



B.S.S.

8 NOV 1966

VOLUME VI

Résumé du Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé

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

228



VOLUME VI

Résumé du Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé



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



VOLUME VI

Résumé du Rapport
de la Commission royale
d'enquête
sur les services de santé



OFF
A11D6
A29/AB
LSV.6

PREMIER RAPPORT DU COMITÉ DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE

JANVIER 1964

COMITE DE RECHERCHES SUR L'ASSURANCE-SANTE

MEMBRES

Claude Castonguay, président

Thomas J. Boudreau

Jacques de la Chevrotière

Jacques Casgrain

Jacques Morency, secrétaire

PERSONNEL DE RECHERCHE

Thomas J. Boudreau, économiste
directeur de la recherche

Francyne Beaudoin, économiste

Guy Demers, sociologue

Micheline Larrivée, documentaliste

Micheline Nadeau, économiste

Marthe Tanguay, bibliothécaire

Lucien Tessier, économiste

CONSEILLERS

René Dussault, conseiller juridique

Dr. Pierre Jobin, conseiller médical

François Lacasse, conseiller économique

Gilles Paquet, conseiller économique

INTRODUCTION

Dans ce volume on trouvera un résumé du rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (1).

Dans les pages qui suivent nous empruntons la terminologie utilisée dans le rapport de la Commission. Il est possible qu'elle ne soit pas toujours la même que la terminologie employée dans les autres volumes de notre rapport et définie dans le glossaire reproduit à la fin du volume I.

Dans le premier chapitre nous présentons certaines considérations générales contenues dans le rapport de la Commission et concernant les principaux facteurs qui ont marqué l'évolution des services sanitaires. Nous y présentons également la charte de santé des Canadiens proposée par la Commission au début de son rapport.

Le second chapitre traite des effectifs actuels dans le secteur de la distribution des soins, de l'enseignement et de la recherche, et présente les estimations de la Commission en ce qui a trait au personnel nécessaire pour réaliser le régime recommandé.

Le chapitre III traite de la couverture, du champ d'application et des coûts d'un tel régime.

Le chapitre IV reproduit les estimations de la Commission en ce qui a trait à la croissance du produit national et à la capacité de l'économie de supporter le régime recommandé. Ce chapitre se termine par la présentation des modes de financement suggérés par la Commission.

Le chapitre V examine les structures administratives et les organes de planification proposés par la Commission.

Enfin, le dernier chapitre traite de quelques questions particulières, comme la distribution des soins dans les régions septentrionales et les organismes bénévoles.

L'analyse des frais d'administration des sociétés d'assurance privée présentée dans le rapport de la Commission a donné lieu à une certaine controverse. Nous avons cru utile de reproduire en annexe les points de vue exposés sur cette question.

(1) Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé. Imprimeur de la Reine, Ottawa. Vol. I, 1964 et Vol. II, 1965.

1. Introduction

Il est de notre devoir de vous présenter les résultats de nos recherches.

Les données recueillies au cours de l'expérience sont les suivantes :

1. La température de l'air ambiant a été maintenue constante à 20°C.

2. Le débit d'air qui traverse le système est de 10 litres par minute.

3. La durée de l'expérience a été de 30 minutes.

4. Les résultats obtenus sont les suivants :

5. La consommation d'énergie est de 100 calories.

6. La production de chaleur est de 50 calories.

7. La différence de température entre l'air entrant et sortant est de 5°C.

8. Les conclusions de cette expérience sont les suivantes :

CHAPITRE I

CONSIDERATIONS ET PRINCIPES GENERAUX(1)

Sous la double influence de l'évolution sociologique et des transformations technologiques, les mécanismes de distribution des soins ont connu de profondes transformations.

Quatre facteurs peuvent expliquer cette évolution.

Il y a d'abord l'évolution démographique. On prévoit qu'en 1991, la population canadienne sera de 35.1 millions. Si les tendances actuelles persistent, la composition même de cette population aura légèrement variée. En effet, on prévoit qu'en 1991 la proportion de la population âgée de moins de 20 ans s'élèvera à 42.7% contre 41.8% en 1961, tandis que la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus, sera de 12.2% en 1991 comparativement à 10.7% en 1961. De plus en 1901, 37% des Canadiens vivaient dans les régions urbaines; en 1961, la proportion était de 70%.

Un autre facteur est le rythme des applications techniques et des découvertes qui influent sur l'évolution des soins. En effet, le progrès technique a amené une répartition et une spécialisation de plus en plus poussée du travail, ouvrant ainsi la voie à une multitude d'activités nouvelles et de professions nouvelles.

Un troisième facteur est la demande croissante de soins. Au fur et à mesure que le niveau de la vie de la société s'améliore, cette demande s'accroît, exigeant des soins de qualité supérieure et d'une plus grande diversité.

Enfin, un dernier facteur dont il faut tenir compte est le rôle que le gouvernement joue dans la société moderne. A mesure que cette société devient plus complexe, les citoyens attendent du gouvernement qu'il participe davantage à l'activité économique et sociale et qu'il s'efforce d'assurer à tous la plus grande accessibilité possible aux soins, comme aux autres biens importants.

Cependant, cette évolution de la société ne s'est pas faite sans créer certains problèmes par suite des modifications qu'elle a suscitées tant au niveau de l'offre que de la demande de soins.

(1) Rapport de la Commission Hall, chapitre I.

Ainsi, par exemple, les réalisations étonnantes dans l'application de la technique ont permis l'utilisation de nouvelles méthodes de prévention, de diagnostic et de traitement. Ces méthodes ont graduellement éliminé certaines maladies considérées comme incurables et ont ainsi contribué à diminuer considérablement les taux de mortalité. L'espérance de vie s'est accrue de vingt ans depuis le début du siècle.

Le progrès technique, en plus d'accroître la qualité des soins, les a davantage diversifiés et a obligé les praticiens à se spécialiser davantage. Il en est résulté un accroissement considérable dans les coûts.

Les praticiens, suivant les tendances socio-économiques et pour des raisons d'ordre économique, professionnel et technique, se sont concentrés dans les centres urbains laissant les régions rurales insuffisamment pourvues.

D'autre part, l'espérance de vie s'étant accrue, les besoins médicaux des personnes âgées prennent davantage d'importance, les maladies chroniques et les troubles de dégénérescence associés à la vieillesse tels que le cancer, l'arthrite, le rhumatisme posent de nouveaux problèmes pour les sciences médicales.

De même, l'influence de plusieurs facteurs, tels que la hausse du niveau de vie, une meilleure éducation en matière de santé et une meilleure connaissance de la médecine moderne et des résultats qu'on peut en attendre, a créé des besoins grandissants dans le domaine médical.

Cependant, bien qu'un nombre accru de personnes, en particulier les groupes à revenus moyens ou faibles, se soient assurées en vue de pallier à la hausse des frais de la maladie, et que l'essor technique et scientifique ait permis à la médecine de satisfaire davantage les besoins de la société, on réalise qu'il existe certaines limitations à une bonne distribution des soins. "Il semble y avoir un décalage entre l'organisation et la disponibilité des soins médicaux dans son aspect socio-économique et les réalisations plus spectaculaires de la médecine au point de vue scientifique et technique. Il en résulte que notre société ne jouit pas de tous les avantages que la médecine moderne pourrait lui fournir... Apparemment, notre société, si à l'aise soit-elle, n'a pas encore réussi à donner à tous ses membres une chance égale en ce qui concerne les soins médicaux. Cette lacune évidente de notre société tend inévitablement à nuire au bien-être social et économique de la population car elle lui impose l'oisiveté, limite son rendement et l'oblige à recourir à l'assistance publique"(1).

(1) Commission Royale d'Enquête sur les services de Santé: "Les effectifs médicaux du Canada" S. Judek, p. 5.

La Commission signale qu'il y a un écart énorme "entre nos connaissances scientifiques et techniques d'une part et nos cadres institutionnels et financiers servant à les appliquer aux besoins des hommes d'autre part".

Elle ajoute: "Ce que la Commission recommande, c'est de combler cette brèche au Canada, c'est que nous, comme nation, adoptions dès maintenant les lois nécessaires et prenions les décisions d'ordre institutionnel et financier propres à rendre toutes les découvertes des sciences de la santé accessibles à tous les habitants du pays sans restrictions d'aucune sorte. Toutes nos recommandations visent cet objectif. Il ne peut exister de plus grand défi pour une société libre d'hommes libres"(1).

La Commission propose par conséquent une "CHARTRE DE SANTÉ DES CANADIENS" affirmant que "la réalisation des normes de santé les plus élevées au bénéfice de notre population doit devenir un objectif de la politique nationale".

"Le mieux à faire pour réaliser cet objectif est d'établir un Régime de santé complet et universel pour la population canadienne:

Mis en oeuvre en conformité avec l'évolution du régime constitutionnel du Canada,

Fondé sur le libre choix et sur des professions et institutions libres et autonomes,

Financé par des régimes de paiements anticipés,

Réalisé avec la collaboration entière du public, des professions médicales, des organismes privés, de tous les partis politiques et des gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux,

Orienté vers l'utilisation la plus efficace des ressources de santé de la nation pour atteindre les plus hauts niveaux de bien-être physique et mental"(2).

(1) Rapport de la Commission Hall, Vol. I, p. 11.

(2) Rapport de la Commission Hall, Vol. I, p. 12 et 13.

CHAPITRE II

EFFECTIFS ET EQUIPEMENTS SANITAIRES (1)

* * *

LA SITUATION ACTUELLE

L'établissement éventuel d'un régime complet d'assurance-maladie en vertu duquel tout citoyen pourra obtenir le genre de soins dont il a besoin, suppose au préalable une connaissance des disponibilités tant au niveau du personnel que des installations.

Les médecins.

Les effectifs médicaux se mesurent habituellement par le rapport médecin/population. Ce rapport nécessite, cependant, certaines réserves: il n'indique ni le volume des soins médicaux, ni la nature, ni la qualité du travail des médecins: il ne tient pas compte non plus des facteurs affectant la demande, comme les caractéristiques sociales, économiques et physiques de la population servie; même des comparaisons de ce rapport à différentes époques donnent des informations limitées à cause des nombreux changements dans la technologie et les mécanismes de distribution. On peut dire, cependant, que plus le rapport est favorable, plus il y a de chances qu'on puisse répondre à la demande de soins.

Au Canada, le rapport médecin/population était en 1961 de un médecin par 857 habitants. Ce rapport s'est constamment amélioré au cours des dernières décennies; il était de 976 en 1951, et de 1,072 en 1941. Depuis 1911, il y a eu beaucoup de disparités entre les rapports provinciaux, l'Ontario et la Colombie Britannique ayant toujours eu des rapports plus favorables. Cependant toutes les provinces ont amélioré leur rapport depuis 1951. Au Québec, ce rapport était de 990 en 1951 et de 853 en 1961. Le tableau I ci-après donne pour quelques années, les rapports médecin/population des provinces et du Canada.

La principale source des effectifs médicaux canadiens est constituée par les 12 écoles de médecine du Canada. Ces écoles ont formé, depuis 1944, une moyenne de 785 médecins par année.

Depuis la fin de la guerre, pour répondre à la demande accrue des soins médicaux, le Canada a dû compter sur une for-

(1) Rapport de la Commission Hall, Vol. I, chap. 7, 8, 13, 14, 15 et Vol. II, chap. 2, 3, 4.

te immigration de médecins. De 1950 à 1960, parmi les 15,000 médecins qui ont reçu leur permis d'exercice au Canada, à peu près le tiers étaient des étrangers. Si le Canada reçoit un nombre assez important de médecins étrangers, il n'en existe pas moins une sortie considérable de médecins canadiens vers l'extérieur, particulièrement vers les Etats-Unis. En avril 1962, 3,125 médecins nés et formés au Canada exerçaient aux Etats-Unis, soit environ l'équivalent de 15% des effectifs canadiens de 1962. Le solde net de la migration entre le Canada et les Etats-Unis de 1946 à 1961 s'élevait à 1,842 médecins en faveur des Etats-Unis.

Une autre donnée intéressante, concernant les effectifs médicaux est leur répartition géographique. En 1961, près de 70% de la population canadienne vivait dans les régions urbaines. Pour les médecins, cette concentration dans les villes est proportionnellement plus grande: de 1951 à 1962, la proportion des médecins exerçant dans les villes de 10,000 habitants ou plus est passée de 73.2% à 85.8% alors que, durant ces mêmes années, la proportion de la population dans ces villes est passée de 48.2% à 58.7%.

Les principales régions métropolitaines du Canada réunissaient en 1961, 47.2% de la population. Le rapport médecin/population y était de 581 et dans les régions non métropolitaines, ce rapport s'élevait à 1,474. Au Québec, les régions métropolitaines de Montréal, Québec, Sherbrooke et Trois-Rivières comprenaient 49.8% de la population en 1961. Le rapport médecin/population y était de 569 et dans les régions non métropolitaines, ce rapport s'élevait à 1,696 alors que le rapport provincial était de 853.

Cependant, il faut dire que la forte concentration des médecins en régions urbaines ne reflète pas exactement toute la disponibilité de services puisque plusieurs de ces médecins s'occupent d'enseignement, font de la recherche à plein temps ou à temps partiel ou encore exercent des fonctions administratives. En outre, beaucoup de ces médecins s'occupent des malades des régions rurales environnantes et font de la consultation au bénéfice de ces régions.

Une autre tendance récente dans la médecine moderne est la spécialisation. De 1947 à 1961, les effectifs médicaux se sont accrus de 55% alors que le nombre de spécialistes a plus que triplé.

La variété de connaissances qu'exige la pratique de la médecine d'aujourd'hui oblige le praticien à se spécialiser davantage, si bien qu'environ la moitié des diplômés en médecine s'orientent vers une spécialité. Parmi les médecins actifs au Canada en 1961, plus de 40% étaient des spécialistes.

TABLEAU I

RAPPORT PROVINCIAL MEDECIN/POPULATION, 1911-1961

PROVINCE	1911	1921	1931	1941	1951	1961
Terre Neuve	--	--	--	--	2,524	1,991
Ile-du-Prince-Edouard	1,306	1,309	1,397	1,418	1,342	1,149
Nouvelle-Ecosse	1,206	1,147	1,153	1,350	1,094	1,044
Nouveau-Brunswick	1,253	1,448	1,517	1,693	1,445	1,314
Québec	1,003	1,065	1,046	1,054	990	853
Ontario	828	848	872	903	857	776
Manitoba	1,065	1,095	1,051	1,108	926	823
Saskatchewan	1,298	1,445	1,579	1,700	1,278	973
Alberta	1,014	1,073	1,256	1,320	1,118	982
Colombie Britannique	945	862	952	1,010	847	758
CANADA	970	1,008	1,034	1,072	976	857

Source: Rapport de la Commission Hall, Vol. I, Tableau 7-2, p. 241.

Les dentistes.

Comme pour les médecins, le rapport dentiste/population donne une idée de la disponibilité des effectifs dentaires. Toutefois, comme on l'a noté plus haut, il faut faire certaines réserves relativement à l'interprétation de ce rapport. Mais, indéniablement, plus le rapport est favorable, plus il y a de chance qu'on puisse répondre à la demande des soins dentaires.

Ce rapport est de un dentiste pour 3,108 habitants au Canada.

Cependant, il y a des disparités importantes dans les effectifs dentaires d'une province à l'autre. Le même rapport exprimé sur une base provinciale indique que trois provinces, l'Ontario, la Colombie Britannique et l'Alberta, ont des rapports supérieurs à la moyenne nationale, soit respectivement 2,511, 2,406 et 3,069. Ensuite, viennent le Manitoba avec 3,257, l'Île du Prince-Edouard avec 3,608, le Québec avec 3,712, la Nouvelle-Ecosse avec 3,879, la Saskatchewan avec 4,794, le Nouveau-Brunswick avec 4,822 et Terre-Neuve avec 10,648.

Au Canada, le rapport dentiste/population dans les centres de 10,000 habitants ou plus est de 2,119, comparativement à 6,061 dans les régions rurales. Au Québec, ce rapport est de 2,538 dans les centres urbains et de 7,828 dans les régions rurales.

Les infirmières, les optométristes, les pharmaciens et autre personnel paramédical.

Le rapport infirmière/population s'est constamment amélioré au Canada depuis la guerre. Ce rapport, de 413 qu'il était en 1941 est passé à 220 en 1962. C'est en Ontario et en Colombie que le rapport était le plus favorable en 1962, soit de 162 en Ontario et de 190 en Colombie, alors que Terre-Neuve et Québec avaient les rapports les moins favorables, soit 449 et 360 respectivement.

Il existe une forte émigration d'infirmières canadiennes vers les Etats-Unis. Cette émigration est cependant à peu près compensée par l'immigration relativement forte en provenance des pays autres que les Etats-Unis.

Il existe actuellement une pénurie de professeurs qualifiés dans les écoles d'infirmières. Environ 35% des monitrices des écoles hospitalières sont des diplômées d'un cours hospitalier de trois ans et n'ont aucune formation pédagogique supplémentaire. Une autre tranche de 37% détient des diplômes d'études supérieures et 28% ont le baccalauréat ès sciences ou un diplôme plus élevé. Seul ce dernier groupe est considéré comme pleinement formé pour enseigner à l'hôpital. Aux Etats-Unis, le quart seulement des infirmières enseignantes n'ont pas de diplôme uni-

versitaire.

Le nombre des optométristes au Canada s'est accru de 14.8% entre 1931 et 1961 alors que la population canadienne augmentait de plus de 75%. Le rapport optométriste/population est passé de 8,368 à 12,807.

Par contre, le rapport pharmacien/population s'est légèrement amélioré au cours des dernières années. Il a atteint 2,026 en 1962 contre 2,070 en 1955.

En plus des professions déjà mentionnées, la spécialisation scientifique et technique a fait surgir un nombre grandissant d'activités professionnelles, techniques, et autres. Cette augmentation rapide est due principalement à deux facteurs:

1) la complexité grandissante de la médecine moderne exige l'intervention en équipe de plusieurs spécialistes dont certains possèdent des connaissances techniques que n'a pas toujours le médecin; le personnel paramédical joue alors un rôle capital comme auxiliaire du médecin; 2) la pénurie de médecins par rapport à la croissance rapide de la demande des soins, a obligé les médecins à confier à d'autres certaines tâches dont ils pouvaient se départir.

Le personnel paramédical reçoit sa formation dans les universités ou les hôpitaux. En général, l'effectif des paramédicaux employés dans les hôpitaux s'est accru rapidement. Mais malgré son augmentation rapide, l'effectif de ces professions ne correspond pas encore aux besoins.

La recherche.

La recherche en matière de santé au Canada s'effectue par l'intermédiaire des gouvernements, des organismes bénévoles, des fondations, des sociétés industrielles et commerciales, des organismes professionnels, des hôpitaux et des universités.

Si on fait exception des sociétés industrielles et commerciales, où la recherche est surtout d'ordre pharmaceutique et est assurée par l'industrie des produits pharmaceutiques, les principales institutions qui patronnent la recherche sont les gouvernements fédéral et provinciaux, les organismes et fondations bénévoles et les "National Institutes of Health" des Etats-Unis.

Cette recherche est effectuée dans des organismes gouvernementaux, dans les hôpitaux et les universités.

Il est assez difficile de déterminer exactement les sommes consacrées à la recherche au Canada. Dans certains organismes, comme les universités, il est impossible de déterminer, à part les sommes venant des subventions, les montants effective-

ment consacrés à la recherche, ni la proportion des budgets des départements des universités voués à la recherche.

Cependant, exception faite de ces dépenses, qui constituent quand même une part appréciable des sommes consacrées à la recherche, le gouvernement fédéral a considérablement augmenté ses contributions. Les dépenses fédérales en recherche sanitaire sont passées de \$ 1 million en 1949-50 à \$ 11.3 millions en 1962-63. Les organismes provinciaux et les fondations bénévoles ont, pour leur part, accru leur soutien financier de \$ 3.6 millions entre 1961 et 1963, tandis que les contributions des "National Institutes of Health" atteignaient \$ 2.3 millions en 1963 pour le Canada.

Bien que les sommes consacrées à la recherche aient augmenté considérablement au cours des dernières années, il semble que ces fonds soient encore nettement insuffisants. Et encore, non seulement les fonds semblent-ils insuffisants, mais de plus le Canada manque de chercheurs qualifiés et d'installations de recherche.

"Ce qui fait défaut dans le domaine de la recherche sanitaire, ce n'est pas tant la pénurie de fonds propres à assumer aux chercheurs qualifiés le soutien qu'il leur faut, même si ces fonds sont insuffisants, mais la pénurie d'effectifs qualifiés. Cela peut tenir à la perte d'effectifs au bénéfice des Etats-Unis, mais c'est bien plus manifestement dû à l'inexistence d'une politique nationale de la main-d'oeuvre destinée à assurer l'expansion de l'effectif des médecins et des dentistes formés au Canada. L'établissement d'installations appropriées à la formation de médecins et de dentistes aurait fort augmenté l'effectif de chercheurs éventuels parce que les professeurs d'universités s'occupent d'enseignement et de recherches dans le domaine des sciences sanitaires. Les effectifs ainsi produits auraient fourni en partie les chercheurs sanitaires des dix prochaines années".

"La pénurie de personnel se rattache donc à la pénurie d'installations de recherche dans les écoles de médecine et les hôpitaux d'enseignement"(1).

Les hôpitaux.

Les méthodes modernes de traitement et de diagnostic donnent de plus en plus d'importance aux services de l'hôpital moderne.

Depuis quelques années, le nombre total de lits a augmenté considérablement dans les hôpitaux généraux et les différents hôpitaux spéciaux et le nombre de lits par 1,000 habitants s'est accru de 5.9 à 6.3 entre 1948 et 1963. Au Québec, ce chiffre était de 5.7 en 1960.

(1) Rapport de la Commission Hall, Vol. II, p. 113.

Cependant, le taux d'admission par 1,000 habitants par an a beaucoup augmenté. Pour le Canada, il est passé de 111 à 149 entre 1948 et 1961. Ce taux, au Québec, est légèrement inférieur à la moyenne nationale, soit 127 pour 1961, mais l'augmentation en pourcentage au Québec a été plus du double de l'augmentation nationale, soit 69.3% comparativement à 34.2% pour le Canada. Le séjour moyen pour l'ensemble du pays n'a pas révélé de grandes variations depuis 1948. Il est présentement de 10 jours(1).

Il semble qu'actuellement, dans les hôpitaux généraux, la moyenne d'occupation, exprimée par rapport à la capacité théorique en lits, soit raisonnable (environ 82% en 1960) et se situe dans les limites définies par les règlements administratifs régissant les taux d'occupation.

Par contre, alors que les sanatoriums de tuberculeux semblent plus que suffisants pour répondre aux besoins courants, les installations pour les malades chroniques, convalescents et surtout mentaux semblent nettement insuffisantes. Le régime traditionnel qui consistait à traiter les malades mentaux et les tuberculeux dans des institutions isolées disparaît graduellement à mesure que le traitement de ces malades s'intègre à l'activité des hôpitaux généraux. Les hôpitaux généraux, avec l'introduction des régimes de soins hospitaliers, subissent d'importants changements et prennent de plus en plus d'expansion.

LES DEVELOPPEMENTS ET INVESTISSEMENTS REQUIS EN PERSONNEL ET EN INSTALLATIONS

Les médecins.

L'évolution technologique de la médecine confère une signification très relative aux prévisions que l'on peut faire concernant les effectifs médicaux.

Cependant, l'évolution du rapport médecin/population, compte tenu des réserves nécessaires, peut quand même indiquer les grandes tendances.

Si on suppose un rendement maximum des écoles de médecine canadiennes et de l'école de l'Université de Sherbrooke qui doit ouvrir incessamment, le rapport médecin/population connaîtra une légère amélioration entre 1961 et 1971, passant de 856.6 à 852.9 habitants par médecin. Cependant, après 1971, il ne pourra s'améliorer davantage, étant donné que la population continuera de

(1) Cf. Rapport de la Commission Hall, Vol. I, tableau 8-4. p. 305.

croître, que les écoles de médecine actuelles auront atteint leur plein rendement et qu'un fléchissement annuel de 400 à 250 est prévu dans le nombre de médecins immigrants après 1971.

Le maintien du rapport au niveau de 1961 impose un accroissement dans le rendement des écoles de médecine actuelles. De l'avis des doyens de ces écoles, le niveau actuel des inscriptions pourrait être accru de 15% en 1965-66. Il faudra également développer ces écoles en vue d'inscrire 82 étudiants de plus en première année dès 1966-67. De plus, il faudra aménager quatre nouvelles écoles d'ici 1971-72 et une cinquième peu après. Chacune devrait accueillir 48 étudiants la première année et 64 la deuxième année. Entre 1972-73 et 1987-88, un accroissement annuel de 32 étudiants pour l'ensemble des écoles sera également nécessaire pour répondre aux besoins(1).

Cette expansion nécessitera l'emploi d'environ 780 nouveaux professeurs(2).

Les dentistes.

Le besoin de dentistes pour la réalisation du régime recommandé par la Commission semble aussi important, sinon plus, que le besoin de médecins. Le rapport dentiste/population au Canada était de 3,108 habitants par dentiste en 1961, ce qui serait insuffisant.

Pour atteindre un rapport de 2,450 en 1991, les effectifs dentaires canadiens devront s'élever à environ 14,329. Ce rapport correspond à peu près à celui de la Colombie Britannique, qui a présentement le rapport le plus favorable au Canada (2,406). Ce rapport serait quand même beaucoup moins favorable que le rapport actuel des Etats-Unis (1,900) ou de la Suède (1,500).

L'immigration étant négligeable dans les effectifs dentaires (soit moins de 1% des effectifs depuis la fin de la guerre), l'accroissement des effectifs devra venir de l'agrandissement des écoles actuelles et de la construction de nouvelles écoles. En plus de l'école de la Colombie qui doit ouvrir bientôt, quatre autres écoles devront être aménagées avant 1985. Cette expansion nécessitera environ 685 professeurs de plus.

Avec une distribution de soins dentaires plus étendue, particulièrement aux enfants, la formation d'un personnel dentaire auxiliaire pourra compenser dans une certaine mesure, la pénurie de dentistes, en libérant ceux-ci de certaines tâches. Pour répondre aux besoins, il faudra former 1,000 auxiliaires dentaires d'ici 1968 et, par la suite, 1,500 par année(3).

(1) Cf. Rapport de la Commission Hall, Vol. I, tableau 13-4, p. 529.

(2) Recommandations 140 à 154.

(3) Recommandations 155 à 173.

Les pharmaciens, les infirmières et autre personnel paramédical.

L'évaluation des effectifs de pharmaciens, nécessaires en 1971, indique qu'il y aura une pénurie d'environ 630 pharmaciens. Cependant, l'expansion des écoles canadiennes de pharmacie qui a débuté en 1958 devrait suffire à assurer les effectifs nécessaires jusqu'en 1971. Pour répondre aux besoins futurs des provinces atlantiques une autre école de pharmacie serait nécessaire à compter de 1970(1).

Les effectifs d'infirmières devront s'accroître d'environ 20,000 entre 1961 et 1971 si l'on veut maintenir le rapport actuel. Le rehaussement du niveau de la qualité dans l'enseignement et les soins infirmiers exigera une plus grande proportion d'infirmières diplômées d'université. Le rapport souhaitable serait d'une infirmière diplômée d'université pour trois infirmières(2).

L'évaluation des futurs besoins en personnel paramédical est assez difficile, étant donné les incertitudes qui tiennent à l'évolution du rôle des paramédicaux dans la distribution des soins. La demande future dépendra non seulement de l'accroissement de la population mais aussi de l'expansion des hôpitaux ainsi que des services externes et à domicile. Les estimations, à ce jour, indiquent qu'il y aura pénurie de personnel pour certaines catégories, particulièrement chez les archivistes médicales, les thérapeutes et les travailleurs sociaux(3).

Les hôpitaux.

Étant donné les changements qui s'opèrent présentement, et s'opéreront dans les services hospitaliers, l'évaluation des besoins futurs est également assez difficile.

Cependant, la prévision d'une plus grande intégration des soins psychiatriques dans les services des hôpitaux généraux et l'expansion des services communautaires extra-hospitaliers pourront libérer un certain nombre de lits dans les hôpitaux actuels pour malades mentaux et dans les hôpitaux généraux.

Il est probable que le nombre de lits devenus disponibles, par suite de cette réorganisation, puisse, dans une certaine mesure, compenser l'augmentation des services hospitaliers prévue dans les institutions de traitement actif. Cependant, de nouvelles installations pour le traitement des malades chroniques, des convalescents et des personnes âgées seront probablement nécessaires(4).

(1) Recommandations 201-202-203.

(2) Recommandations 124 à 139.

(3) Recommandations 204 à 210.

(4) Recommandations 95 à 123.

CHAPITRE III

LE REGIME RECOMMANDE PAR LA COMMISSION HALL(1)

Certains facteurs ont une forte influence sur la nature et la quantité de soins dont une population a besoin, et par conséquent sur le type de régime de soins qui peut être adopté. Ces facteurs sont d'abord la structure de la population, la répartition des revenus et l'état de santé de cette population.

Population.

On estime que la population canadienne, compte tenu d'une immigration nette annuelle de 50,000 personnes passera de 18.2 millions en 1961 à 35.1 millions en 1991.

On prévoit également que la structure de la population se modifiera. En effet, si les tendances actuelles persistent, la proportion des personnes âgées de moins de 20 ans et de plus de 65 ans sera de 42.7% et 8.9% respectivement, contre 41.8% et 7.7% en 1961.

Cette tendance dans l'évolution de la structure de la population se traduira sûrement par un accroissement de la demande de soins, étant donné que ce sont précisément ces deux groupes qui ont le plus besoin de soins. De plus, ces deux groupes sont en général les moins en mesure d'acquitter les coûts des soins qu'ils reçoivent, étant donné qu'ils ne font pas partie de la population active.

On ne prévoit pas de variations significatives dans la population âgée de 20 à 65 ans au sein de laquelle se recrute la population active. La Commission estime, malgré tout, que par suite des plus forts taux d'activité, la proportion des personnes faisant partie de la population active continuera d'augmenter(2).

L'accroissement de la population s'est également accompagné d'un mouvement vers les centres urbains. Environ 70% de la

-
- (1) Rapport de la Commission Hall: Vol. I, chapitre 2, 4, 5, 11, 12, 15, 20 et Vol. II, chapitre 1.
 - (2) La proportion des femmes qui font partie de la population active au Canada, augmente sans cesse, et le nombre de femmes mariées qui travaillent s'est aussi accru considérablement. En 1931 les femmes mariées ne constituaient que 10% de la population active féminine; en 1961, cette proportion était de 48%.

population canadienne vivait dans les secteurs urbains en 1961 et il est probable que ce pourcentage sera encore plus élevé en 1991.

Le niveau des revenus.

La situation économique des Canadiens s'est beaucoup améliorée dans les dernières décennies. Cependant, certaines catégories de personnes ne gagnent encore qu'un faible revenu. En effet, 15% de la population urbaine et rurale non-agricole avait en 1961 un revenu inférieur à \$2,000, tandis qu'en 1958, 35% de la population agricole avait un revenu inférieur à ce montant. En 1961, 50% des salariés gagnaient moins que \$3,625 et 50% des femmes salariées, moins que \$1,990. Les revenus diffèrent également beaucoup d'une région à l'autre. Dans toutes les provinces canadiennes, la proportion des hommes salariés gagnant moins que \$2,000 est deux fois plus élevée dans les régions rurales que dans les régions urbaines. Cette différence est encore plus grande dans le cas des femmes salariées.

Même si les Canadiens ont grandement accru leur revenu depuis une génération, il en existe encore un nombre relativement considérable qui gagne un revenu en-deça de ce qui pourrait être considéré comme le minimum au Canada.

L'état de santé.

L'évaluation de l'état de santé d'une population présente de nombreuses difficultés étant donné qu'il n'existe pas de mesure permettant de l'évaluer de façon exacte. Cependant, certains indices comme la diminution des taux de mortalité et l'augmentation de l'espérance de vie peuvent, du moins, indiquer s'il y a amélioration. Des comparaisons avec des pays ayant atteint un développement socio-économique comparable peuvent également fournir certaines indications.

Le tableau II compare certaines statistiques de la santé au Canada et dans quelques autres pays pour l'année 1959.

Dans le cas de la mortalité maternelle et infantile, les chiffres canadiens sont moins favorables que ceux des autres pays. Pour ce qui est des autres indices, la situation canadienne ne diffère pas tellement de celle des autres pays.

Il faut noter cependant, qu'au Canada, les divers indices varient énormément d'une région à l'autre. Le tableau III nous donne les chiffres de mortalité infantile et maternelle par province, pour 1959.

L'abaissement des taux de mortalité et l'augmentation de la longévité durant les dernières décennies semblent indiquer qu'il y a eu une amélioration dans la santé des Canadiens. Cependant, même si le Canadien vit aujourd'hui plus longtemps qu'au-

TABLEAU II

STATISTIQUES DE LA SANTE, CANADA ET AUTRES PAYS, 1959

PAYS	Mortalité infantile par 1,000 naissances vivantes	Mortalité due à toutes les maladies infectieuses par 100,000 habitants	Décès dus aux maladies infectieuses en pourcenta- ge du total des décès	Mortalité maternelle par 100,000 naissances vivantes	Espérance de vie à la naissance
Canada	28.4	10.8	1.4	54.9	70.3
Etats-Unis	26.4	12.8	1.4	37.4	69.6
Angleterre et Pays de Galles	22.2	13.7	1.2	38.7	71.0
Danemark	22.5	8.2	0.9	43.3	71.2
Norvège	18.7	12.6	1.4	39.7	72.9
Suède	16.6	10.9	1.2	23.8	72.6

Source: Rapport de la Commission Hall, Vol. I, p. 152.

TABLEAU III

TAUX DE MORTALITE INFANTILE ET MATERNELLE,
PAR PROVINCE ET CANADA, 1959

PROVINCE	Taux de mortalité infantile par 1,000 naissances vivantes	Taux de mortalité maternelle par 100,000 naissances vivantes
Terre-Neuve	39	81
Ile-du-Prince-Edouard	31	nil
Nouvelle-Ecosse	31	42
Nouveau Brunswick	33	36
Québec	33	73
Ontario	24	46
Manitoba	27	61
Saskatchewan	26	41
Alberta	24	37
Colombie Britan- nique	25	43
Yukon	26	nil
Territoires du Nord- Ouest	129	505
CANADA	28	55

Source: Rapport de la Commission Hall, Vol. I, p. 153.

trefois, jouit-il d'une meilleure santé? Les maladies infectieuses, notamment la tuberculose, ont été en grande partie maîtrisées. Par contre "la situation dans le cas des maladies chroniques, telles que le cancer, les affections cardiaques, les troubles psychiatriques, les maladies du système nerveux et le diabète, est peu ou point améliorée. Dans quelques cas, elles prennent plus d'ampleur; ainsi en est-il des accidents, des allergies, de l'arthrite et des maladies souvent bénignes mais fréquentes des appareils respiratoires et digestifs".(1)

Cependant, même si la population demeure exposée à des risques aussi graves que le cancer, elle peut aujourd'hui compter sur toute une variété de services. L'important, c'est que ces services soient utilisés le plus efficacement possible et qu'ils soient accessibles à toute la population.

Le régime recommandé.(2)

1) Couverture et champ d'application

La Commission propose un régime public, complet et universel, c'est-à-dire un régime administré par des commissions provinciales, comprenant tous les soins de prévention, de diagnostic et de traitement, lesquels devront être accessibles à tous les Canadiens quelles que soient leurs conditions financières ou autres.

Les soins dont la couverture est recommandée sont les soins médicaux, les soins dentaires pour enfants, femmes enceintes et bénéficiaires de l'assistance publique, les médicaments prescrits, les lunettes pour enfants et bénéficiaires de l'assistance publique, les prothèses et soins de réadaptation, les soins hospitaliers, y compris ceux pour malades mentaux, et les soins infirmiers à domicile.

La mise en vigueur d'un régime d'une telle envergure supposera un emploi judicieux des ressources. Il faudra prévoir une planification par étapes successives, faite avec la collaboration de toutes les parties intéressées, et qui permettra de réaliser l'objectif après un certain nombre d'années. En effet, certains programmes d'urgence sont à prévoir, notamment en ce qui regarde la disponibilité d'un personnel qualifié et suffisant. Les provinces devront déterminer elles-mêmes leurs priorités.

Pour assurer l'universalité du régime, la Commission ne croit pas à l'efficacité des régimes privés. "Après plus de 35

(1) Rapport de la Commission Hall, Vol. I, p. 159.

(2) Recommandation 1.

ans d'efforts menés par les régimes privés et les assurances commerciales, seulement un peu plus de la moitié de la population du pays a quelque protection d'assurance privée et encore ne vise-t-elle que les services médicaux. Parmi cette tranche de la population il y a presque 3 millions d'habitants dont la protection est tout à fait insuffisante(1). Plus de 7.5 millions de Canadiens n'ont aucune assurance médicale. En outre, un régime de soins de santé complet suppose plus que la prestation de services de santé. Pour qu'il soit efficace, il faut qu'une planification systématique puisse assurer un effectif sanitaire suffisant, des moyens d'enseignement nécessaires, ainsi que la bonne organisation de services coordonnés"(2).

Bien qu'actuellement un grand nombre de Canadiens participent aux divers régimes d'assurances privées, ces régimes sont avant tout utiles à ceux qui peuvent se suffire à eux-mêmes et aux travailleurs qui s'assurent en groupe. Dans ce dernier cas, l'employeur paie souvent une forte tranche de la prime.

Les régimes privés ne peuvent non plus assurer toutes les couches de la population, par exemple, les vieillards et les malades chroniques. Par ailleurs, si les régimes privés couvraient tous les soins, il est à prévoir qu'un bon nombre de citoyens qui actuellement participent à ces régimes, ne pourraient en payer les primes.

2) Coût

Etant donné l'augmentation à long terme prévue dans la population et les niveaux de revenu, il est probable que les sommes consacrées aux dépenses de santé continueront de s'accroître.

Les deux estimations présentées aux tableaux IV et V font voir l'accroissement des dépenses en matière de santé. Une de ces estimations est faite à partir de l'hypothèse du maintien des régimes actuels, alors que l'autre suppose une expansion des régimes publics, en conformité avec les recommandations de la Commission.

(1) Au Québec, seulement 44% de la population avait une protection quelconque en 1964 comparativement à 64.6% au Canada.
 (2) Rapport de la Commission Hall, Vol. I, p. 746.

TABLEAU IV

ESTIMATIONS DES DEPENSES DE SANTE, DANS L'HYPOTHESE DU
 MAINTIEN DES REGIMES ACTUELS(1)
 (Dollars courants)

	1961		1966		1971	
	Coût total (000,000)	Coût par habitant	Coût total (000,000)	Coût par habitant	Coût total (000,000)	Coût par habitant
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Soins personnels	1,723.9	94.50	2,561.7	126.18	3,617.1	160.11
Dépenses en hygiène publique	105.0	5.76	150.0	7.39	190.0	8.41
Investissements	177.8	9.75	161.4	7.95	207.8	9.20
Dépenses totales(2)	2,006.7	110.01	2,873.1	141.52	4,014.9	177.72

(1) Source: Tableau 20-4, Rapport de la Commission Hall, p. 806.

(2) Les estimations des dépenses en recherche sanitaire et en subvention à l'enseignement ne sont pas présentées, faute de données suffisantes.

TABLEAU V

ESTIMATIONS DES DEPENSES DE SANTE DANS L'HYPOTHESE
DE L'EXTENSION DES REGIMES PUBLICS(1)

	1966		1971	
	<u>Coût total</u> <u>(000,000)</u>	<u>Coût par</u> <u>habitant</u>	<u>Coût total</u> <u>(000,000)</u>	<u>Coût par</u> <u>habitant</u>
	\$	\$	\$	\$
Soins personnels	2,676.1	131.82	4,006.9	177.39
Dépenses en hygiène publique	150.0	7.39	190.0	8.41
Investissements	<u>167.8</u>	<u>8.27</u>	<u>210.3</u>	<u>9.31</u>
TOTAL	2,993.9	147.48	4,407.2	195.11
Dépenses en recherche	32.0	1.58	48.0	2.12
Subventions à la formation	<u>24.7</u>	<u>1.22</u>	<u>26.0</u>	<u>1.15</u>
GRAND TOTAL	3,050.6	150.28	4,481.3	198.38

(1) Source: Tableau 20-4, Rapport de la Commission Hall, p. 806.

Les dépenses de santé prévues dans le cadre des régimes existants s'élèveront à environ \$ 4,015 millions en 1971. Dans l'éventualité d'une expansion des régimes publics, l'augmentation des dépenses due à cette expansion serait de l'ordre de \$ 392 millions, sans tenir compte des dépenses en recherches sanitaires et en subventions à l'enseignement.

Il nous a semblé intéressant de présenter les implications financières qu'aurait, dans la province de Québec, l'expansion des régimes de soins selon les recommandations de la Commission. On a pour cette fin reproduit un tableau tiré du rapport sur "Les implications financières pour la province de Québec des recommandations relatives à la distribution des services de

santé contenues dans le Rapport de la Commission Royale d'Enquête sur les services de santé"(1) qui donne les estimations québécoises pour les soins personnels. On a ajouté en parallèle les estimations nationales pour les mêmes soins.

TABLEAU VI

ESTIMATIONS DES DEPENSES PUBLIQUES POUR SOINS PERSONNELS DECOULANT DES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION HALL. (en \$ millions)

	<u>QUEBEC(1)</u>		<u>CANADA(2)</u>	
	<u>1966</u>	<u>1971</u>	<u>1966</u>	<u>1971</u>
Soins médicaux	152.9	233.9	525.3	797.1
Soins dentaires		21.2	162.5	271.3
Lunettes	7.8	4.8	28.9	18.2
Médicaments	47.5	76.0	234.3	360.7
Soins hospitaliers	390.2	613.5	1,490.1	2,273.6
Autres soins de santé	7.3	14.1	140.0	170.0
Administration	27.6	34.1	95.0	116.0
Total	633.3	997.6	2,676.1	4,006.9

Sources: (1) P. Lemay, G. Hamel, T.J. Boudreau - Les implications financières pour la Province de Québec des recommandations relatives à la distribution des services de santé contenues dans le rapport de la Commission Royale d'Enquête sur les services de santé. Déc. 1964, p. 23. (miméo.)

(2) Tableau 20-23, Rapport de la Commission Hall, Vol. I, p. 847.

3) Les frais modérateurs.

Selon plusieurs personnes qui ont soumis des mémoires à la Commission, l'instauration d'un régime de soins amènera la population à consommer un volume très considérable de soins, et l'imposition de frais, au moment où le consommateur reçoit les soins, pourrait constituer un frein nécessaire.

(1) P. Lemay, G. Hamel, T.J. Boudreau - Les implications financières pour la Province de Québec des recommandations relatives à la distribution des services de santé contenues dans le rapport de la Commission Royale d'Enquête sur les services de santé. Déc. 1964, p. 23. (miméo.)

Selon la Commission, cependant, il semble, d'après les expériences passées qu'il existe une partie de la population qui demande inutilement des soins, qu'il y ait ou non un régime d'assurance-maladie. Cette demande existe pour toutes les classes de revenus.

Le remède à cette demande abusive ne résiderait pas dans l'instauration de frais modérateurs, qui ne feraient que gêner davantage les personnes à faible revenu, mais dans un contrôle exercé par les dispensateurs de soins.

4) Les avantages d'un régime de soins.

Bien qu'on ne soit pas en mesure d'évaluer quantitativement et avec exactitude le rendement des investissements effectués dans le domaine de la santé, les données recueillies à ce jour permettent d'affirmer que la réduction de la mortalité prématurée et de la maladie est très profitable sur le plan économique et social. On sait, par exemple, qu'en 1960 les maladies mentales ont coûté en pertes dues à la mortalité ou à l'inactivité, et en frais de traitements, \$535 millions, tandis que les maladies de l'appareil circulatoire ont coûté \$409 millions. Les sommes consacrées à la santé contribuent à augmenter le pourcentage de la population active, en prolongeant la durée de la vie active et en favorisant un travail plus régulier durant les années productives.

"C'est la qualité des êtres humains, leur énergie, leur compétence, leur mentalité, leur instruction et leur formation qui permettent l'enrichissement des connaissances techniques et administratives d'où procède de plus en plus le progrès économique dans le monde moderne".(1)

(1) Rapport de la Commission Hall, Vol. I, p. 501.

CHAPITRE IV

LE FINANCEMENT (1)

La réalisation des régimes publics d'assurance-maladie, à cause des sommes impliquées, dépendra dans une certaine mesure de la capacité de production de l'économie et de la part qui pourra être affectée au secteur public.

Afin d'évaluer la capacité de l'économie de supporter le régime, la Commission a fait des estimations concernant l'accroissement du produit national brut (P.N.B.)

La Commission a proposé deux projections du P.N.B. La première, basée sur un taux de chômage de 4% et un taux de croissance de la productivité moyenne du travail de 2.75% par année, prévoit un P.N.B. de \$ 133 milliards en 1991(2), presque quatre fois celui de 1961 qui était de \$ 35 milliards. Le taux de croissance annuel du P.N.B. a été estimé à 5.4% au cours de la période 1961-1966 et à 4.5% durant les années subséquentes, comparativement au taux moyen de 3.6% durant la période de 1926-61, période qui comprend le marasme économique des années 30, et au taux moyen de 5% pour la période de 1946-56 alors que l'emploi était relativement élevé. Le P.N.B. par habitant serait de \$3,777 en 1991 comparé à \$1,893 en 1961.

La deuxième estimation est basée sur un taux de chômage de 5% et un taux moyen de croissance de la productivité de 2.75% par année dans un premier cas et de 2.25% dans le second cas. Avec un accroissement de la productivité de 2.75%, le P.N.B. serait d'environ \$ 131 milliards en 1991, sensiblement le même chiffre que dans la première série d'hypothèses. Si par contre, on suppose un accroissement moyen de la productivité de 2.25%, le P.N.B. atteindrait \$ 113 milliards en 1991, soit un P.N.B. de \$3,230 par habitant, comparativement à \$1,893 pour 1961. Le taux de croissance du P.N.B. serait alors d'environ 4.5% jusqu'en 1966, et se stabiliserait à 4% par la suite.

On peut donc prévoir un P.N.B. se situant entre \$ 113 et \$ 133 milliards de dollars en 1991.

(1) Rapport de la Commission Hall, Vol. I, chapitres 19, 20, 21.

(2) Dollars constants de 1957. Les deux projections du P.N.B. sont basées sur le dollar de 1957. Les projections donnent donc un accroissement réel.

En dollars courants, ces estimations donneraient un P.N.B. se situant entre \$69 et \$74 milliards en 1971.

Evolution des dépenses publiques.

Les pouvoirs publics ont toujours joué, soit directement soit indirectement, un grand rôle dans l'économie canadienne. Au fur et à mesure que le pays se développe, l'intervention gouvernementale s'accroît pour répondre à des besoins toujours plus pressants. Cette intervention se manifeste par un accroissement de la dépense publique. Ces dépenses sont passées de \$1,574 millions en 1926 à \$11,015 millions en 1961. Elles représentaient en 1926 15.7% de la dépense nationale brute (D.N.B.) et 31.9% en 1961. La situation du Canada ne diffère pas tellement de celle des autres pays industrialisés. Ainsi vers 1958, si on exclut les paiements de transferts, des pays comme les Etats-Unis, la France, l'Angleterre, la Suède, l'Australie avaient un pourcentage de dépenses publiques sensiblement égal à celui du Canada.

L'évolution des structures économiques, politiques et sociales du Canada, comme des autres pays, s'accompagne d'une forte augmentation des dépenses publiques. Ces tendances continueront de s'accroître d'autant plus que le Canada connaîtra vraisemblablement un essor économique assez considérable dans les prochaines années.

En effet, tenant compte des tendances passées et des facteurs tels que la croissance et la structure d'âge de la population, les dépenses additionnelles occasionnées par l'extension des régimes publics d'assurance-maladie, la croissance moyenne des niveaux de revenu et en supposant qu'aucun changement majeur n'interviendra dans la division des responsabilités entre les secteurs public et privé, on prévoit que les dépenses publiques passeront de \$11,015 millions en 1961 à \$55,026 millions en 1991, soit 41.5% du P.N.B. en 1991, contre 31.9% en 1961(1) (2).

Dans l'hypothèse de la plus basse projection du P.N.B. on prévoit que les dépenses publiques s'élèveront à \$47,605 millions de dollars en 1991 soit 42% du P.N.B. (3).

L'expansion prévue dans les dépenses publiques est un phénomène qui accompagne l'industrialisation et l'urbanisation du pays. A mesure que le pays se développe, une gamme plus grande de services publics s'impose. "L'augmentation des dépenses publiques dans le domaine de la santé n'est pas un phénomène isolé, elle s'inscrit dans la tendance générale des services publics à se développer".(4)

(1) Dollars constants (1957).

(2) Selon l'hypothèse forte concernant le P.N.B.

(3) Dollars constants (1957).

(4) Rapport de la Commission Hall, Vol. I, p. 791.

Est-ce que l'économie canadienne pourra supporter l'expansion des régimes de soins tel que le recommande la Commission?

Dans l'hypothèse que les régimes de soins actuels demeureront inchangés, les dépenses totales passeront de \$2,006.7 millions en 1961 à \$4,014.9 millions en 1971(1), le coût annuel par habitant passant de \$110.01 à \$177.72. Si on suppose la croissance la plus favorable de la D.N.B. ces dépenses représenteront en 1971 5.5% de la D.N.B. contre 5.4% en 1961, soit un accroissement de 0.1%. Par contre, si la D.N.B. s'accroît selon la projection la moins favorable, ces dépenses représenteront 5.8% en 1971 contre 5.4% en 1961.

Dans l'hypothèse où les régimes de soins seraient élargis, les coûts de ces soins s'élèveront à \$4,407.2 millions en 1971 soit un coût par habitant de \$195.11. Ces dépenses représenteront 6% de la D.N.B. dans le cas de la projection la plus favorable, contre 6.3% de la D.N.B. dans le cas de la projection la plus basse(2).

On constate, d'après ces projections, que l'expansion des régimes publics d'assurance-maladie, recommandée par la Commission, représenterait une dépense supplémentaire équivalant à 0.5% du revenu national en 1971, soit un coût supplémentaire d'environ \$17.39 par habitant.

"Au cours des prochaines décennies, même avec l'expansion des services de santé envisagée, la fraction de la production ou des dépenses affectée au secteur de la santé n'est pas beaucoup plus grande que ce qu'on dépense actuellement et n'est guère susceptible de grever lourdement les ressources humaines et matérielles du pays. Même au cours de la période plus longue des trente prochaines années, les soins de santé d'après les données actuelles ne constitueront pas un fardeau insurmontable pour le Canada.... Le coût supplémentaire qu'entraînerait l'application de nos recommandations, soit \$ 7 par habitant en 1966 et \$ 17 en 1971, ne réduirait vraisemblablement pas le volume de l'épargne dans une mesure suffisante pour retarder l'accumulation de capital ou créer une inflation tant soit peu considérable"(3).

Mode de financement.

L'application des recommandations de la Commission fera augmenter les dépenses publiques à cause du transfert des dépenses

-
- (1) Dollars courants. Toutes les estimations qui suivent sont données en dollars courants.
 - (2) Ces coûts ne comprennent pas les dépenses pour fins de recherche et d'enseignement.
 - (3) Rapport de la Commission Hall, Vol. I, p. 861.

ses privées au secteur public et des dépenses nouvelles qu'entraînera l'établissement du régime.

Le coût total des soins, si les régimes actuels évoluent dans le sens recommandé par la Commission, s'élèvera en 1971 à \$4,481 millions, dont \$3,804 millions (85%) seront constitués de dépenses publiques et 677 millions (15%) de dépenses privées.(1)

Même si la mise sur pied du régime recommandé n'entraîne qu'une augmentation de 0.5% dans le pourcentage de la D.N.B. affectée aux soins, il est manifeste que les gouvernements devront disposer de plus de revenus. Les dépenses publiques réelles(2) pour les soins, toujours dans l'hypothèse d'une expansion des régimes existants, représenteront en 1971, 14.7% de l'ensemble de la dépense publique et 12.9% en 1991 par rapport à 9.1% en 1961.

Comment se partagera alors le financement du régime entre les différents niveaux de gouvernements?(3)

Se fondant sur l'expérience passée, notamment sur l'exemple des régimes de soins hospitaliers, la Commission accepte le principe des subventions conditionnelles comme la façon la plus souhaitable actuellement de partager les frais des régimes de soins.

La Commission recommande qu'une subvention contributoire représentant 50% des frais réels et 50% des frais d'administration soit versée par le gouvernement fédéral aux provinces. La Commission envisage également une subvention supplémentaire aux provinces économiquement faibles pour leur permettre de dispenser des soins dont les normes pourront se comparer à celles du reste du pays.

Les montants venant du gouvernement fédéral seraient vraisemblablement puisés à même les revenus généraux. Cependant la Commission tient à ce "que les impôts perçus par le Gouvernement Fédéral soient identifiés de façon à indiquer clairement au contribuable que les impôts qu'il paie couvrent les services de santé qui lui sont accessibles".(4).

Comme la santé est du domaine provincial, l'administration des régimes provinciaux est laissée aux provinces. Il faudra cependant que les provinces assurent à plus ou moins brève échéance l'universalité du régime et la couverture complète si elles veulent être éligibles à l'assistance financière du gouvernement fédéral.

-
- (1) Ces coûts comprennent les dépenses pour fins de recherche et d'enseignement.
 - (2) Dollars constants (1957).
 - (3) Recommandations 190 à 196.
 - (4) Recommandation 194.

Les méthodes de financement de la partie du coût assumée par les provinces sont également laissées à la discrétion des provinces, comme ce fut le cas pour l'assurance-hospitalisation. Cependant la Commission suggère plusieurs méthodes que pourraient employer les provinces et dont quelques-unes ont été effectivement employées dans le cas de l'assurance-hospitalisation: primes, primes subventionnées, taxes de vente ou autres, complétées d'un supplément provenant des recettes générales. La Commission suggère également aux provinces "l'incorporation des régimes employeur-employés d'assurance-maladie actuels dans un régime contributif général appelé à financer tous les services de santé".(1)

La Commission entrevoit également la possibilité pour le gouvernement fédéral de remanier le partage des recettes fiscales. Le fédéral pourrait se retirer de certains domaines fiscaux et laisser une plus grande part des recettes à la province qui voudrait assumer le financement complet de son régime d'assurance-maladie.

Il faudra cependant que le régime complet et universel de cette province ait fonctionné assez longtemps pour prouver sa validité et sa faveur auprès du public et que cette province s'engage à maintenir et à participer avec le gouvernement fédéral à la planification et à l'intégration des services de santé.

De plus la Commission s'objecte à toute méthode de financement qui exigerait une preuve d'indigence, d'abord parce que, selon la Commission, c'est la caisse d'assurance qu'il faut subventionner et non l'individu, et ensuite parce que la preuve d'indigence impliquerait la mise sur pied d'un appareil administratif coûteux.

(1) Rapport de la Commission Hall, Vol. I, p. 88.

CHAPITRE V

LES ORGANISMES D'ADMINISTRATION ET DE PLANIFICATION(1)

Comme la dispensation des soins continuera de relever de toute une variété de professions et d'organismes, il est essentiel que les dispositions administratives proposées facilitent la coordination, l'amélioration et la planification des soins, de même que la participation de représentants des consommateurs et des producteurs.

Cependant, étant donné les situations différentes dans chacune des provinces résultant de l'évolution historique et les diverses modalités que pourront prendre dans leur application les régimes provinciaux d'assurance-maladie, il n'est pas possible de prévoir ni de recommander une structure ou une formule d'organisation uniforme et très détaillée.

Les caractéristiques fondamentales des principaux organismes d'administration et de planification, recommandées par la Commission, sont décrites ci-après.

AU PLAN PROVINCIAL

1) Administration.

La Commission recommande que l'administration des soins au plan provincial soit confiée à deux organismes, parce qu'ils ont des fonctions essentiellement différentes, soit les ministères provinciaux de la santé (ou départements régionaux ou locaux) et les Commissions sanitaires. Les ministères seraient chargés des services d'hygiène publique et on confierait aux Commissions les soins personnels.

a) Les Commissions sanitaires provinciales.

Ces Commissions seraient formées de représentants du public, des professions de la santé et du gouvernement. Les sous-ministres de la Santé et du Bien-être social en seraient membres "ex-officio". Les représentants des professions de la santé et du public seraient nommés après consultations avec les organismes professionnels intéressés et les organisations non professionnelles. Des comités consultatifs des professions pourraient être formés avec les représentants de chacune des professions, pour conseiller la Commission sur des questions professionnelles.

(1) Rapport de la Commission Hall, Vol. II, chapitres 7 et 8.

Ces Commissions auraient pour tâche:

- 1) d'administrer les divers fonds du Régime de Santé(1) et le Fonds de développement des installations sanitaires;
- 2) de conseiller les individus et les organismes qui fournissent les soins;
- 3) de présenter un rapport annuel au Conseil provincial de la planification, établissant des projections à moyen et à long terme pour les besoins en personnel, en installations et en recherche dans le domaine de la santé;
- 4) d'étudier les recommandations du Conseil provincial de la planification et, à la lumière de ces recommandations, voir à ce que l'évolution des régimes se fasse de façon ordonnée;
- 5) d'apprécier le fonctionnement des régimes et, en collaboration avec les comités professionnels consultatifs, veiller à ce que la qualité dans la prestation des soins soit préservée;
- 6) de négocier avec les intéressés les tarifs d'honoraires ou de paiements pour les services rendus.

Ces Commissions seraient responsables devant la législature provinciale par l'intermédiaire du ministre de la Santé.

b) Les Départements régionaux ou locaux.

Au niveau régional ou local, l'établissement des régimes d'assurance-maladie supposera la mise sur pied d'un Département régional ou local de la santé, qui pourra être la base de l'organisation des régimes de soins à domicile et de réadaptation, dans le cas où ces soins ne seraient pas fournis par d'autres organismes. Ces départements pourraient être formés des départements locaux ou régionaux d'hygiène publique, des organismes bénévoles ou autres. Ils devront oeuvrer en étroite collaboration avec le coordonnateur régional des soins et les Conseils régio-

(1) Chaque service de santé serait financé à même son propre fonds, auquel contribueraient les gouvernements fédéral et provinciaux, auquel s'ajouteraient certains autres revenus. Il y aurait donc une subvention fédérale distincte à la santé pour chacun des services recommandés, par exemple un fonds distinct pour les soins médicaux, pour les soins dentaires, etc...

naux ou locaux de planification. Ils devront également entretenir des contacts étroits avec le ministère provincial de la Santé, le Conseil provincial de planification et les autres organismes s'occupant de la dispensation de soins de réadaptation et de soins à domicile.

c) Le Coordonnateur régional.

Pour assurer l'efficacité dans les services de santé, une coordination des divers organismes impliqués s'impose. A cet effet, les Commissions provinciales pourraient nommer des coordonnateurs régionaux chargés de maintenir des contacts étroits avec les organismes régionaux ou municipaux de la santé, les Conseils de planification, la population et les individus fournissant des soins dans les limites de la région.

Ce coordonnateur pourrait être le secrétaire du Conseil régional de la planification.

d) Le ministère provincial de la Santé.

Le ministère provincial de la Santé continuerait d'être chargé de l'administration de la subvention à l'hygiène publique, des fonctions essentielles et traditionnelles de l'hygiène publique et aussi, avec la collaboration des universités et de la Commission provinciale sanitaire, des subventions à la formation professionnelle.

2) Planification.

a) Le Conseil provincial de planification.

Le Conseil provincial de planification comprendrait des représentants nommés par le gouvernement à partir de listes fournies par les organismes professionnels, les organismes bénévoles, les associations universitaires, municipales, agricoles, les associations d'affaire, du travail et autres sociétés représentatives.

Ce Conseil aurait pour but d'assurer une participation démocratique dans l'établissement des buts et objectifs des régimes de soins. Etant un organisme consultatif, le rôle du Conseil consisterait à faire des recommandations relatives à l'établissement des programmes et à l'amélioration des soins dans la province, aux besoins immédiats et futurs de la province en installations et en personnel, puis au recrutement et à la formation de ce personnel, à la coordination de l'activité des organismes professionnels, bénévoles et gouvernementaux ainsi qu'au rôle que pourraient éventuellement remplir ces organismes.

En plus de son propre personnel, le Conseil pourra compter, pour élaborer ses programmes, sur la collaboration des comités professionnels consultatifs de la Commission provinciale

sanitaire, sur le Conseil canadien de recherche en sciences de la santé et aussi sur l'établissement de comités techniques.

Ce Conseil devra faire rapport annuellement à la législature provinciale par l'entremise du ministre de la santé.

b) Les Conseils régionaux ou locaux de planification.

Des Conseils régionaux ou locaux devront également être formés au niveau régional et local. Ces Conseils devront faire rapport régulièrement au Conseil provincial de planification, relativement à l'élaboration des programmes et à l'amélioration des services de santé dans leur région, aux besoins de la région en personnel et en installations, puis à l'action des organismes bénévoles et gouvernementaux. Ces Conseils devront également informer la Commission provinciale sanitaire de l'effet des politiques dans le domaine de la santé dans leur région. Ils devront travailler en étroite collaboration avec le coordonnateur régional, et les départements régionaux ou locaux d'hygiène publique.

AU PLAN FEDERAL

a) Le ministère fédéral de la Santé.

Le ministère fédéral de la Santé(1) sera responsable de l'administration de toutes les subventions à la santé fournies par le gouvernement fédéral: les subventions à l'hygiène publique, aux soins médicaux, à la formation professionnelle et au développement des installations sanitaires. Cependant, les subventions à la recherche dans les sciences médicales devront relever du Conseil de recherche en sciences de la santé. Le ministère continuera à fournir, comme il le fait maintenant, des services de consultation et d'information; il effectuera également sa propre recherche sur les régimes en vigueur.

b) Le Comité fédéral-provincial de coordination.

Cet organisme pourrait comprendre les principaux agents administratifs des ministères provinciaux de la santé, des commissions sanitaires ainsi que les sous-ministres des ministères fédéraux de la Santé et du Bien-être Social. Cet organisme sera l'agent coordonnateur pour toutes les questions administratives impliquant les rapports interprovinciaux et les rapports fédéraux-provinciaux dans le domaine des ressources et des services de santé.

(1) Recommandation 227. La Commission recommande que soient distinguées les responsabilités en matière de santé et de bien-être social et que ces charges soient dévolues à deux ministères distincts.

c) Conférence fédérale-provinciale des ministres de la santé.

Cet organisme réunissant le ministre fédéral et les ministres provinciaux de la santé, tiendra des réunions annuelles, ou spéciales au besoin, pour étudier les problèmes communs et la politique à suivre. Il aurait accès à tous les renseignements recueillis par tous les autres organismes.

d) Le Conseil canadien de planification de la santé.

Ce Conseil aura à s'occuper des questions relatives à la promotion et la préservation de la santé de la population.

Les représentants seront nommés par le gouvernement fédéral à partir de listes établies par les organismes professionnels, les organismes bénévoles, les sociétés d'affaires et de travail, les associations agricoles ou autres. Ayant son propre directeur et son personnel de planification, il devra faire rapport annuellement au Parlement par l'entremise du ministre de la santé.

Etant un Conseil consultatif, son rôle consisterait à étudier les besoins de santé des Canadiens et à formuler des recommandations sur les régimes et l'amélioration des soins, sur les besoins en personnel, en installations et en recherche, sur la coordination de l'activité des organismes professionnels, bénévoles et gouvernementaux, enfin à rechercher la collaboration des organismes provinciaux.

e) Le Conseil de recherche en sciences de la santé.

Le Conseil serait chargé de l'administration des subventions à la recherche en sciences de la santé; il participerait à l'élaboration et au maintien d'un système permanent de statistiques et d'études relatives à l'évaluation des problèmes courants de santé et de leurs tendances; il serait chargé de l'établissement de projections à moyen et à long terme des besoins du Canada en personnel, en installations et en recherche pour le compte du Conseil canadien de planification de la santé. Enfin, en plus de s'occuper de la recherche interne dirigée par les ministères du gouvernement fédéral dans les domaines médical, dentaire ou autres, le Conseil devra évaluer l'efficacité des divers éléments des régimes de soins en vue d'en améliorer la qualité.

Le Conseil devrait en pratique collaborer étroitement avec tous les autres organismes de santé, surtout avec le Conseil canadien de planification sanitaire, les ministères provinciaux de la Santé, les Commissions sanitaires, les Conseils provinciaux de planification, les associations professionnelles des praticiens et le Bureau fédéral de la statistique. Le Conseil de recherche en sciences de la santé relèverait du Conseil privé.

ORGANIGRAMMES (1)

Afin de mieux voir les relations entre ces divers organismes, nous présentons ici deux organigrammes montrant les structures d'administration et de planification prévues par la Commission au plan fédéral et provincial.

A cause des modalités différentes que pourrait revêtir l'application des régimes dans les différentes provinces, les fonctions de certains de ces organismes ne sont pas très bien définies; le rapport de la Commission n'est d'ailleurs pas explicite à leur sujet. Cependant, on a tenté de reproduire le plus fidèlement possible les fonctions que pourraient remplir ces organismes. Les lignes en pointillé sur les organigrammes indiquent les canaux de consultation entre les organismes.

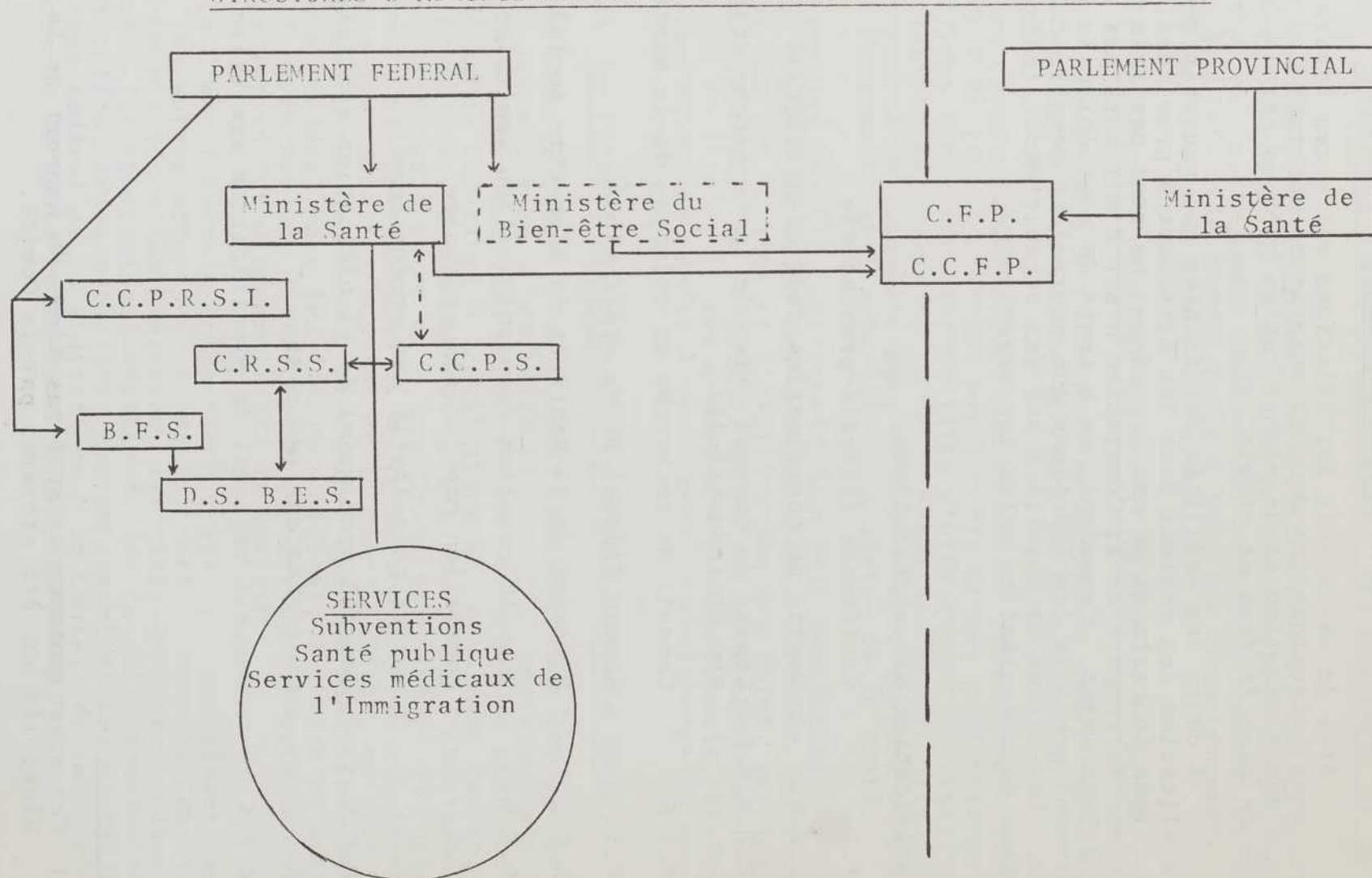
Signification des abréviations.

- C.F.P. : Conférence fédérale-provinciale
- C.C.F.P. : Comité de coordination fédéral-provincial
- C.C.P.R.S.I. : Comité du Conseil privé de la recherche scientifique et industrielle
- C.R.S.S. : Conseil de recherche en sciences de la santé
- B.F.S. : Bureau fédéral de la statistique
- D.S.B.E.S. : Division de la Santé et du Bien-être social
- C.C.P.S. : Conseil canadien de planification sanitaire
- C.P.S. : Commission provinciale sanitaire
- C.C.P. : Comité consultatif des professions
- C.P.P.S. : Conseil provincial de planification sanitaire
- C.R. : Coordonnateur régional
- C.R.P.S. : Conseil régional de planification sanitaire

(1) Ces organigrammes ne sont pas tirés du Rapport de la Commission; ils ont été préparés par le Comité.

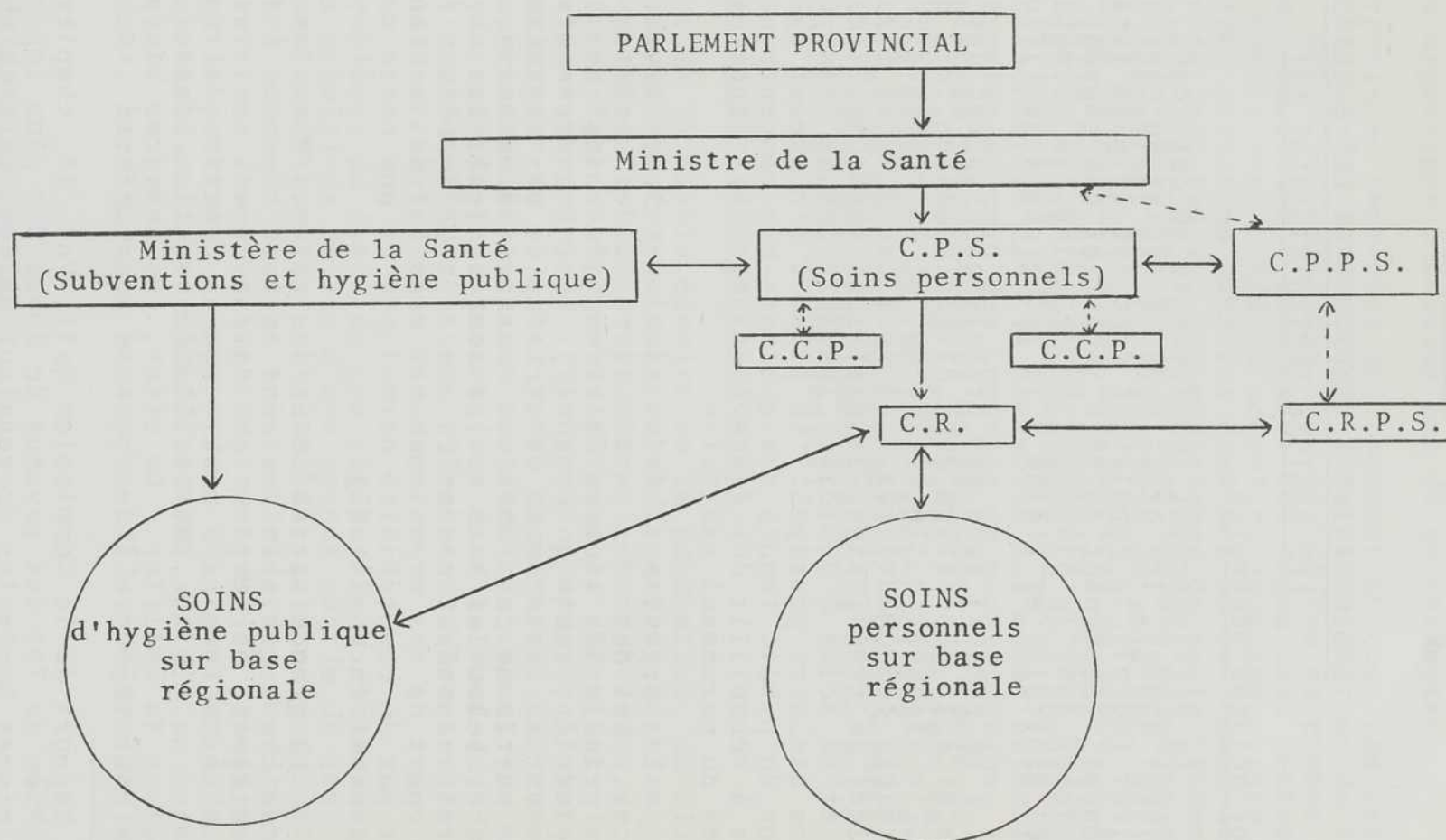
ORGANIGRAMME I

STRUCTURES D'ADMINISTRATION ET DE PLANIFICATION AU PLAN FEDERAL



ORGANIGRAMME II

STRUCTURES D'ADMINISTRATION ET DE PLANIFICATION AU PLAN PROVINCIAL



CHAPITRE VI

LES ORGANISMES BENEVOLES ET LES SOINS DANS LES REGIONS SEPTENTRIONALES (1)

Les organismes bénévoles.

Le développement considérable qu'ont connu, au cours des dernières années, les organismes bénévoles au Canada et l'appui que leur fournit la population tant sur le plan financier que personnel, témoignent du rôle important que peuvent remplir ces organismes dans la dispensation de soins, la formation du personnel sanitaire et l'aide à la recherche scientifique.

En général tous ces organismes assurent des soins aux malades et à la population dans divers domaines tels que le dépistage, le diagnostic, le traitement et la réadaptation, les soins infirmiers communautaires, les services d'aides familiales, les services de transfusion, la distribution de matériel, d'équipement et de soins à domicile, les services de transport, les foyers et les ateliers protégés. La plupart s'occupent également d'éducation du public tandis que quelques-uns concentrent leurs efforts à recueillir des fonds destinés à la recherche et à la formation du personnel sanitaire.

Les organismes bénévoles tirent leurs revenus de plusieurs sources. Les dons des particuliers et des sociétés constituent leurs principales sources de revenu, du moins chez les organismes les plus importants au Canada(2). Les gouvernements contribuent également au financement de certains de ces organismes. La majeure partie de ces fonds est consacrée à un service ou à la recherche, selon les buts que se sont assignés les organismes. Il faudrait cependant noter ici que l'étude des états financiers de la plupart de ces organismes est très difficile étant donné qu'ils n'ont pas de comptabilité normalisée et que cette comptabilité est souvent incomplète(3).

La grande variété dans les objectifs et les méthodes d'action de ces organismes les rend aptes à répondre à des besoins qui autrement ne seraient que difficilement satisfaits. L'expérience des autres pays montre que la création de régimes publics de soins ne diminue pas le rôle de l'action bénévole, bien qu'elle puisse la modifier. En effet, les services bénévoles ont été créés pour répondre à des besoins insatisfaits. Au fur et à me-

- (1) Rapport de la Commission Hall, Vol. II, chapitres 6 et 9.
- (2) Près de 70% des revenus de douze des plus importants organismes bénévoles provenaient de dons publics en 1963. Cf: Rapport de la Commission Hall, Vol. II, p. 183.
- (3) Recommandations 325 et 326.

sure que ces besoins furent connus, de nouveaux services ont été établis et les organismes bénévoles ont dû se réadapter.

Les organismes bénévoles qui touchent au complexe des soins devront être prêts à participer à la planification de tous les soins(1). Selon la Commission, les structures proposées ci-dessus devraient faciliter l'adaptation des organismes bénévoles aux nouvelles conditions: "Afin d'accroître leur importance et de renforcer leur situation dans les domaines où le besoin de leurs services se fait sentir, les organismes de santé bénévoles, y compris ceux qui s'occupent de la prévention des maladies et des accidents, compteront des représentants au sein des institutions chargées de la planification des services de santé, c'est-à-dire les conseils de planification sanitaire. Cette collaboration avec les institutions gouvernementales ne peut aboutir qu'à une véritable association dans la poursuite des mêmes objectifs. En étant représentés au sein des conseils de planification, les organismes bénévoles pourront jouer un rôle dans le cadre de tous les services communautaires. De cette façon, il pourront se rendre compte, d'une part, des secteurs qui sont négligés et, d'autre part, des services qui font double emploi. Cela permettra de bien conjuguer l'effort des organismes bénévoles entre eux et avec les institutions gouvernementales"(2).

Les soins dans les régions septentrionales.

A cause de la faible densité de la population, du climat rigoureux, du manque de communications et de moyens de transport, du lent développement économique et social, les problèmes de santé du Nord doivent être envisagés différemment. En effet, les conditions particulières de ces régions, la pauvreté, l'absence de moyens de transport au sol, par route ou par rail, le retard dans le développement communautaire montrent clairement que la planification des services communautaires dans le Nord doit être fondée sur des considérations essentiellement différentes de celles qui s'appliquent au reste du Canada.

Les problèmes de santé de ces régions sont intimement liés aux conditions primitives de vie d'une grande partie de leur population. Etant donné que les problèmes de santé ne pourront être résolus sans une amélioration substantielle des conditions générales de vie, une action concertée sur tous les fronts contre la maladie, la pauvreté, les problèmes d'adaptation à de nouveaux schèmes sociaux, s'impose immédiatement.

Cependant, bien que les principes et les objectifs formu-

(1) Recommandations 223 et 224.

(2) Rapport de la Commission Hall, Vol. 11, p. 195.

lés dans le Régime de soins recommandé doivent également être le but ultime dans le Nord, les services de santé dans ces régions doivent tenir compte: 1) des problèmes de la distance, du climat, de la faible densité de la population et des difficultés de transport et de communications, 2) de la difficulté de recruter et de retenir un personnel compétent acceptant de servir le Nord.

Pour satisfaire les besoins de santé de la population du Nord, il faut obtenir le personnel, l'équipement, les installations nécessaires et ensuite rendre ces ressources physiquement accessibles au moment et à l'endroit où elles sont nécessaires.

A cet effet, la Commission appuie les plans quinquennaux pour le développement des services de santé au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, préparés par les Services de santé du Nord, et la mise sur pied d'un circuit aérien organisé pour la distribution des soins. Ce service devrait assurer des visites régulières du personnel dans les agglomérations éparses de ce territoire. Il devrait également être complété par un réseau de communications complet, fournissant à tous les postes d'infirmières et à tous les dispensateurs non spécialisés la possibilité de communiquer à n'importe quel moment avec un centre disposant d'un médecin résident(1).

Il est évident qu'une coordination s'impose pour que ces réseaux puissent également servir non seulement au personnel de la santé, mais aussi à toutes les autres agences.

Pour pouvoir disposer d'un personnel suffisant, il faudrait encourager les résidents du Nord à opter pour les professions sanitaires. De même, des avantages spéciaux devraient être accordés au personnel sanitaire professant dans ces régions en vue de le retenir plus longtemps et d'en augmenter le nombre(2).

(1) Recommandations 235 à 244 et 252 à 256.

(2) Recommandations 245 à 251.

ANNEXEFRAIS D'ADMINISTRATION DE L'ASSURANCE-MALADIE

L'analyse des frais d'administration des sociétés d'assurance privée présentée dans le rapport de la Commission Hall, a été vivement critiquée par les assureurs canadiens. Rappelons que cette analyse est basée sur l'étude que C.H. Berry a préparée pour la Commission et qui a été publiée après la parution du rapport de cette dernière(1).

Nous reproduisons ici, en premier lieu, le texte intégral du rapport de la Commission Hall sur cette question. Nous présentons, en deuxième lieu, un extrait d'une conférence prononcée par un administrateur d'une importante société canadienne d'assurance-vie. L'auteur, G.N. Watson, y reprend l'ensemble des critiques formulées à l'égard de l'analyse de la Commission. Enfin, nous croyons utile de souligner un troisième point de vue sur la question, celui de I.J. Goffman. Nous devons mentionner que ce point de vue fut exprimé en dehors de la controverse soulevée par l'analyse publiée dans le rapport de la Commission Hall.

EXTRAIT DU RAPPORT DE LA COMMISSION ROYALE
D'ENQUETE SUR LES SERVICES DE SANTE(2)

" L'assurance ou le paiement par anticipation vise à éviter à l'assuré le risque d'avoir à payer une partie ou la totalité de ses dépenses d'ordre sanitaire. Cela entraîne nécessairement des frais, soit les frais de la perception, et de l'administration des primes et du règlement des sinistres. Le coût de l'assurance se ramène alors à la différence entre les primes versées et les sinistres réglés.

" Dans le cas du paiement par anticipation, la différence entre les primes et les sinistres représente les frais d'acquisition et d'administration, et les réserves. Dans celui des sociétés d'assurance commerciales, elle représente les frais d'acquisition et d'administration,

-
- (1) C.H. Berry - Voluntary Medical Insurance and Prepayment. Queen's Printer, Ottawa, 1965.
(2) Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé. Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964. Vol. I, pp. 735-737.

les réserves, les impôts et les bénéfices. D'ordinaire, le rapport des sinistres réglés aux primes reçues est appelé "rapport des pertes". Cependant, parce que le consommateur est surtout intéressé à des services de santé, le chiffre critique est celui des frais d'acquisition, d'administration et autres par rapport aux dépenses en services. Combien faut-il ajouter, par exemple, au coût fondamental des services médicaux pour bénéficier des avantages de l'assurance ou du paiement par anticipation? Nous appelons le supplément nécessaire "retenue", et la proportion, "pourcentage de retenue". Les chiffres de 1961, pour ce qui est du Canada, figurent au tableau 18-3.

" Ces données et ces comparaisons jettent beaucoup de lumière sur la question. Elles montrent que l'assurance et le paiement par anticipation ont payé, en 1961, des frais médicaux et, parfois, des frais connexes pour le compte de 9.6 millions de Canadiens, soit \$175,122,600 ou une moyenne de \$18.20 par personne. A cette fin et pour se procurer les avantages de l'assurance, ces Canadiens ont versé \$224,093,200 en primes, soit \$23.28 par personne (voir tableau 18-3). La retenue (frais d'administration, frais se rattachant à l'adhésion de nouveaux groupes ou particuliers, commission, impôts et bénéfices) a totalisé 49 millions, soit un supplément de 28 p. 100 ajouté au montant des indemnités.

" Le chiffre de la retenue est le plus élevé chez les sociétés commerciales (38 p. 100 dans le cas des contrats collectifs, mais autant que 151 p. 100 dans celui des contrats individuels). Ce dernier chiffre signifie que l'assuré aurait payé en primes \$2.51 pour chaque dollar de protection. Par contre, les régimes de paiement par anticipation ont payé une plus forte tranche des primes en services médicaux pour le compte des adhérents individuels que des adhérents groupés, la retenue étant respectivement de 11 et 18 p. 100. La retenue des assureurs commerciaux (contrats collectifs et individuels) est de 44.3 p. 100, et celle des régimes de paiement par anticipation, de 17.6 p. 100."

TABLEAU 18-3

PRIMES TOTALES ET PRIMES PAR HABITANT, INDEMNITES ET RETENUE, ET RETENUE EXPRIMEE EN POURCENTAGE DES INDEMNITES, SELON LA CATEGORIE D'ASSUREUR ET LA NATURE DU CONTRAT, CANADA, 1961.

GENRE D'ASSUREUR	Total, primes	Primes par ha- bitant	Total indemnités	Indemni- tés par habitant	Retenue	Retenue par ha- bitant	Pourcen- tage de retenue
	milliers de \$	\$	milliers de \$	\$	milliers de \$	\$	
CONTRATS COLLECTIFS							
Sociétés par ac- tions	41,590.0	22.42	30,679.5	16.54	10,910.5	5.88	35.6
Mutuelles	43,407.4	19.08	31,387.0	13.79	12,020.4	5.28	38.3
Coopératives et fraternelles	251.8	4.53	205.4	3.70	46.4	.83	22.6
Régimes de paie- ment par antici- pation	109,174.4	26.71	92,118.5	22.54	17,055.9	4.17	18.5
CONTRATS INDIVIDUELS							
Sociétés par ac- tions	6,667.9	23.00	2,648.8	9.14	4,019.1	13.87	151.7
Mutuelles	6,127.8	28.36	3,035.8	14.05	3,092.0	14.31	101.8
Coopératives et fraternelles	709.9	8.57	542.4	6.55	167.5	2.02	30.9
Régimes de paie- ment par antici- pation	16,164.0	21.22	14,505.2	19.04	1,658.8	2.18	11.4
TOUS LES CONTRATS							
Collectifs	194,423.6	23.50	154,390.4	18.66	40,033.2	4.84	25.9
Individuels	29,669.6	21.97	20,732.2	15.35	8,937.4	6.62	43.1
Total	224,093.2	23.28	175,122.6	18.20	48,970.6	5.08	28.0

Source: Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé. Ottawa, Imprimeur de la Reine, Vol. I, 1964, p. 737. (Tableau tiré de l'étude préparée pour la Commission par C.H. Berry).

EXTRAIT D'UNE CONFERENCE DE G.N. WATSON
PRONONCEE A L'ASSEMBLEE ANNUELLE
DE LA SOCIETE DES ACTUAIRES(1)

" One of the main arguments in favour of the use of government agencies as against private insurance companies is the question of the profit made by the insurance companies. This looms very large in the minds of the public and great emphasis was placed on this in the Report of the Royal Commission on Health Services. This Commission quoted from a study by Mr. C.H. Berry - "Voluntary Medical Insurance and Prepayment". Because the study was not, in fact, in existence as a public document at the time the Report was prepared, many people have come to rely on the statements made in the Report of the Royal Commission as being absolute facts. A little over one year after the Commission's report was released, the Berry Study was released. It is quite a reasonable attempt to set forth what the real administrative costs are in Canada for this type of insurance. However, it is written by someone who is not intimately connected with the business and, therefore, overlooks one or two rather important facts with the result that it is easy to quote from this study and produce a very unfavourable image of the job done by the industry - both the insurance companies and the so-called non-profit plans.

" The approach that the Berry Study took in investigating the subject of administrative costs and profit was to develop the incurred claims ratio and then assume that everything in excess of the amount paid for claims could be classed as either profit or expenses. This assumption, when applied to any one calendar year, could produce extraordinary conclusions, depending upon whether the claims ratio in that year was higher than normal or lower than normal. For example, if the claims ratio for medical services insurance in the year 1961 had been, say, 100% a very different conclusion could have been reached than was actually stated in the Report of the Royal Commission on Health Services. It was, apparently, not appreciated by the author that such a situation could, in fact, arise and in some areas has arisen. This would suggest that this particular approach is not reliable or meaningful and something more direct in the way of deter-

(1) G.N. Watson, Vice-Président et Directeur de l'assurance-collective à la Crown Life Insurance Company - Conférence prononcée à l'assemblée annuelle de la Société des actuaires. Montréal, octobre 1965.

mining the actual expenses of operation would have been more to the point.

" However, if we accept this approach with all its limitations, we can draw a different set of conclusions than that stated in the Report of the Royal Commission and which has received wide acceptance throughout Canada.

" In Table 4-1 of the Berry Study, it is stated that the loss ratio for all surgical and medical coverage for all carriers and considering only group coverage was 80.5%. This leaves a balance of 19.5% but, of this amount, 5% has to be deducted as representing premiums returned, dividends credited and increases in policyholders' reserves. The balance remaining is, therefore, 14.5% and this the author acknowledges as a reasonable estimate of the cost of operating a group insurance plan (see page 63 of the Berry Report).

" However, there is still another adjustment to be made in order to determine a factual figure following this line of argument. The companies have made substantial provision in their accounts for experience rating refunds not yet declared. This is certainly not an expense item and is required by good accounting practice in order to reflect the true facts for the period under review when a substantial amount is expected to be disbursed to certain policyholders following the date of the statement. The amount of the adjustment for this item, taking the figures from the author's Table 4-2 is 2%, which gives us a resulting balance of 12.5%.

" In comparing this cost with the cost of administering a public program such as that in Saskatchewan, two further adjustments have to be made. In the first place, in a public program, there is no taxation and, hence, the item relating to premium tax must be removed with respect to the premiums paid to insurance companies. There is no similar item for the premiums paid to the pre-payment plans. This adjustment amounts to approximately .8%. A second adjustment has to be made to remove the amount of acquisition expenses which is contained in the 12.5% figure. This is because, in 1964, the expenses of operation of the Saskatchewan plan do not include any item for acquisition expenses because the plan is being administered solely and the initial expenses of setting it in motion are not repeated in that year. However, in the insurance company figures, there is an item each year having to do with the acquisition expenses of new business. In order to make a true comparison, such acquisition expenses should be removed. I have estimated that these amount to approximately 3% and, hence, after adjus-

ting for both of these items, the net figure applicable to group business would be reduced to 8.7%.

" If we were comparing this rate of expense which, of course, includes profit with a government-operated plan, we would have to make two other adjustments as follows:

- (a) If every contract was the same, savings in expense would obviously result. The expense factor quoted, of course, relates to the expense of operation of many hundreds of different types of plans and many individual situations that have to be allowed for.
- (b) If there was some degree of compulsion as there is in Saskatchewan, the cost of collection of premiums would be reduced.*

If both of these factors are allowed for, this would produce a figure well below 8% - possibly 7.5%.

" This is the conclusion that I draw from the statistics quoted in the Berry Study. It is admittedly based upon the statistics relating to the group side of the business because any plan embracing an entire population on a compulsory basis, such as in Saskatchewan, would undoubtedly be operated on that basis. Any voluntary plan would, of course, involve individual policies as well as group policies. This figure may be contrasted with the conclusion that the Royal Commission drew from the same set of statistics. They stated that the cost of private companies operating a Medicare plan was 28% of claim costs.

" I do not claim that either Mr. Berry's statistics or his method are correct, as I have already stated; but I do say that, if this is the method to be used, all relevant factors ought to be properly allowed for and, in that event, the final conclusion to be drawn would have been that the private companies and the pre-payment plans can operate a Medicare plan at a cost which is, evidently, similar to that of operating the Saskatchewan Government Plan which was, in 1964, about 7.2% of claims plus expenses.

" Of course, this is the conclusion that one must come to knowing the expenses of operation of large group insurance plans and, also, the expenses of operation of some of the large doctor-sponsored plans which are operated

* This is not to suggest that I advocate a compulsory plan but, if comparisons are to be made, they can only be made comparing equals with equals.

very efficiently at the lowest possible cost. Knowing these facts, it is disturbing to see these statistics used to prove that which cannot be proved. It is thought that the foregoing analysis may help to establish the true fact that the voluntary insurance agencies are, in fact, well managed and that, given an equal opportunity, can operate a Medicare plan just as efficiently as any government agency and, in my opinion because of their many years of experience, would most likely do somewhat better".

EXTRAIT D'UNE ETUDE DE I.J. GOFFMAN SUR
LE FINANCEMENT PUBLIC DES REGIMES
DE PROTECTION DE LA SANTE (1)

" An important operating cost in running an insurance company is that which economists call selling costs. These include commissions, advertising and other marketing costs. Differences in these have much to do with the different degrees of loading of premiums. The per capita costs of selling one large group policy differ substantially from the costs of selling identical individual policies to each member of the group, as United States health insurance data point out. In 1958, for example, expenses constituted 51.6% of premium income for individual health policies, but only 9.5% for group policies. Using a different sort of statistic for Canada, one finds similar results. Comparing all voluntary non-profit hospital plans by province, there appears to be some inverse relationship between the extent of coverage and the degree of premium loading. As a fraction of total premiums, administrative costs tend to be smallest where the coverage is greatest. For example, in 1956 administrative expenditures amounted to less than 6% of total premium income in Ontario and Quebec and more than 8% in other provinces.

" It appears, therefore, that there may be significant economies of scale in the provision of health insurance which would provide a very powerful argument for broadly based schemes, including compulsory ones."

-
- (1) I.J. Goffman - The Public Financing of Health Care Programs, in Some Fiscal Aspects of Public Welfare in Canada. Papers in Taxation and Public Finance, No 1, sponsored by the Canadian Tax Foundation. Toronto, Queen's University, sept. 1965, chap. 5, pp. 68-69.

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : CONSIDERATIONS ET PRINCIPES GENERAUX	3
- La situation actuelle.	
- Les développements et investissements requis en personnel et en installations.	
CHAPITRE II : EFFECTIFS ET EQUIPEMENTS SANITAIRES	6
CHAPITRE III : LE REGIME RECOMMANDE PAR LA COMMISSION HALL.	15
CHAPITRE IV : LE FINANCEMENT	25
CHAPITRE V : LES ORGANISMES D'ADMINISTRATION ET DE PLANIFICATION	30
- Au plan provincial.	
- Au plan fédéral.	
CHAPITRE VI : LES ORGANISMES BENEVOLES ET LES SOINS DANS LES REGIONS SEPTENTRIONALES	38
ANNEXE : FRAIS D'ADMINISTRATION DE L'ASSURANCE-MALADIE	41

