

**LA COMPLÉMENTARITÉ
DU SECTEUR PRIVÉ
DANS LA POURSUITE
DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX
DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ
AU QUÉBEC**

**LA PRÉSENCE DU PRIVÉ DANS LA SANTÉ
AU QUÉBEC
ÉTAT DÉTAILLÉ DE LA SITUATION**



**LA COMPLÉMENTARITÉ
DU SECTEUR PRIVÉ
DANS LA POURSUITE
DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX
DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ
AU QUÉBEC**

**LA PRÉSENCE DU PRIVÉ DANS LA SANTÉ
AU QUÉBEC
ÉTAT DÉTAILLÉ DE LA SITUATION
SEPTEMBRE 1999**



Édition produite par

le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document :

- **commande par télécopieur au : (418) 644-4574**
- **pour information additionnelle : (418) 643-5573**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Le présent document est disponible sur le site web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca, à la section documentation

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 1999

Bibliothèque nationale du Canada, 1999

ISBN 2-550-34939-3

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec

Table des matières

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 Les données utilisées	3
CHAPITRE 2 Les faits	9
2.1 LA PART DES DÉPENSES PRIVÉES DANS LES DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ A CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTÉ	11
2.2 COMMENT EN SOMMES-NOUS ARRIVÉS À UNE PART DES DÉPENSES PRIVÉES DE PLUS DE 30 % DES DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ ?.....	14
2.2.1 Le freinage des dépenses publiques de santé : reflet de la situation financière et des décisions de l'État	15
2.2.2 Le ralentissement des dépenses privées de santé : résultat de la conjoncture économique et des choix des consommateurs	16
2.2.3 Impacts de l'évolution respective des prix et des dépenses réelles de santé	21
2.2.4 Explication de l'augmentation de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé.....	24
2.2.5 Projections et prévisions.....	26
2.3 Y A-T-IL EU SUBSTITUTION DE DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ PAR DES DÉPENSES PRIVÉES ?	27
2.3.1 Répartition des dépenses totales de santé par source de financement.....	27
2.3.2 Part relative des dépenses privées et publiques de santé par catégorie de dépenses	31
2.3.3 Évolution de l'importance des différents types de dépenses privées de santé	34
2.4 COMMENT SE COMPARE LE QUÉBEC AVEC LES AUTRES PROVINCES ET CERTAINS PAYS ?	40
2.4.1 Part relative des dépenses publiques et privées au Québec, comparativement aux autres provinces	40
2.4.2 Part relative des dépenses publiques et privées de santé au Québec, comparativement aux principaux pays de l'OCDE	44

2.4.3	Dépenses publiques et privées au Québec, comparativement aux autres provinces canadiennes	46
2.4.4	Dépenses totales de santé au Québec, comparativement aux autres provinces et aux principaux pays de l'OCDE	49

Annexes

Annexe 1	Mandat du groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec
Annexe 2	Définition des dépenses de santé de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
Annexe 3	Statistiques

Liste des graphiques

Graphique 1	Part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au Québec, en Ontario et au Canada de 1989 à 1998 (et de 1984 à 1989)	11
Graphique 2	Dépenses totales, publiques et privées de santé au Québec — 1989-1998.....	12
Graphique 3	Évolution des dépenses de santé au Québec de 1990 à 1998.....	13
Graphique 4	Relation entre le PIB et les dépenses privées de santé par habitant au Québec de 1975 à 1996.....	17
Graphique 5	Évolution du PIB et des dépenses privées de santé au Québec de 1976 à 1998	19
Graphique 6	Part des dépenses privées de santé dans les dépenses personnelles en biens de consommation au Québec et au Canada — 1989 et 1998	21
Graphique 7	Taux de croissance réelle des dépenses privées de santé au Québec de 1980 à 1998	24
Graphique 8	Répartition des dépenses totales de santé au Québec par source de financement (ou “secteur”) — 1998.....	27
Graphique 9	Dépenses totales de santé financées par les secteurs public et privé, et financement privé complémentaire pour les services des programmes publics de santé au Québec	30
Graphique 10	Part des dépenses publiques et privées dans les dépenses totales de santé au Québec par catégorie de dépenses — 1998	32
Graphique 11	Répartition des dépenses privées de santé au Québec par type de dépenses — 1989 et 1998	34
Graphique 12	Dépenses privées de santé pour les “autres professionnels” en proportion du total des dépenses privées de santé au Canada et au Québec — 1996.....	39
Graphique 13	Part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au Québec, au Canada et dans les autres provinces — 1960, 1980 et 1998	42
Graphique 14	Évolution de la part des dépenses privées par rapport aux dépenses totales de santé au Québec et au Canada — 1960 et de 1975 à 1998	43
Graphique 15	Part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au Québec, au Canada et dans les principaux pays de l'OCDE — 1970, 1985 et 1997	45
Graphique 16	Dépenses privées de santé par rapport au PIB au Québec, au Canada et dans les autres provinces — 1998.....	49

Liste des tableaux

Tableau 1	Taux moyen de croissance annuelle des dépenses de santé au Québec pour les périodes de 1989 à 1991 et de 1991 à 1998	14
Tableau 2	Coupures dans les transferts fédéraux au Québec depuis 1982-1983 — période allant de 1995-1996 à 1998-1999 — santé et ensemble des transferts	16
Tableau 3	Évolution de l'indice implicite des prix pour les dépenses de santé au Québec de 1989 à 1991 et de 1991 à 1998	22
Tableau 4	Contribution de l'évolution des prix et des dépenses réelles au ralentissement des dépenses de santé au Québec pour la période de 1991 à 1998, par rapport à celle de 1989 à 1991	23
Tableau 5	Explication de l'augmentation de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au Québec de 1989 à 1998.....	25
Tableau 6	Part des dépenses privées et publiques de santé au Québec par catégorie de dépenses — 1989 et 1998	33
Tableau 7	Nombre de médecins non participants ou désengagés du régime d'assurance maladie du Québec — 1989 et 1998	36
Tableau 8	Répartition des dépenses privées par habitant pour les services d'autres professionnels au Canada et au Québec — 1989 et 1996.....	38
Tableau 9	Part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé au Québec, au Canada et dans les autres provinces — 1960, 1975, 1980 et 1998.....	41
Tableau 10	Part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé au Québec, au Canada et dans les principaux pays de l'OCDE — 1970, 1986 et 1997.....	44
Tableau 11	Dépenses publiques de santé par habitant au Québec, au Canada et dans les autres provinces — 1980, 1990, 1994 et 1998	46
Tableau 12	Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB au Québec, au Canada et dans les autres provinces — 1980, 1990, 1994 et 1998.....	47
Tableau 13	Dépenses privées de santé par habitant au Québec, au Canada et dans les autres provinces — 1980, 1990, 1994 et 1998	48
Tableau 14	Dépenses totales de santé par habitant au Québec, au Canada et dans les autres provinces — 1975, 1990 et 1998	50
Tableau 15	Dépenses totales de santé par habitant au Québec, au Canada et dans les principaux pays de l'OCDE — 1970, 1985 et 1997	50
Tableau 16	Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB au Québec, au Canada et dans les autres provinces — 1965, 1980 et 1998	51
Tableau 17	Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB au Québec, au Canada et dans les principaux pays de l'OCDE — 1970, 1985 et 1997	52

Introduction

Le 1^{er} octobre 1998, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Jean Rochon, annonçait officiellement la mise sur pied d'un groupe de travail ayant le mandat de faire le point sur la question de la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec. Le mandat du groupe de travail fut confirmé par la nouvelle ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Pauline Marois, en février 1999.

Le premier volet du mandat confié consistait à **tracer un portrait de la situation**, c'est-à-dire, à comparer et à expliquer l'évolution des dépenses privées par rapport aux dépenses totales de santé, et à en évaluer les implications sur les principes fondamentaux du système public de santé.

Le système public de santé est-il en voie de se privatiser ? L'augmentation récente de la part des dépenses privées à plus de 30 % des dépenses totales de santé signifie-t-elle une érosion du système public de santé l'atteignant dans ses principes fondamentaux ? Avons-nous atteint un seuil critique au-delà duquel la maîtrise des dépenses totales de santé est compromise ? Le présent document, qui constitue un document de soutien au rapport du groupe de travail, vise à répondre à ces questions.

Le chapitre 1 décrit sommairement les données utilisées. Le chapitre 2 expose une analyse détaillée des faits, dont les principaux constats et leur interprétation sont présentés dans le rapport du groupe de travail. On trouvera à l'annexe 1 la formulation détaillée du mandat du groupe de travail, à l'annexe 2, la définition des dépenses de santé de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et, à l'annexe 3, les principales statistiques utilisées.

Le groupe de travail tient à remercier tous ceux qui ont contribué à la préparation du présent document. Mentionnons en particulier messieurs Guy-Paul Sanscartier et Ronald Côté, du Service de l'analyse statistique du ministère de la Santé et des Services sociaux, et monsieur Gaétan Desjardins, de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

CHAPITRE 1

Les données utilisées

Les observations permettant de mesurer la présence du privé dans la santé au Québec sont tirées de la « base de données sur les dépenses nationales de santé¹ ». Cette base d'information se fonde sur un système de classification conforme aux normes internationales en matière de présentation de l'information sur la santé.

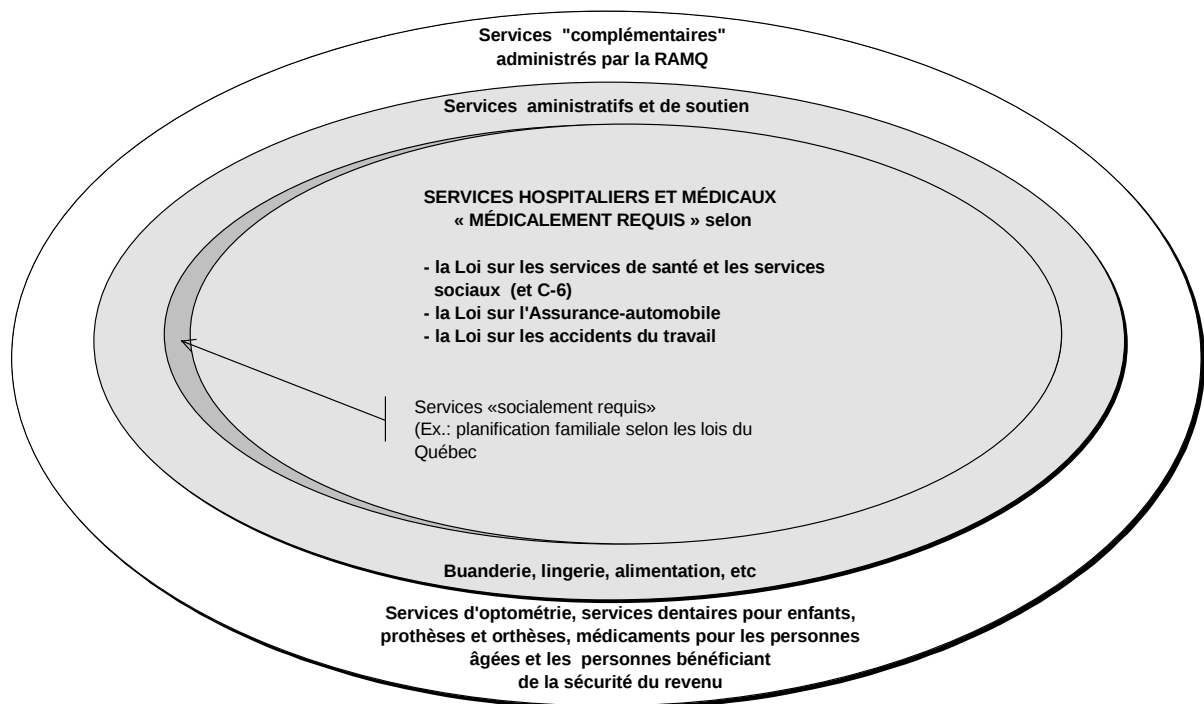
De façon sommaire, les dépenses **privées** incluent principalement les paiements des particuliers et ceux effectués par les assureurs privés. Les dépenses **publiques** de santé se composent des paiements directs effectués par le gouvernement du Québec, par le gouvernement fédéral² et par les administrations municipales, de même que par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Les dépenses de santé assumées par le gouvernement du Québec comprennent :

- les services médicaux et hospitaliers « médicalement requis » en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux du Québec, de la Loi sur l'assurance maladie et de la Loi canadienne sur la santé (C-6). Ces services incluent les services administratifs et de soutien (buanderie, lingerie, alimentation). *Ces services sont ceux auxquels s'appliquent les cinq principes fondamentaux du régime de santé universel (la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, l'accessibilité et la transférabilité) ;*
- les services « complémentaires » de santé, dont la couverture n'est pas universelle, mais qui font partie de programmes en fonction des priorités qui varient selon les provinces. Au Québec, ces services comprennent les services d'optométrie pour les personnes de 65 ans et plus, les services dentaires pour enfants, le programme d'orthèses et de prothèses, ainsi que les services pharmaceutiques pour les personnes âgées et les personnes prestataires de la sécurité du revenu.

1. Voir INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé 1975-1998*, Ottawa, novembre 1998, p. 48. Les données de 1997 et 1998 ont été établies à partir de prévisions.

2. Les dépenses de santé effectuées par le gouvernement fédéral ne comprennent pas les montants versés aux provinces à titre de transferts pour la santé, dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. On trouvera un résumé de la définition des dépenses de santé à l'annexe 2.

DÉPENSES DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT À L'INTÉRIEUR DU RÉGIME UNIVERSEL OU DES PROGRAMMES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ DU QUÉBEC



Les dépenses publiques de santé du Québec incluent également les services médicaux assurés en raison de priorités sociales et encadrés par des lois du Québec (ex. : planification familiale). Elles incluent les services de santé dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD), mais excluent les dépenses publiques relatives à l'hébergement, qui relèvent du volet social de la mission du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les données comparatives sur les dépenses de santé des principaux pays industrialisés proviennent de la banque de données « Éco-santé » de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE).

Réerves

Des réserves importantes, qui tiennent essentiellement aux limites des données utilisées, doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats de la présente étude.

L'examen détaillé qui suit porte exclusivement sur les dépenses de santé. Il n'existe pas de base de données homogènes sur les programmes sociaux. De plus, les conclusions exprimées constituent des conclusions générales établies sur la base des données agrégées utilisées. Seules des études faites à partir de données désagrégées ou d'enquêtes permettraient d'établir des constats plus approfondis pour certains services (ex. : le phénomène des laboratoires privés). Les résultats particuliers de telles études ne modifieraient cependant pas les conclusions générales de la présente étude.

Portant exclusivement sur la question du financement, les données utilisées ne tiennent pas compte des aspects liés à l'accessibilité et à la qualité des services ainsi qu'à la satisfaction des besoins.

Il importe également de souligner que les données utilisées ne comptabilisent pas les coûts indirects liés à des dépenses de santé. Nous n'avons donc pas pris en considération les pertes éventuelles de revenus pour les patients et les aidants naturels, ou les dépenses supplémentaires éventuellement occasionnées aux particuliers par des durées de séjour réduites ou découlant de la mise en place de services ambulatoires (ex. : frais de transport, aide à domicile, etc.). L'évaluation de tels coûts exigerait des études qui déborderaient le mandat du groupe de travail.

L'existence de tels effets du virage vers les services ambulatoires ne relève pas en tant que telle des caractéristiques du régime public de santé et des principes fondamentaux qui le régissent. Cette question est plutôt du ressort des politiques sociales du gouvernement.

CHAPITRE 2

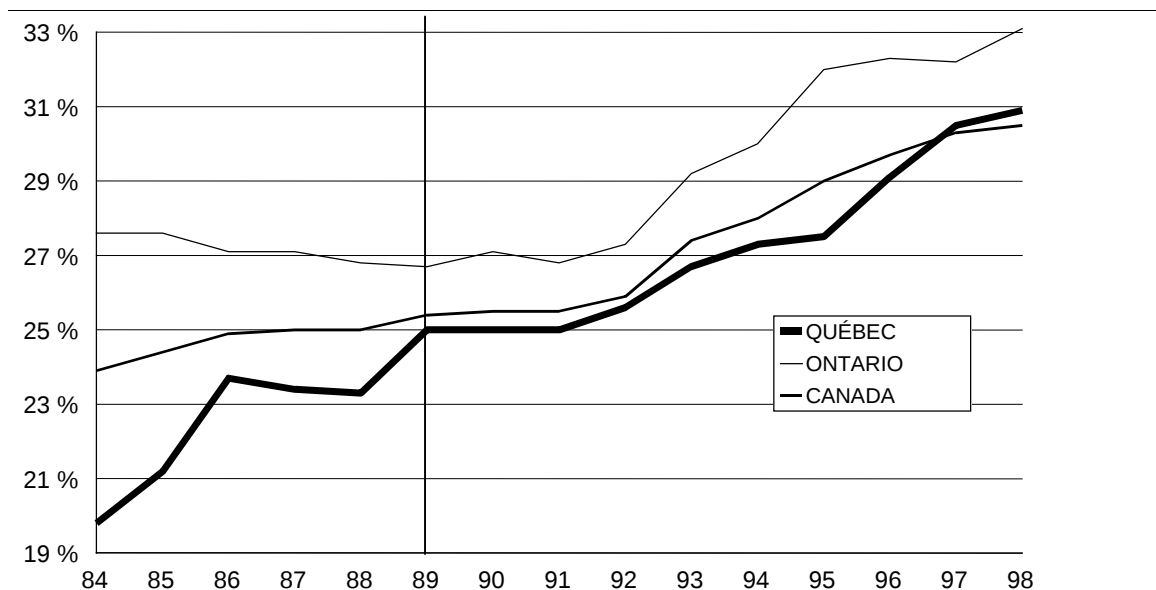
Les faits

2.1 La part les dépenses privées dans les dépenses totales de santé a considérablement augmenté

En 1998, les dépenses privées représentaient 30,9 %³ des dépenses totales de santé au Québec. Dix ans plus tôt, en 1989, cette part était de 25 %.

GRAPHIQUE 1

PART DES DÉPENSES PRIVÉES DANS LES DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ AU QUÉBEC, EN ONTARIO ET AU CANADA DE 1989 À 1998 (ET DE 1984 À 1989)



Sources : ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

La part des dépenses privées de santé au Québec a rejoint la moyenne canadienne

Ce bond de 5,9 points de pourcentage a représenté la troisième hausse la plus élevée au Canada pour cette période, après celle observée en Alberta (+ 6,5 points) et en Ontario (+ 6,4 points). Alors que le Québec se situait au sixième rang des provinces canadiennes en 1989 quant à l'importance des dépenses privées de santé, il se situait au deuxième rang en 1998. Bien qu'augmentant plus rapidement que celle de la plupart des autres provinces, la part relative des dépenses privées de santé au Québec demeurerait cependant inférieure à celle de l'Ontario (33,1 %).

3. Ce pourcentage de 30,9 % diffère de celui de 32,2 % pour 1997 rendu public au cours de l'année 1998, du fait qu'il repose sur des données plus récentes de l'ICIS (novembre 1998) et sur des ajustements apportés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le but d'exclure des éléments de dépenses relevant du volet social de sa mission.

Le rattrapage de la part relative des dépenses privées du Québec par rapport à la moyenne canadienne avait déjà été amorcé au cours des années 80, comme le démontre l'examen des années antérieures (voir le graphique 1). En 1984, la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au Québec s'établissait à 19,8 %, comparativement à 23,9 % pour le Canada et 27,6 % pour l'Ontario. La présente étude se concentrera cependant sur la période de 1989 à 1998, conformément au mandat reçu.

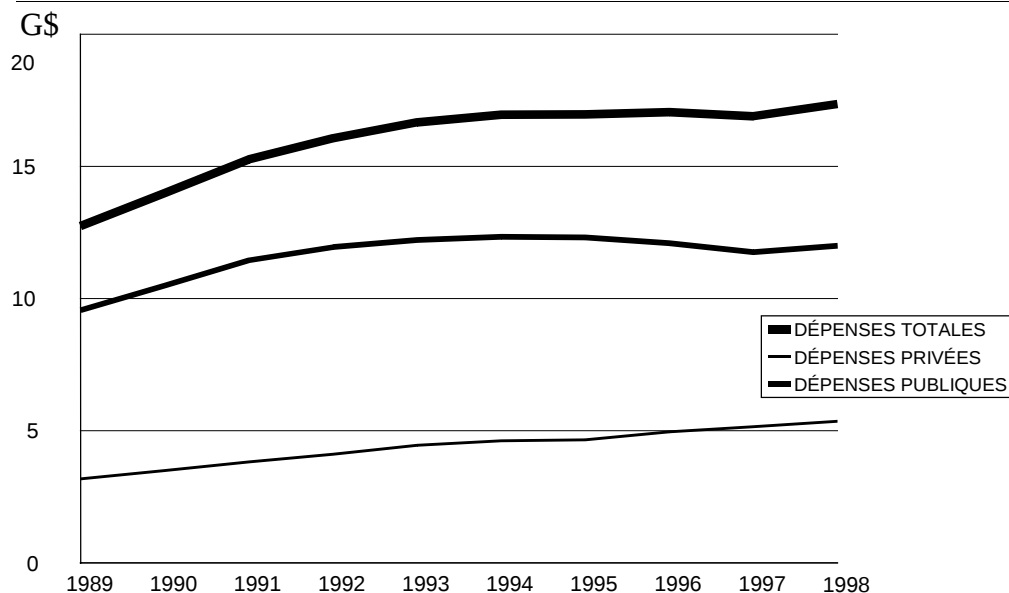
Les dépenses privées de santé ont augmenté plus rapidement que les dépenses publiques au cours des années 90

Pour l'ensemble de cette période, les dépenses **privées** de santé au Québec se sont accrues à un rythme annuel moyen de 6 %, soit plus de deux fois plus rapidement que les dépenses **publiques** qui, elles, ont progressé en moyenne de 2,5 % annuellement. Les dépenses **totales** de santé ont pour leur part crû de 3,5 % par année en moyenne.

Mais le fait marquant de la dernière décennie est que les dépenses publiques de santé, après avoir progressé jusqu'en 1991, se sont par la suite stabilisées autour de 12 milliards de dollars, alors que les dépenses privées continuaient à croître, passant de 3,8 milliards en 1991 à 5,4 milliards en 1998.

GRAPHIQUE 2

DÉPENSES TOTALES, PUBLIQUES ET PRIVÉES DE SANTÉ AU QUÉBEC — 1989 - 1998 (en milliards de dollars)



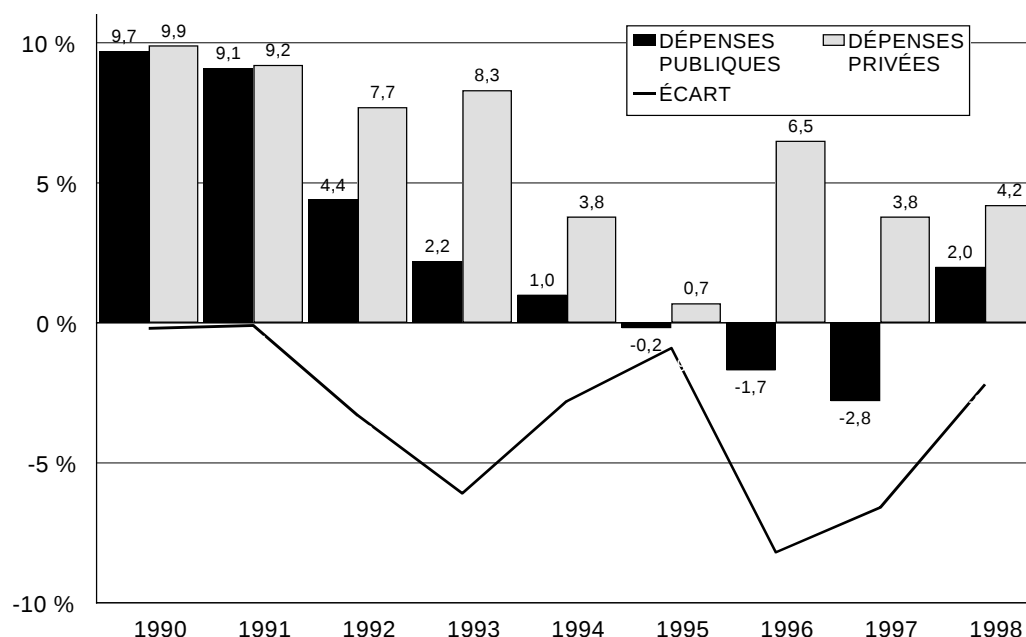
Sources : MSSS, ICIS.

Après avoir progressé à un rythme comparable jusqu'en 1991, les dépenses publiques ont par la suite ralenti de façon beaucoup plus marquée que les dépenses privées de santé

Sur une base annuelle, on observe qu'après avoir augmenté à un rythme relativement rapide de 9,7 % en 1990 et de 9,1 % en 1991, les taux de croissance des dépenses publiques de santé ont fortement diminué jusqu'en 1997, alors qu'ils enregistraient une baisse historique de 2,8 %. Après sept années de ralentissement, les dépenses publiques n'ont augmenté qu'en 1998 avec une hausse de 2 % par rapport à 1997 (voir le graphique 3). Pour leur part, les taux de croissance des dépenses privées ont été supérieurs à ceux des dépenses publiques de santé chaque année et n'ont jamais été négatifs. Après avoir enregistré une croissance modeste de 0,7 % en 1995, elles ont rapidement repris le chemin de la croissance en 1996 avec un bond de 6,5 % et se sont accrues à un rythme modéré avoisinant 4 % en 1997 et en 1998.

GRAPHIQUE 3

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ AU QUÉBEC DE 1990 À 1998 (taux de croissance annuelle)



Sources : MSSS, ICIS.

Tant les dépenses privées que les dépenses publiques de santé ont donc ralenti leur croissance au cours des années 90, mais de façon beaucoup plus importante pour les dépenses publiques.

Si les dépenses publiques et privées avaient, tout au long des années 90, poursuivi leur évolution au même rythme qu'au cours des années 1989 à 1991 (avec une moyenne autour de 9,5 %), la part relative des dépenses privées serait demeurée inchangée en représentant 25 % des dépenses totales de santé (voir le graphique 1). Les causes de l'augmentation observée sont donc à rechercher dans les facteurs ayant mené à l'évolution très différente des dépenses publiques et des dépenses privées, après l'année 1991.

2.2 Comment en sommes-nous arrivés à une part des dépenses privées de plus de 30 % des dépenses totales de santé ?

Un important changement de dynamique caractérise la dernière décennie, avec l'année 1991 comme charnière

L'important changement dans la courbe de croissance des dépenses entre 1989 et 1998, avec l'année 1991 comme charnière, a tracé une démarcation permettant de distinguer deux sous-périodes : une période de croissance rapide et comparable des dépenses privées et publiques allant de 1989 à 1991, et une période de ralentissement de croissance à des rythmes différents, de 1991 à 1998.

De 1991 à 1998, on constate que les dépenses **totales** de santé au Québec n'ont progressé que de 1,8 % par année en moyenne, soit 7,7 points de pourcentage moins rapidement qu'au cours de la période de 1989 à 1991, alors qu'elles évoluaient au rythme moyen de 9,5 % (voir le tableau 1). Cette décélération provient principalement du ralentissement des dépenses **publiques** de santé. Leur croissance moyenne a chuté de 8,7 points de pourcentage annuellement pour cette période, soit de 9,4 % à 0,7 %.

Le ralentissement de la croissance des dépenses **privées** de santé, dont le rythme a pour sa part rétrogradé de 9,5 % à 5 % annuellement, soit de 4,5 points de pourcentage, a également contribué au ralentissement des dépenses totales de santé, entre 1991 et 1998.

TABLEAU 1

TAUX MOYEN DE CROISSANCE ANNUELLE DES DÉPENSES DE SANTÉ AU QUÉBEC POUR LES PÉRIODES DE 1989 À 1991 ET DE 1991 À 1998

	1989-1998	1989-1991	1991-1998	Écart 1991-1998/1989-1991 (en points de pourcentage)
Dépenses publiques	2,5 %	9,4 %	0,7 %	- 8,7
Dépenses privées	6,0 %	9,5 %	5,0 %	- 4,5
DÉPENSES TOTALES	3,5 %	9,5 %	1,8 %	- 7,7

Sources : MSSS, ICIS.

L'augmentation de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au cours des années 90 ne résulte donc pas d'une « poussée de croissance » des dépenses privées. Elle résulte plutôt de la conjonction du freinage des dépenses publiques et des dépenses privées de santé à des rythmes différents.

2.2.1 Le freinage des dépenses publiques de santé : reflet de la situation financière et des décisions de l'État

Contrairement aux dépenses privées, dont le total résulte des comportements de la population, les dépenses publiques de santé sont des « dépenses administrées », en ce sens qu'elles sont déterminées pour l'essentiel par des décisions des gouvernements.

Les efforts budgétaires demandés par les gouvernements

Le freinage des dépenses publiques de santé découle des restrictions budgétaires appliquées par le gouvernement du Québec dans la foulée des mesures visant à rétablir la santé des finances de l'État et à atteindre l'objectif du déficit zéro.

Au cours de la période de 1995-1996 à 1998-1999, des efforts de restriction budgétaire de 1,76 milliard de dollars (dont 950 millions pour le réseau des établissements publics) ont été demandés à l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux. En sus, le réseau a dû faire des économies supplémentaires s'élevant à 690 millions afin de répondre à de nouveaux besoins retenus comme priorité nationale et régionale⁴. Si on tient compte de ces efforts supplémentaires consacrés à la réallocation, l'effort budgétaire global du secteur de la santé et des services sociaux s'est élevé à plus de 2,45 milliards de dollars au cours de cette période, soit 18,7 % des crédits 1998-1999 accordés au secteur sociosanitaire. Bien que ne pouvant être directement appliquées aux dépenses de santé, ces observations soulignent l'importance des mesures de restriction budgétaire qu'a demandées le gouvernement du Québec au domaine de la santé au cours des dernières années⁵.

Le plafonnement des dépenses publiques de santé a fait suite aux coupures des transferts fédéraux au Québec

De façon indirecte, ces mesures ont fait suite aux coupures dans les transferts fédéraux au Québec. De 1982-1983 à 1998, les coupures dans les transferts fédéraux pour la santé ont totalisé cumulativement 16 milliards de dollars, soit près des deux tiers de la réduction totale des transferts fédéraux au Québec. Pour la période de 1995-1996 à 1998-1999, le manque à gagner dans la santé s'est élevé à 8,2 milliards.

-
4. Signalons que les efforts de réallocation budgétaire en cause se sont traduits en grande partie par la réduction des dépenses de santé, du fait que les économies réalisées ont été transférées dans le champs des dépenses sociales (ex. : développement de services de maintien à domicile).
 5. Les montants des efforts budgétaires demandés ne peuvent être directement mis en parallèle avec les dépenses de santé, du fait, principalement, qu'ils portent sur l'ensemble des dépenses de santé et de services sociaux. Par ailleurs, la notion de dépenses effectuées est indépendante de leurs modalités de financement : les dépenses enregistrées par l'ICIS incluent donc les déficits accumulés par le réseau au cours des dernières années.

TABLEAU 2

**COUPURES DANS LES TRANSFERTS FÉDÉRAUX AU QUÉBEC DEPUIS 1982-1983
PÉRIODE ALLANT DE 1995-1996 À 1998-1999 — SANTÉ ET ENSEMBLE DES
TRANSFERTS**
(en milliards de dollars)

	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	Montants cumulatifs	
					de 1995-1996 à 1998-1999	de 1982-1983 à 1998-1999
Santé	1,4	2,0	2,3	2,5	8,2	16,0
Ensemble des transferts	2,2	3,2	4,0	4,4	13,8	26,1

Sources : MINISTÈRE DES FINANCES DU QUÉBEC, *Budget 1998-1999*, annexe 3.3.

Des décisions prises par les deux ordres de gouvernement, à savoir les coupures des transferts fédéraux au gouvernement du Québec et les restrictions budgétaires adoptées par celui-ci, sont à l'origine du ralentissement de la croissance des dépenses publiques de santé au cours des années 90. Indirectement, ce ralentissement a eu un impact déterminant sur la part relative des dépenses privées de santé.

Par exemple, en supposant que les dépenses privées aient continué à croître au même rythme annuel qu'au cours des années 1989 à 1991 (9,5 %), on peut estimer que le freinage des dépenses publiques aurait eu comme effet d'augmenter la part relative des dépenses privées de santé de 25 % en 1989 à 37,5 % en 1998, soit une hausse brute de 12,5 points de pourcentage.

2.2.2 Le ralentissement des dépenses privées de santé : résultat de la conjoncture économique et des choix des consommateurs

Les facteurs déterminant l'évolution des dépenses privées de santé

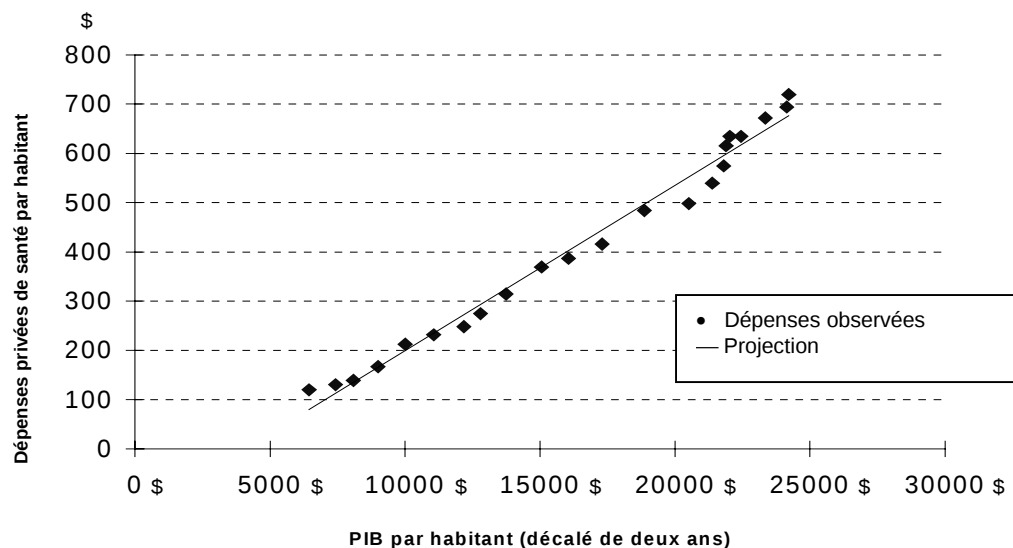
Tel qu'on l'a observé précédemment, parallèlement au freinage des dépenses publiques de santé, il n'y a pas eu accélération de la croissance des dépenses privées au cours des années 90. On voit mal, par ailleurs, comment les dépenses privées auraient pu ralentir en raison même du ralentissement des dépenses publiques de santé.

Sujettes au même contexte économique marqué par la récession de la fin des années 80 et du début des années 90, les dépenses privées de santé semblent en réalité avoir évolué de façon indépendante de l'évolution des dépenses publiques, en fonction de leur propre dynamique.

La littérature économique suggère à ce sujet que, une fois pris en compte les effets de la structuration du régime public⁶, les dépenses privées de santé sont déterminées essentiellement par l'évolution des revenus des consommateurs, par l'évolution de leurs besoins pour les biens et services de santé offerts sur le marché ainsi que par l'évolution générale des prix et des conditions du marché.

GRAPHIQUE 4

RELATION ENTRE LE PIB* ET LES DÉPENSES PRIVÉES DE SANTÉ PAR HABITANT AU QUÉBEC DE 1975 À 1996



* PIB = produit intérieur brut.

Sources : MSSS, ICIS et Institut de la statistique du Québec.

Les dépenses privées de santé sont déterminées essentiellement par l'évolution du niveau général des revenus

Les données disponibles confirment que les dépenses privées de santé sont très fortement liées à l'évolution générale de l'économie. On peut estimer qu'environ 99 % des variations dans les dépenses privées de santé par habitant de 1975 à 1996 s'expliquent statistiquement par les variations dans le PIB par habitant. En moyenne, pour l'ensemble de la population du Québec, une augmentation (ou une diminution) de 1 % dans le PIB par habitant a permis une augmentation (ou une diminution) de 1,4 % dans les dépenses privées de santé par habitant. Le même phénomène a été observé dans l'ensemble du Canada.

6. C'est-à-dire, une fois considéré l'impact de l'inclusion ou de l'exclusion de différents types de services ou d'utilisateurs dans la couverture des services publics assurés (ex. : la mise en place de l'assurance maladie).

Cela signifie que l'évolution globale des dépenses privées de santé résulte essentiellement d'un « effet de richesse », en ce sens qu'elle est conséquente de l'accroissement de la richesse des individus et de la collectivité, et de leur préférence marquée pour les biens et services liés à la santé.

En sus de l'effet de richesse, soulignons qu'un certain effet de substitution de dépenses publiques de santé par des dépenses privées a déjà été relevé dans certains pays, en particulier au Royaume-Uni. La longueur des durées d'attente, l'existence d'une importante offre de services médicaux et hospitaliers privés parallèles ainsi que la possibilité de contracter des assurances privées pour ces services ont été reconnues comme les principaux facteurs susceptibles de permettre l'apparition d'un tel phénomène de substitution.

Contrairement au Royaume-Uni et à de nombreux autres pays, le régime public de santé au Québec et au Canada n'autorise pas les assureurs privés à couvrir des services assurés par le régime public. De plus, les lois du Québec défavorisent, en pratique, la constitution d'un régime de santé privé parallèle, comme on le verra plus loin. Les files d'attente ne sont donc pas susceptibles de provoquer, comme dans ces pays, une substitution importante des dépenses assurées par le régime public de santé du Québec par des dépenses privées.

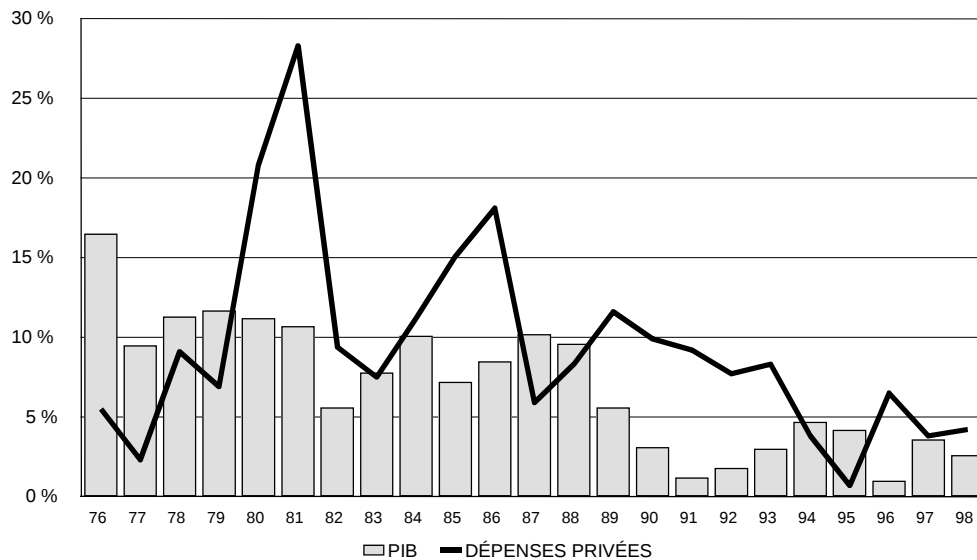
Les dépenses privées de santé et les cycles économiques

Les dépenses privées de santé fluctuent selon les cycles économiques.

Les dépenses privées de santé étant essentiellement déterminées par l'évolution de la richesse, il n'est pas surprenant de constater qu'elles fluctuent grandement au rythme de la conjoncture économique. Depuis plus de deux décennies, les taux de croissance des dépenses privées de santé, tout en se maintenant plus élevés que ceux de l'économie en général, tendent à ralentir fortement en période de récession et à enregistrer des pointes beaucoup plus vigoureuses en période de reprise économique, le tout, semble-t-il, avec un certain délai de réaction. Ce phénomène est également observable au Canada.

GRAPHIQUE 5

**ÉVOLUTION DU PIB ET DES DÉPENSES PRIVÉES DE SANTÉ AU QUÉBEC
DE 1976 À 1998^P**
(taux de croissance annuelle)



P = Préviation.

Sources : MSSS, ICIS.

Dans la foulée de la récession de la fin des années 80 et du début des années 90, la croissance des dépenses privées de santé a progressivement rétrogradé de 9,9 % en 1990 à un plancher de 0,7 % en 1995. Alors que l'économie marquait en 1996 une pause dans sa sortie de récession, elles se sont ensuite relevées fermement de 6,5 % et ont continué à progresser depuis à un rythme avoisinant 4 % annuellement, soit un rythme légèrement plus soutenu que celui de l'économie.

Le profil de consommation et les dépenses privées de santé

Que les dépenses privées de santé fluctuent aussi fortement selon les humeurs de l'économie constitue un phénomène qui amène à s'interroger sur le comportement des consommateurs à l'origine des variations cycliques de la croissance des dépenses privées de santé.

Les dépenses privées ont les caractéristiques de dépenses de santé complémentaires aux dépenses publiques assurées, tout en demeurant prioritaires dans les choix des consommateurs

La grande sensibilité à la **baisse** des dépenses privées de santé en période de récession économique indique que l'achat des biens et des services en question, après un certain délai d'ajustement, est rapidement limité ou reporté lorsque les revenus ou les conditions d'emploi se détériorent. Ils semblent donc que ces dépenses (ex. : renouvellement de lunettes ou d'appareils, examen dentaire de routine, etc.), du moins pour une partie importante, sont complémentaires par rapport aux dépenses essentielles dont font partie les services de santé assurés par le régime public. La composition des dépenses privées de santé (qui sera examinée plus loin) confirme qu'elles sont faites pour des services « médicalement non requis » dans le programme de santé universel.

La part des dépenses personnelles allant aux dépenses privées de santé a légèrement augmenté au Québec, tout en demeurant comparable à celle au Canada

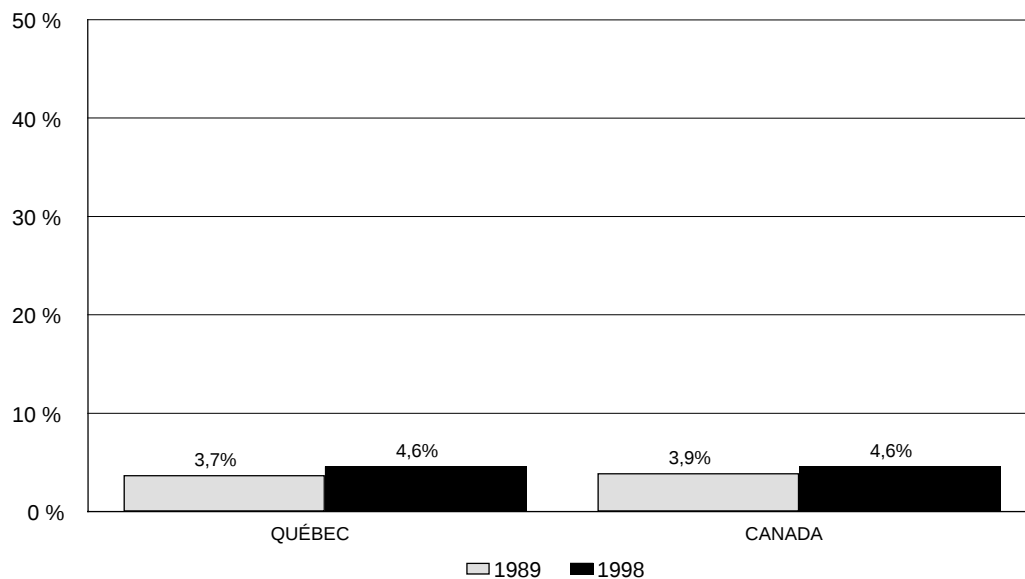
Cela ne signifie pas pour autant que ces dépenses soient considérées d'utilité secondaire. La grande sensibilité à la **hausse** des dépenses privées de santé en période de regain économique signale au contraire que, lorsque leurs conditions s'améliorent, les consommateurs accordent priorité aux dépenses de santé — dont certaines avaient pu être reportées — dans leurs choix de consommation.

À cet égard, on constate que la part du budget de dépenses personnelles des Québécois consacrées à la consommation de biens et de services de santé s'est sensiblement accrue, passant de 3,7 % en 1989 à 4,6 % en 1998. Ces observations tiennent compte de la majoration des diverses contributions au régime public de santé, ainsi que de celles qui ont été imposées à la mise en place du régime général d'assurance médicaments en 1997.

De façon globale et même en tenant compte de ces majorations, les dépenses privées de santé occupent une part relativement modeste des dépenses personnelles de consommation des Québécois, une part comparable à celle de l'ensemble des Canadiens.

GRAPHIQUE 6

PART DES DÉPENSES PRIVÉES DE SANTÉ DANS LES DÉPENSES PERSONNELLES EN BIENS DE CONSOMMATION AU QUÉBEC ET AU CANADA — 1989 ET 1998



Sources : MSSS, Institut de la statistique du Québec, ICIS.

Pris isolément, le ralentissement des dépenses privées a contribué à réduire la part relative des dépenses privées de santé

Le ralentissement de la croissance des dépenses privées de santé observé au cours des années 90 n'a pas été sans conséquences. Par exemple en supposant que les dépenses publiques aient continué à évoluer au même rythme annuel qu'au cours des années 1989 à 1991 (9,4 %), on peut estimer que le freinage des dépenses privées, après 1991, aurait eu comme effet d'abaisser le rapport des dépenses privées sur les dépenses totales de santé de 25 % en 1989 à 20 % en 1998, soit de 5 points de pourcentage.

2.2.3 Impacts de l'évolution respective des prix et des dépenses réelles de santé

L'évolution des dépenses de santé *en dollars courants* reflète non seulement la croissance du **volume** d'utilisation des biens et des services de santé, mais également l'évolution de leurs **prix unitaires** (incluant les taux de salaires). De façon générale, les prix tendent à croître plus rapidement pour les dépenses privées que pour les dépenses publiques de santé. Au cours des années 90, les dépenses publiques ont enregistré un ralentissement de l'évolution des prix sensiblement plus important que celui des dépenses privées de santé.

L'indice implicite des prix pour les dépenses publiques a plus fortement ralenti que pour les dépenses privées de santé

La croissance de l'indice implicite des prix⁷ pour les dépenses publiques de santé, qui était de 5,1 % par année en moyenne entre 1989 et 1991, aurait été pratiquement nulle entre 1991 et 1998, n'évoluant que de 0,5 % par année. Cette chute de 4,6 points de pourcentage dans l'évolution des prix est un effet de la politique de rémunération appliquée par le gouvernement au cours des dernières années à l'ensemble des secteurs publics et parapublics, dont celui de la santé.

TABLEAU 3

ÉVOLUTION DE L'INDICE IMPLICITE DES PRIX POUR LES DÉPENSES DE SANTÉ AU QUÉBEC DE 1989 À 1991 ET DE 1991 À 1998

(taux moyens de croissance annuelle)

	1989-1991	1991-1998 ^P	Écarts entre 1991-1998 et 1989-1991 (en points de pourcentage)
Dépenses publiques	5,1 %	0,5 %	- 4,6
Dépenses privées	6,0 %	1,9 %	- 4,1
DÉPENSES TOTALES	5,3 %	0,9 %	- 4,4

P = Prévisions.

Sources : MSSS, ICIS.

Parallèlement, les prix des biens et des services privés continuaient à croître, ralentissant néanmoins leur croissance de 6 % à 1,9 %, soit de 4,1 points de pourcentage pour les mêmes périodes. Reflétant la baisse générale des prix dans l'économie, une partie de ce ralentissement pourrait également s'expliquer par l'effet d'une concurrence de plus en plus vive sur le marché privé pour certains biens et services liés à la santé (ex. : la réduction des prix pour le traitement de la myopie au laser).

Les dépenses de santé sont très sensibles à l'évolution des salaires du fait qu'il s'agit de services exigeant une forte quantité de main-d'œuvre. Les coûts de rémunération représentent à eux seuls environ 75 % des coûts d'exploitation du réseau de la santé. Une part importante de l'évolution des dépenses de santé peut donc être imputable uniquement à l'évolution des taux de salaires.

Le seul ralentissement des prix et des salaires explique 50 % du freinage des dépenses publiques et 90 % du ralentissement des dépenses privées de santé

On peut estimer qu'environ la moitié du ralentissement des dépenses publiques de santé de 1991 à 1998 par rapport à la période de 1989 à 1991 résulte uniquement du ralentissement de l'évolution des prix et des salaires. Près de la moitié s'explique également par un ralentissement annuel d'environ 4,1 points de pourcentage dans les dépenses réelles de santé du secteur public au cours de cette période.

7. L'indice implicite des prix pour les dépenses publiques de santé et celui pour les dépenses personnelles de santé sont des indices conçus par Statistique Canada à partir des données des comptes nationaux et non à partir d'enquêtes statistiques. Ils traduisent l'évolution générale des prix unitaires et des taux de salaires des ressources utilisées dans la production des services de santé. Les indices implicites des prix n'étant pas disponibles pour 1997 et 1998, les prévisions pour ces deux années ont été établies sur la base d'une croissance égale aux croissances moyennes enregistrées au cours des deux années précédentes.

TABLEAU 4

CONTRIBUTION DE L'ÉVOLUTION DES PRIX ET DES DÉPENSES RÉELLES AU RALENTISSEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ AU QUÉBEC POUR LA PÉRIODE DE 1991 À 1998, PAR RAPPORT À CELLE DE 1989 À 1991

(taux moyen de croissance annuelle)

	Ralentissement total des dépenses de santé* 1991-1998 p/r 1989-1991 (en pourcentage)	Contributions ^P (en points de pourcentage)		Part du ralentissement total due au ralentissement des prix (en pourcentage)
		Ralentissement des prix**	Ralentissement des dépenses réelles	
Dépenses publiques	- 8,7 %	- 4,6	- 4,1	53,0 %
Dépenses privées	- 4,5 %	- 4,1	- 0,4	91,1 %
DÉPENSES TOTALES	- 7,7 %	- 4,4	- 3,3	57,1 %

* Voir le tableau 1.

** Voir le tableau 3.

P = Prévisions; p/r = par rapport à.

Sources : MSSS, ICIS.

Ce ralentissement dans la croissance réelle des dépenses publiques de santé ne pourrait être imputé à une réduction générale de *l'utilisation* des services publics. On sait en effet que le volume réel de services dans le réseau a considérablement augmenté au cours des années 90. Ce ralentissement, en dollars constants, peut s'expliquer essentiellement par l'augmentation considérable de la productivité des services du réseau de santé enregistrée au cours des dernières années.

Les changements importants qui ont été faits pendant la transformation du réseau de services, incluant le virage ambulatoire, ont en effet permis de « rendre autrement » les services à la population. Le fait de traiter davantage de patients à l'hôpital, mais avec des durées de séjour moins longues et par là moins coûteuses (ex. : chirurgie d'un jour) a contribué à réduire d'autant le coût unitaire des services. Le virage ambulatoire a aussi permis de « faire ailleurs », c'est-à-dire de transférer des dépenses hospitalières (comprises dans les dépenses de santé) dans le domaine de services publics de nature sociale (ex. : services de maintien à domicile). Ces transferts peuvent avoir contribué marginalement au ralentissement des dépenses publiques de santé.

Par ailleurs, certains services complémentaires de santé ont fait l'objet de restructurations au cours des années 90. Notons principalement la mise en place du régime d'assurance médicaments. Comme on le verra à la prochaine section, ces restructurations ont été justifiées par des objectifs d'équité et d'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Elles ont permis de réaliser des économies qui pourraient expliquer un écart d'environ 0,5 % dans le rapport des dépenses privées aux dépenses totales de santé.

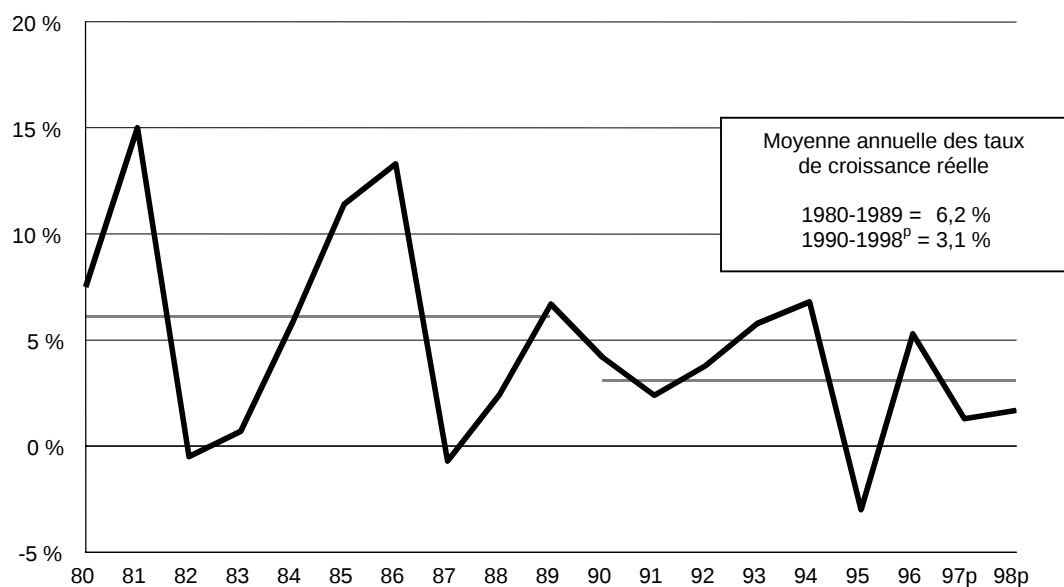
En ce qui a trait aux dépenses privées de santé, on peut de même estimer que plus de 90 % du ralentissement observé résulte uniquement de l'affaiblissement général des prix sur le marché, le reste s'expliquant par un certain ralentissement dans l'utilisation réelle des dépenses privées au cours des six dernières années. Ce ralentissement semble témoigner d'un ajustement des choix des consommateurs à l'évolution de leur situation financière, tel qu'on l'a indiqué précédemment (c'est-à-dire « l'effet de richesse »).

La croissance réelle des dépenses privées de santé au cours des années 90 a été inférieure à celle des années 80

Le ralentissement des dépenses réelles de santé privées semble s'inscrire dans une tendance qui se poursuit depuis près de vingt ans. Le taux de croissance réelle des dépenses privées de santé au Québec de 1989 à 1998 a été deux fois moins élevé qu'au cours des années 80, soit 3,1 % par année en moyenne, comparativement à 6,2 %.

GRAPHIQUE 7

TAUX DE CROISSANCE RÉELLE DES DÉPENSES PRIVÉES DE SANTÉ AU QUÉBEC DE 1980 À 1998^P



P = Prévisions.

Sources : MSSS, ICIS.

2.2.4 Explication de l'augmentation de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé

Cet aperçu nous met enfin en mesure d'expliquer comment la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé du Québec (publiques et privées) en est venue à s'accroître, passant de 25 % en 1989 à 30,9 % en 1998.

Cette hausse de **5,9** points de pourcentage peut s'expliquer par une augmentation brute de **12,5** points de pourcentage due exclusivement à l'effet du ralentissement des dépenses publiques de santé à compter de 1991. De cette hausse, légèrement plus de la moitié, soit **6,4** points de pourcentage, peut être imputée aux mesures de stabilisation des salaires appliquées par le gouvernement dans l'objectif d'assainissement des finances publiques et une bonne partie, soit environ **5,6** points, à un ralentissement dans la croissance réelle des dépenses publiques de santé (dégonflée de l'évolution des prix).

Ce ralentissement des dépenses réelles, alors que le volume de services a considérablement augmenté, témoigne de l'amélioration de la productivité des services publics au cours de la dernière décennie, découlant de la réorganisation du réseau des établissements de santé. Il peut également s'expliquer en partie par un transfert de certaines dépenses de santé au volet des dépenses sociales du réseau, dans le cadre du virage ambulatoire. Par ailleurs, la restructuration de services complémentaires, principalement la mise en place de l'assurance médicaments, permet d'expliquer un écart de 0,5 point de pourcentage.

TABLEAU 5

EXPLICATION DE L'AUGMENTATION DE LA PART DES DÉPENSES PRIVÉES DANS LES DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ AU QUÉBEC DE 1989 À 1998
(en points de pourcentage)

	Impact partiel
Ralentissement des dépenses publiques	+ 12,5
Effet de la stabilisation des prix et des salaires lié aux mesures d'assainissement des finances publiques	+ 6,4
Effet du ralentissement des dépenses réelles lié à la réorganisation du réseau (productivité)	+ 5,6
Effet lié à la restructuration de services (ex. : mise en place de l'assurance médicaments)	+ 0,5
Ralentissement des dépenses privées	- 5,0
Effet de la déflation des prix	- 4,6
Effet du ralentissement des dépenses réelles	- 0,4
Interaction des facteurs	- 1,6
IMPACT TOTAL	+ 5,9

Sources : MSSS, ICIS.

Pour leur part, les dépenses privées de santé ont ralenti leur croissance, de telle sorte qu'elles ont contribué à atténuer cet impact de 5 points pourcentage. Le ralentissement dans l'évolution de l'indice implicite des prix aurait à lui seul contribué à réduire la part relative des dépenses privées de l'ordre de 4,6 points, le solde s'expliquant par un léger ralentissement dans l'utilisation réelle des dépenses privées au cours de cette période.

Enfin, chacun de ces changements s'est produit de façon simultanée. On peut imputer à l'interaction entre les différents facteurs un effet net à la baisse de **1,6** point de pourcentage dans l'évolution de la part relative des dépenses privées de santé.

En résumé, les dépenses privées de santé ont *ralenti* leur croissance moins fortement que les dépenses publiques au cours des années 90. **L'augmentation de la part relative des dépenses privées au cours des années 90 ne témoigne donc pas, globalement, d'une accélération des dépenses privées et d'un mouvement de substitution, mais essentiellement, des mesures prises par le gouvernement et par le réseau pour respecter leur enveloppe budgétaire.**

2.2.5 Projections et prévisions

Les dépenses privées de santé tendent à s'accroître proportionnellement plus rapidement (soit environ 1,4 fois) que l'évolution du PIB, leur croissance relevant essentiellement d'un « effet de richesse ». Dans la mesure où le gouvernement maintiendrait l'évolution des dépenses publiques à un rythme inférieur ou même égal à celui de la richesse collective, la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé tendrait graduellement à augmenter.

Pour assurer le maintien de la part relative actuelle des dépenses privées de santé à 30,9 %, le gouvernement devrait, mathématiquement parlant, relâcher son contrôle de telle sorte que les dépenses publiques de santé augmentent à un rythme plus que proportionnel à celui de la richesse collective, comme les dépenses privées de santé. Cela impliquerait une augmentation régulière de la part des dépenses publiques et totales de santé par rapport au PIB, ainsi que du fardeau fiscal au Québec.

Pour ce qui est de l'avenir prévisible, il paraît probable que les réinvestissements importants consentis par le gouvernement dans la santé pour l'année 1999-2000 auront comme effet de stabiliser, voire de réduire quelque peu la part relative des dépenses privées à court terme. À plus long terme, il semble que son évolution dépendra essentiellement de la réussite du gouvernement et du réseau public à contrôler efficacement la croissance de leurs dépenses. Les observateurs s'entendent à prédire que la part relative des dépenses privées continuera à croître au cours des prochaines années.

Le rapport dépenses privées/dépenses totales n'a donc en soi rien d'absolu. La part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé se révèle en réalité déterminée par de multiples facteurs dont, au premier chef, les décisions mêmes des autorités publiques quant à l'évolution des coûts de rémunération, et l'action du réseau lui-même qui

s'efforce continuellement d'améliorer l'efficacité dans la prestation des services publics (ex. : amélioration du temps de séjour hospitalier et virage ambulatoire).

En conséquence, on peut dire qu'il n'existe et ne peut exister un rapport idéal des dépenses privées sur les dépenses totales de santé à atteindre ou à ne pas dépasser, au risque de compromettre l'intégrité du système public de santé.

2.3 Y a-t-il eu substitution de dépenses publiques de santé par des dépenses privées ?

Si la part relative des dépenses privées de santé a globalement augmenté pour les raisons évoquées, toutes les catégories de dépenses n'ont pas évolué au même rythme. Il convient de se pencher sur la **répartition** des dépenses de santé afin de connaître les principaux types de dépenses qui ont augmenté et les raisons de cette augmentation.

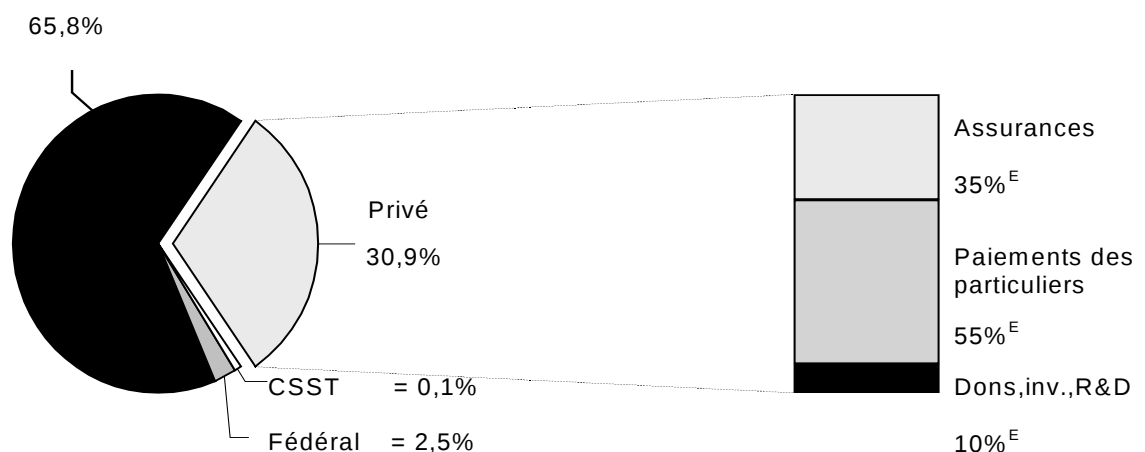
2.3.1 Répartition des dépenses totales de santé par source de financement

Toutes les dépenses de santé sont ultimement financées par les particuliers, soit à titre de contribuable, à titre de consommateur, ou à titre d'assuré. Lorsqu'on parle du « secteur » public ou privé dans la santé, on se réfère à la source *directe* du financement, c'est-à-dire à l'instance responsable du paiement final des dépenses.

GRAPHIQUE 8

RÉPARTITION DES DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ AU QUÉBEC PAR SOURCE DE FINANCEMENT (OU « SECTEUR ») — 1998
(en pourcentage)

Gouvernement du Québec



E = Estimation à partir de la moyenne canadienne.
Sources : MSSS, ICIS.

Les dépenses publiques de santé relèvent principalement du gouvernement du Québec

En vertu de la Constitution canadienne, la santé constitue pour l'essentiel un domaine de juridiction provinciale. En 1998, les dépenses de santé assumées par le gouvernement du Québec ont totalisé 11 412 millions de dollars, soit 95,2 % des dépenses publiques de santé (provinciales, fédérales, municipales et de la CSST) et 65,8 % de toutes les dépenses de santé (publiques et privées) effectuées sur le territoire du Québec. Les dépenses directes de santé du gouvernement fédéral ont pour leur part représenté 2,5 % des dépenses⁸, et celles de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), 0,1 %. Contrairement à certaines provinces, les dépenses de santé assumées par les municipalités sont pratiquement inexistantes au Québec.

Les dépenses privées sont constituées principalement des paiements des consommateurs et des assureurs

Par ailleurs, sur la base de données recueillies pour l'ensemble du Canada, on peut estimer qu'environ 55 % des dépenses privées de santé en 1998 auraient été financées par des paiements directs des individus et des familles, et environ 35 % seraient payées par les compagnies d'assurances à la suite de réclamation, ce qui inclut leurs frais d'administration. Les revenus autonomes des établissements de santé provenant d'autres sources que les patients, tels les dons et les revenus de placement, de même que les dépenses d'équipement et d'immobilisation ainsi que les dépenses privées de recherche pourraient représenter environ 10 % des dépenses privées de santé.

Précisions sur le cas des accidentés du travail

Le régime de santé et de sécurité du travail administré par la CSST est un régime obligatoire assumé financièrement par les employeurs en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail. L'un des objectifs importants de ce régime est d'assurer le retour le plus rapide possible des accidentés sur le marché du travail⁹.

À cette fin, la CSST dirige les accidentés du travail, pour des diagnostics ou des traitements, soit vers des services privés (ex. : résonance magnétique, examens de laboratoire, physiothérapie, ergothérapie), soit vers des établissements du réseau public. Dans ce cas, la CSST rembourse sur facturation à la RAMQ le coût des services médicaux pour les accidentés du travail, et aux établissements du réseau public le coût

8. La loi constitutionnelle attribue au gouvernement fédéral la responsabilité des domaines suivants : la quarantaine, l'établissement et le maintien des hôpitaux de marine, la naturalisation et les « aubains » (personnes non naturalisées), le recensement et la statistique. Elle attribue également au gouvernement fédéral la responsabilité de fournir des services de santé aux militaires, aux Indiens, à la GRC, aux détenus des pénitenciers fédéraux, ainsi que des responsabilités relatives à la qualité des aliments, aux médicaments, aux risques liés à l'environnement, etc.

Les dépenses directes du gouvernement fédéral n'incluent pas les transferts accordés aux provinces dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Selon l'ICIS, les transferts totaux (financiers et fiscaux) accordés au Québec pour la santé en 1995 totalisaient 33,9 % des dépenses publiques de santé du gouvernement du Québec, comparativement à 38,2 % en 1989.

9. On doit distinguer la situation des accidentés du travail de celle des accidentés de la route. La Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) verse un paiement global annuel au Fonds consolidé du revenu du Québec à titre de contribution au coût des services de santé pour les accidentés de la route, ainsi qu'un versement global aux régies régionales à titre de contribution au coût du transport ambulancier. Les traitements pour les accidentés de la route ne sont donc pas administrés et financés de façon distincte, sur une base individuelle, contrairement à ce qui se passe pour la CSST.

des services hospitaliers (excluant la rémunération des médecins) selon des tarifs convenus annuellement avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. La CSST peut également conclure des ententes avec des hôpitaux pour le cofinancement de certains équipements diagnostiques en prévision d'un certain volume de fréquentation par les accidentés du travail.

Pour un même type d'accident, un accidenté du travail peut donc se voir inscrit, le cas échéant, sur une liste d'attente différente d'un patient qui n'est pas accidenté du travail dans un établissement public. Des commentaires recueillis au cours des consultations indiquent que ce phénomène est interprété par plusieurs comme une manifestation de l'éclosion d'un système public «à deux vitesses». On doit à cet égard faire des distinctions importantes.

De façon légitime et conformément aux principes et orientations de ce régime, la CSST dirige une partie de ses patients vers des services **privés** de santé lorsque ces services sont disponibles et permettent un accès plus rapide. En ce sens, on peut dire que ce régime est une «courroie rapide» par rapport au processus normal. Cependant, les accidentés du travail ne paient rien pour les services privés ainsi utilisés. De plus, le recours à ces services s'inscrit dans des objectifs **collectifs** autres que ceux du régime public de santé universel, certes, mais ces services sont néanmoins encadrés par des lois et des règlements régis par le gouvernement et non des intérêts privés.

Par ailleurs, *c'est par la volonté du législateur* que le réseau public de santé du Québec a la responsabilité de produire des services pour des usagers assurés par le régime d'assurance pour les accidentés du travail. S'il est vrai que, en vertu d'ententes conclues avec la CSST, les hôpitaux publics peuvent traiter les accidentés du travail plus rapidement lorsque les circonstances le permettent, ils ne peuvent dispenser leurs services en privilégiant des usagers au détriment d'autres personnes dont l'état de santé nécessite des soins plus urgents.

En conséquence, on ne saurait associer le cas particulier du traitement des accidentés du travail dans le réseau public d'établissements au Québec à l'éclosion d'un véritable système public «à deux vitesses», l'un pour les riches, l'autre pour les pauvres.

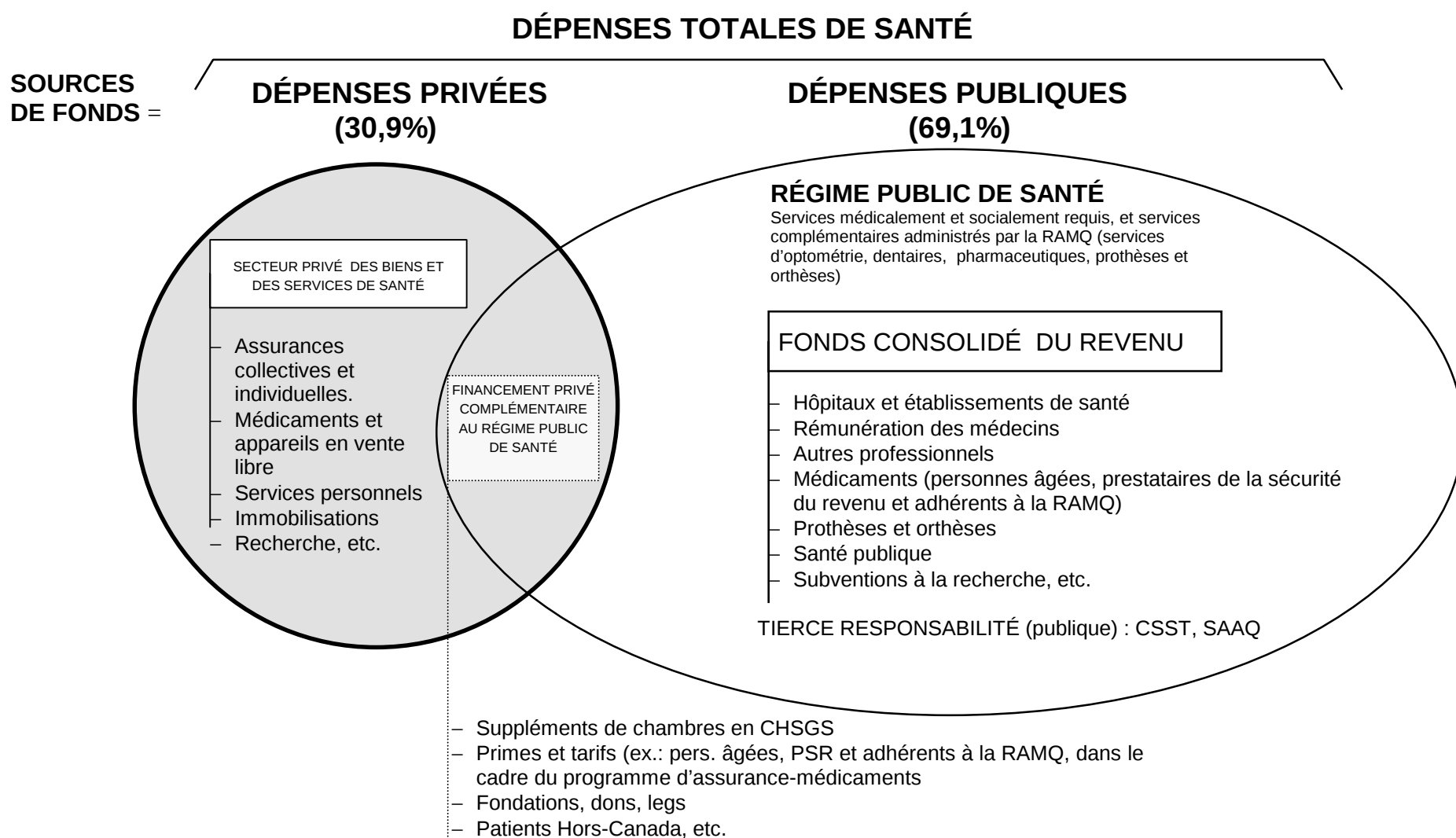
Précisions sur le « 30 % de dépenses privées de santé »

Une confusion a également été notée au cours des consultations, certains semblant avoir compris que 30 % des services de santé (sous-entendu : assurables dans le cadre du régime *public*) seraient «passés aux mains du secteur privé».

Il importe de souligner que le pourcentage de 30,9 % ne signifie pas que 30,9 % des dépenses *publiques* (ou des services assurés par les programmes publics de santé) sont payées par des sources de financement privées (ou sont désormais produits par des producteurs privés). Il signifie que 30,9 % de toutes les dépenses de santé effectuées au Québec, *publiques et privées*, sont assumées par des sources de financement privées.

GRAPHIQUE 9

DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ FINANCÉES PAR LES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ, ET FINANCEMENT PRIVÉ COMPLÉMENTAIRE POUR LES SERVICES DES PROGRAMMES PUBLICS DE SANTÉ AU QUÉBEC



Lorsqu'on parle de dépenses privées de santé, on parle essentiellement de dépenses qui portent par définition sur des services **autres** que ceux assurés par le régime public de santé universel et des programmes complémentaires (ex. : médicaments en vente libre). Une part des dépenses privées de santé consiste également en diverses contributions liées à l'utilisation de services fournis par des programmes administrés par la RAMQ ou produits par les établissements publics de santé. Bien qu'elles soient privées, ces dépenses constituent une source de financement complémentaire pour les services publics de santé.

Selon une estimation, les revenus autonomes des établissements et ceux provenant de diverses sources de tarification des usagers et de tiers payants représentaient, en 1994-1995, environ 7,5 % des dépenses totales brutes de l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux du Québec¹⁰. Ce pourcentage comprenait les contributions des particuliers pour les programmes sociaux (ex. : contribution des adultes hébergés en centre hospitalier de soins de longue durée) ainsi que les revenus autonomes provenant de tiers responsables publics, soit la CSST et la SAAQ.

Si on ne tient compte que des dépenses brutes du gouvernement du Québec portant *exclusivement* sur des services de santé, on peut estimer qu'elles étaient financées par des contributions privées jusqu'à concurrence d'environ **3,4 %** en 1994-1995. Ces contributions privées concernaient le programme de médicaments, le transport ambulancier et divers revenus déductibles dans les centres hospitaliers de courte durée (ex. : chambres privées et semi-privées, ventes et locations, donations, legs, etc.). Cette estimation ne tient cependant pas compte des majorations des contributions pour les personnes âgées et les prestataires de la sécurité du revenu lors de la mise en place du nouveau régime d'assurance médicaments en 1997.

2.3.2 Part relative des dépenses privées et publiques de santé par catégorie de dépenses

Par définition, les dépenses privées de santé se concentrent dans les types de services non assurés par le régime public universel et dans ceux des programmes complémentaires de santé. En 1998, les dépenses privées ne représentent que 1,1 % des dépenses pour les soins médicaux, 7,1 % des dépenses d'immobilisation et 9,8 % des dépenses en milieu hospitalier.

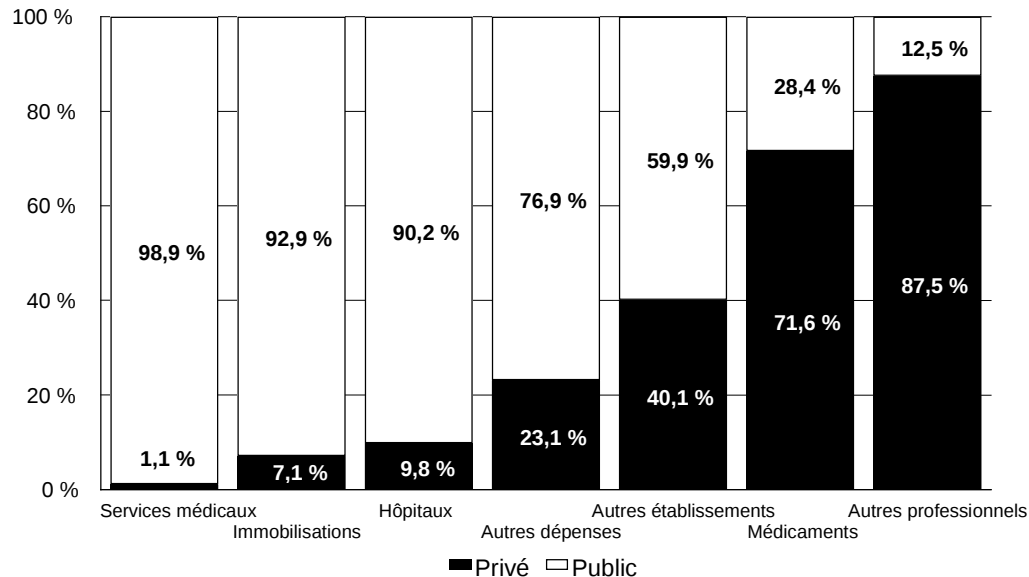
Seuls deux types de services sont financés majoritairement par des fonds privés, soit les dépenses de médicaments (71,6 %) et les dépenses pour les services des « autres professionnels », c'est-à-dire les professionnels autres que les médecins (87,5 %) (voir le graphique 10). Par ailleurs sont assumées par des sources de financement privé 40 % des

10. Source : Commission sur la fiscalité et le financement des services publics, *La tarification des services publics, partie III : secteur de la santé et des services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec, 1996, p. 52.

dépenses de santé dans les « autres établissements¹¹ » et 23 % des « autres dépenses¹² » de santé. Bien que relevant en bonne partie de la responsabilité des particuliers, ces catégories portent sur des services financés de façon prédominante par le secteur public.

GRAPHIQUE 10

PART DES DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES DANS LES DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ AU QUÉBEC PAR CATÉGORIE DE DÉPENSES — 1998



Sources : MSSS, ICIS.

La part réduite prise par les dépenses privées pour les services médicaux et hospitaliers s'explique par le fait qu'en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux du Québec, de la Loi sur l'assurance maladie et de la Loi canadienne sur la santé, *tous* les services « médicalement requis » offerts dans les hôpitaux ou fournis par les médecins sont assurés pour *tous* les citoyens en fonction de modalités uniformes qui excluent toute forme de contribution financière des patients, susceptible d'en limiter l'accès¹³.

11. La catégorie « autres établissements » regroupe des établissements de soins pour bénéficiaires hébergés, tels que des résidences pour personnes âgées, pour personnes souffrant d'un handicap physique ou mental, pour les personnes alcooliques et toxicomanes, etc.

12. La catégorie « autres dépenses » comprend les dépenses pour les soins de santé à domicile, le transport ambulancier, les lunettes, les appareils auditifs, les orthèses et les prothèses, la santé publique, la recherche, les frais d'administration des régimes d'assurance, etc.

13. Mentionnons que certains services médicaux ne sont assurés que lorsqu'ils sont dispensés dans les hôpitaux (ex. : résonance magnétique, chirurgie buccale). De plus, la Loi canadienne sur la santé stipule que les services assurés comprennent les services dits « d'hôtellerie » dans les hôpitaux (repas, hébergement). Elle en autorise cependant la facturation pour les bénéficiaires des soins prolongés ainsi que la facturation de suppléments pour les chambres privées ou semi-privées.

Les médecins du Québec ne peuvent offrir des services assurés sur le marché qu'à la condition de se désengager entièrement du régime public. Pour leur part, les assureurs privés ne peuvent offrir sur le marché des assurances couvrant des services médicaux ou hospitaliers. Ces caractéristiques inhérentes au régime public de santé jointes aux contraintes extérieures du marché (ex. : prix élevés par rapport à la distribution des revenus) constituent des mécanismes très puissants qui anéantissent en pratique toute possibilité de développement d'un véritable système privé de services médicaux et hospitaliers parallèle, au Québec et au Canada.

Comme plusieurs l'ont souligné, ces caractéristiques de notre régime public de santé sont uniques parmi les pays industrialisés. Indépendamment de leur aspect symbolique, ces mécanismes d'application font en sorte que les files d'attente, lorsqu'elles se forment, n'entraînent pas, comme dans ces pays, une substitution importante des dépenses publiques de santé par des dépenses privées : elles se traduisent plutôt par des pressions afin d'améliorer la performance de la prestation des services publics de santé du Québec.

L'augmentation de la part des dépenses privées ne prend pas sa source dans les services publics assurés, mais dans les services non assurés

Aussi observe-t-on qu'entre 1989 et 1998, la part relative des dépenses privées a très peu augmenté pour les catégories de services qui forment le noyau du régime de santé universel, soit les services médicaux (augmentation de 0,2 point de pourcentage) et les services hospitaliers (augmentation de 1,2 point). Ce sont les dépenses dans la catégorie « autres établissements » (+ 12 points), « autres dépenses » (+ 7,5 points) ainsi que « autres professionnels » (+ 4 points) qui ont subi la plus forte augmentation de la part relative des dépenses privées.

TABLEAU 6

PART DES DÉPENSES PRIVÉES ET PUBLIQUES DE SANTÉ AU QUÉBEC PAR CATÉGORIE DE DÉPENSES — 1989 ET 1998

	1989		1998		Écart pour le privé (en points de pourcentage)
	Public	Privé	Public	Privé	
Services médicaux	99,1 %	0,9 %	98,9 %	1,1 %	+ 0,2
Hôpitaux	91,4 %	8,6 %	90,2 %	9,8 %	+ 1,2
Immobilisations	93,6 %	6,4 %	92,9 %	7,1 %	+ 0,7
Autres dépenses	84,4 %	15,6 %	76,9 %	23,1 %	+ 7,5
Autres établissements	71,9 %	28,1 %	59,9 %	40,1 %	+ 12,0
Médicaments	30,7 %	69,3 %	28,4 %	71,6 %	+ 2,3
Autres professionnels	16,5 %	83,5 %	12,5 %	87,5 %	+ 4,0
TOTAL	75,0 %	25,0 %	69,1 %	30,9 %	+ 5,9

Sources : MSSS, ICIS.

Si la raison de ces augmentations réside globalement dans le freinage plus marqué des dépenses publiques que des dépenses privées (tel qu'on l'a vu précédemment), leur

interprétation plus précise est cependant hasardeuse. Ne disposant pas d'indices des prix pour les différentes catégories de dépenses, on ignore dans quelle mesure l'augmentation des taux par catégorie de dépenses est imputable à l'évolution des prix ou du volume des services. Sur la base de la répartition des seules dépenses *privées* dans les différentes catégories de dépenses (et non de la répartition des dépenses *totales* entre public et privé comme précédemment), on peut cependant faire certaines observations.

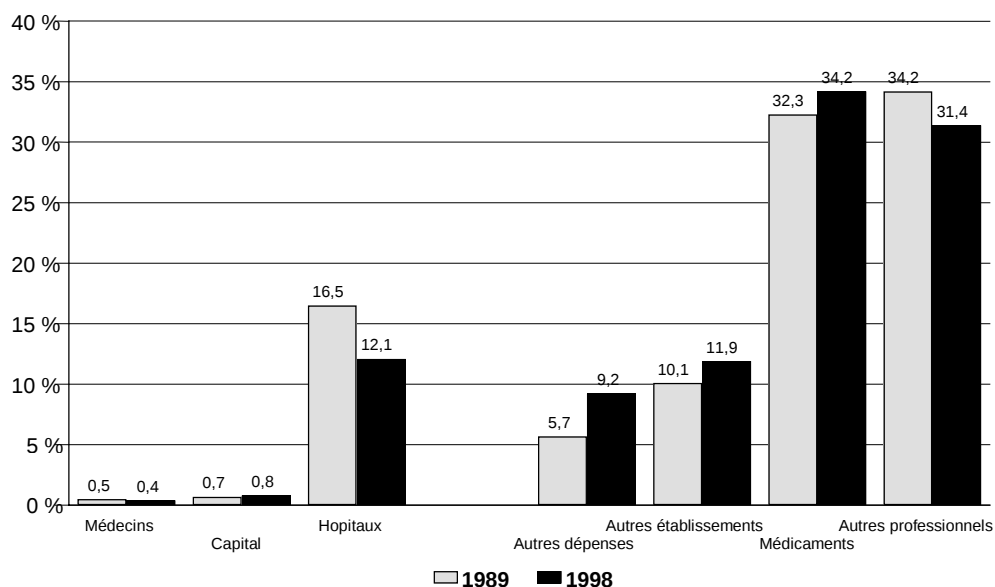
2.3.3 Évolution des différents types de dépenses dans les dépenses privées de santé

Vu sous l'angle de la demande de services, les particuliers, tout en ralentissant la croissance globale de leurs dépenses privées de santé, ont néanmoins fait subir à ces dépenses certains changements structurels au cours des années 90, notamment :

- une diminution de l'importance relative des montants qu'ils ont déboursés pour des services médicaux et hospitaliers ;
- une augmentation de l'importance relative des montants déboursés pour des médicaments, ainsi que pour ceux versés dans les « autres établissements » et pour différentes « autres dépenses » ;
- une diminution de l'importance relative des montants qu'ils ont consacrés pour les services d'« autres professionnels ».

GRAPHIQUE 11

RÉPARTITION DES DÉPENSES PRIVÉES DE SANTÉ AU QUÉBEC PAR TYPE DE DÉPENSES — 1989 ET 1998



Sources : MSSS, ICIS.

En raison de leur signification, il importe d'examiner le pourquoi de chacun de ces changements.

Diminution de l'importance relative des dépenses privées pour les services médicaux et hospitaliers

Services médicaux — Dans l'ensemble des dépenses privées de santé, la part consacrée à des services médicaux, déjà congrue, a diminué, passant de 0,5 % en 1989 à 0,4 % en 1998.

Rappelons que, dans le régime public de santé, les médecins peuvent charger aux patients le coût de certaines fournitures utilisées dans leur pratique en clinique (ex. : plâtres, vaccins). Ils peuvent également produire contre paiement des services **non couverts** par le régime public de santé (ex. : services esthétiques mineurs, chirurgie plastique ou traitement de la myopie au laser).

Aucun service médical n'a cessé d'être assuré par le régime public au Québec au cours de la dernière décennie. Seul un très petit nombre de services médicaux jugés « non requis » du point de vue médical ont fait l'objet d'un resserrement de leurs conditions d'admissibilité (ex. : traitement de l'obésité et chirurgie du sein pour des raisons esthétiques, prothèses de qualité supérieure pour la cataracte). De plus, le Québec continue à assurer les services de planification familiale à titre de services requis pour des raisons sociales (ex. : ligature des trompes, vasectomie), bien que ces services ne soient pas médicalement requis.

En ce qui concerne les services **universellement couverts**, les médecins ne peuvent les offrir que s'ils se désengagent entièrement du régime d'assurance maladie du Québec, tel qu'on l'a indiqué précédemment.

Bien qu'elle ait légèrement augmenté, l'offre de services médicaux privés demeure très marginale

À ce sujet, seulement 36 médecins spécialistes et 11 médecins omnipraticiens, pour un total de 47 médecins, se sont enregistrés comme non participants ou désengagés du régime d'assurance maladie du Québec en 1998, soit 9 de plus qu'en 1989¹⁴. Cette augmentation ne touche que deux spécialités, soit l'ophtalmologie et la chirurgie plastique qui ont enregistré conjointement une augmentation de 15 désengagements ou non-participations. Les autres spécialités médicales ainsi que la médecine générale ont pour leur part enregistré une diminution globale du nombre de médecins non-participants ou désengagés.

14. Un médecin « non participant » est un médecin qui exerce sa profession en dehors du régime d'assurance maladie du Québec et qui n'accepte pas d'être rémunéré suivant le tarif prévu à l'entente avec les médecins spécialistes ou omnipraticiens. Tous ses patients doivent en conséquence assumer seuls le paiement des honoraires. Un médecin désengagé accepte pour sa part d'être rémunéré suivant le tarif prévu à l'entente et le montant de ses honoraires est payé à ses patients par la RAMQ.

Bien que, dans l'ensemble, le nombre de médecins non participants ou désengagés ait augmenté au cours des dernières années, leur taux par rapport au total des médecins participants est passé de 0,26 % en 1989 à 0,39 % en 1998 pour les spécialistes, et de 0,16 % à 0,13 % pour les omnipraticiens. Globalement, malgré les mises à la retraite de médecins survenues au cours de cette période, ces rapports sont demeurés pratiquement inchangés.

TABLEAU 7

NOMBRE DE MÉDECINS NON PARTICIPANTS OU DÉSENGAGÉS DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC — 1989 ET 1998

	1989	1998	Écart
Ophthalmologie	0	10	+ 10
Chirurgie plastique	3	8	+ 5
Autres spécialités	22	18	- 4
Total pour les spécialités médicales	25	36	+ 11
Total en omnipratique	13	11	- 2
TOTAL POUR L'ENSEMBLE DES MÉDECINS	38	47	+ 9
Médecins non participants ou désengagés par rapport aux médecins participants			
Spécialistes	0,26 %	0,39 %	+ 0,13 %
Omnipraticiens	0,16 %	0,13 %	- 0,03 %
Ensemble	0,22 %	0,27 %	+ 0,05 %

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, MSSS.

Les services hospitaliers — La part du montant des dépenses privées de santé versées à des hôpitaux a quant à elle diminué, passant de 16,5 % en 1989 à 12,1 % en 1998 (voir le graphique 11). À la suite de majorations successives des prix au cours des années 90, les revenus obtenus du supplément demandé pour les chambres privées et semi-privées des hôpitaux ont fortement diminué en raison d'une baisse sensible de la demande de la part des patients. La réduction du nombre de lits attribuable au virage ambulatoire a également pu contribuer à la réduction des revenus autonomes des établissements.

Rappelons que lorsque des raisons médicales l'exigent, ainsi que lorsqu'il y a risque de contagion, les chambres privées sont offertes gratuitement. Dans les autres cas, l'utilisation des chambres privées ou semi-privées relève du choix des personnes. Les augmentations des tarifs appliquées au cours des années 90 pour les chambres privées et semi-privées dans les centres hospitaliers de courte durée ne remettaient aucunement en cause l'accessibilité pour tous aux services hospitaliers assurés. De plus, les tarifs demandés au Québec pour ces chambres demeurent inférieurs à ceux d'autres provinces.

Augmentation de l'importance relative des dépenses privées pour les médicaments, les « autres établissements » et pour « d'autres dépenses »

On note par ailleurs une proportion accrue des montants consacrés par les particuliers aux dépenses pour médicaments, aux dépenses dans les « autres établissements » et aux « autres dépenses » (voir le graphique 11).

À cet égard, il y a lieu d'apporter quelques éclaircissements.

Médicaments — La part des dépenses privées consacrées aux médicaments a augmenté, passant de 32,3 % en 1989 à 34,2 % en 1998. Cette augmentation peut être imputable en partie aux hausses importantes du prix des médicaments et en partie à l'augmentation des contributions pour les services pharmaceutiques, qui ont totalisé cumulativement au cours des dix dernières années environ 220 millions de dollars (tarif de 2 dollars par prescription en 1992 et introduction de primes et de tarifs à la mise en place du régime d'assurance médicaments en 1997).

Les « autres établissements » — L'accroissement des dépenses privées de santé dans les « autres établissements » semble résulter d'une utilisation accrue de services de santé **non assurés** dans des résidences privées (ex. : services infirmiers). On note à cet effet une forte augmentation de la demande d'hébergement, principalement de la part de personnes âgées non admissibles en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) — c'est-à-dire dont la condition ne nécessite pas présentement plus de 2,5 heures de soins journaliers en moyenne, selon les régions. Ces dépenses relèvent de choix individuels d'hébergement et d'utilisation de services non assurés. Aucune contribution n'est demandée aux personnes hébergées dans les résidences privées pour les services médicaux et hospitaliers, qui demeurent toujours assurés comme pour l'ensemble de la population.

À cet égard, il convient de rappeler qu'à l'exception des cas relevant de l'assistance publique et bien qu'il relève de dépenses sociales et non de dépenses de santé, l'hébergement ne relève pas essentiellement de la responsabilité collective, mais de la responsabilité individuelle. En vertu de la Politique de contribution des adultes hébergés, des contributions sont ainsi exigées pour les adultes hébergés en CHSLD en tenant compte de leur capacité de payer. Les augmentations de ces contributions appliquées par le gouvernement au cours des dernières années visaient à rattraper les coûts réels de la « composante hébergement » (gîte et couvert), conformément aux principes de la politique. Même pour les personnes assujetties à la pleine contribution, celle-ci est demeurée inférieure au coût réel de leur hébergement.

Les « autres dépenses » — Enfin, l'augmentation de l'importance des autres dépenses privées semble essentiellement imputable à des augmentations de primes d'assurance privée et de frais connexes d'administration, ainsi que des dépenses de recherche, d'achat de différents appareils, etc. L'augmentation de ces dépenses relève des préférences et des choix individuels.

Diminution de l'importance relative des dépenses privées pour les services d'« autres professionnels »

Les Québécois tendent à faire moins appel aux services des « autres professionnels » que les autres Canadiens

Pour répondre au besoin du gouvernement d'assainir les finances publiques, certains services complémentaires (services dentaires pour enfants, services d'optométrie pour personnes de moins de 65 ans) ont cessé d'être assurés au cours des années 90, ce qui représente un montant d'environ 85 millions de dollars. Néanmoins, la part des dépenses privées consacrées à l'ensemble des services d'autres professionnels que les médecins a diminué, passant de 34,2 % du total des dépenses en 1989 à 31,7 % en 1996. Après celle des dépenses faites dans les hôpitaux, c'est la réduction la plus importante enregistrée pour les dépenses privées de santé (voir le graphique 11).

TABLEAU 8

RÉPARTITION DES DÉPENSES PRIVÉES PAR HABITANT POUR LES SERVICES D'AUTRES PROFESSIONNELS AU CANADA ET AU QUÉBEC — 1989 ET 1996

	DÉPENSES PAR HABITANT (en \$)			TOTAL	En rapport avec les dépenses privées totales
	Services dentaires	Services de la vision	Autres		
Canada					
1989	127	40	18	185	35,7 %
1996	177	56	31	264	35,3 %
Québec					
1989	—	—	—	157	34,2 %
1996	117	58	38	213	31,7 %
Écarts Québec-Canada (en %)					
1989	—	—	—	- 15,1 %	
1996	- 34,1 %	+ 3,1 %	+ 24,5 %	- 19,3 %	
Taux de croissance annuelle moyens					
Canada	4,9 %	4,9 %	8,1 %	5,2 %	
Québec	—	—	—	4,5 %	

Sources : MSSS, ICIS.

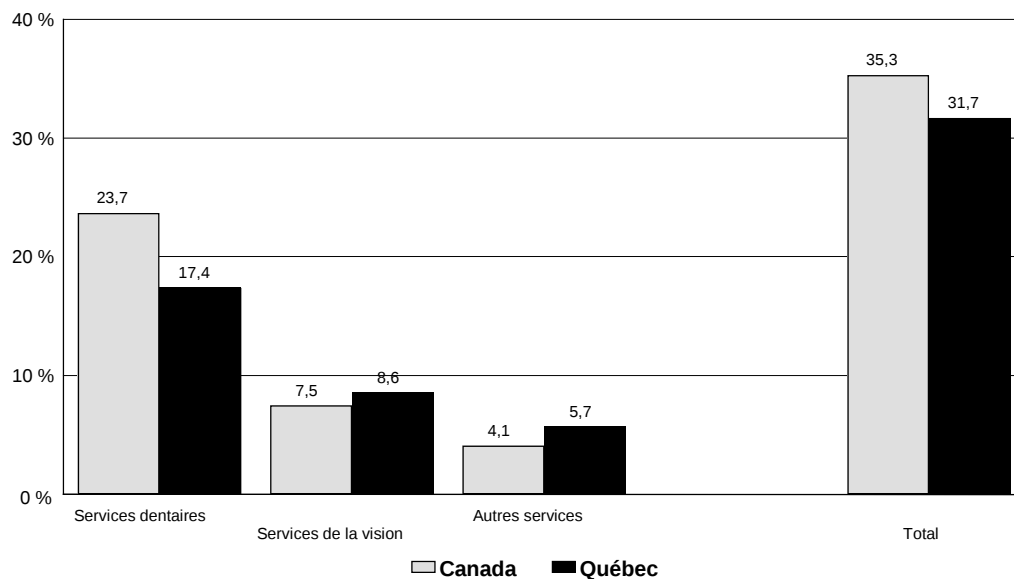
En 1996, les Québécois consacraient 213 dollars par habitant aux services des autres professionnels, soit 19,3 % de moins que l'ensemble des Canadiens. Selon les données de l'ICIS, ce phénomène s'explique par des dépenses par habitant inférieures de 34,1 % au Québec pour les services dentaires, alors que les dépenses par habitant pour les services de la vision sont légèrement supérieures à celles du Canada. Toutefois, les Québécois enregistrent des dépenses par habitant de 24,5 % plus élevées pour les « autres services ». Cette sous-catégorie regroupe divers services professionnels parmi lesquels on retrouve les services de podiatrie, de physiothérapie, de psychologie et de

soins infirmiers, de même que certains services communément qualifiés d'alternatifs : la chiropraxie, la massothérapie, l'osthéopathie, la naturopathie, etc.

Globalement, la part relative des dépenses privées consacrées aux services d'autres professionnels que les médecins est moins importante au Québec (31,7 %) qu'au Canada en 1996 (35,3 %). Ces dépenses sont dominées par les services dentaires et par les services de la vision.

GRAPHIQUE 12

DÉPENSES PRIVÉES DE SANTÉ POUR LES « AUTRES PROFESSIONNELS » EN PROPORTION DU TOTAL DES DÉPENSES PRIVÉES DE SANTÉ AU CANADA ET AU QUÉBEC — 1996



Sources : MSSS, ICIS.

L'importance des « autres services » professionnels demeure réduite, mais semble être en voie de s'accroître rapidement

L'importance des « autres services » que les services médicaux, dentaires et de la vision demeure donc modeste au Québec, puisqu'ils représentent 5,7 % des dépenses privées de santé en 1996. Néanmoins, il est à signaler que l'utilisation de ces services paraît plus élevée au Québec et que, selon les informations disponibles, elle pourrait être en progression rapide, ayant enregistré une croissance de 8,1 % par année au Canada, de 1989 à 1996.

Les hausses périodiques des tarifs et des contributions ne constituent en soi ni un désengagement de l'État ni une privatisation du système

En résumé, l'augmentation des dépenses privées de santé selon les différentes catégories de dépenses au cours des années 90 provient essentiellement de la hausse des dépenses pour des services non couverts par le régime public de santé, à laquelle se sont ajoutées les hausses des tarifs et des contributions demandées par le gouvernement pour certains services. Ces dernières augmentations ne portaient pas sur des services « médicalement requis », mais sur des services pour lesquels les ajustements tarifaires font partie inhérente de la formule de financement des services en cause. On peut donc considérer qu'elles exprimaient non pas un désengagement de l'État ou une privatisation du système, mais une restructuration du financement des programmes publics de santé. La volonté de procéder à une telle restructuration avait été annoncée par le gouvernement à la suite de la Commission parlementaire sur le financement de la santé et des services sociaux en février 1992.

2.4 Comment se compare le Québec avec les autres provinces et certains pays ?

Par rapport aux autres provinces canadiennes et aux principaux pays développés, il est pertinent de se demander comment le Québec se compare sur le plan des efforts consacrés aux dépenses publiques, privées et totales de santé.

2.4.1 Part relative des dépenses publiques et privées au Québec, comparativement aux autres provinces

La part des dépenses publiques de santé au Québec est passée de la plus faible à la plus importante au Canada

À la suite de la mise en place des régimes universels d'assurance hospitalisation au début des années 60 et d'assurance maladie au début des années 70, la proportion des dépenses publiques de santé s'est fortement accrue dans toutes les provinces canadiennes. Pour le Québec, la part des dépenses publiques de santé fut propulsée de 27 % — *la plus faible proportion parmi les provinces en 1960* — à 81,5 % en 1980, *la proportion la plus élevée*. Comparativement, la part des dépenses publiques de santé au Canada se situait à 43,1 % en 1960 et à 75,6 % en 1980.

TABEAU 9

PART DES DÉPENSES PUBLIQUES DANS LES DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ AU QUÉBEC, AU CANADA ET DANS LES AUTRES PROVINCES — 1960, 1975, 1980 ET 1998
(en pourcentage)

	1960	1975	1980	1998^P
Ontario	45,6	75,4	72,2	66,9
QUÉBEC	27,0	78,8	81,5	69,1
Alberta	48,5	76,9	77,2	69,4
Île-du-Prince-Édouard	52,0	73,0	61,5	69,6
Nouvelle-Écosse	55,8	78,9	77,8	71,2
Nouveau-Brunswick	51,3	77,4	73,8	71,5
Colombie-Britannique	46,8	71,9	72,0	73,0
Manitoba	47,6	77,7	76,1	73,3
Saskatchewan	54,1	74,8	79,9	74,1
Terre-Neuve	61,8	77,6	66,2	77,2
Canada	43,1	76,4	75,6	69,7

P = Prévisions.

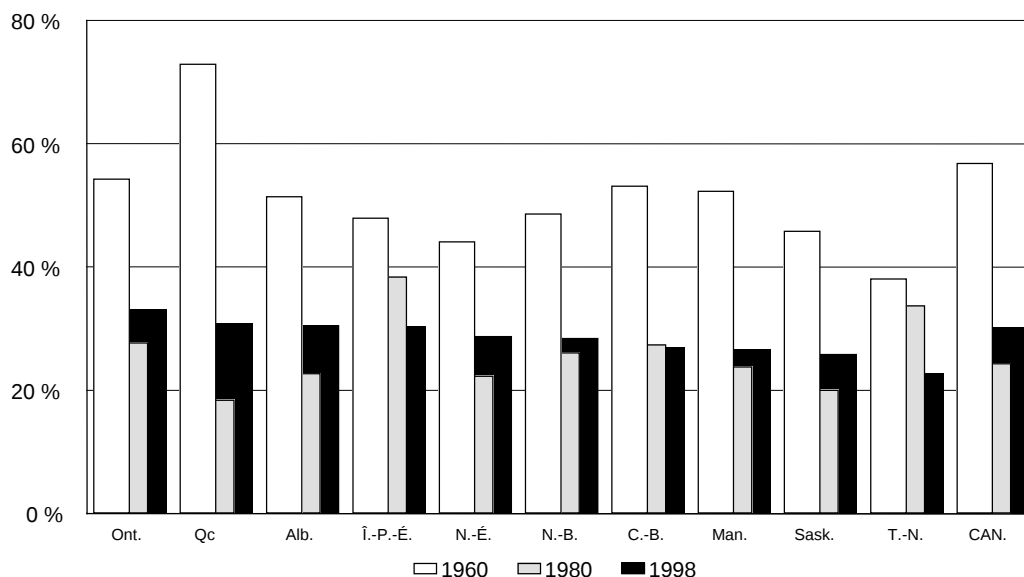
Sources : MSSS, ICIS.

Conséquemment, la part relative des dépenses privées au Québec a chuté, passant de la plus forte à la plus faible parmi les provinces

L'évolution de la part relative des dépenses privées dans les dépenses totales de santé présente une image inversée par rapport au mouvement de mise en place et du développement des programmes publics de santé au cours de cette période. C'est ainsi que l'importance relative des dépenses privées de santé au Québec, qui était de loin *la plus élevée* en 1960 avec un taux atteignant 73 %, avait atteint le taux *le plus faible* en 1980 soit 18,5 %, comparativement à une proportion moyenne de 24,4 % pour l'ensemble du Canada.

GRAPHIQUE 13

PART DES DÉPENSES PRIVÉES DANS LES DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ AU QUÉBEC, AU CANADA ET DANS LES AUTRES PROVINCES — 1960, 1980 ET 1998



Sources : MSSS, ICIS.

La diminution accélérée de l'importance des dépenses privées de santé témoigne du retard qu'avait pris le Québec par rapport aux autres provinces en matière de services publics à la fin des années 50, et de la vigueur du mouvement de « rattrapage » qu'ont dû effectuer les services publics de santé au Québec au cours des années 60 et 70.

L'évolution de la part relative des dépenses privées est le miroir inversé des phases successives de mise en place, de développement, de stabilisation et de réorganisation du système public de santé

À partir de 1975, on assiste dans l'ensemble des provinces à une phase de stabilisation de la répartition entre les dépenses publiques et les dépenses privées, qui ont atteint leur vitesse de croisière. Puis, à partir de la fin des années 80 s'engage un certain ralentissement dans la croissance des dépenses publiques, d'où le début d'un recul de leur importance relative et d'une remontée graduelle de la part des dépenses privées. Ces tendances s'expliquent par le resserrement du contrôle des dépenses publiques de santé imposé par les gouvernements des provinces alors que les conditions économiques et financières se transformaient.

En ce qui concerne les années 90, l'augmentation plus rapide de la part relative des dépenses privées de santé au Québec que dans la plupart des provinces canadiennes doit être interprétée dans la perspective à long terme dans laquelle elle s'inscrit.

Il s'agit d'un mouvement qui s'étend sur deux décennies. Le fait que le Québec avait atteint un pourcentage de dépenses publiques plus élevé que celui des autres provinces au début des années 80, qu'il a continué plus longtemps sur sa lancée des années 60 et 70, et qu'il a commencé plus tardivement à prendre des mesures visant à rationaliser ses

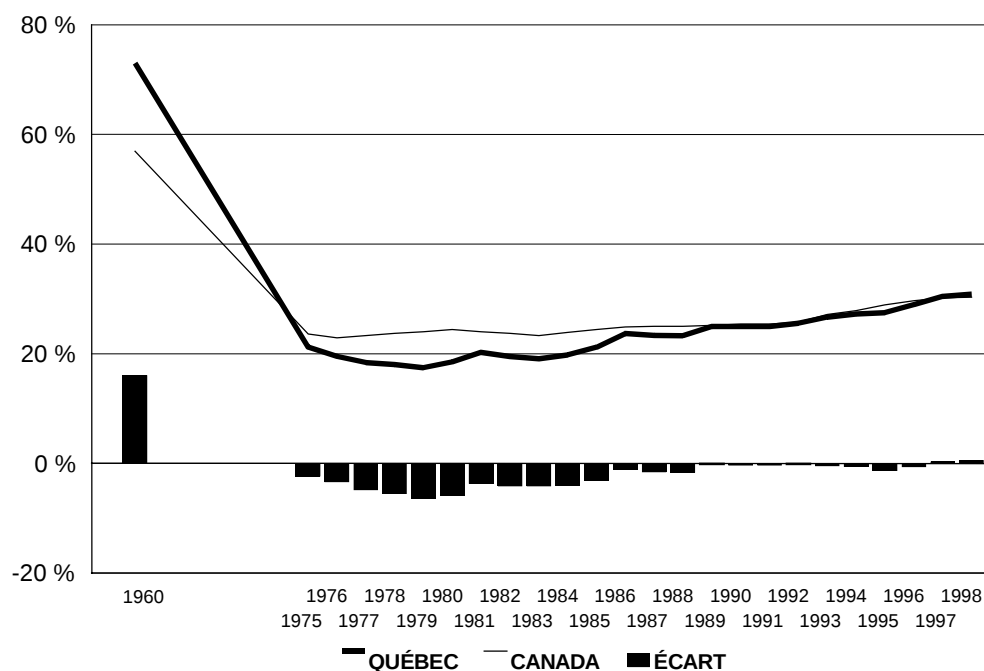
dépenses explique le caractère plus accentué du freinage qu'il a dû appliquer au cours des années 90. D'où l'augmentation plus rapide de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au Québec, observée au cours des dernières années.

Tel que l'illustre le graphique suivant, la décision d'inclure les services hospitaliers et médicaux universels dans la couverture des programmes publics de santé entre 1960 et 1970 a eu comme effet de réduire de façon **structurelle** la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé. Une fois ces changements effectués, l'importance relative des dépenses privées s'est cependant accrue de façon continue à partir des années 80. Alors que les dépenses privées tendaient à s'accroître plus rapidement que le PIB, le contrôle des dépenses publiques, dans l'ensemble du Canada, s'est en effet exercé de manière à ce qu'elles suivent sans la dépasser l'évolution générale de l'économie.

Vue dans une perspective historique, la croissance plus rapide de la part relative des dépenses privées au Québec au cours des dernières années s'explique donc par une évolution du régime public de santé du Québec différente de celle du reste du Canada. Elle apparaît essentiellement représenter un mouvement de « retour du balancier » vers une position plus comparable à la moyenne canadienne.

GRAPHIQUE 14

ÉVOLUTION DE LA PART DES DÉPENSES PRIVÉES PAR RAPPORT AUX DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ AU QUÉBEC ET AU CANADA — 1960 ET DE 1975 À 1998



Sources : MSSS, ICIS.

2.4.2 Part relative des dépenses publiques et privées de santé au Québec, comparativement aux principaux pays de l'OCDE

Sur le plan international, comparé à un groupe de dix pays parmi les plus industrialisés, le Québec se situait sensiblement au même niveau que le Canada — au 8^e rang — en ce qui a trait à l'importance relative des dépenses publiques de santé, avec un taux de 69,5 % en 1997.

TABLEAU 10

PART DES DÉPENSES PUBLIQUES DANS LES DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ AU QUÉBEC, AU CANADA ET DANS LES PRINCIPAUX PAYS DE L'OCDE — 1970, 1985 ET 1997

(en pourcentage)

	1970	1985	1997
Royaume-Uni	87,0	85,8	84,5
Suède	86,0	90,4	83,3
France	74,7	76,9	78,4
Japon	69,8	70,7	77,4
Allemagne	72,8	77,5	77,4
Suisse	63,9	66,1	69,9
Italie	86,9	77,2	69,9
Canada	70,2	75,6	69,8
QUÉBEC	66,9	78,8	69,5
Danemark	86,3	88,2	65,0
Etats-Unis	37,8	40,6	46,7

* OCDE = Organisation de coopération et de développement économique.

Note : Le Québec et les pays de l'OCDE sont rangés en ordre croissant des valeurs de 1997.

Sources : MSSS, ICIS, banque de données Éco-santé de l'OCDE (1998).

Entre les États-Unis à un extrême, avec une proportion de 46,7 % de dépenses publiques de santé, et le Royaume-Uni à l'autre extrême, où cette proportion se situait à 84,5 %, le Québec se compare à un groupe de pays où la proportion des dépenses publiques de santé se situait aux environs de 70 % en 1997.

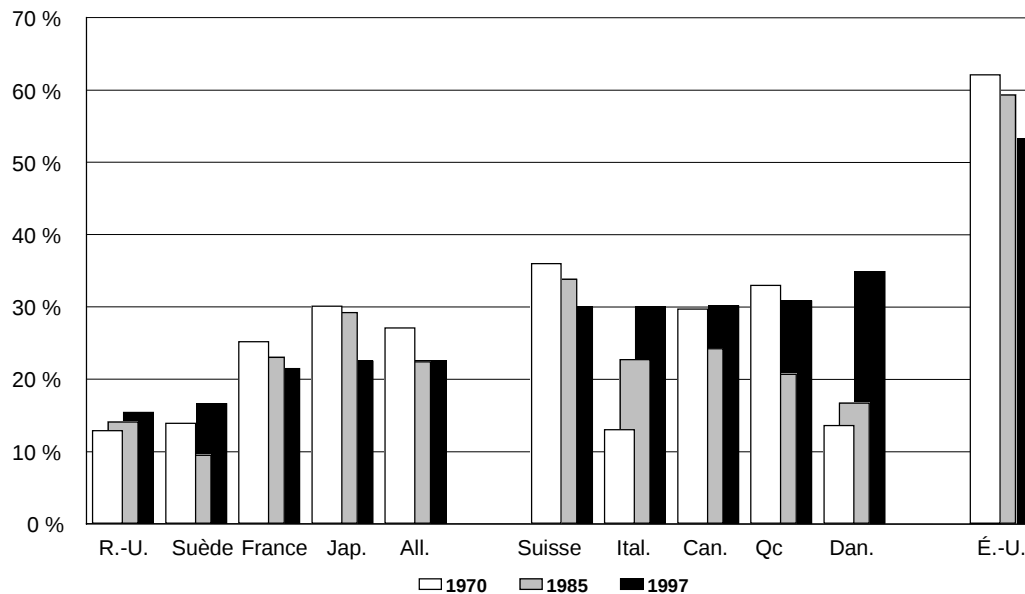
Conséquemment, la part des dépenses privées de santé au Québec, qui était de 30,5 % en 1997, se situait à un niveau intermédiaire entre la part prépondérante de 53,3 % accordée au secteur privé aux États-Unis, et la part minimale de 15,5 % enregistrée au Royaume-Uni (voir le graphique 15).

Sur le plan international, le privé occupe au Québec une place moyenne entre celle minimale du Royaume-Uni et celle maximale des États-Unis

La place accordée au secteur privé dans les dépenses de santé au Québec apparaît donc comme comparable à celle d'un sous-groupe de pays industrialisés qui, tout en accordant une forte prépondérance au financement public, accordent néanmoins une place complémentaire relativement importante au financement privé. Le Québec se démarque toutefois des États-Unis à un extrême, et d'un groupe de pays faisant moins appel au financement privé pour leurs services de santé à l'autre extrême, au premier rang desquels se place le Royaume-Uni.

GRAPHIQUE 15

PART DES DÉPENSES PRIVÉES DANS LES DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ AU QUÉBEC, AU CANADA ET DANS LES PRINCIPAUX PAYS DE L'OCDE — 1970, 1985 ET 1997



Note : Le Québec et les pays de l'OCDE sont rangés en ordre croissant des valeurs de 1997.

Sources : MSSS, ICIS, banque de donnée Éco-santé de l'OCDE (1998).

On doit signaler qu'une grande prudence s'impose dans l'interprétation de ces comparaisons internationales. À titre d'exemple, certains pays, comme l'Allemagne et la France, disposent d'une organisation de services que côtoie un secteur privé parallèle qui peut prendre plusieurs formes. De plus, ces pays appliquent des tarifs souvent substantiels pour les services de santé assurés. Les régimes publics de santé de ces pays couvrent cependant une gamme de services souvent beaucoup plus étendue qu'au Québec et au Canada, pouvant inclure des services comme l'assurance médicaments *universelle*, l'acupuncture, la massothérapie, la chiropractie, les bains thermaux, etc.

Aussi, lorsqu'on met en relief la part moins importante accordée au financement privé dans ces pays, il importe de ne pas perdre de vue que ces comparaisons portent sur des systèmes de santé qui ne sont pas comparables à celui du Québec, tant sur le plan de leur financement et de leurs principes fondamentaux que sur le plan des services assurés et de leur organisation.

2.4.3 Dépenses publiques et privées au Québec, comparativement aux autres provinces canadiennes

Pour le Québec, maintenir un niveau de dépenses publiques *par habitant* comparable ou supérieur à celui de la moyenne canadienne (ou de provinces plus riches) signifierait un niveau de dépenses *par rapport au PIB* et une ponction fiscale substantiellement plus élevés — même en tenant compte des transferts fédéraux pour la santé —, ce qui risquerait de compromettre le potentiel de croissance de son économie.

Les écarts dans les dépenses publiques de santé par habitant et par rapport au PIB témoignent d'un équilibre que doit maintenir le Québec entre ses préoccupations sociales et économiques

Dans ce contexte, les dépenses publiques de santé par habitant et par rapport au PIB du Québec, comparées à celles du Canada, sont le résultat d'arbitrages que doit constamment refaire le Québec entre les impératifs sociaux inhérents aux services de santé et les impératifs économiques.

En 1998, les dépenses publiques de santé **par habitant** du Québec s'élevaient ainsi à 1 608 \$, soit 11,7 % de moins qu'au Canada, alors que cet écart était de 9 % en 1990.

TABLEAU 11

DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ PAR HABITANT AU QUÉBEC, AU CANADA ET DANS LES AUTRES PROVINCES — 1980, 1990, 1994 ET 1998^P
(en dollars)

	1980	1990	1994	1998 ^P
Colombie-Britannique	753	1 631	1 950	2 056
Manitoba	713	1 796	1 858	2 022
Saskatchewan	679	1 791	1 794	1 980
Terre-Neuve	619	1 531	1 660	1 889
Ontario	631	1 677	1 841	1 827
Île-du-Prince-Édouard	607	1 410	1 583	1 767
Alberta	760	1 731	1 713	1 729
Nouvelle-Écosse	606	1 565	1 639	1 703
Nouveau-Brunswick	586	1 525	1 668	1 695
QUÉBEC	735	1 495	1 692	1 608
Canada	687	1 643	1 808	1 821
ÉCART QUÉBEC-CANADA	+ 7,0 %	- 9,0 %	- 6,4 %	- 11,7 %

P = Prévisions.

Sources : MSSS, ICIS.

On doit cependant être prudent dans l'interprétation de ce phénomène. Cet écart accru dans les dépenses par habitant paraît refléter principalement des écarts sur le plan de la rémunération. Selon certaines informations, de façon globale, le Québec est la deuxième province disposant du plus grand nombre de médecins, même après les ajustements faits après les récents départs à la retraite. Par rapport à l'Ontario, le nombre d'infirmières autorisées travaillant en soins infirmiers en 1998 est de 12,5 % plus élevé au Québec. Le nombre de lits de soins de courte durée, ainsi que de places d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées, est également plus élevé au Québec. Outre les écarts de rémunération, qui reflètent le niveau de richesse du Québec, les écarts dans les

dépenses de santé par habitant peuvent également refléter un niveau inférieur de dépenses consenties pour le parc d'équipements technologiques.

Par ailleurs, les dépenses publiques de santé *par habitant* au Québec ont évolué moins rapidement qu'au Canada, soit de 0,9 % par an en moyenne entre 1990 et 1998 comparativement à 1,3 % au Canada. Cependant, la part relative des dépenses publiques de santé du Québec *par rapport au PIB* est demeurée pratiquement identique à celle du Canada, soit 6,9 % en 1990 et 6,3 % en 1998. Rappelons que l'effort économique relatif du Québec que représentent les dépenses publiques de santé en 1980 (6,6 %) était sensiblement plus élevé qu'au Canada (5,5 %).

TABEAU 12

DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ EN POURCENTAGE DU PIB AU QUÉBEC, AU CANADA ET DANS LES AUTRES PROVINCES — 1980, 1990, 1994 ET 1998^P
(en pourcentage)

	1980	1990	1994	1998 ^P
Terre-Neuve	8,5	10,1	9,4	9,5
Île-du-Prince-Édouard	8,9	9,5	8,4	8,1
Manitoba	6,6	8,4	8,1	7,8
Nouvelle-Écosse	8,1	8,3	8,2	7,7
Colombie-Britannique	5,6	6,9	7,1	7,6
Nouveau-Brunswick	8,3	8,7	8,0	7,5
Saskatchewan	5,3	8,5	7,5	7,1
QUÉBEC	6,6	6,9	7,2	6,3
Ontario	4,8	6,2	6,6	5,8
Alberta	3,9	6,4	5,5	4,8
Canada	5,5	6,8	6,9	6,3
Écart Québec-Canada	+ 1,1	+ 0,1	+ 0,3	—

P = Prévisions.

Sources : MSSS, ICIS.

En 1998, seules l'Alberta, à 4,8 % et l'Ontario, à 5,8 % du PIB — provinces parmi les mieux nanties au Canada — sont en mesure de consacrer pour les services publics de santé à leur population des dépenses par habitant plus élevées qu'au Québec *tout en faisant un effort économique relativement moins important* (par rapport à leur PIB).

Considérée ainsi, l'évolution moins rapide des dépenses publiques de santé par habitant au Québec au cours des années 90, par rapport au Canada, apparaît comme le résultat d'un compromis ou d'un « équilibrage ». Celui-ci semble avoir permis de maintenir l'effort économique relatif du Québec à un niveau comparable et concurrentiel à celui du Canada, tout en lui permettant de maintenir sa capacité à offrir à sa population l'accessibilité financière d'une couverture sensiblement comparable à celle des autres provinces pour les services de santé.

Les dépenses privées de santé par habitant sont moins élevées au Québec qu'au Canada, tout en représentant un niveau relatif comparable

Par ailleurs, les Québécois consacraient aux dépenses privées de santé 719 \$ par habitant en 1998, soit 9,2 % de moins que l'ensemble des Canadiens. Seules quatre provinces, Terre-Neuve, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan, enregistraient des dépenses privées de santé par habitant inférieures à celles du Québec.

TABEAU 13

DÉPENSES PRIVÉES DE SANTÉ PAR HABITANT AU QUÉBEC, AU CANADA ET DANS LES AUTRES PROVINCES — 1980, 1990, 1994 ET 1998
(en dollars)

	1980	1990	1994	1998 ^P
Ontario	243	625	790	902
Île-du-Prince-Édouard	380	534	694	773
Alberta	224	556	678	762
Colombie-Britannique	293	602	686	761
Manitoba	224	481	610	738
QUÉBEC	167	498	635	719
Saskatchewan	172	455	593	690
Nouvelle-Écosse	173	537	653	690
Nouveau-Brunswick	208	535	681	676
Terre-Neuve	311	381	519	557
Canada	222	560	700	792
Écart Québec-Canada (en pourcentage)	- 24,8 %	- 11,1 %	- 9,3 %	- 9,2 %

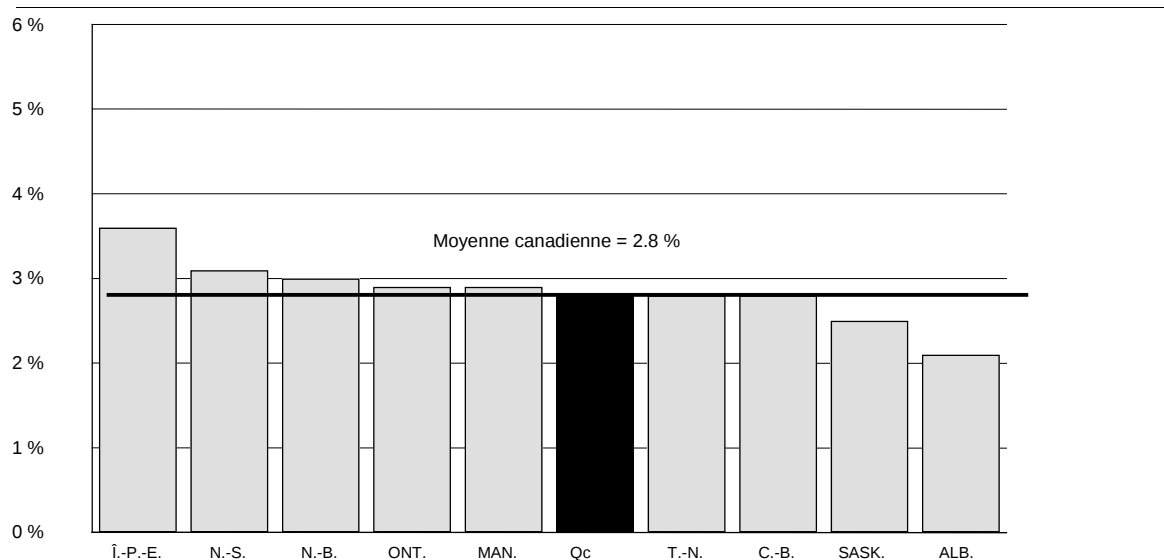
P = Prévisions.

Sources : MSSS, ICIS.

Comme pour les dépenses publiques, le niveau relatif des dépenses privées de santé des Québécois semble se maintenir dans un équilibre représentatif de leur richesse relative. En 1998, les dépenses privées de santé représentaient 2,8 % du PIB du Québec, soit une proportion égale à celle de l'ensemble des Canadiens

GRAPHIQUE 16

DÉPENSES PRIVÉES DE SANTÉ PAR RAPPORT AU PIB AU QUÉBEC, AU CANADA ET DANS LES AUTRES PROVINCES — 1998^P



P = Prévisions.

Sources : MSSS, ICIS.

2.4.4 Dépenses totales de santé au Québec, comparativement aux autres provinces et aux principaux pays de l'OCDE

Dépenses totales de santé par habitant

Enfin, si on considère l'ensemble des dépenses publiques et privées de santé, le Québec est la province où le niveau des dépenses totales *par habitant* a été le moins élevé en 1998 : 2 327 \$, soit 10,9 % de moins que la moyenne canadienne. Cet écart était de 9,5 % en 1990. En 1975, les dépenses totales de santé par habitant au Québec étaient comparables à la moyenne canadienne.

TABLEAU 14

DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ PAR HABITANT AU QUÉBEC, AU CANADA ET DANS LES AUTRES PROVINCES — 1975, 1990 et 1998

(en dollars)

	1975	1990	1998 ^P
Colombie-Britannique	552	2 232	2817
Manitoba	532	2 277	2760
Ontario	534	2 302	2729
Saskatchewan	487	2 247	2671
Île-du-Prince-Édouard	502	1 943	2540
Alberta	560	2 288	2491
Terre-Neuve	474	1 912	2446
Nouvelle-Écosse	465	2 103	2392
Nouveau-Brunswick	409	2 059	2370
QUÉBEC	532	1993	2327
Canada	528	2 203	2613
Écart Québec-Canada (en pourcentage)	—	- 9,5 %	- 10,9 %

P = Prévisions.

Sources : MSSS, ICIS.

Les dépenses totales de santé par habitant classent le Québec à un rang intermédiaire comparativement aux principaux pays industrialisés

Sur le plan international, toutefois, les dépenses totales de santé par habitant du Québec (traduites selon l'indice de parité du pouvoir d'achat de l'OCDE) l'amenaient à se classer au sixième rang en 1997, soit à un rang intermédiaire comparativement aux principaux pays développés. Le Québec dépensait globalement plus par habitant pour la santé que le Danemark, le Japon, la Suède, l'Italie et le Royaume-Uni. Ses dépenses étaient cependant moins élevées que celles des États-Unis, de la Suisse, de l'Allemagne, du Canada et de la France.

TABLEAU 15

DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ PAR HABITANT AU QUÉBEC, AU CANADA ET DANS LES PRINCIPAUX PAYS DE L'OCDE — 1970, 1985 ET 1997

(en dollars courants, à parité du pouvoir d'achat)

	1970	1985	1997
Etats-Unis	357	1 798	4 090
Suisse	252	1 250	2 547
Allemagne	175	979	2 339
Canada	251	1 192	2 103
France	206	1 082	2 103
QUÉBEC	247	1 153	1 883
Danemark	213	1 067	1 848
Japon	131	820	1 741
Suède	270	1 172	1 728
Italie	154	830	1 589
Royaume-Uni	144	669	1 347

Note : Le Québec et les pays de l'OCDE sont rangés en ordre croissant des valeurs de 1997.

Sources : MSSS, ICIS, banque de données Éco-santé de l'OCDE (1998).

Dépenses totales de santé par rapport au PIB

De même, selon les données prévisionnelles établies pour 1998, le Québec aurait consacré à l'ensemble des dépenses publiques et privées de santé 9,1 % de sa richesse collective, situant son effort économique total à un niveau comparable à celui de l'ensemble du Canada.

TABLEAU 16

DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ EN POURCENTAGE DU PIB AU QUÉBEC, AU CANADA ET DANS LES AUTRES PROVINCES — 1965, 1980 ET 1998^P
(en pourcentage)

	1965	1980	1998 ^P
Terre-Neuve	7,1	12,9	12,3
Ile-du-Prince-Édouard	8,6	14,5	11,7
Nouvelle-Écosse	8,4	10,5	10,8
Manitoba	6,7	8,7	10,7
Nouveau-Brunswick	7,9	11,2	10,5
Colombie-Britannique	5,3	7,7	10,4
Saskatchewan	6,2	6,7	9,5
QUÉBEC	6,4	8,1	9,1
Ontario	5,5	6,7	8,7
Alberta	6,0	5,0	7,0
Canada	6,0	7,2	9,1

P = Prévisions.

Sources : MSSS, ICIS.

Avec ses dépenses totales de santé par rapport au PIB, le Québec se classe au quatrième rang après les États-Unis

Sur le plan international, à l'instar du Canada, l'effort économique consacré aux dépenses totales de santé du Québec demeure proportionnellement parmi les plus élevés, si on le compare à celui des principaux pays industrialisés. Avec un pourcentage de 9,1 % de son PIB consacré à la santé en 1997, le Québec n'était devancé que par les États-Unis, avec un pourcentage de 14 %, ainsi que par l'Allemagne, la Suisse et la France, avec des pourcentages se situant aux environs de 10 %.

TABLEAU 17

**DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ EN POURCENTAGE DU PIB AU QUÉBEC, AU CANADA
ET DANS LES PRINCIPAUX PAYS DE L'OCDE — 1970, 1985 ET 1997** (en pourcentage)

	1970	1985	1997
Etats-Unis	7,3	10,6	14,0
Allemagne	6,3	9,3	10,4
Suisse	4,9	7,7	10,2
France	5,8	8,5	9,9
QUÉBEC	7,6	9,3	9,1
Canada	7,1	8,2	9,0
Suède	7,1	9,0	8,6
Danemark	6,1	8,2	7,7
Italie	5,2	7,1	7,6
Japon	4,4	6,7	7,3
Royaume-Uni	4,5	5,9	6,7

Note : Le Québec et les pays de l'OCDE sont rangés en ordre croissant des valeurs de 1997.

Sources : MSSS, ICIS, banque de données Éco-santé de l'OCDE (1998).

Annexes

Annexe 1

MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA COMPLÉMENTARITÉ DU SECTEUR PRIVÉ DANS LA POURSUITE DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ AU QUÉBEC

1. CONCERNANT LA NATURE ET L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ FINANCÉES PAR LE SECTEUR PRIVÉ :

- Examiner la composition et l'évolution des dépenses privées de santé au Québec au cours des dix dernières années, notamment :
 - la composition et l'évolution des services financés par le secteur privé par rapport à l'ensemble des dépenses de santé au Québec ;
 - les facteurs explicatifs de cette évolution.
- Comparer la situation québécoise avec celle de certains autres pays et provinces canadiennes.
- Analyser l'interaction entre les services publics et les services privés en ce qui a trait, notamment :
 - à l'existence d'un effet de substitution ;
 - à la raison de ce phénomène, le cas échéant ;
 - à l'atteinte ou au risque d'atteinte à certaines caractéristiques fondamentales du système public.

2. CONCERNANT LE RÔLE QUE DEVRAIT JOUER LE SECTEUR PRIVÉ DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ :

Dans le respect des caractéristiques et objectifs fondamentaux du régime public, en particulier l'équité de tous dans l'accès aux soins et services actuellement assurés par l'État, identifier des domaines d'activité et des critères de fonctionnement grâce auxquels la participation du secteur privé dans le domaine de la santé pourrait contribuer à la qualité et à l'efficacité des soins et services et au développement d'un partenariat ou d'une complémentarité souhaitables.

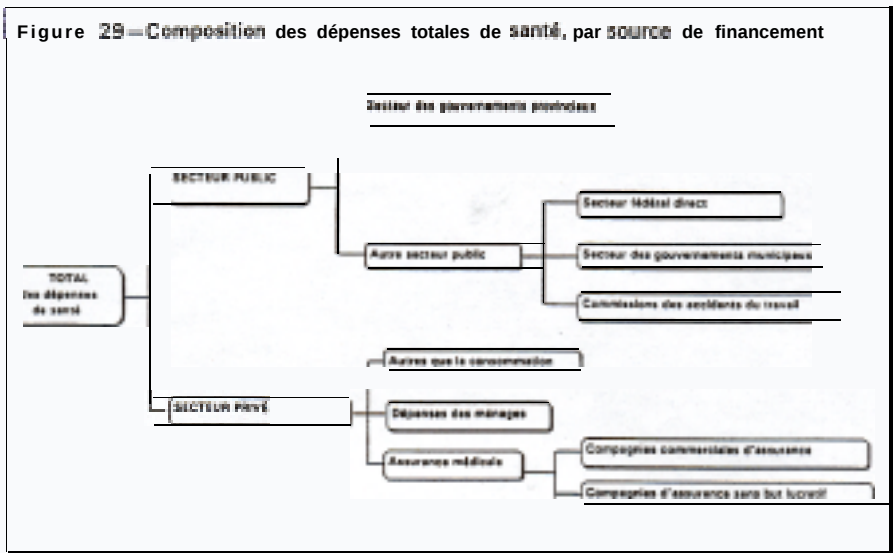
Définitions

Dépenses de santé — comprennent tout type de dépenses dont l'objectif primaire est d'améliorer ou de prévenir la détérioration de l'état de santé.

Cette définition permet aux activités économiques d'être mesurées selon le but primaire et les effets secondaires. Les activités dont le but direct est l'amélioration ou le maintien de la santé sont incluses. Les autres activités ne sont pas incluses, bien qu'elles puissent avoir des répercussions sur la santé. Par exemple, le but primaire des politiques du logement et de soutien du revenu est le bien-être collectif et elles ne sont pas considérées comme des dépenses de santé; elles sont toutefois reconnues comme étant d'importants déterminants de l'état de santé de la population.

SOURCE DE FINANCEMENT (SECTEURS)

Figure 29 — Composition des dépenses totales de santé, par source de financement



Les dépenses nationales de santé sont déclarées en fonction du principe de la **responsabilité de paiement** plutôt qu'en fonction de la source originelle de fonds. C'est pour cette raison, par exemple, que les transferts fédéraux aux provinces sont inclus dans le secteur des gouvernements provinciaux puisque ceux-ci sont responsables de dépenser les transferts fédéraux pour les services de santé. L'exception à ce principe est que les transferts des gouvernements provinciaux aux gouvernements municipaux sont inclus dans le secteur des gouvernements provinciaux.

Secteur public—comprend les dépenses de santé engagées par les gouvernements et les organismes gouvernementaux. Il est subdivisé en quatre niveaux, tel que décrit ci-dessous :

1. le secteur des gouvernements provinciaux comprend les dépenses de santé des fonds publics provinciaux et territoriaux, les transferts fédéraux aux provinces et aux territoires et les transferts des gouvernements provinciaux aux gouvernements municipaux.
2. le secteur fédéral direct renvoie aux dépenses directes de santé engagées par le gouvernement fédéral en ce qui a trait aux services de santé pour des groupes particuliers tels que les autochtones, les membres des forces armées et les anciens combattants, de même que les dépenses pour la recherche en matière de santé, la promotion et la protection de la santé. Les dépenses fédérales directes en matière de santé ne comprennent pas les transferts aux provinces.
3. les dépenses du secteur des gouvernements municipaux incluent les dépenses de santé des gouvernements municipaux pour les services en établissements; la santé publique; l'aménagement d'installations permanentes et l'équipement; et les services dentaires fournis par les municipalités en Nouvelle-Écosse, au Manitoba et en Colombie-Britannique. Les fonds affectés à des fins particulières transférés par les gouvernements provinciaux ne sont pas inclus dans le secteur municipal; ils sont inclus dans les dépenses des gouvernements provinciaux.
4. les commissions des accidents du travail (CAT) comprennent toutes les dépenses engagées pour ce que les commissions provinciales appellent communément l'aide médicale. Les éléments non reliés à la santé souvent déclarés par les commissions des accidents du travail comme étant des dépenses d'aide médicale, comme les frais d'obsèques, les déplacements, les vêtements, etc., sont éliminés.

Secteur privé—comprend les dépenses payées en fin de compte par les particuliers pour les produits et les services reliés à la santé; les réclamations à l'assurance-maladie payées par les compagnies d'assurance, commerciales et à but non lucratif, de même que les coûts d'administration de ces réclamations; les revenus non reliés aux patients reçus par les établissements de santé, tels que les dons et les revenus de placement; les dépenses privées pour l'aménagement d'installations permanentes et l'équipement sanitaire; et la recherche sur la santé financée par des sources privées.

Qualité des données—la plupart des dépenses du secteur privé sont estimées à partir d'enquêtes. Avant 1996, l'Enquête sur les dépenses des familles de Statistique Canada¹⁸, une source importante de données sur le secteur privé, n'était pas effectuée annuellement; par conséquent, les données conjoncturelles ont été imputées entre les sondages pendant plusieurs années. Les données du secteur privé ont été revues à la suite d'une révision de la méthodologie effectuée au début des années quatre-vingt-dix. Les données révisées du secteur privé incorporent l'information estimée directement à partir de nouvelles sources, pour 1988 et les années subséquentes. Les années antérieures ont été estimées en utilisant les données conjoncturelles. Par conséquent, les lecteurs doivent faire preuve de prudence

¹⁸ *Dépenses des familles au Canada*, numéro au catalogue de Statistique Canada 85-555, Statistique Canada, périodique, Ottawa.

lorsqu'ils utilisent les données sur les dépenses du secteur privé pour les petites provinces et les années antérieures à 1988.

AFFECTATION DE FONDS (CATÉGORIES)

Hôpitaux—les établissements où les patients sont hébergés en fonction de besoins médicaux et reçoivent des soins médicaux continus et des services diagnostiques et thérapeutiques connexes. Les hôpitaux sont agréés ou approuvés comme hôpitaux par un gouvernement provincial, ou sont exploités par le gouvernement du Canada et comprennent les établissements fournissant des soins de courte durée, des soins prolongés et des soins pour malades chroniques, des soins de réadaptation et de convalescence, des soins psychiatriques, de même que les postes de soins infirmiers et les hôpitaux des régions éloignées.

Autres établissements—les établissements de soins pour bénéficiaires internes (pour les malades chroniques ou les handicapés qui résident à l'établissement de façon plus ou moins permanente) et qui sont approuvés, financés ou agréés par les ministères provinciaux ou territoriaux de la Santé ou des Services sociaux. Les établissements de soins pour bénéficiaires internes comprennent les foyers pour les personnes âgées (incluant les foyers de soins infirmiers), les établissements pour les personnes ayant des déficiences physiques, des retards du développement, des déficiences psychiatriques, des problèmes liés à l'alcool et aux drogues, et les établissements pour les enfants présentant des troubles affectifs. Les établissements fournissant exclusivement des services de garde ou de nature domiciliaire et les établissements pour itinérants sont exclus.

Médecins—les dépenses comprennent principalement les honoraires des médecins en exercice privé payés par les régimes provinciaux d'assurance-maladie. Les honoraires versés pour des services rendus dans les hôpitaux sont inclus lorsqu'ils sont payés directement aux médecins par les régimes. D'autres formes de revenus professionnels sont également inclus (salaires, vacation, capitation).

Cette catégorie ne comprend pas la rémunération des médecins inscrits sur la liste de pave des hôpitaux ou d'organismes de santé du secteur public; ceux-ci sont inclus dans la catégorie appropriée, par exemple « Hôpitaux » ou « Autres dépenses de santé ».

Autres professionnels—les services au niveau agréé correspondent aux dépenses liées aux services de dentistes, de denturologistes, de chiropraticiens, de massothérapeutes, d'orthopticiens, d'ostéopathes, de physiothérapeutes, de podiatres, de psychologues, d'infirmiers(lères) en service privé et de naturopathes. L'identification distincte de plusieurs des professions comprises dans cette catégorie est souvent possible uniquement lorsqu'elles sont déclarées par les régimes provinciaux d'assurance-maladie.

Cette catégorie a été subdivisée au niveau du Canada dans les tableaux de données pour fournir de l'information sur les sous-catégories suivantes :

Soins dentaires—les dépenses liées aux honoraires des dentistes (comprennent les assistants et les hygiénistes dentaires¹ et des denturologistes, de même que les coûts

des prothèses dentaires, incluant les dentiers et les frais de laboratoire pour les couronnes et autres articles d'orthodontie.

Soins de la vue—les dépenses liées aux honoraires des optométristes et des opticiens d'ordonnance, de même que les dépenses engagées pour des lunettes et des lentilles de contact.

Autre—les dépenses liées aux chiropraticiens, aux massothérapeutes, aux orthopticiens, aux ostéopathes, aux physiothérapeutes, aux podiatres, aux psychologues, aux infirmiers(ères) en service privé et aux naturopathes.

Médicaments—au niveau agrégé, il s'agit des dépenses associées aux médicaments vendus dans des commerces de détail avec ou sans ordonnance. Cette catégorie a été subdivisée au niveau du Canada dans les tableaux de données pour fournir de l'information sur les sous-catégories suivantes :

Médicaments de prescription—produits qui, en vertu de la Loi sur les aliments et les drogues, nécessitent une prescription.

Médicaments vendus sans ordonnance—comprend deux éléments : produits pharmaceutiques en vente libre et produits sanitaires personnels.

- *Produits pharmaceutiques en vente libre*—produits pharmaceutiques thérapeutiques ne nécessitant pas de prescription.
- *Produits sanitaires personnels*—comprend les articles utilisés principalement pour promouvoir ou maintenir la santé, p. ex., les produits d'hygiène orale, les articles diagnostiques tels que les bandes d'analyse pour le diabète et les articles médicaux tels que les produits pour l'incontinence.

La catégorie des médicaments ne comprend pas les médicaments distribués dans les hôpitaux ou les autres établissements. Ceux-ci sont inclus dans la catégorie des hôpitaux et des autres établissements.

Immobilisations—comprend les dépenses liées à la construction, le matériel et l'équipement des hôpitaux, des cliniques, des postes de premiers secours et des établissements de soins pour bénéficiaires internes. (Voir aussi les notes techniques.)

Autres dépenses de santé—au niveau agrégé, comprend les dépenses liées aux soins à domicile, au transport des malades (ambulances), aux prothèses auditives, aux autres appareils et prothèses, à la santé publique, à l'administration des programmes d'assurance, à la recherche en matière de santé, etc. Cette catégorie a été subdivisée au niveau du Canada dans les tableaux de données pour fournir de l'information sur les sous-catégories suivantes :

Administration des programmes d'assurance—les dépenses d'administration des programmes d'assurance-maladie offerts par le gouvernement ou les compagnies privées.

Santé publique—les dépenses liées à des éléments tels que les mesures pour prévenir la propagation de maladies transmissibles, la sécurité des aliments et des médicaments, les inspections sanitaires, les activités de promotion de la santé, les programmes communautaires de santé mentale, les services infirmiers de santé publique et tous les coûts d'administration des programmes gouvernementaux à l'exception des régimes d'assurance.

Recherche en matière de santé—les dépenses liées aux activités de recherche conçues pour approfondir la connaissance des déterminants de la santé, de l'état de santé ou des méthodes de prestation des soins de santé, ainsi que les dépenses relatives à l'évaluation de la prestation des soins de santé ou des programmes de santé publique. Cette catégorie ne comprend pas la recherche effectuée par les hôpitaux ou les compagnies pharmaceutiques dans le cadre de la mise au point d'un produit. Ces montants seraient inclus dans les catégories relatives aux hôpitaux ou aux médicaments, respectivement.

Autre—les dépenses liées à des éléments tels que les soins à domicile, le transport des malades (ambulances), les prothèses auditives, les autres appareils, la formation des travailleurs de la santé, les associations bénévoles à visée sanitaire, et les mesures pour promouvoir et améliorer la santé et la sécurité en milieu de travail.

AUTRES TERMES

Transferts fédéraux—ont trait à l'ensemble des accords financiers fédéraux-provinciaux-territoriaux relativement à la santé, qui comprennent à divers moments le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS); le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC); le Financement des programmes établis (FPÉ); la Caisse d'aide à la santé qui appuyait les dépenses des provinces en immobilisations, du milieu des années soixante-dix au début des années quatre-vingt; et les transferts du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien aux gouvernements territoriaux pour les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation pour le compte des autochtones.

Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)—le 1^{er} avril 1996, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux remplaçait les transferts pour l'aide sociale prévus par le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC), et pour la santé et les études postsecondaires prévus par le Financement des programmes établis (FPÉ). Il s'agit d'un mécanisme de financement global fourni sous la forme de transferts de fonds et de transferts de points d'impôts à toutes les provinces pour appuyer les programmes de santé, d'éducation postsecondaire, d'assistance sociale et de services sociaux. Les provinces peuvent allouer le TCSPS à la santé ou à d'autres programmes sociaux selon leurs priorités particulières tout en respectant les critères et les conditions de la Loi canadienne sur la santé. En 1999/2000, ces transferts étaient répartis entre les provinces selon les mêmes proportions que pour les droits provinciaux en vertu des transferts combinés du FPÉ et du RAPC en 1995-1996.¹¹

¹¹ Ministère des Finances du Canada, Transferts fédéraux aux provinces et aux territoires, site INTERNET <http://www.fin.gc.ca/finprovinc.html> et <http://www.fin.gc.ca/sdpsscdltpa.html>

Régime d'assistance publique du Canada (RAPC)—lancé en 1996 par le gouvernement fédéral pour partager les coûts admissibles encourus par les provinces et les territoires dans la prestation de services d'aide et de bien-être social aux personnes dans le besoin ou aux personnes susceptibles d'être dans le besoin advenant l'inaccessibilité de ces programmes. Le budget de 1994 limitait les transferts du RAPC de 1995-1996 aux niveaux de 1994-1995.¹²

Financement des programmes établis (FPÉ)—avant l'introduction du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, le gouvernement fédéral contribuait aux régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux en vertu de la Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé, 1977. En vertu de la Loi, les provinces et les territoires avaient droit à des augmentations égales des contributions fédérales par habitant en matière de santé, selon une formule fixe (facteur de progression). Les contributions aux provinces en matière de santé étaient en espèces et en points d'impôts. Le budget fédéral du 26 février 1991 prolongeait un gel aux niveaux de 1989-1990 jusqu'en 1994-1995. Des mesures législatives ont plus tard permis aux droits du FPÉ de croître en 1995-1996 conformément au facteur de progression, moins trois points de pourcentage.¹³

*Produit intérieur brut (PIB)*¹⁴—est la valeur de la production sans double compte qui provient de l'intérieur du Canada, sans égard à la propriété des facteurs de production. Le produit intérieur brut peut être évalué au prix des facteurs ou au prix du marché. Dans cette publication, le PIB est évalué au prix du marché et est exprimé en termes de prix réellement payés par l'acheteur. Cela comprend les impôts indirects, tels que les taxes de vente et d'accise, les droits de douane et les impôts fonciers et reflète également l'impact des paiements de subventions.

Indices implicites de prix-voir Notes techniques, Calcul des dollars constants.

*Parité de pouvoir d'achat (PPA)*¹⁵—Les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont les taux de conversion monétaire qui égalisent le pouvoir d'achat de diverses monnaies. Autrement dit, les PPA sont les taux de conversion monétaire conçus pour éliminer les différences dans les niveaux des prix entre les pays.

¹² Développement des ressources humaines Canada, Programmes à frais partagés, Droits provinciaux sous le régime d'assistance publique du Canada, février 1996 (non publié).

¹³ Santé Canada, Loi canadienne sur la santé—Rapport annuel, 1996-1997, 1997, p. 13

¹⁴ Statistique Canada, Guide des comptes des revenus et dépenses, cat. 13-003X, 1996, p. 137 et 139

¹⁵ Eco-Santé OCDE 1998, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 1998.

Annexe 3 : Statistiques

Tableau 1: Dépenses totales, privées et publiques de santé, Québec, 1989 à 1998

Indicateur / Année	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997e	1998e
Dépenses totales (M\$)	12 744	13 991	15 267	16 061	16 662	16 960	16 969	17 058	16 903	17 353
Variation annuelle en %		9,8	9,1	5,2	3,7	1,8	0,1	0,5	-0,9	2,7
Indice évolutif	100	109,8	119,8	126,0	130,7	133,1	133,2	133,9	132,6	136,2
Per capita (\$)	1 834	1 993	2 156	2 243	2 302	2 327	2 311	2 309	2 278	2 327
Variation annuelle en %		8,6	8,2	4,0	2,6	1,1	-0,7	-0,1	-1,3	2,2
Indice évolutif	100	108,6	117,6	122,3	125,5	126,9	126,0	125,9	124,2	126,9
Dépenses privées (M\$)	3 182	3 497	3 818	4 113	4 455	4 626	4 660	4 963	5 150	5 364
Variation annuelle en %		9,9	9,2	7,7	8,3	3,8	0,7	6,5	3,8	4,2
Indice évolutif	100	109,9	120,0	129,3	140,0	145,4	146,5	156,0	161,9	168,6
Importance relative (%)	25,0	25,0	25,0	25,6	26,7	27,3	27,5	29,1	30,5	30,9
Per capita (\$)	458	498	539	574	615	635	635	672	694	719
Variation annuelle en %		8,8	8,2	6,5	7,2	3,1	0,0	5,8	3,3	3,7
Indice évolutif	100	108,8	117,8	125,4	134,4	138,6	138,6	146,7	151,6	157,1
Dépenses publiques (M\$)	9 563	10 494	11 448	11 948	12 207	12 334	12 309	12 095	11 753	11 988
Variation annuelle en %		9,7	9,1	4,4	2,2	1,0	-0,2	-1,7	-2,8	2,0
Indice évolutif	100	109,7	119,7	124,9	127,6	129,0	128,7	126,5	122,9	125,4
Importance relative	75,0	75,0	75,0	74,4	73,3	72,7	72,5	70,9	69,5	69,1
Per capita (\$)	1 376	1 495	1 617	1 668	1 686	1 692	1 677	1 637	1 584	1 608
Variation annuelle en %		8,6	8,2	3,2	1,1	0,4	-0,9	-2,4	-3,2	1,5
Indice évolutif	100	108,6	117,5	121,2	122,5	123,0	121,8	118,9	115,1	116,8
Population totale	6 948	7 021	7 081	7 161	7 238	7 288	7 341	7 388	7 420	7 456

e = estimé M\$=millions de dollars

Sources:

Ministère Santé et Services sociaux (les dépenses publiques provinciales de santé ont été ajustées).

Institut canadien d'information sur la santé, publication de décembre 1998.

Tableau 2: Répartition en pourcentage des dépenses privées de santé par catégorie, Québec, 1989 à 1998

Importance relative	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997e	1998e
Hôpitaux	16,5	18,2	18,1	18,5	18,0	16,1	11,3	12,8	12,4	12,1
Autres établissements	10,1	10,6	10,2	10,3	10,3	11,4	12,3	11,9	11,9	11,9
Médecins	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4
Autres professionnels	34,2	32,8	32,3	31,3	30,6	31,0	32,0	31,7	31,5	31,4
Médicaments	32,3	31,7	32,6	32,0	32,9	32,5	34,9	33,9	34,1	34,2
Immobilisations	0,7	0,6	0,8	0,7	0,6	1,0	0,4	0,7	0,7	0,8
Autres dépenses	5,7	5,7	5,5	6,9	7,1	7,6	8,6	8,6	8,9	9,2
Total des dépenses	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

e = estimé **M\$**=millions de dollars

Source:

Institut canadien d'information sur la santé, publication de décembre 1998.

Tableau 3: Dépenses privées de santé par catégorie, Québec, 1989 à 1998

Dépenses en ,000 \$	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997e	1998e
Hôpitaux	525,9	635,1	691,8	760,1	803,4	744,8	528,4	634,2	636,5	649,2
Variation en %		20,8	8,9	9,9	5,7	(7,3)	(29,1)	20,0	0,4	2,0
Indice évolutif	100,0	120,8	131,5	144,5	152,8	141,6	100,5	120,6	121,0	123,4
Autres établissements	321,6	372,1	390,3	422,7	457,3	526,4	573,7	592,2	615,0	637,5
Variation en %		15,7	4,9	8,3	8,2	15,1	9,0	3,2	3,9	3,7
Indice évolutif	100,0	115,7	121,4	131,4	142,2	163,7	178,4	184,1	191,2	198,2
Médecins	15,1	15,3	15,5	15,6	17,5	20,0	20,2	23,0	23,4	24,1
Variation en %		1,3	1,3	0,6	12,2	14,3	1,0	13,9	1,7	3,0
Indice évolutif	100,0	101,3	102,6	103,3	115,9	132,5	133,8	152,3	155,0	159,6
Autres professionnels	1088,5	1146,6	1234,5	1287,7	1364,8	1434,0	1492,9	1570,8	1619,9	1682,5
Variation en %		5,3	7,7	4,3	6,0	5,1	4,1	5,2	3,1	3,9
Indice évolutif	100,0	105,3	113,4	118,3	125,4	131,7	137,2	144,3	148,8	154,6
Médicaments	1027,2	1107,1	1243,8	1314,7	1466,5	1503,1	1625,7	1682,6	1757,2	1832,8
Variation en %		7,8	12,3	5,7	11,5	2,5	8,2	3,5	4,4	4,3
Indice évolutif	100,0	107,8	121,1	128,0	142,8	146,3	158,3	163,8	171,1	178,4
Immobilisations	21,7	21,1	31,3	27,9	28,9	44,4	16,9	33,5	37,7	45,4
Variation en %		(2,8)	48,3	(10,9)	3,6	53,6	(61,9)	98,2	12,5	20,4
Indice évolutif	100,0	97,2	144,2	128,6	133,2	204,6	77,9	154,4	173,7	209,2
Autres dépenses	181,7	200,0	210,9	284,0	316,2	353,4	402,0	426,6	460,6	492,7
Variation en %		10,1	5,5	34,7	11,3	11,8	13,8	6,1	8,0	7,0
Indice évolutif	100,0	110,1	116,1	156,3	174,0	194,5	221,2	234,8	253,5	271,2
Total des dépenses	3181,7	3497,3	3818,1	4112,7	4454,6	4626,1	4659,8	4962,9	5150,3	5364,2
Variation en %		9,9	9,2	7,7	8,3	3,8	0,7	6,5	3,8	4,2
Indice évolutif	100,0	109,9	120,0	129,3	140,0	145,4	146,5	156,0	161,9	168,6

e = estimé M\$=millions de dollars

Source:

Institut canadien d'information sur la santé, publication de décembre 1998.

