années et compte tenu de l'évaluation de la situation financière à court terme, il apparaît nécessaire et urgent de revoir le cadre de financement des services et d'entreprendre une nouvelle étape dans la réforme du système québécois de soins socio-sanitaires. Ceci permettrait de protéger les acquis et de mettre en place un mécanisme de gestion de l'offre et de la demande de soins qui serait plus efficient, plus efficace et plus stable.

Les éléments stratégiques que nous avons identifiés pour faire ce changement significatif seraient les suivants :

- un fonds de services socio-sanitaires;
- le financement des centres hospitaliers sur la base du volume des services;
- la répartition des ressources budgétaires entre les régies régionales de santé et des services sociaux en prenant en considération les besoins de leur population;
- la possibilité à moyen terme d'avoir des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés à but non lucratif;
- le transfert de la responsabilité des soins pour personnes âgées aux municipalités régionales de comté.

Pour réaliser une telle réforme, l'étape préalable est de procéder le plus rapidement possible à un débat public sur les orientations et les moyens à privilégier. Il est important que les orientations soient validées et endossées par les intervenants des réseaux de services. Les éléments finalement choisis seraient mis en place graduellement avec la collaboration des différents niveaux d'administration, en suivant un programme rigoureux de conception, d'essai pratique et d'évaluation des nouvelles méthodes et des nouveaux processus. Il faudra peut-être jusqu'à quatre ans pour que le nouveau système soit opérationnel :

- étape 1 : publication d'un document synthèse, consultation et choix des orientations
- étape 2 : conception et plan d'essai
- étape 3 : essai pratique et évaluation; plan de réalisation
- étape 4 : généralisation des nouveaux processus

Ce qui est ici proposé n'est qu'un canevas. Il reflète les tendances observées dans les réformes mises en œuvres par d'autres gouvernements et il serait à notre avis adapté à la situation québécoise. Mais il doit passer le test de la consultation, spécialement auprès de ceux qui administrent actuellement les différentes parties du système et qui auront éventuellement à vivre les changements.

Ceci étant dit, le problème budgétaire à court terme n'est pas pour autant réglé, c'est-à-dire un écart potentiel de financement de plus de 1,0 milliard \$ pour l'année budgétaire

2000-2001. Comme première étape, le ministère peut proposer la création immédiate du nouveau fonds des services socio-sanitaires et la formation de la Commission permanente sur la gestion et le financement des services socio-sanitaires pour qu'elle soit pleinement opérationnelle en 2001.

La deuxième étape sera de décider de quelle façon seront équilibrés les revenus et les dépenses dans le prochain budget. La façon la plus juste, mais inattendue, serait que le gouvernement fédéral réajuste la base de ses paiements de transfert pour aider spécifiquement le secteur de la santé. Le fonds pourra alors refléter cet ajustement directement ou via la hausse de la subvention du ministère. Mais s'il y avait une augmentation des paiements fédéraux, il est peu probable qu'elle permette de combler une part suffisante de l'écart et il faudra penser à de nouveaux revenus qui ne peuvent venir que de deux sources, à savoir les usagers ou les contribuables.

a) Contributions des usagers

En ce qui concerne les contributions d'usagers, la première mesure est de rééquilibrer le financement du programme d'assurance-médicaments et dorénavant, les primes et franchises devraient être ajustées annuellement pour éviter que se creusent des écarts de plus en plus difficiles à combler.

Les autres sources de contributions d'usagers (hébergement, CSST, SAAQ et services ambulanciers) pourraient aussi être ajustées à la marge mais le potentiel n'est pas très important car une augmentation de 10 % ne rapporterait que 75 millions \$.

Pour obtenir une nouvelle source de financement significative, une des possibilités intéressantes serait de percevoir un tarif pour les services ambulatoires en clinique privée et en établissement comme il en existe dans d'autres pays. Il ne faudrait pas voir ce tarif comme un ticket modérateur mais plutôt comme une source de revenu dont on essaierait de minimiser les effets non-équitable. Ceci étant dit, il ne vaut pas la peine d'en discuter davantage puisque la loi fédérale sur la santé l'interdit, tout comme elle écarte toute révision de la couverture des soins qui sont considérés essentiels.

Une autre hypothèse pourrait être que des sources existantes de revenus fiscaux comme les taxes sur le tabac et l'alcool soient en partie dédiées au fonds pour compenser les effets sur la santé qui découlent de la consommation de ces produits. Malheureusement, ceci ne changerait rien aux équilibres financiers globaux du gouvernement à moins que ces taxes soient augmentées pour les fins spécifiques de financer les soins socio-sanitaires. L'opportunité de telles hausses doit être appréciée quant à leur impact sur l'offre et la demande de ces produits, mais comme dans le cas des véritables contributions d'usagers, les revenus supplémentaires ne pourraient constituer qu'une partie relativement faible des besoins financiers.

b) Contributions des contribuables

Dans les sondages d'opinion, le secteur de la santé est toujours vu comme une priorité budgétaire pour laquelle la population accepterait de consacrer des fonds supplémentaires. Une possibilité serait donc d'établir une contribution spécifique qui pourrait être en pourcentage du revenu imposable des particuliers, ce qui respecterait la capacité de payer des usagers. Une telle hypothèse peut être discutée de deux points de vue.

Tout d'abord dans le contexte de la politique fiscale actuelle, toute hausse d'impôt ou de taxes serait perçue comme un alourdissement du fardeau fiscal et de ce fait apparaîtrait comme une annulation des baisses que le ministre des Finances a annoncées pour l'impôt sur le revenu.

Par ailleurs, si cette contribution était versée à un fonds séparé des services socio-sanitaires sans transiter par le budget gouvernemental, elle obtiendrait une sorte de légitimité qui la rendrait plus acceptable que si le gouvernement accroissait l'une ou l'autre des sources actuelles de revenus généraux. Comme nous l'avons expliqué à la section 1.3, les revenus liés aux services et la contribution des employeurs au FSS totalisent actuellement 37 % du financement des soins socio-sanitaires. Le pourcentage pourrait graduellement être augmenté à 50 %, laissant une proportion équivalente à la subvention du ministère financée par les revenus généraux du gouvernement. Sur la base de la structure de financement de l'année en cours, la différence entre 37 et 50 %

équivalait à 3,9 milliards \$. Si à long terme, la croissance de la subvention gouvernementale est limitée au rythme de l'inflation alors que les dépenses socio-sanitaires augmentent de 3 % plus inflation, il est évident que la proportion des revenus spécifiques devra dépasser le seuil de 50 %.

En terminant, comme nous pouvons le constater, le financement des soins socio-sanitaires est en quelque sorte coincé entre les exigences particulières du marché de la santé, les contraintes de la loi fédérale sur la santé et les objectifs de la politique fiscale et budgétaire du gouvernement québécois. Ce que montre l'analyse du présent rapport, c'est que depuis plusieurs années nous nous sommes progressivement engagés dans une impasse qui était en grande partie prévisible. Si nous nous entendons d'abord sur le diagnostic, nous pourrons ensuite nous entendre plus facilement sur les moyens de s'en sortir.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉGIN, Clermont Pierre BERGERON, Pierre-Gerlier FOREST et Vincent LEMIEUX, 1999. *Le système de santé québécois, un modèle en transformation*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 439 p.
- LEMIEUX, Vincent, Pierre BERGERON, Clermont BÉGIN et Gérard BÉLANGER, 1994. *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy (Qué.), Les presses de l'Université Laval, 370 p.
- COBURN, David, Carl D'ARCY et Georges TORRANCE, 1998. *Health and Canadian society : sociological perspectives*, Toronto, University of Toronto Press, 618 p.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, 1993. *Description et évaluation des modes de régulation des systèmes de santé canadiens et de certains pays industrialisés*, Montréal, Université de Montréal, Faculté de médecine, département de médecine sociale et préventive, 161 p.
- DORLAND, John L. et S. Mathwin DAVIS, 1996. *How many roads..? : regionalization and decentralization in health care*, Kingston, Queens University, 167 p.
- JÉRÔME-FORGET, Monique et Claude FORGET, 1998. *Qui est maître à bord?* Montréal, Institut de recherche en politiques publiques, 157 p.
- RAFFEL, Marshall W., 1997. *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, University Park, PA, The Pennsylvania State University Press, 303 p.
- ROCHON, Madeleine, 1997. *Le vieillissement démographique, état de santé et financement des dépenses publiques de santé et de services sociaux*, Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1999. *Rapport du groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*, Direction des communications, 3 vol. 235 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1997. *Document pour les consultations sur les services de santé et services sociaux*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1991. *Un financement équitable à la mesure de nos moyens*, Québec.
- SANTÉ CANADA, 1995 et suivante. *Réforme du système de santé dans les provinces*, Ottawa, 3 disquettes.
- OCDE, 1994. *La santé : qualité et choix*, Paris, OCDE, Service des publications, 132 p.

OCDE, 1994. *La réforme des systèmes de santé, étude de dix-sept pays de l'OCDE*, Paris, OCDE, Service des publications, 370 p.

OCDE, 1995. *Nouvelles orientations dans la politique de santé*, Paris, OCDE, Service des publications, 103 p.

OCDE, 1995. *À la recherche de mécanismes de marché*, Paris, OCDE, Service des publications, 96 p.

OCDE, 1996. *La réforme des systèmes de santé, la volonté de changement*, Paris, OCDE, Service des publications, 153 p.

Annexe

Tableaux A1 à A5

Tableau A1
Dépenses de service socio-sanitaire du réseau et autres activités connexes
De 1994-1995 à 1999-2000
(en millions \$)

	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
1. Budget de base des établissements	8500,8	8356,0	8211,8	8035,2	8132,3	8344,1
2. Dépenses de restructuration					(162,0)	162,0
3. Dépenses financées par revenu	823,8	824,3	828,6	835,5	818,0	830,0
4. Dépenses financées par emprunt	(26,9)	17,0	135,3	596,9 ¹	452,3 ²	392,3 ³
5. Dépenses brutes des établissements	9297,7	9197,3	9175,7	9467,6	9240,6	9728,4
6. Activités nationales et connexes	692,8	757,8	731,7	764,2	760,9	844,2
7. Organismes communautaires	92,6	100,7	145,4	178,0	197,2	198,2
8. REEGOP	81,1	14,3	75,0	285,8	338,0	342,9
9. Dépenses de fonctionnement	10164,2	10070,1	10127,8	10695,6	10536,7	1113,7
10. Service de dette	301,9	335,0	350,5	402,5	401,3	433,4
11. Dépenses courantes totales	10466,1	10405,1	10478,3	11098,1	10938,0	11547,1

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

¹ Ce montant comprend un allègement des compressions budgétaires pour 307,1 M \$, un déficit proprement dit de 266,4 M \$ et des engagements régionaux non pourvus pour 23,4.

² Ce montant comprend des engagements régionaux non pourvus de 62,7 m \$ et un déficit de 389,6 M \$.

³ Ce montant comprend des engagements régionaux non pourvus de 42,3 M \$ et un déficit prévu de 305 M \$.

ANNEXE – LE FINANCEMENT DES SOINS SOCIO-SANITAIRES

Tableau A2
Dépenses totales brutes des services socio-sanitaires
De 1994-1995 à 1999-2000
(en millions \$)

	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
1. Réseau et activités connexes	10466,1	10405,1	10478,3	11098,1	10938,0	11547,1
2. Services médicaux	2118,7	2114,0	2158,5	2090,9	2290,4	2346,0 ¹
❖ Services médicaux financés par la CSST	59,7	61,9	51,7	51,6	57,5	60,0
❖ Dépenses brutes de services médicaux	2178,4	2175,9	2210,2	2142,5	2347,9	2406,0
3. Services pharmaceutiques						
❖ Personnes âgées et PSR	753,7	819,3	703,3	695,3	801,2	927,7
▪ Contribution	35,5	37,6	141,3	210,8	221,0	230,0
▪ Dépenses brutes	789,2	856,9	844,6	906,1	1022,2	1157,7
❖ Personnes de moins de 65 ans			34,5	179,0	229,6	264,9
▪ Contribution			18,1	76,9	88,3	99,6
▪ Administration			3,5	18,2	24,3	27,7
▪ Dépenses brutes			56,1	274,1	342,2	392,2
Dépenses totales des services pharmaceutiques	789,2	856,9	900,7	1180,2	1364,4	1549,9
4. Autres services de la RAMQ	265,4	274,6	226,7	209,9	198,8	212,0
5. OPHQ	42,7	52,7	49,7	52,4	58,7	51,6
6. Fonctions administratives	233,1	227,1	222,5	222,4	224,6	213,2
7. Consolidation					300,0	
8. Dépenses totales brutes du Ministère	13974,9	13992,3	14088,1	14905,5	15432,4	15979,8

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999-10-21.

¹ Ce montant comprend un dépassement de 80,0 M \$ à récupérer l'année suivante.

TABEAU A3
DÉPENSES BRUTES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
(EN MILLIONS \$)

	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	Pourcentage	
							Taux de croissance 1994-1995 à 1999-2000	Taux de croissance 1996-1997 à 1999-2000
1. Réseau et activités connexes	10466,1	10405,1	10478,3	11098,1	10938,0	11547,1	2,0	3,3
2. Services médicaux	2178,4	2175,9	2210,2	2142,5	2347,9	2406,0	2,0	2,9
3. Services pharmaceutiques	789,2	856,9	900,7	1180,2	1364,4	1549,9	14,5	19,8
4. Coût total des services directs	13433,7	13437,9	13589,2	14420,8	14650,3	15530,0	2,9	4,5
5. Autres services de la RAMQ	265,4	274,6	226,7	209,9	198,8	212,0	(4,4)	(2,3)
6. OPHQ	42,7	52,7	49,7	52,4	58,7	51,6	3,9	1,3
7. Fonctions administratives	233,1	227,1	222,5	222,4	224,6	213,2	(1,8)	(1,4)
8. Dépenses spéciales de consolidation					300,0			
9. Dépenses totales brutes	13974,9	13992,3	14088,1	14905,5	15432,4	15979,8	2,7	4,3
❖ Taux de croissance annuel (%)		0,1	0,7	5,8 ¹	3,5	3,5		

Source : Tableaux A-1 et A-2.

¹ Le taux est de 3,9 % si on exclut l'impact du nouveau programme d'assurance-médicaments.

Tableau A4
Financement des dépenses totales brutes des services socio-sanitaires
De 1994-1995 à 1999-2000
(en millions \$)

	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
1. Réseau						
❖ Revenus d'hébergement et autres	758,8	758,3	760,8	764,4	745,8	756,0
❖ Transports ambulanciers						
▪ SAAQ	42,8	43,4	44,0	44,6	45,2	46,5
▪ Usagers	22,2	22,6	23,8	26,5	27,0	27,5
❖ Total réseau	823,8	824,3	828,6	835,5	818,0	830,0
2. Services médicaux						
❖ CSST	59,7	61,9	51,7	51,6	57,5	60,0
3. Services pharmaceutiques						
❖ Personnes âgées et PSR	35,5	37,6	141,3	210,8	221,0	230,0
❖ Moins de 65 ans			54,1	285,4	303,5	321,0
❖ Contributions totales	35,5	37,6	195,4	496,2	524,5	551,0
4. Revenus déductibles totaux	919,0	923,8	1075,7	1383,3	1400,0	1441,0
5. Revenus budgétaires						
❖ FSS	3229,5	3694,0	3768,1	3892,9	4116,8	4083,0
❖ SAAQ : Accidents de la route	91,7	84,2	85,7	87,0	88,7	90,0
❖ Total	3321,2	3778,2	3853,8	3979,9	4205,5	4173,0
6. Revenus totaux	4240,2	4702,0	4929,5	5363,2	5605,5	5614,0
7. Fonds consolidé	9761,6	9273,3	9021,3	8956,7	10404,9	9530,3
8. Déficits ou dépassements	(26,9)	17,0	137,3	585,6	(578)	835,5
9. Sources totales de financement	13974,9	13992,3	14088,1	14905,5	15432,4	15979,8

Tableau A5
Plan budgétaire du gouvernement du Québec
(en millions \$)

	1999-2000	2000-2001	Variation
Revenus autonomes	38 284	38 952	668
Transferts fédéraux	6 908	6 839	-69
Total des revenus	45 192	45 791	599
Dépenses d'opérations	-37 593	-38 162	569
Service de la dette	-7 599	-7 629	30
Total des dépenses	-45 192	-45 791	599
Surplus budgétaire	0	0	0

Source : Ministère des Finances du Québec.