
Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec

Document d'information

Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec

Document d'information

JUIN 2000

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PARTIE I : BILAN DES ANNÉES 1990	4
1. L'évolution des dépenses et du financement	4
1.1 Des compressions importantes	4
1.2 Un retour de la croissance.....	5
1.3 Une égalisation temporaire du niveau réel des dépenses.....	6
1.4 Une érosion constante de la participation fédérale.....	7
2. L'évolution de la situation financière	9
2.1 Le réseau des établissements	9
2.2 Le régime général d'assurance médicaments.....	10
3. Les niveaux comparatifs.....	11
3.1 Des dépenses publiques par rapport au PIB comparables à la moyenne canadienne.....	11
3.2 Des dépenses publiques par habitant inférieures aux autres provinces	12
3.3 Une part accessoire des dépenses du secteur public de la santé et des services sociaux financées par des contributions privées	14
3.4 Une part des dépenses totales de santé financées par le privé inférieure à la moyenne canadienne ...	16
4. Des principes fondamentaux préservés, des inquiétudes quant à l'avenir du système	17
PARTIE II : PERSPECTIVES ET ENJEUX	18
5. Perspectives des dépenses.....	18
5.1 Des réinvestissements majeurs pour 2000-2001	18
5.2 Une dynamique accélérée de croissance des dépenses.....	19
5.2.1 <i>Les pressions venant de la demande de services</i>	19
5.2.2 <i>Les pressions venant de l'offre de services</i>	22
5.2.3 <i>Les pressions venant des coûts unitaires</i>	24
5.2.4 <i>Les pressions combinées : le cas du régime d'assurance médicaments</i>	24
6. Perspectives du financement.....	27
6.1 Une croissance économique soutenue à court terme, un essoufflement probable à long terme	27
6.2 Des facteurs limitant la capacité de financement public.....	27
6.3 Une situation intenable.....	28
7. Perspectives de l'allocation des ressources	30

TABLE DES MATIÈRES

7.1	Des modalités ne favorisant pas la mise en place de nouveaux modes d'organisation	30
7.2	Des modalités ne favorisant pas l'imputabilité et l'efficacité	31
7.2.1	<i>Les établissements</i>	31
7.2.2	<i>Les régions régionales</i>	32
7.2.3	<i>La rémunération des médecins</i>	33
7.2.4	<i>Certaines clauses des conventions collectives des salariés</i>	33
8.	Enjeux	34
	CONCLUSION : SORTIR DE L'IMPASSE	35

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Évolution des dépenses du secteur sociosanitaire et des autres dépenses de programmes du gouvernement (période de 1985-1986 à 1999-2000)	4
Tableau 2 :	Coupures annoncées depuis 1982 dans les transferts fédéraux : impact annuel au Québec, période de 1994-1995 à 2000-2001 (en milliards de dollars)	7
Tableau 3 :	Évolution de la situation financière du réseau de la santé et des services sociaux, période de 1995-1996 à 1999-2000 (en millions de dollars)	9
Tableau 4 :	Dépenses de médicaments financées par le Fonds consolidé et par le Fonds de l'assurance médicaments – période de 1997-1998 à 2000-2001 (en millions de dollars)	11
Tableau 5 :	Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB, Québec, Canada et provinces – 1980, 1990, 1994 et 1999 (en pourcentage)	12
Tableau 6 :	Dépenses publiques de santé par habitant, Québec, Canada et provinces – 1990, 1994 et 1999 (en dollars)	13
Tableau 7 :	Financement des dépenses brutes du système de santé et de services sociaux du Québec selon la source de revenus (1994-1995 et 1999-2000)	14
Tableau 8 :	Évolution du coût brut des médicaments financés par le fonds consolidé, 1997 et 1999 (ensemble des clientèles des personnes âgées et des prestataires de l'assistance-emploi)	25

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Évolution des dépenses du secteur de la santé et des services sociaux et des autres dépenses de programmes, de 1985-1986 à 2000-2001 (taux de croissance réels)5

Graphique 2 : Dépenses du secteur de la santé et des services sociaux de 1985-1986 à 2000-2001, en dollars courants et en dollars constants (indices 1985 = 100)6

Graphique 3 : Transferts fédéraux au Québec au titre du TCSPS de 1984-1985 à 2004-2005 (en pourcentage des dépenses des programmes sociaux du Québec)8

Graphique 4 : Dépenses privées de santé par habitant au Québec, dans les autres provinces et moyenne canadienne – 1999 (en dollars) 17

Graphique 5 : Projection des dépenses publiques de santé et de services sociaux à coûts constants selon l'âge et le sexe, total et principaux secteurs d'activités – période de 1991 à 2066 (en millions de dollars)20

Graphique 6 : Projection du rapport de dépendance de la population âgée de 65 ans ou plus, période de 1991 à 2066, Québec (ratio > 65 ans/20-64 ans)21

Graphique 7 : Projection des dépenses du secteur sociosanitaire selon l'évolution tendancielle de l'économie et selon une évolution variant de 3,0 % à 3,5 % annuellement, période de 2000-2001 à 2010-2011 (en milliards de dollars, dollars constants de 2000-2001) 29

Introduction

À la clôture des travaux parlementaires en décembre 1999, le premier ministre, monsieur Lucien Bouchard, confirmait l'intention du gouvernement de tenir au cours de cette année des débats publics sur le système de soins de santé et de services sociaux du Québec.

Le système, a reconnu le premier ministre, souffre d'un important problème de financement : le gouvernement fédéral accumule les surplus budgétaires pendant que les provinces doivent supporter les coûts toujours plus élevés de la santé. Le débordement des urgences et l'allongement des listes d'attente ont par ailleurs démontré la nécessité d'améliorer l'organisation des services.

Au-delà des préoccupations à court terme, ajoutait le premier ministre, on doit réaliser que si tous les pays industrialisés doivent affronter la même réalité, le vieillissement de la population sera plus rapide au Québec et les conséquences plus profondes, et ce, dès la fin de la prochaine décennie, quand la génération du *baby-boom* atteindra 65 ans.

Les grands enjeux

« Si nous ne voulons pas entrer dans l'avenir à reculons, nous ne pouvons pas faire l'économie de débats de fond sur la santé ». C'est ce qu'a déclaré pour sa part la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, madame Pauline Marois.

Pour maintenir notre système public de soins de santé et de services sociaux, nous devons trouver un point d'équilibre entre la préservation des acquis essentiels et les pressions sur la hausse des coûts. « Tout est sur la table », a ajouté la ministre. Si nous voulons répondre aux besoins de la population avec les moyens dont nous disposons, nous devons réévaluer nos modes de financement, nos façons de donner les services et nos façons de gérer le système.

Pour l'éclairer sur les voies à privilégier, la ministre a annoncé la mise sur pied de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. La Commission a reçu le mandat de tenir un débat public portant sur les défis qui se posent au système public de santé et de services sociaux du Québec et sur les avenues de solution pour y faire face. L'objectif central de ce débat est de recueillir le point de vue de la population, des partenaires du réseau et des organisations représentatives des divers courants au sein de la société ainsi que de spécialistes sur des questions soulevées par la Commission.

La question du financement

Les débats porteront sur deux thèmes capitaux : le financement du régime public de santé et de services sociaux et l'organisation des services. En raison de son rôle, la question du financement est appelée à occuper une place particulièrement importante dans les débats.

Lorsqu'on parle de financement, l'on ne doit pas confondre la question du financement **global** du régime (combien va coûter collectivement son maintien, comment répartir la facture ?) et la question du financement **local et régional** des différentes instances responsables de l'organisation et de la prestation des services (à même les ressources disponibles, combien attribuer aux régies régionales, aux établissements ainsi qu'aux médecins et en vertu de quelles modalités ?). Les modalités de financement local et régional et les modes de rémunération réfèrent à l'*allocation des ressources* en tant que telle. Les discussions sur le financement porteront sur ces deux dimensions distinctes.

Lorsqu'elle a précisé les enjeux des débats, la ministre a formulé au sujet du financement une première série d'interrogations :

- Comme société, quelle capacité avons-nous de financer le système de soins de santé et de services sociaux ?
- Quel niveau de taxation sommes-nous prêts à consentir pour ce faire ?
- Comment pouvons-nous amener le gouvernement fédéral à rétablir un financement adéquat ?
- Quelle doit être l'étendue des services que l'État doit continuer de financer ?
- Pour quels types de services une contribution financière peut-elle être exigée des utilisateurs sans compromettre l'accessibilité ?
- Comment devrions-nous réformer les modalités de financement des établissements et de paiement pour les professionnels ?
- Quelles sont les formes envisageables de partenariat avec le privé ?
- Faut-il financer ces services par un compte réservé uniquement pour les soins de santé et les services sociaux ou devons-nous continuer de les financer, au même titre que les autres services, à même le Fonds consolidé du revenu ?

Le contenu du document

Le présent document d'information trace le bilan des années 1990 sur le plan spécifiquement budgétaire et financier. Il dégage également les perspectives pour les dix prochaines années ainsi que les principaux enjeux des choix collectifs qui devront être envisagés pour assurer l'avenir du système de santé et de services sociaux du Québec.

Ce document comprend donc deux parties :

- Partie 1 : Bilan des années 1990 ;
- Partie 2 : Perspectives et enjeux.

Partie I

Bilan des années 1990

1. L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES ET DU FINANCEMENT

1.1 Des compressions importantes

Entre 1990-1991 et 1999-2000, les dépenses budgétaires du secteur de la santé et des services sociaux sont passées de 11,3 à 14,5 milliards de dollars, soit une augmentation totale de l'ordre de 28 %. Cette augmentation fut beaucoup plus élevée que celle des autres dépenses de programmes du gouvernement, qui pour la même période, n'ont augmenté que de 13,4 %. La part du secteur sociosanitaire dans les dépenses de programmes du gouvernement a en conséquence continué à progresser, passant de 35,1 % en 1990-1991 à 37,8 % en 1999-2000 ; elle se situait à 31,6 % il y a quinze ans.

TABLEAU 1

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DU SECTEUR SOCIO SANITAIRE ET DES AUTRES DÉPENSES DE PROGRAMMES DU GOUVERNEMENT
(période de 1985-1986 à 1999-2000)

	Secteur sociosanitaire ⁽¹⁾	Autres secteurs	Total, dépenses de programmes	Secteur sociosanitaire en % du total
Dépenses				
- 1985/86	7 708	16 674	24 382	31,6 %
- 1990/91	11 323	20 979	32 302	35,1 %
- 1999/00	14 486 ⁽²⁾	23 788	38 274	37,8 %
Taux de croissance				
- 1985/86 à 1990/91	47,0 %	25,8 %	32,5 %	
- 1990/91 à 1999/00	28,0 %	13,4 %	18,5 %	

(1) Le service de dette lié aux dépenses de capital du réseau de la santé et des services sociaux est inclus dans les dépenses du secteur, étant assumé par celui-ci et non par le service de la dette du gouvernement.

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

Sources : ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Secrétariat du Conseil du trésor (SCT) et ministère des Finances du Québec (MFQ).

L'évolution des dépenses du secteur sociosanitaire marque cependant un fort ralentissement si on la compare à celle des années 1980, alors qu'entre 1985-1986 et 1990-1991 seulement, la croissance de celles-ci atteignait 47 %. Ce ralentissement s'explique par le fait que, tout en bénéficiant de près de 50 % de la marge de manœuvre du gouvernement durant les dix dernières années, le secteur de la santé et des services sociaux s'est vu demander de réaliser d'importantes compressions.

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

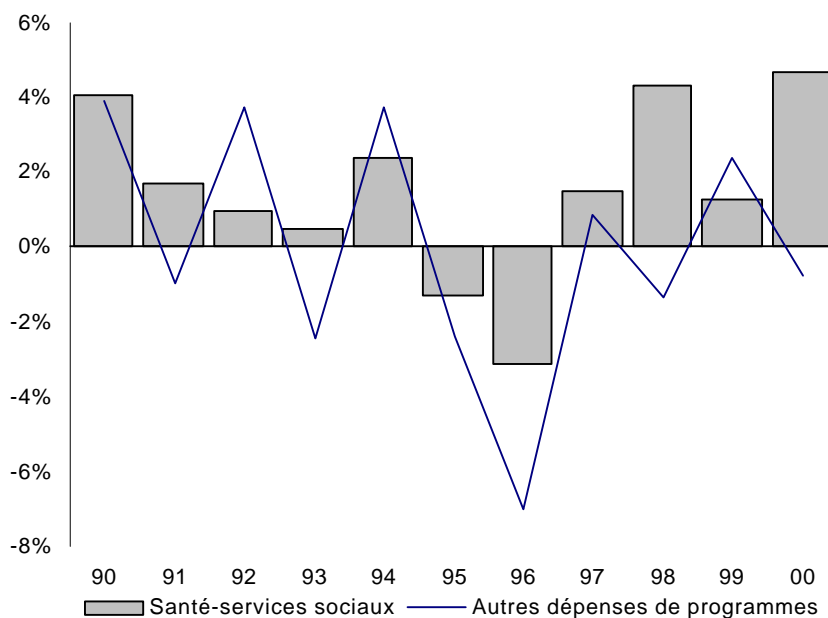
Au cours de cette même période, le gouvernement a réalisé l'atteinte de son objectif de déficit zéro, ce qui a nécessité de la part des autres ministères et organismes des efforts budgétaires considérables de l'ordre de 4,7 milliards de dollars.

1.2 Un retour de la croissance

Après avoir atteint un sommet de 4,1 % supérieur à l'inflation en 1990-1991, la croissance réelle (*i.e.* corrigée de l'inflation) des dépenses de santé et de services sociaux a ralenti jusqu'en 1994-1995, tout en demeurant positive.

GRAPHIQUE 1

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET DES AUTRES DÉPENSES DE PROGRAMMES, DE 1985-1986 À 2000-2001⁽¹⁾
(taux de croissance réels)



1. Incluant la prise en charge des déficits d'établissement par le gouvernement. Les crédits budgétaires 2000-2001 incluent le rehaussement des bases budgétaires des établissements en déficit.
Sources : MSSS, SCT, MFQ, Institut de la statistique du Québec (ISQ).

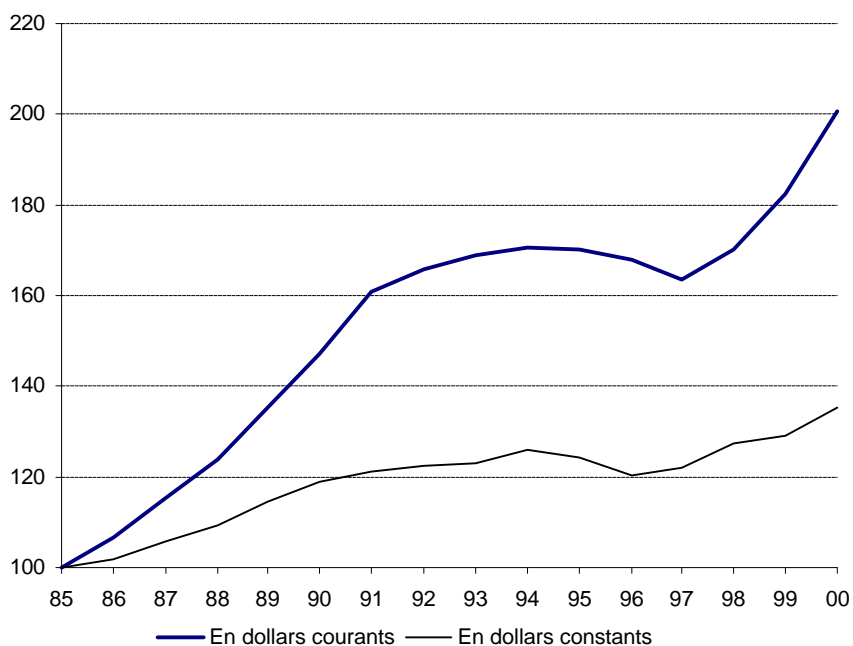
Par la suite, les mesures de compressions budgétaires se sont traduites par des taux de réduction réels des dépenses pendant deux années consécutives, soit de $-1,3\%$ en 1995-1996 et de $-3,1\%$ en 1996-1997. Les années subséquentes ont marqué un retour de la croissance des dépenses, avec des taux d'augmentation supérieurs à l'inflation respectivement de $1,5\%$ en 1997-1998, de $4,3\%$ en 1998-1999, de $1,3\%$ en 1999-2000 et de $4,7\%$ pour la présente année 2000-2001.

1.3 Une égalisation temporaire du niveau réel des dépenses

En conséquence des compressions budgétaires, les ressources budgétaires allouées au secteur sociosanitaire se situaient, en 1996-1997, à un niveau équivalent à celui de 1990-1991 en dollars constants (*i.e.* corrigé de l'inflation). En juin 1998, le gouvernement annonçait un réinvestissement de 110 millions de dollars dans la santé et les services sociaux et mars 1999, il annonçait la fin des compressions ainsi que des réinvestissements de plus de 1,7 milliard de dollars sur deux ans. À la suite des réinvestissements additionnels de 2,7 milliards de dollars (sur deux ans) annoncés au cours de la présentation du budget 2000-2001, les crédits 2000-2001 s'établissent à 15,4 milliards, en dollars courants, soit un niveau de plus de 13% supérieur à celui des dépenses de 1990-1991 en dollars constants.

GRAPHIQUE 2

DÉPENSES DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE 1985-1986 À 2000-2001, EN DOLLARS COURANTS ET EN DOLLARS CONSTANTS⁽¹⁾
(indices 1985 = 100)



(1) Incluant la prise en charge des déficits d'établissement par le gouvernement. Les crédits budgétaires 2000-2001 incluent le rehaussement des bases budgétaires des établissements en déficit.

Sources : MSSS, SCT, MFQ, ISQ.

Sur le plan budgétaire, les années 1990 ont donc permis, essentiellement, d'égaliser de façon temporaire les dépenses globales du secteur de la santé et des services sociaux par la réalisation d'importantes économies. Une fois ces économies réalisées, cependant, la dynamique fondamentale des besoins et des coûts apparaît maintenant de nouveau. Or, comme on le verra plus loin, les pressions structurelles qui s'exercent sur les dépenses du secteur sont appelées à s'accélérer au cours des prochaines années.

1.4 Une érosion constante de la participation fédérale

Un fait marquant des années 1990 est que les coupures successives appliquées par le gouvernement fédéral dans ses transferts aux provinces, qui se sont ajoutées à celles des années 1980, ont considérablement accentué l'érosion du financement des programmes sociaux.

Uniquement pour la période s'étendant de 1994-1995 à 2000-2001, les coupures annoncées dans les budgets fédéraux depuis 1982 se sont traduites par un manque à gagner cumulatif de 25,7 milliards de dollars pour le Québec, dont 14,7 milliards au seul titre de la santé. À cet égard, le relèvement du plancher du *Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux* (TCSPS), annoncé en 1997 et les mesures des budgets fédéraux 1999-2000 et 2000-2001 n'ont apporté qu'une compensation très partielle : pour la seule année 2000-2001, ils ont laissé le Québec avec un manque à gagner net de 4,1 milliards de dollars, dont 2,7 milliards qui peuvent être attribués à la santé. Ce manque à gagner équivaut à environ 15 % du budget du Québec pour les dépenses de santé et les programmes sociaux en 2000-2001.

TABLEAU 2

COUPURES ANNONCÉES DEPUIS 1982 DANS LES TRANSFERTS FÉDÉRAUX : IMPACT ANNUEL AU QUÉBEC, PÉRIODE DE 1994-1995 À 2000-2001

(en milliards de dollars)

	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	Cumulatif 1994-95 à 2000-01
Santé	-1,3	-1,3	-1,9	-2,3	-2,6	-2,6	-2,7	-14,7
Total des coupures	-2,0	-2,1	-3,2	-4,1	-4,6	-4,8	-4,9	-25,7
Relèvement du TCSPS de 11 à 12,5 MM \$ (octobre 1997)				0,2	0,4	0,3	0,2	1,1
Budget fédéral 1999						-0,3 ⁽¹⁾	0,3	0,0
Budget fédéral 2000							0,3	0,3
Total des coupures fédérales	-2,0	-2,1	-3,2	-3,9	-4,2	-4,8	-4,1	-24,3

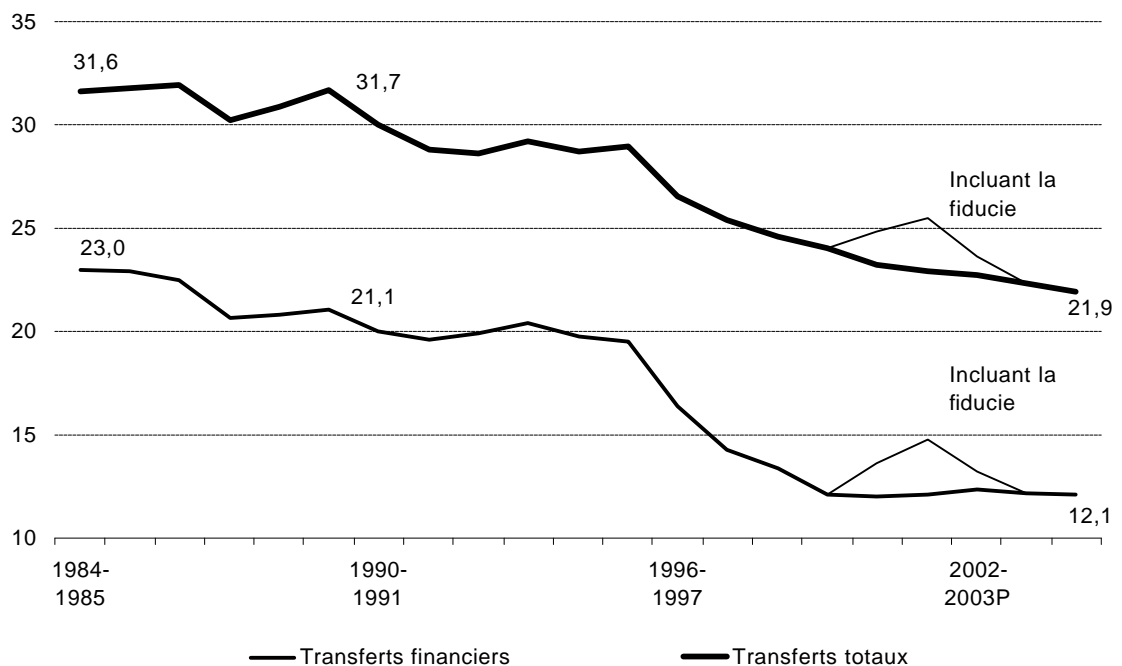
(1) Impact du nouvel indice d'allocation des droits au TCSPS.

Source : MFQ.

Alors que le gouvernement fédéral s'était engagé à financer la moitié des dépenses, sa participation au financement des programmes sociaux n'a cessé de diminuer. Depuis 1984-1985, la contribution fédérale au financement des programmes sociaux (transferts fiscaux et financiers), même en tenant compte des ajouts consentis par le gouvernement fédéral dans les budgets 1999 et 2000, passera de 32 % des dépenses du Québec en 1984-1985 à 22 % en 2004-2005. Au cours de la même période, les versements en espèces chuteront de 23 % à 12 % des dépenses des programmes sociaux.

GRAPHIQUE 3

**TRANSFERTS FÉDÉRAUX AU QUÉBEC AU TITRE DU TCSPS ⁽¹⁾
DE 1984-1985 À 2004-2005^P**

 (en pourcentage des dépenses des programmes sociaux du Québec)⁽²⁾


(1) Incluant la valeur de l'abattement spécial du Québec

(2) Dépenses en santé, en éducation et pour la sécurité du revenu.

P : Résultats préliminaires pour 1999-2000 et prévisions pour les années suivantes.

Source : MFQ.

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

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

Pour le Québec, ce désengagement du gouvernement fédéral est d'autant plus inacceptable que celui-ci continue à imposer ses normes et à mettre en place de nouvelles initiatives dans la santé et les programmes sociaux, alors que ces domaines sont de la compétence des provinces.

2. L'ÉVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIÈRE

2.1 Le réseau des établissements

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

La situation financière du réseau des établissements est passée d'un surplus net de 26,9 millions de dollars en 1994-1995 (surplus brut de 46,1 millions – déficit de 19,2 millions) à un déficit net de 398,2 millions en 1998-1999 (surplus brut de 8,9 millions – déficit de 407,1 millions).

TABLEAU 3

ÉVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, PÉRIODE DE 1995-1996 À 1999-2000

(en millions de dollars)

	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000P
Surplus courants	46,1	32,0	18,1	13,5	8,9	6,3
Déficits courants	19,2	49,0	153,4	279,9	407,1	459,6
Surplus (déficit)	26,9	(17,0)	(135,3)	(266,4)	(398,2)	(453,3)

P = Prévisions.

Source : Données fournies par les régies régionales et les établissements.

Sur la base des données fournies au Ministère, le déficit courant du réseau pour 1999-2000 devrait s'établir à environ 460 millions de dollars. Selon un examen détaillé, la majeure partie de ce montant s'explique par des déficits enregistrés par une cinquantaine de centres hospitaliers (essentiellement des CH universitaires, affiliés ou régionaux).

Atteindre et maintenir une saine situation financière est nécessaire pour que les établissements soient en mesure d'offrir les services dont la population a besoin. C'est pourquoi les sommes accordées en 1998-1999 et en 1999-2000 comprenaient un montant de 907 millions de dollars devant servir à résorber la dette accumulée du réseau au 31 mars 1999.

Le gouvernement a par la suite décidé, dans son budget 2000-2001, à la fois de prendre en charge le déficit accumulé de 462 millions de dollars du réseau au 31 mars 2000 et d'accroître de façon récurrente, pour un montant de 425 millions de dollars, les bases budgétaires des établissements qui connaissaient un déficit, afin de leur permettre de repartir sur le bon pied. De plus, des crédits de développement de 200 millions de dollars ont été alloués au réseau. Notons que l'ensemble des coûts de croissance de programmes (salaires, inflation, service de dette) ont été financés en 1999-2000 et en 2000-2001. Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux a présenté à l'Assemblée nationale le projet de loi 107. En vertu de ce projet de loi, un établissement public ne devra plus encourir de déficit à la fin d'une année financière et ne pourra plus contracter d'emprunt pour le paiement de ses dépenses de fonctionnement, sauf avec l'autorisation de la ministre.

2.2 Le régime général d'assurance médicaments

Le régime général d'assurance médicaments mis en place en 1997 a également encouru d'importants dépassements. Le coût des médicaments pour les personnes âgées et pour les prestataires de l'assistance-emploi (partie du régime financée par le Fonds consolidé) s'est élevé à 923 millions de dollars en 1999-2000. Ce montant a excédé de 122 millions les crédits prévus. Sans ajustements, on estime que le financement exigé du Fonds consolidé aurait pu s'accroître d'environ 140 millions supplémentaires en 2000-2001¹.

Pour sa part, le coût des médicaments pour les nouveaux adhérents (1,5 million des personnes assurées) s'est élevé à 293 millions de dollars en 1999-2000. Cette partie du régime, qui est financée par le Fonds de l'assurance médicaments, a encouru un déficit de 65 millions, haussant le déficit accumulé à 79 millions à la fin de l'année financière 1999-2000. Si le niveau des primes avait été maintenu et si les dépenses continuaient à augmenter aussi rapidement, on estime que le déficit du Fonds aurait pu s'élever aux environs de 110 millions de dollars en 2000-2001 et que le déficit accumulé aurait atteint près de 190 millions.

¹. Cf. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Évaluation du régime général d'assurance médicaments*, décembre 1999, p. 72-75.

TABLEAU 4

DÉPENSES DE MÉDICAMENTS FINANÇÉES PAR LE FONDS CONSOLIDÉ ET PAR LE FONDS DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS – PÉRIODE DE 1997-1998 À 2000-2001

(en millions de dollars)

	1997-1998	1998-1999	1999-2000E	2000-2001P
<u>Fonds consolidé</u>				
total des dépenses	695,0	800,2	922,7	1 063,9
augmentations	-	+ 105,2	+ 122,5	+ 141,2
<u>Fonds de l'assurance médicaments</u>				
total des dépenses	197,2	253,9	292,6	343,0
déficit courant	(19,5)	(0,9)	(64,7)	(110,6)
déficit accumulé	(13,3)	(14,1)	(78,8)	(189,4)

E = estimations ; P = prévisions.

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

Tant pour la partie du régime financée par le Fonds consolidé que pour celle financée par le Fonds de l'assurance-médicaments, les dépassements s'expliquent par une hausse du coût brut du régime d'environ 15 % par année, due principalement à une augmentation de la consommation moyenne de médicaments et à l'introduction de nouveaux médicaments à des prix généralement élevés. Afin d'assurer la viabilité du régime d'assurance médicaments, le gouvernement a, le 11 mai dernier, déposé à l'Assemblée nationale le projet de loi 117, *Loi modifiant la Loi sur l'assurance-médicaments et la Loi sur la régie de l'assurance maladie du Québec*. Le projet de loi prévoit des rehaussements aux primes maximales applicables au régime d'assurance médicaments, tout en prenant soin de ne pas augmenter la contribution des personnes à plus faible revenu.

3. LES NIVEAUX COMPARATIFS

L'une des interrogations soulevées par l'examen du financement a trait au niveau approprié des dépenses du régime public de santé au Québec². Cette question doit être abordée simultanément sous l'angle de la capacité de payer de la collectivité et sous l'angle des besoins de santé de la population.

3.1 Des dépenses publiques par rapport au PIB comparables à la moyenne canadienne

La part des dépenses publiques de santé du Québec par rapport au produit intérieur brut (PIB) a diminué de 6,9 % en 1990 à 6,3 % en 1999, tout en demeurant sensiblement comparable à la moyenne canadienne.

². Note : il n'existe pas de bases de données statistiques comparables sur les dépenses de services sociaux. C'est la raison pour laquelle les comparaisons qui suivent portent exclusivement sur les dépenses de santé.

TABLEAU 5

DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ EN POURCENTAGE DU PIB, QUÉBEC, CANADA ET PROVINCES $\frac{3}{4}$ 1980, 1990, 1994 ET 1999 ^(P)
(en pourcentage)

	1980	1990	1994	1999 p
Terre-Neuve	8,5	10,1	9,3	9,2
Nouvelle-Écosse	8,1	8,3	8,1	9,1
Manitoba	6,6	8,4	8,2	8,4
Île-du-Prince-Édouard	8,9	9,5	8,5	8,1
Nouveau-Brunswick	8,3	8,7	8,4	7,8
Saskatchewan	5,3	8,5	7,5	7,7
Colombie-Britannique	5,6	6,9	7,2	7,4
QUÉBEC	6,6	6,9	7,5	6,3
Ontario	4,8	6,2	6,6	5,8
Alberta	3,9	6,4	5,3	5,3
Canada	5,5	6,8	6,9	6,4
ÉCART QUÉBEC-Canada	+ 1,1	+ 0,1	+ 0,6	- 0,1

Note : Le Québec et les provinces sont rangés en ordre décroissant des valeurs de 1999.
P = Prévisions ; Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Vues sous l'angle de la capacité de payer, les dépenses publiques de santé du Québec – toutes sources de financement confondues – ne paraissent donc pas globalement excessives en ce sens qu'elles ne représentent pas, comme c'était le cas dans les années 1970 et 1980, une proportion de la richesse collective supérieure à la moyenne des autres provinces. En 1980, les dépenses publiques de santé du Québec représentaient un effort relatif nettement plus élevé qu'au Canada (6,6 % comparativement à 5,5 %).

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

Notons que par rapport à l'Ontario, les dépenses publiques de santé du Québec accaparent une part plus importante de la richesse collective en 1999 (6,3 % comparativement à 5,8 %), alors que leur niveau relatif est de 12,6 % inférieur à celui de l'Ontario, sur une base par habitant.

3.2 Des dépenses publiques par habitant inférieures aux autres provinces

À cet égard, les dépenses publiques de santé par habitant étaient, en 1999, de 11,7 % inférieures à la moyenne canadienne, faisant du Québec la province consacrant à la santé les dépenses publiques les moins élevées par habitant. Cet écart était de 6,5 % en 1990.

TABLEAU 6

**DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ PAR HABITANT, QUÉBEC, CANADA ET PROVINCES
– 1990, 1994 ET 1999 ^(P)**

(en dollars)

	1990	1994	1999 ^P
Manitoba	1 766	1 879	2 250
Saskatchewan	1 798	1 813	2 186
Nouvelle-Écosse	1 549	1 624	2 103
Colombie-Britannique	1 641	1 958	2 097
Terre-Neuve	1 516	1 654	2 037
Alberta	1 738	1 725	1 982
Ontario	1 696	1 872	1 976
Nouveau-Brunswick	1,536	1 708	1 863
Île-du-Prince-Édouard	1 417	1 608	1 756
QUÉBEC	1 543	1 760	1 728
Canada	1 651	1 828	1 958
ÉCART QUÉBEC-Canada	- 6,5 %	- 3,7 %	- 11,7 %

Note : Le Québec et les provinces sont rangés en ordre décroissant des valeurs de 1999.
P = Prévisions ; Sources : ICIS.

Les dépenses publiques de santé par habitant sont traditionnellement moins élevées au Québec que dans les autres provinces. Cet écart peut s'expliquer en bonne partie par le fait que la rémunération des médecins et du personnel, dont les coûts représentent environ 80 % des dépenses du secteur, est relativement moins élevée au Québec en raison de la capacité de payer inférieure du Québec.

On doit de plus souligner que les dépenses par habitant ne comparent que la valeur des ressources **financières** consacrées à la santé. Elles ne tiennent pas compte des différents facteurs qui déterminent la capacité **réelle** du système à répondre aux besoins de la population (ex. : l'effectif des médecins et des infirmières, le nombre de lits et de places d'hébergement, la répartition et la productivité différentes des moyens utilisés).

Ne tenant pas compte de niveaux comparables dans la rémunération ainsi que dans les ressources humaines et matérielles disponibles, l'indicateur des dépenses de santé par habitant est donc beaucoup trop imprécis pour permettre de juger du caractère approprié des sommes d'argent consacrées à la santé, *vues sous l'angle des besoins de la population*. C'est pourquoi, d'ailleurs, il n'existe aucune norme de niveau optimal de ressources financières reconnue à cet effet.

Ce que l'on sait, cependant, c'est que lorsqu'on le compare, le Québec paraît disposer de ressources humaines et matérielles qui, en termes absolus, le placent en position équivalente pour répondre aux besoins de santé de sa population, si on suppose une répartition et une utilisation équivalentes des ressources (ex. : ratios de médecins, d'infirmières, de lits et de places d'hébergement par rapport à la population).

3.3 Une part accessoire des dépenses du secteur public de la santé et des services sociaux financées par des contributions privées

La couverture actuelle des services publics de santé et de services sociaux du Québec est déterminée par le législateur et sanctionnée par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et par la *Loi sur l'assurance maladie du Québec*. Ces services assurés sont financés essentiellement – mais non entièrement – à même le Fonds consolidé du revenu du Québec.

En 1999-2000, les coûts bruts de l'ensemble du système public de santé et de services sociaux étaient en effet financés à concurrence d'environ 9,5 % par diverses sources de revenus déductibles du coût des services. Ce pourcentage comprend entre autres les contributions des organismes publics de tierce responsabilité du Québec pour le transport ambulancier (SAAQ) et pour les services médicaux aux accidentés du travail (CSST). Il comprend également les « autres revenus des établissements », qui incluent en particulier les ventes de services et la tarification aux tiers responsables dans le réseau hospitalier (résidents des autres provinces, résidents étrangers, CSST, etc.).

TABLEAU 7

FINANCEMENT DES DÉPENSES BRUTES DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC SELON LA SOURCE DE REVENUS (1994-1995 et 1999-2000)

	1994-1995 (en M\$)	en %	1999-2000 (en M\$)	En %
1. Revenus autonomes des établissements				
▪ Contributions des adultes hébergés	422,9	3,0%	453,8	2,8 %
▪ Suppléments de chambres	97,6	0,7%	81,7	0,5 %
▪ <u>Autres revenus</u>	<u>238,3</u>	<u>1,7%</u>	<u>216,3</u>	<u>1,4 %</u>
Sous-total, établissements	758,8	5,4%	751,8	4,7 %
2. Remboursements du transport ambulancier				
▪ Contribution de la SAAQ aux régies régionales	42,8	0,3%	46,0	0,3 %
▪ <u>Tarification des usagers</u>	<u>22,2</u>	<u>0,2%</u>	<u>27,5</u>	<u>0,2 %</u>
Sous-total, transport ambulancier	65,0	0,5%	73,5	0,5 %
3. Remboursements de services médicaux (CSST)	59,7	0,4%	62,0	0,4 %
4. Services pharmaceutiques ³	35,5	0,3%	627,4	3,9 %
5. Total, revenus déductibles du coût des services	919,0	6,6%	1 514,7	9,5 %
6. Financement provenant du Fonds consolidé	13 082,0	93,4%	14 486,0 ⁴	90,5%
7. TOTAL, dépenses brutes agrégées	<u>14 001,0</u>	<u>100,0%</u>	<u>16 000,7</u>	<u>100,0%</u>

Sources : MSSS, SCT.

³ . Les données de 1999-2000 portent sur les primes et les contributions liées à la consommation versées dans le Fonds d'assurance médicaments.

⁴ . Incluant la prise en charge par le gouvernement du déficit accumulé des établissements en 1999-2000 pour un montant de 462 millions de dollars.

Si l'on exclut ces éléments, les contributions de nature privée versées par des citoyens du Québec sont essentiellement les contributions des adultes hébergés et les suppléments de chambres privées et semi-privées en établissement, les primes et les contributions des usagers pour les services pharmaceutiques ainsi que la tarification des usagers du transport ambulancier.

En 1999-2000, ces contributions privées ont totalisé environ 7,5 % des dépenses brutes du secteur public de la santé et des services sociaux du Québec. Il est donc inexact d'affirmer, comme on l'entend parfois, que 30 % des dépenses du système sont assumées par le secteur privé.

De plus, il faut souligner que ces éléments de contribution privée sont liés à des objectifs non pas de nature privée mais collective (ex. : régime d'assurance médicaments). Ils ne touchent aucunement les services hospitaliers ou médicaux assurés, pour lesquels une contribution financière ne peut être demandée en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* (C-6). Dans certains cas, leur absence, plutôt que leur présence, pourrait constituer une source d'iniquité⁵. Ces contributions privées représentent une part nécessaire des ressources du système : elles font donc partie inhérente de la formule de **financement** du régime public de santé et de services sociaux du Québec.

Si la part du financement privé est accessoire, il convient cependant de rappeler qu'une partie substantielle de la **production** des services publics assurés s'appuie, et ce, depuis les débuts mêmes du régime, sur une collaboration active avec le secteur privé. Exemples :

- les services médicaux et chirurgicaux en centre hospitalier, dont la prestation est généralement effectuée par des médecins ayant le statut de professionnel autonome ;
- les services médicaux assurés donnés par des médecins en clinique privée ;
- les services assurés d'optométrie, de soins dentaires ainsi que d'orthèses et de prothèses, qui sont donnés par des professionnels ou des groupes privés ;
- les services pharmaceutiques assumés par le gouvernement dans le régime d'assurance médicaments, qui sont donnés grâce à des ententes avec les pharmaciens propriétaires ;
- les places d'hébergement achetées par le réseau public dans des centres d'accueil privés ;
- les services de transport ambulancier pour les personnes âgées et les prestataires de la sécurité du revenu et le transport interétablissement.

⁵. Exemple : l'absence de contribution des adultes hébergés serait inéquitable vis-à-vis les personnes à domicile, qui doivent assumer eux-mêmes les frais de leur hébergement.

3.4 Une part des dépenses totales de santé financées par le privé inférieure à la moyenne canadienne

En 1999, la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé s'élevait à 29,6 %⁶ au Québec, comparativement à 24,5 % en 1990.

Lorsqu'on dit de cette façon que 30 % des dépenses de santé sont privées, cela ne signifie pas que 30 % du financement du système public de santé et de services sociaux vient du privé ou que 30 % de la prestation des services publics est effectuée par le secteur privé. Cela signifie que 30 % des montants payés pour l'ensemble des biens et des services liés à la santé (excluant les services sociaux) ne sont pas financés à même des fonds publics mais par des fonds privés, qu'ils soient offerts par le réseau public ou par le secteur privé – c'est-à-dire, *indépendamment du caractère public ou privé de leur producteur*⁷.

Le groupe de travail sur la place du secteur privé dans la santé, présidé par monsieur Roland Arpin⁸, a conclu que l'évolution de ce ratio au cours des années 1990 peut s'expliquer par le ralentissement accentué des dépenses publiques de santé pendant que les dépenses privées de santé continuaient à croître, bien qu'à un rythme ralenti. Il a également conclu que les contributions et les tarifs demandés par le gouvernement au cours des années 1990 (ex. : assurance médicaments, contributions des adultes hébergés) ont été nécessaires au financement des services publics et ont été appliqués de façon équitable, en tenant compte de la capacité de payer des bénéficiaires.

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

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

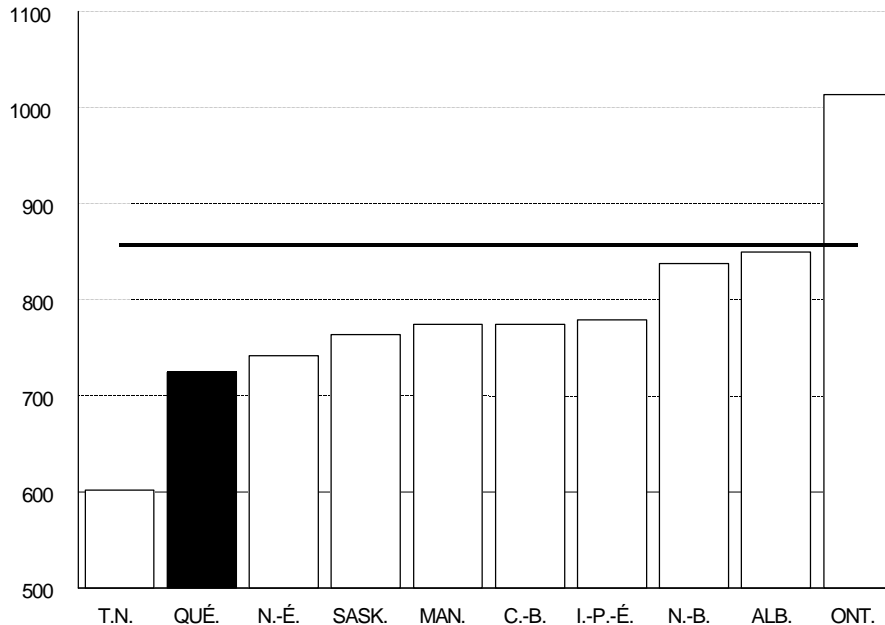
⁶. Source : INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé 1975-1999*, Ottawa, 1999.

⁷. En effet, les dépenses privées de santé comprennent notamment les tarifs payés par des particuliers ou par leur assurance collective pour des services donnés par les établissements publics (ex. : chambres privées) ou dans le cadre d'un programme public (ex. : assurance médicaments). Elles excluent cependant les dépenses pour des services donnés par le privé mais financés par des fonds publics (ex. : paiement des services médicaux en cabinets privés de médecins, subventions aux organismes communautaires, etc.). Le caractère public ou privé du financement est donc indépendant de celui de la production des services.

⁸. Cf. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec – Rapport du groupe de travail*, Québec, septembre 1999, p. 17.

GRAPHIQUE 4

DÉPENSES PRIVÉES DE SANTÉ PAR HABITANT AU QUÉBEC, DANS LES AUTRES PROVINCES ET MOYENNE CANADIENNE – 1999^P
(en dollars)



P = Prévisions ; Source : ICIS.

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

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

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

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

Partie II

Perspectives et enjeux

Comme dans les autres provinces et comme dans le secteur privé après une restructuration, le réseau public de la santé et des services sociaux du Québec a entrepris de consolider son organisation et son financement sur de nouvelles bases pouvant lui permettre d'affronter l'avenir.

Consolider les services, rattraper les retards dans les investissements et restaurer l'équilibre budgétaire du réseau sont les défis de l'année 2000-2001. À plus long terme, le vieillissement de la population, et surtout, les changements technologiques, posent des enjeux qui interpellent dès maintenant l'ensemble des Québécois et des Québécoises. La présente partie dégage les perspectives auxquelles fait face le secteur de la santé et des services sociaux :

- sur le plan des dépenses ;
- sur le plan du financement ;
- sur le plan de l'allocation des ressources.

5. PERSPECTIVES DES DÉPENSES

5.1 Des réinvestissements majeurs pour 2000-2001

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

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

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

5.2 Une dynamique accélérée de croissance des dépenses

La grande préoccupation pour l'avenir vient toutefois de la perspective d'une accélération de la **croissance** des dépenses de santé et de services sociaux à moyen et à plus long terme. Ces pressions proviendront à la fois de la demande et de l'offre des services ainsi que de l'évolution des coûts unitaires des ressources utilisées.

5.2.1 Les pressions venant de la demande de services

A) Les changements démographiques

Les premiers baby boomers arrivent à 50 ans : déjà, on constate une forte hausse de la demande dans des spécialités comme la chirurgie cardiaque et la radio-oncologie. L'allongement de la longévité amplifie considérablement les besoins dans d'autres spécialités, comme en chirurgie orthopédique (prothèses de la hanche et du genou) et en ophtalmologie (cataractes). Un « alourdissement » des pathologies est également en cours : par exemple, la maladie d'Alzheimer qui frappe 8 % des personnes âgées de 65 ans ou plus et qui enregistre une progression de quelque 34 % en dix ans.

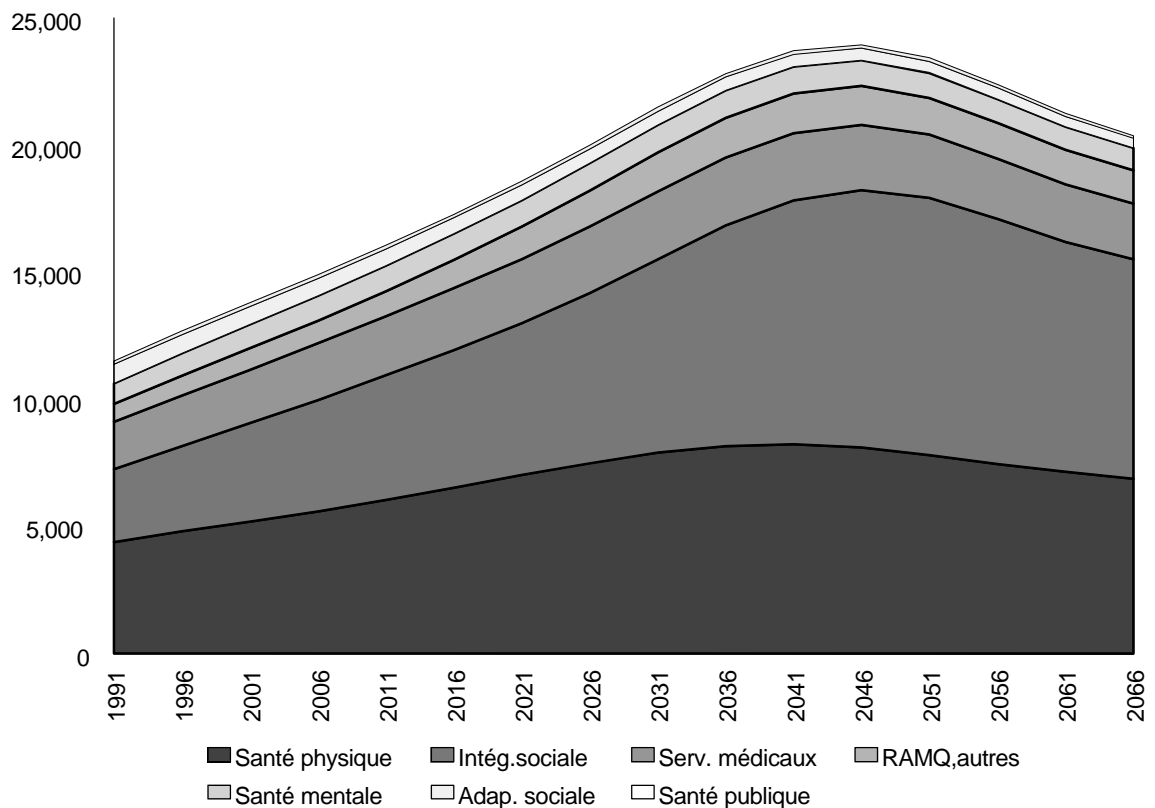
Alors que le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans s'établit à environ 1 000 000 au Québec, on prévoit qu'il s'élèvera aux alentours de 1 475 000 dans quinze ans, soit une augmentation d'environ 47 %. Les personnes âgées de 85 ans ou plus seront alors 75 % plus nombreuses qu'aujourd'hui. Le Québec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

Or, les groupes d'âge appelés à croître le plus rapidement sont ceux pour lesquels les dépenses sociosanitaires sont, par la nature des choses, les plus élevées. En 1991, quelque 41,1 % des ressources du réseau étaient consacrées aux besoins des personnes âgées de 65 ans ou plus, soit 3,7 fois plus par habitant que la moyenne. Pour les personnes de 85 ans ou plus, c'est 10 fois plus par habitant que les dépenses moyennes.

GRAPHIQUE 5

PROJECTION DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX À COÛTS CONSTANTS SELON L'ÂGE ET LE SEXE, TOTAL ET PRINCIPAUX SECTEURS D'ACTIVITÉS – PÉRIODE DE 1991 À 2066

(en millions de dollars)



Source : Madeleine Rochon, *Vieillesse démographique, état de santé et financement des dépenses publiques de santé et de services sociaux*, Université de Montréal, Thèse de doctorat, 1997, annexe E ; MSSS.

En supposant des coûts d'utilisation constants selon l'âge et le sexe et une baisse de la mortalité jusqu'en 2041, on estime que les seuls changements démographiques pourraient faire augmenter de moitié d'ici 25 ans et faire doubler d'ici 50 ans les dépenses de santé et de services sociaux, en dollars constants. Le niveau maximal des dépenses pourrait être atteint aux environs de l'année 2046, alors que le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus atteindra son point culminant, pour décliner par la suite de façon plus ou moins rapide selon l'évolution démographique.

Les changements démographiques pourraient, selon certaines projections, faire augmenter à eux seuls les dépenses sociosanitaires de 1,6 % par année en moyenne durant le prochain quart de siècle et de 1,3 % durant le suivant. C'est dans les secteurs de l'intégration sociale et de la santé physique que cet effet sur les dépenses paraît appelé à se faire le plus sentir.

Le vieillissement de la population, couplé à la faible croissance démographique du Québec, aura comme effet d'alourdir le fardeau du financement qu'auront à supporter les

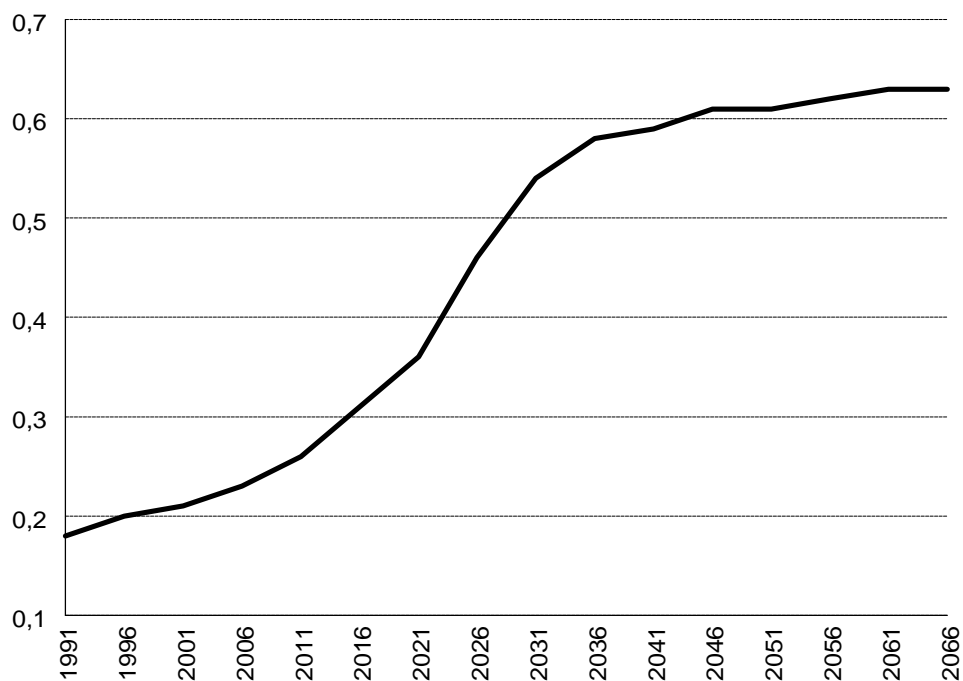
générations montantes. Au moment où les générations du *baby boom* basculeront dans le groupe des 65 ans ou plus, la population d'âge actif (*i.e.* de 20 à 64 ans) diminuera considérablement, ce qui fera augmenter le *rapport de dépendance*.

Concrètement, cela signifie qu'alors que chaque personne âgée de 65 ans ou plus est présentement soutenue financièrement par près de 5 personnes en âge de travailler, elle ne le sera plus que par environ 3,8 personnes dans 10 ans et par environ 2 dans 25 ans.

GRAPHIQUE 6

PROJECTION DU RAPPORT DE DÉPENDANCE DE LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS OU PLUS, PÉRIODE DE 1991 À 2066, QUÉBEC

(ratio > 65 ans/20-64 ans)



Source : Idem, annexe D.

On doit souligner que ces projections « mécaniques » sont sujettes à de nombreuses hypothèses et qu'elles ne tiennent pas compte de certains facteurs qui pourraient venir atténuer considérablement les effets prévisibles des changements démographiques.

L'état de santé des *baby-boomers* s'est considérablement amélioré par rapport à celui des générations qui les ont précédés, ce qui pourrait avoir pour effet de retarder et de réduire la croissance anticipée des dépenses de santé et de services sociaux. On doit aussi tenir compte du fait que les personnes âgées financeront elles-mêmes en partie l'accroissement prévisible des dépenses publiques de santé et de services sociaux, par le biais de la fiscalité. Par ailleurs, des changements de comportement vis-à-vis l'âge de la retraite pourraient modifier le poids du financement que supporteront les groupes de personnes actives.

Chose sûre cependant : on ne pourra éviter les effets des changements démographiques. Tant sur le plan du financement que sur celui de l'organisation des services, ces changements représentent déjà un grand défi pour le système public de santé et de services sociaux du Québec.

B) L'apparition de nouveaux besoins et l'élévation des attentes

Malgré les progrès réalisés, il subsiste d'importants écarts à réduire entre les différents groupes de la société en ce qui a trait à l'état de santé des Québécois⁹. Une hausse de l'incidence de certaines maladies (ex. : diabète, asthme, maladies mentales, effets du tabagisme), de même qu'une aggravation de certains problèmes sociaux (violence, jeunes en difficulté), sont également observées.

L'apparition de nouvelles maladies comme le sida demeure toujours possible. D'autres phénomènes imprévus pourraient aussi dans l'avenir aggraver les problèmes de santé existants (ex. : changements dans les styles de vie) ou rendre des maladies plus coûteuses à traiter (ex. : maladies infectieuses résistantes aux antibiotiques existants).

Les perceptions et les attentes elles-mêmes continueront sans doute à jouer un rôle important. La population s'attend à ce que le système de santé et de services sociaux fasse toujours plus pour elle. Et le système – au travers de toutes les difficultés rencontrées – a continué à progresser et à faire plus et mieux. On peut imaginer que si les citoyens de 1960 avaient pu être transportés à aujourd'hui, ils auraient été grandement satisfaits par les nouveaux traitements qui n'ont cessé de s'ajouter, par leur efficacité toujours plus grande et par la récupération plus rapide qu'ils permettent.

Pourtant, certaines attentes de la population semblent aujourd'hui évoluer plus rapidement que la capacité du système à y répondre. Cet écart ajoute une pression constante sur la demande de services. En sus des autres pressions de la demande, l'élévation des attentes de la population au-delà des moyens disponibles constitue sans doute l'un des défis que devra résoudre le système de santé au cours des années à venir.

5.2.2 Les pressions venant de l'offre de services

A) L'évolution de la couverture des services assurés et du nombre de producteurs

Pour des besoins de santé et une demande de services donnés, l'offre de services publics de santé et de services sociaux évolue pour sa part en fonction des choix publics concrétisés dans les lois définissant la couverture des services assurés. Elle évolue également en fonction des décisions administratives concernant le nombre de médecins ainsi que l'étendue des ressources humaines, matérielles et technologiques disponibles.

Certaines études ont démontré qu'une part importante de la croissance des dépenses médicales aux États-Unis pouvait être attribuée uniquement à l'élargissement de la

⁹. Pour de plus amples informations à ce sujet, voir le document de soutien sur la santé des Québécois.

couverture des services assurés¹⁰. Les pressions de la demande tendent en effet à se traduire dans le temps par une offre accrue de nouveaux services qui se substituent rarement à des services existants, créant un effet « boule de neige »

À titre d'exemple de pressions qui pourraient contribuer à accélérer la croissance des dépenses du secteur au cours des prochaines années, mentionnons celles visant à rendre universelle la couverture de services publics qui ne le sont pas présentement, à réduire ou à éliminer les contributions existantes des usagers, ou encore, à introduire de nouveaux services publics assurés.

Par ailleurs, de nombreuses études ont démontré que, toutes autres choses étant égales, une disponibilité accrue de moyens favorisait une utilisation accrue des services de santé. Ainsi, on a observé par le passé que l'augmentation des ratios des médecins des différentes spécialités par rapport à la population tend généralement à accroître l'utilisation des services, et ce, indépendamment des pressions de la demande de services comme telle.

B) L'évolution de la technologie et de la pratique

Tout indique que le rythme de l'introduction des nouvelles technologies s'accélère. Jamais, dans l'histoire, autant de ressources scientifiques et financières n'ont été consacrées à la recherche en santé. Or, dans la mesure où une nouvelle technologie est perçue comme offrant un avantage par rapport aux technologies existantes, les pressions tendent généralement à s'accroître pour favoriser une utilisation toujours plus élargie et intensive de celle-ci.

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

Résultat : les économies de coûts unitaires découlant de l'utilisation des nouvelles technologies sont généralement annulées par des coûts supplémentaires importants dus aux effets du nombre, occasionnant une augmentation nette des **dépenses totales** de santé.

¹⁰. Cf. E. A. PEDEN, M. S. FREELAND, « Insurance Effects on US Medical Spending (1960-1993) », *Health Economics* 7 : 671-687 (1998). Selon cette étude, environ les deux tiers de la croissance des dépenses médicales par habitant en dollars constants entre 1983 et 1993 aux États-Unis seraient liés aux élargissements dans les couvertures d'assurances (publiques ou privées). Ces élargissements dans la couverture des services assurés constitueraient eux-mêmes, selon l'auteur, un facteur favorisant la croissance des dépenses de recherche et de développement des technologies médicales.

Contrairement aux changements démographiques, on ne peut évaluer directement l'effet de l'évolution technologique sur les dépenses de santé. Cet effet est en général mesuré de façon résiduelle (*i.e.* en soustrayant de la croissance des dépenses totales les effets estimés de l'évolution démographique, de l'augmentation des coûts de rémunération, etc.), de sorte que les résultats sont imprécis. Il n'existe donc pas d'estimation reconnue de l'effet des progrès de la technologie sur les dépenses de santé.

Cependant, l'évolution de la technologie et de la pratique est aujourd'hui considérée par de nombreux auteurs comme étant la principale source de croissance des coûts de la santé, plus importante que les changements démographiques. Selon certains experts, plus de 50 % de l'augmentation totale dans les coûts de santé (après inflation) pourrait être imputée au seul progrès technologique¹¹.

5.2.3 Les pressions venant des coûts unitaires

Au-delà des pressions structurelles provenant de l'offre et de la demande de services, les ressources matérielles ou humaines utilisées dans la prestation des services sociaux et de santé ont un prix ou un salaire, déterminé par les forces du marché ou par voie d'ententes négociées.

Ainsi, la nécessité d'acquérir de nouveaux appareils et équipements technologiques toujours plus sophistiqués à des prix plus élevés que les anciens crée de fortes pressions sur les coûts unitaires de production des services spécialisés et ultraspecialisés dans les centres hospitaliers. Cependant, la tendance vers les services ambulatoires contribue à réduire les coûts unitaires de certains traitements.

Les augmentations salariales négociées et les coûts des avancements d'échelons des employés du réseau (*i.e.* les coûts de système salarial) représentent également un élément important de croissance des dépenses. À ce sujet, une plus grande spécialisation des ressources humaines utilisées pourrait contribuer à faire augmenter les coûts unitaires de certains services (ex. : un plus grand pourcentage de médecins spécialistes) ; dans certaines circonstances, la spécialisation pourrait permettre d'offrir des services de façon relativement avantageuse (ex. : l'utilisation d'infirmières cliniciennes).

Bien que des changements dans la composition des ressources humaines et matérielles utilisées pourraient les atténuer, les pressions sur les prix des immobilisations, des équipements et des fournitures ainsi que sur les conditions de rémunération pourraient s'ajouter aux autres facteurs pour faire accroître substantiellement les dépenses publiques de santé et de services sociaux au cours des prochaines années.

5.2.4 Les pressions combinées : le cas du régime d'assurance médicaments

De façon concrète, les pressions sur les dépenses de santé et de services sociaux viendront de l'interaction des différents facteurs agissant à la fois sur la demande, sur

¹¹ . Cf. J.P. NEWHOUSE, « Medical Care Costs : How Much Welfare Loss ? » *Journal of Economic Perspectives* 6 (1992) : 3-21.

l'offre et sur les coûts unitaires des différents services. Un exemple des effets de levier combinés sur les dépenses de santé est le secteur des médicaments.

De 1997 à 1999, le coût brut (*i.e.* incluant les contributions des usagers) de la partie du régime d'assurance médicaments financée par le Fonds consolidé du Québec est passé de 1,1 à 1,5 milliard de dollars, soit une augmentation de 15,2 % par année en moyenne. Cette augmentation se compare à celle observée dans d'autres provinces ou dans d'autres pays.

TABLEAU 8

ÉVOLUTION DU COÛT BRUT DES MÉDICAMENTS FINANCÉS PAR LE FONDS CONSOLIDÉ, 1997 ET 1999

(ensemble des clientèles des personnes âgées et des prestataires de l'assistance-emploi)

	1997	1999p	Variation annuelle moyenne
Nombre de participants	2 289 339	2 393 000	2,2 %
Coût par participant (en \$)	489 \$	621 \$	12,7 %
- Nombre de prescriptions par participant	19,8	23,1	8,0 %
- Coût par prescription (en \$)	24,70 \$	26,90 \$	4,3 %
COÛT TOTAL	1 119 M\$	1 485 M\$	15,2 %

P = projections. Source : MSSS, *Évaluation du régime général d'assurance médicaments, décembre 1999, p.54.*

Entre 1997 et 1999, pour chaque personne ayant utilisé le régime, les coûts de l'assurance médicaments ont augmenté en moyenne de 12,7 % par année. Aucune hausse de prix des médicaments déjà inscrits à la Liste des médicaments ni aucune hausse des honoraires professionnels n'a pourtant été appliquée au cours de cette période. Cette hausse des coûts s'explique surtout par une augmentation du nombre de prescriptions par participant (8 % annuellement) et par une augmentation du coût moyen par prescription, due à l'introduction de nouveaux médicaments (4,3 %). L'augmentation du nombre de participant a également contribué à la croissance du coût du régime (2,2 %).

Si l'introduction de nouveaux médicaments contribue déjà considérablement à la croissance du coût du régime, leur diffusion rapide auprès de clientèles élargies et leur utilisation plus intensive y contribuent donc bien davantage¹². On prévoit que la croissance de l'offre et des coûts unitaires des médicaments se poursuivra au cours des prochaines années. Combinée aux pressions sur la demande de médicaments, qui sont favorisées par le vieillissement de la population, par l'élévation des attentes et par le virage ambulatoire, ces pressions venant de l'offre et des coûts unitaires pourraient

¹². À titre d'exemple de la diffusion rapide de nouvelles thérapies, le nombre des personnes âgées et des prestataires d'assistance-emploi recevant un traitement pour le cholestérol est passé de 6 000 en 1988 à 213 000 en 1998, ce qui représente, si on suppose une ordonnance par mois, un ajout d'environ 2,5 millions d'ordonnances. Or, il est peu probable que ce traitement soit interrompu, sauf pour être remplacé par un nouveau médicament qui sera probablement plus coûteux encore.

générer une croissance des dépenses publiques au titre du régime d'assurance médicaments égale ou supérieure à celle des dernières années.

Or, en raison des plafonds périodiques appliqués aux franchises et aux déboursés liés à la consommation, la contribution du Fonds consolidé du revenu augmente plus rapidement encore que le coût brut du régime. Ainsi, une augmentation de 15 % par année des coûts bruts du régime d'assurance médicaments requiert des fonds publics augmentant de près de 18 % par année en moyenne. À un tel rythme, les besoins de financement public du régime pourraient doubler dans quatre ans et quintupler dans 10 ans.

Aux mois de février et de mars derniers, la Commission des affaires sociales a tenu des audiences publiques sur les modifications qui devraient être apportées afin d'améliorer le régime. À la suite de la Commission parlementaire, le gouvernement a déposé le 11 mai dernier à l'Assemblée nationale le projet de loi 117, *Loi modifiant la Loi sur l'assurance-médicaments et la Loi sur la régie de l'assurance maladie du Québec*. En vertu de ce projet de loi, les primes maximales applicables au régime d'assurance - médicaments seront rehaussées tout en tenant compte de la capacité de payer des différentes catégories d'usagers.

Ces ajustements visent à assurer la viabilité du régime. Les coûts croissants du régime d'assurance médicaments représenteront néanmoins dans l'avenir un autre défi important pour le système de santé et de services sociaux.

En résumé, si les dépenses du secteur de la santé et des services sociaux ont pu être maîtrisées au cours des années 1990, tout indique que les forces sous-jacentes à l'offre, à la demande et aux coûts unitaires des services se conjuguèrent au cours des années à venir pour accélérer la dynamique de croissance des dépenses.

Sur la base des perspectives précédentes, il paraît réaliste d'évaluer entre 3 %¹³ et 3,5 % annuellement en dollars constants (ou entre 5 %¹⁴ et 5,5 % en dollars courants) les pressions structurelles qui pourraient s'exercer sur les dépenses de santé et de services sociaux au cours de la prochaine décennie.

¹³. Cette hypothèse minimale évalue à environ 1,5 % l'effet des changements démographiques et à 1,5 % celui des progrès technologiques, sans compter l'effet des autres facteurs non quantifiables, tel l'élévation des attentes.

¹⁴. Cette hypothèse minimale suppose une augmentation générale des prix et des salaires égale à une évolution de l'IPC de 2 % ; elle suppose donc implicitement une augmentation du coût de la rémunération (incluant les coûts d'avancement d'échelon salarial) ainsi que du coût des dépenses non salariales de l'ordre de 2 %.

6. PERSPECTIVES DU FINANCEMENT

6.1 Une croissance économique soutenue à court terme, un essoufflement probable à long terme

Le budget 2000-2001 du gouvernement prévoit que les revenus budgétaires du Québec s'accroîtront de 2,8 % en 2000-2001. Cette croissance anticipée s'explique essentiellement par la bonne performance de l'économie du Québec et par l'évolution des revenus de transfert du gouvernement fédéral. Par ailleurs, la situation financière du gouvernement continue à s'améliorer, comme l'indiquent les réductions de la dette et du service de la dette par rapport au PIB¹⁵.

Le Québec commence donc à recueillir les dividendes des efforts d'assainissement des finances publiques consentis au cours des dernières années et bénéficie de la vigueur de l'économie. Grâce à la situation favorable actuelle, le gouvernement a été en mesure de procéder cette année à des investissements importants dans la santé et les services sociaux et dans d'autres secteurs sans compromettre sa situation financière.

À moyen terme, les experts misent sur un scénario de poursuite modérée de la croissance de l'économie du Québec, qui pourrait être favorisée par les mesures d'allégement de la fiscalité annoncées par le gouvernement. Au-delà des prochaines années, on doit cependant se préparer à un certain essoufflement de la croissance économique, et tôt ou tard, à une nouvelle récession, alors que le cycle de croissance qui se poursuit s'avère déjà le plus long des dernières décennies.

6.2 Des facteurs limitant la capacité de financement public

La capacité du gouvernement à soutenir financièrement à long terme le rythme de croissance des dépenses du secteur de la santé et des services sociaux paraît, dans ce contexte, limitée par plusieurs facteurs importants, dont les suivants :

- **Une croissance modérée de l'économie** – Si les tendances se poursuivent, l'économie québécoise pourrait croître à un rythme tendanciel avoisinant 2,0 % par année en moyenne d'ici 2010¹⁶. Ce rythme est en effet comparable à la moyenne des vingt dernières années. À long terme, la croissance de l'économie québécoise pourrait ralentir sous l'effet, notamment, de la faible croissance de sa population.
- **Des revenus autonomes sensibles à des réductions du fardeau fiscal** – Les revenus autonomes du gouvernement pourraient croître à un rythme inférieur à celui de l'économie en raison de la nécessité de réduire davantage le fardeau fiscal des Québécois, qui demeure parmi les plus élevés en Amérique ;

¹⁵ . Pour de plus amples informations sur la revue de l'évolution de l'économie et de la situation financière du gouvernement, voir : MINISTÈRE DES FINANCES DU QUÉBEC, *Budget 2000-2001, Plan budgétaire*, sections 3, p.5 et suiv.

¹⁶ . Source : ministère des Finances du Québec.

- **Des revenus de transferts fédéraux croissant moins rapidement que les besoins de santé et de services sociaux** – Malgré les mesures annoncées par le gouvernement fédéral dans son budget 2000-2001, les transferts totaux au Québec dans le cadre du TCSPS continueront, selon les indications actuelles, à augmenter à un rythme largement inférieur à celui des besoins de la population. Les montants additionnels modestes de 600 millions de dollars sur quatre ans annoncés pour le Québec lors du dernier budget fédéral n'assurent pas la pérennité et la prévisibilité nécessaires pour planifier les services sociaux et de santé. De plus, la répartition du TCSPS sur une base par habitant à compter de l'année 2001-2002 défavorisera le Québec comparativement aux autres provinces ;
- **Une dette accumulée qui devra être allégée** – Le récent *Sommet du Québec et de la jeunesse* est venu rappeler l'importance d'assurer l'équité entre les générations. La réduction de la dette demeure à cet égard un problème non résolu appelé à figurer parmi les priorités collectives au cours des années à venir ;
- **La nécessité de pourvoir aux autres besoins prioritaires des Québécois** – Alors que la part des dépenses de santé et de services sociaux dans les dépenses de programmes ne cesse d'augmenter, l'État doit aussi tenir compte des autres besoins prioritaires et des aspirations des Québécois, notamment dans les secteurs de l'éducation, du développement de l'économie et de l'emploi, de la sécurité du revenu, ainsi que dans les autres secteurs.

De plus, il faut souligner que la capacité de payer du gouvernement pour des services sociaux et de santé est sujette aux aléas de la conjoncture. Elle pourrait donc être touchée par les variations périodiques de l'économie ainsi que par des événements imprévus.

6.3 Une situation intenable

Tout indique que la dynamique de croissance des dépenses de santé et de services sociaux excède le potentiel de croissance à long terme de l'économie et l'évolution de la capacité de payer du gouvernement.

En améliorant l'organisation des services et leur performance, l'on pourrait sans doute bonifier l'accessibilité des services tout en contribuant à atténuer certaines pressions sur les coûts du système. On doit cependant réaliser l'importance du caractère **dynamique** de ces phénomènes et la force **cumulative** de leur impact¹⁷. Conjointement, les tendances lourdes décrites précédemment ont comme effet de faire augmenter à chaque année les dépenses publiques de santé et de services sociaux, année après année, et ce, sur une base toujours plus élevée.

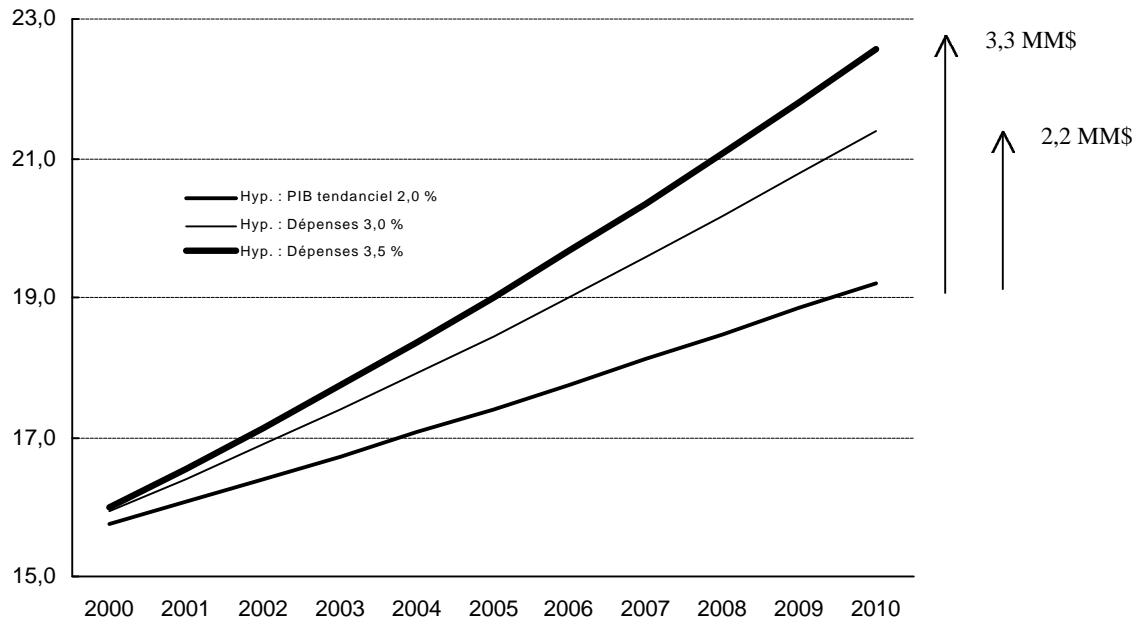
À titre d'illustration, un simple écart de 1 % à 1,5 % annuellement entre l'évolution tendancielle de l'économie et la croissance systémique des dépenses de santé et des services sociaux (*i.e.* 3 % ou 3,5 % moins 2 %) pourrait représenter pour le gouvernement, dans 10 ans, un montant additionnel variant entre 2,2 à 3,3 milliards en

¹⁷. C'est-à-dire, à la manière du phénomène cumulatif des intérêts composés.

dollars constants. Cet écart représenterait en moyenne un montant récurrent et cumulatif à financer d'environ 300 \$ à 450 \$ par habitant – homme, femme et enfant.

GRAPHIQUE 7

PROJECTION DES DÉPENSES DU SECTEUR SOCIO-SANITAIRE SELON L'ÉVOLUTION TENDANCIELLE DE L'ÉCONOMIE ET SELON UNE ÉVOLUTION VARIANT DE 3,0 % À 3,5 % ANNUELLEMENT, PÉRIODE DE 2000-2001 À 2010-2011
(en milliards de dollars, dollars constants de 2000-2001)



Source : MSSS.

Une telle croissance des dépenses budgétaires pour la santé et les services sociaux risquerait de créer des pressions importantes sur les finances publiques du Québec. Ces pressions pourraient compromettre les efforts du gouvernement visant à réduire le fardeau de la fiscalité et de la dette et à répondre aux autres besoins des Québécois, d'autant plus si celui-ci doit compenser, en sus, l'évolution insuffisante des transferts fédéraux. À moyen et long terme, l'accélération des dépenses pourrait donc dépasser notre capacité collective de payer pour des services sociaux et de santé.

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

Alors que la participation du gouvernement fédéral a considérablement diminué et évolue à un rythme largement inférieur à celui des besoins, les pressions supplémentaires qui s'exercent sur les dépenses de santé et de services sociaux excèdent la capacité financière du gouvernement et mènent à une situation intenable. Pour assurer la viabilité du système, des choix collectifs devront être assumés au cours des prochaines années concernant le financement et les dépenses globales du système public de santé et de services sociaux du Québec.

7. PERSPECTIVES DE L'ALLOCATION DES RESSOURCES

Les mécanismes d'allocation des ressources sont au système de santé et de services sociaux un peu ce qu'est le système sanguin à l'organisme. Leur rôle consiste à *répartir* les sommes globales disponibles entre les régions et les différents prestataires de services selon les besoins de leurs clientèles, tout en favorisant une utilisation économiquement efficiente des ressources financières disponibles.

Plus précisément, à même l'enveloppe de financement global allouée au secteur de la santé et des services sociaux, le financement régional et local est déterminé par les différents mécanismes d'allocation des ressources et par les modes de rémunération en vigueur.

À cet égard, les mécanismes actuels de budgétisation des établissements sont basés sur un financement *a priori* en fonction d'enveloppes globales. Ils sont reconnus par les experts comme assurant un contrôle relativement efficace des dépenses globales des établissements, si on le compare à d'autres modes de financement *a posteriori*. Cependant, les dysfonctionnements observés mettent en évidence leur difficulté à s'adapter aux changements rapides dans les besoins des clientèles ainsi que dans les technologies. De plus, ils ne favorisent pas la mise en place de nouveaux modèles d'organisation de services.

7.1 Des modalités ne favorisant pas la mise en place de nouveaux modes d'organisation

Pour mieux répondre aux besoins de la population avec les ressources disponibles, le réseau doit éliminer des discontinuités, des dédoublements, des rigidités et d'autres carences de coordination inhérentes à l'organisation des services actuelle.

Le Ministère envisage à cette fin de regrouper son organisation selon une nouvelle « hiérarchie de services » à trois niveaux : des services de première ligne (accessibles partout sur une base locale), qui serviraient de portes d'entrée à des services de

deuxième ligne (spécialisés et accessibles sur une base régionale) et à des services de troisième ligne (ultraspécialisés et accessibles sur une base nationale).

Dans leur configuration actuelle, les mécanismes d'allocation des ressources ne font pas cette distinction entre les services de base, les services spécialisés et les services ultraspécialisés. En conséquence, ils n'assurent pas un financement des établissements reflétant de façon systématique¹⁸ les besoins spécifiques des différents paliers de services. Cette carence affecte particulièrement les services ultraspécialisés. Ces services exigent des plateaux technologiques sophistiqués et subissent des pressions importantes en raison des progrès technologiques et de l'évolution des besoins des clientèles.

Par ailleurs, afin d'améliorer l'accessibilité des services et la continuité de ceux-ci, le Ministère pourrait adopter de nouveaux modèles de « gestion intégrée des services ». S'inspirant de l'expérience d'autres pays, ces nouveaux modèles d'organisation des services impliqueraient que soit confiée à des institutions ou à des groupes choisis la responsabilité entière de produire eux-mêmes, de coordonner ou d'acheter l'ensemble des services nécessaires pour un même patient¹⁹, et ce, quels que soient les prestataires de ces services.

Actuellement, aucun mécanisme général d'allocation des ressources n'est disponible pour favoriser la mise en place de telles organisations intégrées des services.

7.2 Des modalités ne favorisant pas l'imputabilité et l'efficience

Certaines modalités d'allocation actuelles ne favorisent pas une utilisation optimale des ressources et posent problème sur le plan de l'imputabilité vis-à-vis la population et ses représentants.

7.2.1 Les établissements

La formule de financement des centres hospitaliers en fonction d'une enveloppe globale pré-établie sur une base historique a l'avantage d'éviter les effets inflationnistes que causait antérieurement la méthode budgétaire dite « ligne par ligne » (ex. : nécessité d'apporter des ajustements continuels en cours ou en fin d'année). Elle ne tient cependant pas compte de la complexité différente des clientèles traitées et des services selon la mission des établissements. En conséquence, elle n'assure pas que les ressources financières sont systématiquement réparties de façon proportionnelle aux besoins de services de la population sur le territoire.

¹⁸. Certains ajustements budgétaires permettent de tenir compte de la réalité particulière des services ultraspécialisés ; il s'agit cependant d'ajustements qui ne résultent pas en tant que tels d'un examen systématique.

¹⁹. L'intégration de la responsabilité clinique et financière peut être confiée à différents acteurs selon les clientèles ou les objectifs visés. Exemples : une équipe spécialisée centrée sur les besoins d'une clientèle prioritaire (projet SIPA pour les personnes âgées en perte d'autonomie au Québec), les médecins en clinique privée (GP fudholders au Royaume-Uni), le centre de santé communautaire (en Suède), le centre hospitalier (HMO aux États-Unis) et l'autorité régionale (District Health Authorities, au Royaume-Uni).

À ce sujet, certaines provinces cherchent à ajuster la formule de budget global des centres hospitaliers en vigueur au Canada en tenant compte des volumes et des types de clientèles traitées (ex. : selon le système des « Diagnosis Related Groups » [DRG]).

Comme dans ces provinces, l'adaptation d'une telle approche au Québec viserait à financer les centres hospitaliers non pas de façon *a posteriori* comme le fait le régime MEDICARE aux États-Unis (*i.e.* sur la base de coûts standards unitaires et du volume observé des cas traités) mais à améliorer la formule du budget global en tenant compte des caractéristiques et des volumes relatifs des clientèles et des services. De telles améliorations permettraient de mieux calibrer le financement des différents établissements ; elles ne viseraient pas cependant en tant que telles à induire une augmentation automatique du financement global du réseau.

À cette fin, la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux a annoncé la constitution d'un groupe de travail, qui sera présidé par monsieur Denis Bédard, avec le mandat de lui faire des recommandations sur des améliorations à apporter aux modes d'allocation des ressources pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

7.2.2 Les régies régionales

Les expériences des dernières années ont fait ressortir la nécessité de revoir le cadre actuel des relations Ministère-Régies régionales-établissements. Il importe en particulier d'éclaircir la ligne d'imputabilité et les responsabilités respectives des établissements, des régies régionales et du Ministère en ce qui a trait à la gestion des fonds publics.

En ce qui a trait aux établissements, le gouvernement a récemment déposé à l'Assemblée nationale le projet de loi 107, *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*. Celle-ci vise principalement :

- à réaffirmer l'obligation faite aux établissements d'éviter de faire des déficits et de résorber les dépassements réalisés au cours de l'année qui suit ;
- à renforcer l'imputabilité des établissements et des gestionnaires selon qu'ils équilibrent ou non leur budget (reconnaissance et sanction) ;
- à renforcer les systèmes de suivi et de contrôle financier ;
- à renforcer les mécanismes d'autorisation d'emprunts.

Dans cette perspective, les délais dans les procédures de budgétisation du réseau ont été raccourcis afin de permettre aux établissements d'élaborer et de faire approuver un budget équilibré dès le début de l'exercice financier.

Par ailleurs, il importe de revoir le rôle des régies régionales afin de mettre en place une véritable gestion axée sur la poursuite d'objectifs de résultats ainsi que des mécanismes d'imputabilité appropriés. La ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, madame Pauline Marois, a exprimé son intention de présenter ultérieurement cette année un projet de loi à cet effet.

7.2.3 La rémunération des médecins

Bien que des progrès aient été enregistrés en faveur de l'adoption de modes de rémunération mixte, la rémunération des médecins au Québec demeure principalement centrée sur l'acte. Or, on sait que la rémunération à l'acte est mal adaptée à certaines fonctions prenant une plus grande importance dans le rôle des médecins, comme l'enseignement et la recherche, les activités liées à la gestion ainsi que celles de prévention et de promotion de la santé. Le vieillissement des clientèles exige également plus de temps accordé aux patients et s'accommode mal de la rémunération à l'acte.

De plus, on ne pourrait mettre en place de nouveaux modes d'organisation et de gestion intégrée des services sans disposer de modalités de rémunération des médecins axées moins sur une pratique « en solo » et davantage sur une « responsabilité de clientèles » (ex. : capitation). De telles modalités pourraient également contribuer à limiter la croissance des coûts directs ou indirects découlant de la pratique médicale.

7.2.4 Certaines clauses des conventions collectives des salariés

La mise en place de nouveaux modes d'organisation des services va de pair avec l'adoption de nouvelles façons d'organiser le travail. Cela pourrait nécessiter des ajustements à certaines clauses des conventions collectives des salariés afin, notamment, de réduire le nombre et les cloisonnements des titres d'emploi et afin de favoriser davantage la multidisciplinarité et la polyvalence.

Une révision de certaines composantes de la politique de rémunération serait également requise afin de permettre d'assurer une plus grande souplesse dans la gestion du réseau (ex. : modalités d'application de certains avantages sociaux). De tels ajustements devraient permettre de réduire certaines dépenses et de dégager des économies qui pourraient être utilisées à mieux répondre aux besoins de la population. Assurer une meilleure gestion dans la rémunération sera d'autant plus essentiel dans l'avenir que celle-ci constitue plus des trois quarts des dépenses du réseau de la santé et des services sociaux.

Il faut cependant noter que de telles révisions à la politique de rémunération pourraient être envisageables dans une perspective s'appliquant à l'ensemble des secteurs public et parapublic.

Pour faire face aux besoins croissants de services sociaux et de santé dans un contexte de financement public limité, on doit s'assurer que les ressources disponibles sont mieux réparties et utilisées. Des changements s'imposeront donc au cours des prochaines années afin d'assurer une allocation des ressources tenant compte davantage des besoins relatifs de la population et des clientèles, ainsi que de la performance relative des établissements.

Par ailleurs, les mécanismes d'allocation des ressources et les modes de rémunération devront être modifiés afin de permettre la mise en place de nouveaux modes d'organisation des services et du travail visant à améliorer l'accessibilité des services et la continuité des soins.

8. ENJEUX

Malgré les investissements considérables consentis par le gouvernement lors des deux derniers budgets, les prochaines années laissent planer le risque d'une impasse, à plus ou moins brève échéance. Sans ajustements préventifs, l'évolution de la situation pourrait remettre en cause un peu plus à chaque année :

- sur le plan des finances publiques et du développement de l'économie :
 - la capacité de l'État à réduire le fardeau fiscal et la dette accumulée, ce qui pourrait compromettre les efforts visant à favoriser la création d'emploi et à assurer que l'économie demeure concurrentielle et dynamique ;
 - la capacité de l'État à répondre aux autres besoins prioritaires de la population.
- pour le système public de santé et de services sociaux lui-même :
 - sa capacité à répondre aux besoins sans cesse croissants de santé et de bien-être de la population ;
 - sa capacité à assurer des services accessibles par une répartition des ressources financières reflétant les variations dans les besoins de la population.

Maintenir la situation actuelle pourrait ultimement mettre à l'épreuve la solidarité entre les générations. Ces enjeux interpellent tous les Québécois et toutes les Québécoises. On doit donc s'en préoccuper dès maintenant.

Conclusion

Sortir de l'impasse

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

Pour dégager le système public de santé et de services sociaux de la tenaille dans laquelle il se trouve, on reconnaît aujourd'hui que des solutions sur le seul plan du financement ne sauraient suffire. L'avenir du système semble plutôt passer par un *nouvel équilibre* à trouver, portant à la fois sur une adaptation de la formule actuelle de financement du régime, sur une révision des dépenses et du cadre de financement du secteur sociosanitaire, sur une révision des modalités d'allocation des ressources et des modes de rémunération ainsi que sur une révision de l'organisation des services afin de rendre ces derniers davantage intégrés et accessibles et de les produire à moindre coût.

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

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

Réviser les dépenses et le cadre de financement

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

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

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

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

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

Produire les services à moindre coût

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

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

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

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

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

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