

2004RP-04

La santé au Québec : des options pour financer la croissance

*Marcelin Joanis, David Boisclair,
Claude Montmarquette*

Rapport de projet
Project report

Montréal
Mai 2004

© Marcelin Joanis, David Boisclair, Claude Montmarquette. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©.
Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source

CIRANO

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Québec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the Ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les organisations-partenaires / The Partner Organizations

PARTENAIRE MAJEUR

- . Ministère du développement économique et régional et de la recherche [MDERR]

PARTENAIRES

- . Alcan inc.
- . Axa Canada
- . Banque du Canada
- . Banque Laurentienne du Canada
- . Banque Nationale du Canada
- . Banque Royale du Canada
- . Bell Canada
- . BMO Groupe Financier
- . Bombardier
- . Bourse de Montréal
- . Caisse de dépôt et placement du Québec
- . Développement des ressources humaines Canada [DRHC]
- . Fédération des caisses Desjardins du Québec
- . Gaz Métro
- . Hydro-Québec
- . Industrie Canada
- . Ministère des Finances du Québec
- . Pratt & Whitney Canada Inc.
- . Raymond Chabot Grant Thornton
- . Ville de Montréal

- . École Polytechnique de Montréal
- . HEC Montréal
- . Université Concordia
- . Université de Montréal
- . Université du Québec à Montréal
- . Université Laval
- . Université McGill
- . Université de Sherbrooke

ASSOCIE A :

- . Institut de Finance Mathématique de Montréal (IFM²)
- . Laboratoires universitaires Bell Canada
- . Réseau de calcul et de modélisation mathématique [RCM²]
- . Réseau de centres d'excellence MITACS (Les mathématiques des technologies de l'information et des systèmes complexes)

La santé au Québec : des options pour financer la croissance*

Marcelin Joanis[†], David Boisclair[‡], Claude Montmarquette[§]

Résumé / Abstract

Le caractère socialement rentable de la plupart des dépenses de santé nous amène à proposer d'adopter au Québec une attitude de « gestion de la croissance » plutôt que de restriction de ces dépenses. Une telle attitude s'avère également compatible avec les conclusions des nombreux rapports publics récemment publiés au Canada sur la question des soins de santé et de leur financement, et qui suggèrent souvent d'élargir la couverture de l'assurance-santé. Pour concrétiser ce changement d'attitude, certaines pistes de solutions sont mises de l'avant. D'une part, il est suggéré, pour faire face au vieillissement de la population et à la hausse de la consommation de soins, de favoriser la prudence budgétaire et le remboursement progressif de la dette publique, de même que le « virage prévention » de la médecine – une approche qui pourrait ne rapporter qu'à long terme. D'autre part, afin de gérer l'inévitable croissance des coûts unitaires, nous proposons 1) de réviser régulièrement l'ensemble des dépenses ainsi que les priorités budgétaires du gouvernement en faveur de la santé; 2) d'adopter des politiques claires en faveur de la croissance économique; et 3) de considérer la révision du mode de couverture de certains soins, parmi ceux disponibles actuellement et dans le futur, dans le sens de l'adoption possible d'un « régime mixte » élargi au-delà des seuls médicaments.

Mots clés : soins de santé, Québec, dépenses de santé, financement des soins de santé.

The positive social return on most health expenditure leads us to suggest a shift in Quebec to move away from attempts at restricting these outlays and towards a “growth management” attitude. Such an attitude also proves compatible with the conclusions of the numerous public reports recently published in Canada on healthcare and healthcare funding, which often include recommendations for extending Medicare coverage. In order to materialize the proposed change, elements of solution are put forward in this paper. On the one hand, to face the upcoming population ageing and the increase in care consumption, it is suggested to emphasize fiscal prudence and a progressive payback of the public debt, as well as the “prevention turn” of medicine – an approach that could bring only long-term returns. On the other hand, our proposals to manage the inevitable increase in unitary costs are to 1) review all government spending and budgetary priorities on a regular basis to ensure the favouring of healthcare; 2) adopt clear economic growth-oriented policies; and 3) consider revising the coverage mode of certain interventions or categories of care, among those available both today and in the future, with a view of possibly adopting a “mixed coverage” scheme extended beyond the existing program for drugs.

Keywords: *healthcare, Quebec, healthcare expenditure, healthcare financing.*

* Les auteurs tiennent à remercier Marie-Christine Giroux pour sa participation à la revue de la littérature, ainsi que Charles Duclos et Daniel Florea pour des discussions particulièrement utiles. Il va de soi que les auteurs sont les seuls responsables des opinions et analyses contenues dans ce document, qui ne représentent pas nécessairement celles du CIRANO. Les auteurs acceptent également la responsabilité pour toute erreur qui aurait pu se glisser dans le texte.

[†] CIRANO, marcelin.joanis@cirano.qc.ca

[‡] CIRANO, david.boisclair@cirano.qc.ca

[§] CIRANO et Université de Montréal, claudio.montmarquette@cirano.qc.ca

NOTE AU LECTEUR

La rédaction du présent document a été complétée en juin 2003; les données utilisées sont donc les plus à jour disponibles à ce moment. Cette remarque s'applique à *toutes* les sources de données mentionnées dans ce document telles que les différents comptes publics et les données produites par Statistique Canada, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), l'Institut Fraser, l'Institut canadien d'information en santé (ICIS), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire exécutif	1
1. Introduction : un problème de finances publiques	3
2. Le système de santé au Québec : un bref état de la situation.....	5
2.1 Une organisation complexe.....	5
2.1.1 L'assurance santé.....	5
2.1.2 La prestation des services	7
2.2 Des listes d'attente	7
2.3 Des dépenses par habitant parmi les plus faibles en Amérique du Nord.....	10
2.3.1 La composition des dépenses.....	10
2.3.2 La position relative du Québec	11
2.3.3 La place du secteur privé	15
2.3.4 Des coûts totaux moins élevés ?	17
2.4 L'état de santé des Québécois.....	19
2.5 Remarques conclusives.....	20
3. Des besoins aujourd'hui : un consensus sur les nécessaires réformes structurelles	23
3.1 Améliorer l'accès aux soins	23
3.2 Améliorer la qualité des services	24
3.3 Contrôler les coûts et améliorer l'efficacité des organisations	24
3.3.1 Un financement et des organisations efficaces	25
3.3.2 Les incitatifs financiers et la rémunération.....	25
3.3.3 La révision continue des traitements administrés	25
3.3.4 Le contrôle des coûts des nouvelles technologies.....	26
3.4 Améliorer les infrastructures et les systèmes d'information.....	26
3.5 Accroître l'étendue de l'offre de services.....	26
3.6 Passer du constat aux investissements	27
4. La croissance des dépenses de santé : des choix à faire pour l'avenir.....	29
4.1 Le vieillissement de la population	30
4.1.1 Vieillissement et dépenses de santé.....	30
4.1.2 Autres impacts du vieillissement	31

4.1.3 Conclusion : quand investir pour faire face au vieillissement de la population ?	32
4.2 L'effet d'enrichissement	33
4.3 Des modes d'intervention en mutation	34
4.4 Faut-il contrôler les dépenses de santé ?	36
4.5 Conclusion : permettre une expansion ordonnée du secteur de la santé	37
5. Des options pour le financement de la santé	39
5.1 L'accroissement du financement public	39
5.1.1 La contribution du Gouvernement fédéral	39
5.1.2 La croissance économique	40
5.1.3 La hausse du fardeau fiscal	40
5.1.4 La révision des priorités du Gouvernement du Québec	41
5.1.5 Le remboursement de la dette publique	41
5.1.6 Une caisse-santé pour se prémunir contre le vieillissement de la population ?	41
5.1.7 La croissance du financement public : un défi de taille	42
5.2 L'accroissement de la contribution du secteur privé	43
5.2.1 Une part croissante de dépenses privées	44
5.2.2 Les contributions individuelles liées à l'utilisation	46
5.2.3 L'assurance santé	47
5.2.4 Les régimes capitalisés et les « comptes d'épargne santé »	51
5.2.5 Les autres contributions du financement privé	52
5.3 Agir rapidement pour éviter toute « privatisation passive »	52
6. Conclusion : des options pour financer la croissance	55
Bibliographie	59
Annexe: tableau synthèse des rapports publics	65

Sommaire exécutif

Ce rapport tire profit des plus récents travaux en économie de la santé pour mettre en perspective la problématique du financement des services de santé au Québec. La principale conclusion de cette littérature est le caractère socialement bénéfique de la plupart des technologies médicales. Cette conclusion suggère qu'une approche de gestion axée sur l'impératif de réduction des dépenses de santé – caractéristique de l'expérience récente au Québec et ailleurs dans le monde – est inappropriée. Nous arguons au contraire que les dynamiques actuelles et futures de la demande et de l'offre de services médicaux exigent que les Gouvernements adoptent rapidement des politiques destinées à faciliter la croissance inévitable et significative du secteur de la santé dans l'économie québécoise, ce qui ne fut paradoxalement pas le cas au cours des 20 dernières années.

Il apparaît que la contrainte budgétaire appropriée aux choix collectifs en matière de santé doit demeurer celle de l'économie dans son ensemble, plutôt que celles du gouvernement ou des individus. Un tel choix pose toutefois un défi de taille aux autorités gouvernementales : leur gestion du système de santé dans son ensemble et de sa croissance en particulier doit être efficace et suivre étroitement les tendances de la demande de soins, sans quoi les objectifs fondamentaux du système seront inévitablement menacés par l'émergence de solutions parallèles destinées à répondre à la demande des mieux nantis. Le Québec contemporain, dont les dépenses de santé par habitant sont parmi les plus faibles en Amérique du Nord, vit particulièrement intensément la difficulté de concilier ses priorités budgétaires distinctes, son assiette fiscale relativement restreinte, ses objectifs ambitieux en matière d'équité, et la pression provenant d'une demande croissante et d'une offre de plus en plus coûteuse dans le domaine de la santé.

Dans un tel contexte, nous formulons un certain nombre de propositions au Gouvernement du Québec. Ces propositions s'articulent autour de deux ensembles de défis : le vieillissement de la population et l'expansion du secteur de la santé dans l'économie québécoise. Afin de faire face au vieillissement de la population, la politique prioritaire en est une de prudence budgétaire. En particulier, le remboursement de la dette¹ pourrait constituer une réponse appropriée aux problèmes budgétaires à venir liés au vieillissement de la population. En effet, les bénéfices attendus d'une telle politique en termes de marge de manœuvre pour le Gouvernement coïncideraient avec la période la plus critique du vieillissement de la population. L'impact appréhendé du vieillissement de la population sur les finances publiques milite également en faveur du renforcement de l'approche destinée à favoriser la prévention en matière de santé, approche qui ne permettra pas de « sauver de l'argent » à court terme (au contraire) mais qui promet d'importantes économies à long terme – l'horizon temporel pertinent compte tenu de la nature du processus de vieillissement de la population.

¹ La création d'un fonds capitalisé est équivalente en théorie mais ne l'est pas nécessairement en pratique. Cette problématique est abordée dans l'étude; nous favorisons plutôt une politique de remboursement de la dette.

D'autre part, l'expansion du secteur de la santé dans l'économie québécoise – en raison non seulement du vieillissement de la population mais aussi et surtout d'une hausse des dépenses de santé dans tous les groupes d'âge – impliquera aussi, à moyen terme du moins, des besoins financiers croissants. Si l'état actuel des finances publiques laisse entrevoir des difficultés pour répondre à ces besoins, une réorganisation des priorités budgétaires du Gouvernement en faveur de la santé et une croissance économique vigoureuse pourraient permettre au Québec d'accorder davantage de deniers publics au secteur. Dans cette optique, la résolution du problème du déséquilibre fiscal fédéral-provincial reste également prioritaire.

Les difficultés liées au financement du système de santé suggèrent cependant qu'une révision de l'implication du Gouvernement dans celui-ci pourrait être indiquée. Il pourrait en effet s'avérer judicieux que les extensions à la couverture de l'assurance santé suggérées par nombre de rapports récents soient, dans un premier temps du moins, mises en place sur la base d'un régime mixte inspiré du modèle de l'assurance médicaments. Un tel changement permettrait notamment de reconnaître que près de 30% des dépenses de santé au pays sont effectuées privément à ce jour et que, dans un tel contexte, toutes les pistes de solution doivent être envisagées.

Afin d'accélérer l'expansion de la couverture d'assurance santé, le Gouvernement pourrait également envisager l'introduction d'une forme similaire de « mixité » pour les soins les moins aigus et les moins coûteux présentement couverts par l'assurance maladie, pour lesquels des problèmes d'accès sont particulièrement criants à l'heure actuelle. Toutefois, cette dernière option requerrait vraisemblablement un assouplissement de la *Loi canadienne sur la santé*.

Parallèlement à cet effort lié au design des mécanismes de financement, tous les intervenants du réseau doivent poursuivre leurs efforts de recherche d'efficacité, notamment par la mise en place d'incitatifs appropriés dans la gestion du système. Ce processus ne doit pas viser à réduire les dépenses, mais plutôt à s'assurer que chaque dollar dépensé dans le réseau rapporte un maximum de bénéfices sociaux. Cet exercice devrait par ailleurs s'étendre à l'ensemble du secteur public québécois, tant fédéral que provincial, et devrait s'accompagner de meilleurs mécanismes de choix collectifs en matière de finances publiques.

1. Introduction : un problème de finances publiques

Le réseau de la santé et des services sociaux est l'une des organisations les plus grosses et les plus complexes du Québec. Cette complexité est attribuable à plusieurs facteurs : multitude de structures relativement indépendantes œuvrant au sein d'un réseau fortement coordonné par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, diversité des modes de rémunération et des conditions de travail des différents intervenants du réseau, présence concurrente de financement public et privé, etc. Comme c'est le cas partout dans le monde, le système public de santé québécois a été confronté ces dernières années à un contexte qui évolue rapidement et qui nécessite de nombreux ajustements dans les façons de faire de l'ensemble des acteurs du réseau : crise des finances publiques, croissance de la demande de soins, explosion de l'offre et des prix des médicaments et des technologies médicales, etc. Le processus d'ajustement nécessaire apparaît d'autant plus difficile qu'il doit s'opérer dans un contexte relativement centralisé et qu'il implique souvent une remise en question des paradigmes qui régissent l'organisation depuis des décennies. De surcroît, le système québécois a connu ces dernières années un certain nombre de problèmes particuliers liés à des décisions administratives et politiques dont les conséquences se sont avérées importantes : mises à la retraite massives de professionnels de la santé, coupures budgétaires, etc.

Si bien qu'aujourd'hui, le système de santé québécois se trouve dans une situation délicate. Plusieurs rapports récents, à commencer par le rapport Clair², ont identifié de nombreux problèmes dans le système ainsi que des solutions concrètes pour y remédier. Les rapports et les études se succèdent (rapports Kirby³ et Romanow⁴ l'automne dernier au fédéral) et les constats se ressemblent. Un consensus semble être en voie de s'établir au sujet des défis que le système de santé doit relever. Cependant, aucun consensus clair et cohérent n'a encore émergé sur la manière de financer les changements proposés, dans un contexte où le consensus sur la nécessité de ne pas accroître le fardeau fiscal des contribuables (voire de le réduire) semble aussi fort que celui sur la nécessité des réinvestissements en santé.

L'objectif de la présente étude est d'effectuer une synthèse et une analyse des principaux problèmes de financement auxquels fait face le réseau québécois de la santé, d'étudier les nombreuses pistes de solutions à ces problèmes mises de l'avant ces dernières années – surtout au Québec et au Canada mais aussi ailleurs dans le monde – et de formuler un certain nombre de propositions au Gouvernement du Québec. À cet égard, une analyse plus approfondie des diverses options présentées sera inévitablement requise. Par exemple, l'expansion ou la mise en place de toute variante d'un régime d'assurance, ou

² Rapport de la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux (2000), présidée par Michel Clair (« Commission Clair »).

³ Rapport final du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2002), présidé par Michael J. L. Kirby (« Comité Kirby »).

⁴ Rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002), présidée par Roy J. Romanow (« Commission Romanow »).

encore la création d'un régime de « caisse vieillesse » individuel capitalisé, tel que proposé par la Commission Clair, devra être explorée en détail. En ce sens, les analyses et propositions contenues dans la présente étude se veulent la continuité des plus récents rapports sur le sujet et un premier pas dans cette direction.

Le chapitre 2 présente un bref état de la situation du système de santé québécois. Le chapitre suivant décrit le consensus émergent au sujet des besoins du réseau. Le chapitre 4 aborde les deux grands défis auxquels le Québec doit faire face en termes de croissance des dépenses de santé : le vieillissement de la population et l'importance grandissante du secteur de la santé dans l'économie. Sont par la suite présentées différentes options dont dispose le Gouvernement pour financer la santé puis, en conclusion, un ensemble de propositions concernant le financement du système de santé.

2. Le système de santé au Québec : un bref état de la situation

Partout dans le monde, l'avenir du système de santé fait couler beaucoup d'encre, et ce, tant dans les États où le système est essentiellement public que dans ceux où il laisse une grande place au secteur privé. Derrière le battage médiatique, qu'en est-il vraiment des problèmes du système de santé ? Ce chapitre brosse d'abord un bref état du système de santé québécois et des raisons qui poussent les chercheurs à se pencher sur les réformes à mettre en place. La trame du chapitre s'articule autour de quatre thèmes – l'organisation du réseau, l'accessibilité, les dépenses, et l'état de santé de la population – et est principalement illustrée par des comparaisons inter-provinciales.

2.1 Une organisation complexe

Le réseau québécois de la santé et des services sociaux est une organisation centralisée. L'ensemble du réseau relève directement du Ministre de la Santé et des Services sociaux. Celui-ci a autorité sur les deux principales organisations du système de santé québécois : la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). La RAMQ est l'organisme qui est chargé d'administrer au nom du Gouvernement du Québec la portion publique de l'assurance santé sur le territoire québécois. Quant au MSSS, il est directement chargé d'assurer et de coordonner la prestation des services de santé et de services sociaux sur l'ensemble du territoire du Québec.

2.1.1 L'assurance santé

Au chapitre de l'assurance santé, l'État québécois gère deux grands programmes : le Régime d'assurance maladie et le Régime d'assurance médicaments. Conformément à la *Loi canadienne sur la santé*, toutes les provinces canadiennes doivent fournir gratuitement à leurs citoyens un panier minimum de services de santé défini dans la Loi. Pour l'ensemble de ces services « médicalement requis » et pour certains services « socialement requis », l'assurance privée est interdite et aucun paiement ne peut être exigé des patients par un médecin participant au Régime d'assurance maladie du Québec. C'est le Régime, financé à même le fonds consolidé du Gouvernement, qui assume la totalité de la facture. Les services médicaux qui ne sont pas considérés par le Gouvernement du Québec comme étant requis ne sont pas assurés par le Régime d'assurance maladie. C'est le cas, entre autres, des soins dentaires et optométriques, ainsi que des médicaments consommés hors hospitalisation. Pour ces services, la facture est, règle générale, assumée directement par les bénéficiaires ou par un assureur privé⁵. Alors que le Régime d'assurance maladie dispose d'un monopole exclusif sur l'assurance santé pour les services médicalement requis, il existe une variété de régimes d'assurance collective pour les services non médicalement requis.

⁵ Une exception de taille est évidemment le Régime d'assurance médicaments, présenté ci-après.

Schéma 1 : L'organisation du réseau de la santé et des services sociaux au Québec



Source : MSSS.

Beaucoup de Québécois souscrivent à un régime collectif d'assurance santé (qui couvre souvent, entre autres, les soins dentaires et optométriques ainsi que les médicaments d'ordonnance) auquel cotisent employés et employeurs. Certains groupes organisés disposent aussi d'assurances collectives; c'est notamment le cas des étudiants dans plusieurs universités québécoises. De plus, de nombreux services non médicalement requis sont fournis gratuitement aux bénéficiaires de l'Assistance-emploi (aide sociale). Malgré la diversité des produits d'assurance santé existant au Québec, de nombreux Québécois n'ont pas accès à une assurance pour les services non médicalement requis. C'est pour palier en partie ce manque que le Québec a instauré en 1997 le Régime général d'assurance médicaments.

Depuis l'instauration du Régime général, l'assurance médicaments est devenue obligatoire au Québec, à l'instar de l'assurance automobile. Chaque Québécois doit donc être en tout temps couvert, soit par une assurance santé collective qui comprend une couverture minimale pour les médicaments, soit par le Régime public d'assurance médicaments. On désigne l'ensemble des modalités qui régissent ces deux alternatives sous le titre Régime général d'assurance médicaments du Québec. Tout Québécois qui n'est pas couvert par un régime collectif d'assurance médicaments doit obligatoirement adhérer au Régime public d'assurance médicaments. C'est notamment le cas des bénéficiaires de l'Assistance-emploi, ainsi que des travailleurs et des personnes âgées n'ayant pas accès à une assurance médicaments souscrite auprès d'une compagnie d'assurance.

2.1.2 La prestation des services

Au chapitre de la prestation des services de santé et des services sociaux, le Ministère délègue l'application des politiques nationales qu'il élabore aux 18 Régies régionales de la Santé et des Services sociaux (une pour chaque région sociosanitaire du Québec). Les Régies régionales doivent notamment coordonner l'offre de services de santé et de services sociaux par les différents prestataires présents sur leur territoire. Il s'agit d'abord des établissements du réseau public, mais également d'organismes privés et communautaires. Les Régies régionales doivent aussi coordonner l'offre de services par les médecins participants à la RAMQ.

Le réseau public est d'abord composé de 118 Centres hospitaliers (CH) et de 146 Centres locaux de services communautaires (CLSC), qui assument tous deux, notamment, des fonctions dites de « première ligne », soit d'accueil des bénéficiaires. Deux autres catégories d'organismes viennent appuyer les CH et les CLSC dans la prestation des services dits de « deuxième ligne » et de « troisième ligne » : les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les Centres de réadaptation (CR). Les Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ ou CJ) complètent l'offre de services sociaux du réseau public québécois (MSSS, 2003).

Malgré la taille du réseau public, une portion importante des services de santé sont dispensés, au Québec comme ailleurs au Canada et dans plusieurs pays, par des organismes privés et communautaires. Ce secteur comprend notamment les nombreuses cliniques privées de santé, qui assument avec les CH et les CLSC (dont certains sont également privés) l'essentiel des services de « première ligne ». De nombreux services diagnostiques sont également fournis par le secteur privé. Il en va de même de la fourniture de la plupart des services de santé non médicalement requis (traitement des varices, chirurgies plastiques, etc.), des soins dentaires et des services d'optométrie.

Contrairement aux autres professionnels de la santé, la très grande majorité des médecins québécois, qu'ils oeuvrent dans le réseau public ou dans les organismes privés et communautaires, bénéficient du statut de travailleurs autonomes. Leur relation avec les divers établissements au sein desquels ils pratiquent en est donc une de fournisseurs de services plutôt que d'employés. Les services fournis par la grande majorité des médecins québécois sont rémunérés sur la base du nombre d'actes médicaux qu'ils pratiquent. Quant aux autres professionnels de la santé, ils sont rémunérés sur une base salariale.

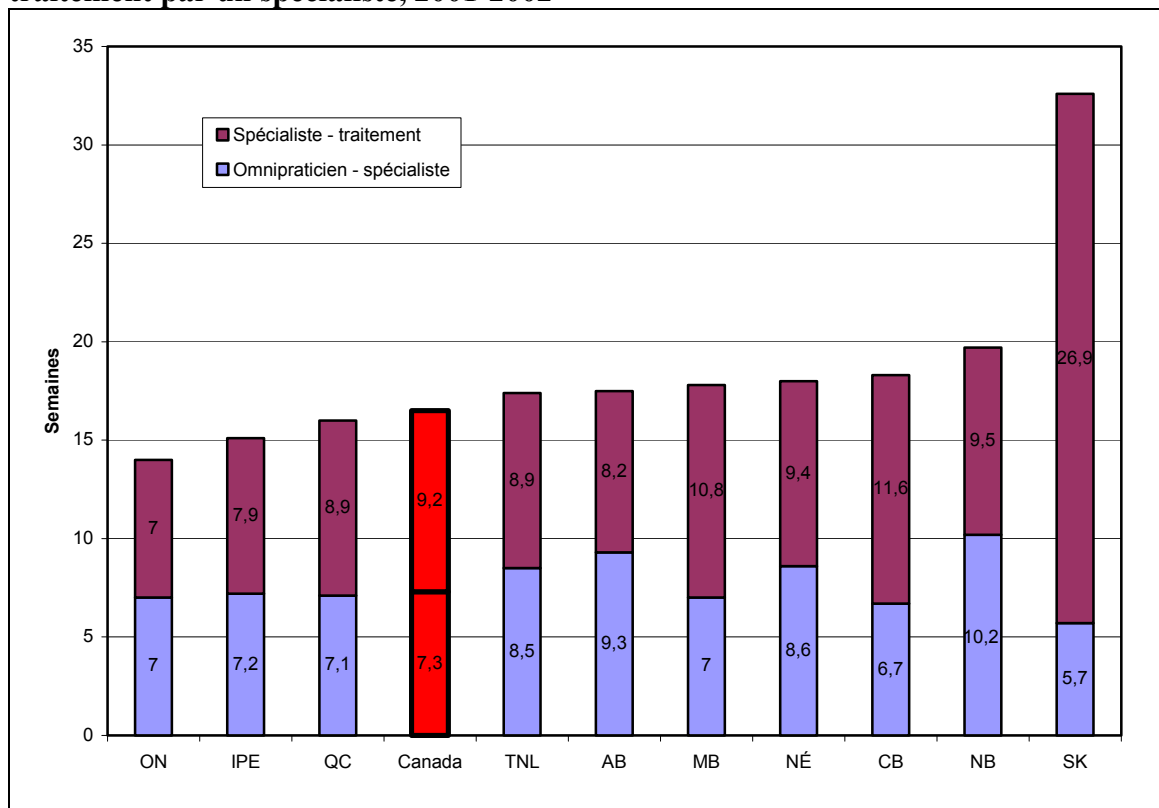
2.2 Des listes d'attente

Chaque année, le Fraser Institute publie *Waiting Your Turn*, une étude comparative de l'attente dans les systèmes de santé des provinces canadiennes⁶. D'après cette étude, en 2001-2002, le Québec occupait le troisième rang canadien pour ce qui est du temps d'attente le plus court entre la référence à un médecin spécialiste par un omnipraticien et

⁶ Nous utilisons ici les résultats de l'étude du Fraser Institute car le Québec n'a pas participé à la récente *Enquête sur l'accès aux services de santé* de Statistique Canada.

le traitement. Comme le montre la figure 1, le temps d'attente médian au Québec était d'environ 16 semaines, contre 16,5 semaines dans l'ensemble du Canada, 15,1 semaines à l'Île-du-Prince-Édouard et 14 semaines en Ontario. À l'opposé, ce temps d'attente était de 19,7 semaines au Nouveau-Brunswick. Le Fraser Institute compile aussi des données semblables sur le temps d'attente pour certaines technologies diagnostiques. Si le Québec fait bonne figure pour ce qui est de l'accès à la tomographie assistée par ordinateur (*CT Scans*) – le 3^e temps d'attente médian le plus court au Canada, soit 4,5 semaines –, il occupe le 6^e rang pour les ultrasons (4 semaines contre 2 en Saskatchewan) et le 7^e pour l'accès aux services d'imagerie par résonance magnétique (13,5 semaines contre 5 au Nouveau-Brunswick).

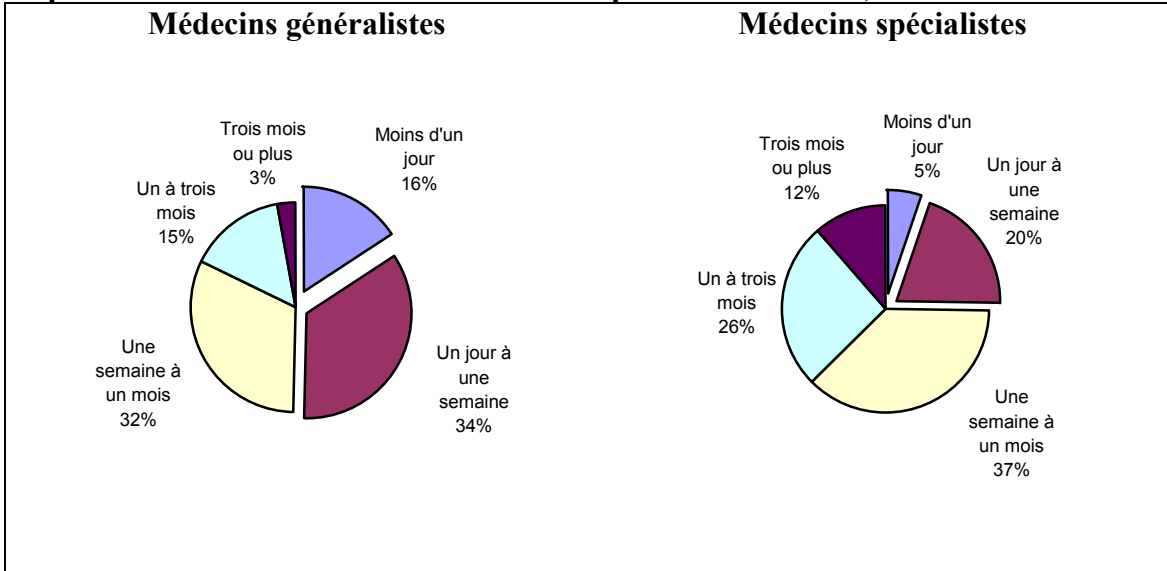
Figure 1 : Temps d'attente médian entre la référence par un omnipraticien et le traitement par un spécialiste, 2001-2002



Source : Fraser Institute (2002).

Grâce à une enquête de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), certaines données (présentées à la figure 2) sont disponibles relativement au temps d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un médecin – données qui ne sont malheureusement pas comparables, pour l'instant, avec celles des autres provinces canadiennes. Selon cette enquête, 50% des Québécois ayant pris rendez-vous avec un médecin généraliste en 1998 ont dû attendre plus d'une semaine avant leur consultation. Cette proportion atteignait 75% pour les médecins spécialistes. Dix-huit pour cent des rendez-vous avec un médecin généraliste et 38% des rendez-vous avec un médecin spécialiste ont nécessité plus d'un mois d'attente.

Figure 2 : Proportion des consultations avec rendez-vous selon le temps écoulé entre la prise de rendez-vous et la consultation auprès d'un médecin, 1998

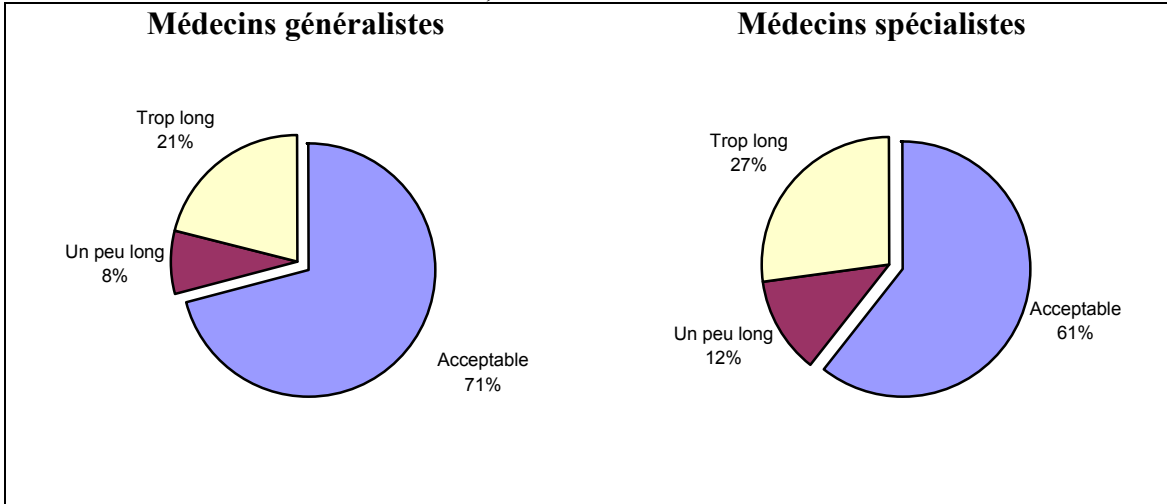


Source : ISQ.

Ces données sur les temps d'attente, si elles permettent de quantifier l'accessibilité du système de santé, ne permettent pas de juger de la présence ou non d'un problème d'accessibilité. Les données sur la satisfaction des patients à l'égard de ces temps d'attente, dont certaines sont présentées à la figure 3, permettent de compléter quelque peu le portrait. Dans l'ensemble, une vaste majorité de Québécois (87%) ayant obtenu un rendez-vous avec un médecin généraliste en 1998 ont jugé « acceptable » le délai d'attente. Cette proportion était de 81% pour les médecins spécialistes. Seulement 7% des patients ont jugé « trop long » le délai d'attente pour consulter un médecin généraliste. Cette proportion était de 10% pour les médecins spécialistes. Le « taux de satisfaction » des patients variait toutefois selon le temps d'attente qu'ils ont eu à subir. Par exemple, 98% des patients ayant fait face à un délai de moins d'un jour pour obtenir un rendez-vous avec un généraliste ont jugé ce délai « acceptable ». Ce taux passait à 92% pour un délai d'un jour à une semaine, à 85% pour un délai d'une semaine à un mois, et à 72% pour un délai d'un à trois mois. Fait intéressant à noter, 71% des patients ayant dû attendre plus de trois mois pour consulter un médecin généraliste ont jugé ce délai « acceptable », 21% seulement des patients le jugeant « trop long ». Chez les patients ayant consulté un spécialiste, la « satisfaction » diminuait à 61% pour ceux ayant attendu plus de trois mois, 27% des patients ayant jugé ce délai « trop long ».

Les données disponibles sur la satisfaction des Québécois à l'égard des délais dans le système de santé, si elles laissent entrevoir une situation qu'il est nécessaire d'améliorer, peuvent donc surprendre par le haut degré de satisfaction exprimé. Il importe toutefois de réaliser les limites de tels sondages compte tenu du peu d'alternatives accessibles aux Québécois en matière de soins de santé.

Figure 3 : Satisfaction exprimée à l'égard d'un délai d'attente de 3 mois et plus lors d'un rendez-vous avec un médecin, 1998



Source : ISQ.

2.3 Des dépenses par habitant parmi les plus faibles en Amérique du Nord

Au Québec, 72,5% des dépenses totales de santé (*excluant* les services sociaux) sont effectuées par le secteur public, le reste (27,5%) étant assumé par le secteur privé (individus et entreprises). Pour l'année financière 2001-2002, le budget du MSSS (incluant la RAMQ et les services sociaux), qui représente la majeure partie des dépenses publiques de santé, s'élevait à 17,2 milliards de dollars, soit 33,6% du budget total du Gouvernement du Québec.

2.3.1 La composition des dépenses

Comme l'indique le tableau 1, plus de 60% du budget de la Santé et des Services sociaux est destiné au fonctionnement des établissements du réseau (CH, CLSC, CHSLD, etc.). Vient ensuite le budget de la RAMQ destiné au remboursement des actes médicaux, qui s'élève à près de 16% de l'enveloppe totale dont dispose le Ministère. Les fonctions régionales accaparent 9% du budget. Les sommes remboursées par la RAMQ au titre des soins pharmacologiques (incluant le Régime public d'assurance médicaments) représentent 8% du budget. Suivent enfin le service de la dette (2,9%), les fonctions nationales (1,2%), les sommes remboursées par la RAMQ au titre des soins optométriques et dentaires (0,7%) et une série d'autres dépenses (1,4%).

Tableau 1 : Répartition du budget du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001-2002

Fonction	(‘000\$)	(%)
Établissements ⁷	10 531 739	61,2
Médecins	2 666 464	15,5
Fonctions régionales ⁸	1 604 388	9,3
Services pharmaceutiques ⁹	1 340 323	7,8
Service de la dette	499 975	2,9
Fonctions nationales	208 521	1,2
Services optométriques et dentaires	113 448	0,7
Autres	233 054	1,4
TOTAL	17 197 912	100,0

Source : Comptes publics du Québec.

Le budget des établissements de santé, qui représente les trois cinquièmes de l'ensemble des dépenses de santé au Québec, est détaillé au tableau 2. Les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) drainent plus de la moitié du budget des établissements, soit environ le tiers du budget total du MSSS. Les CLSC suivent avec 17% du budget des établissements, puis les CHSLD (12,3%) et les Centres jeunesse (6,4%). Viennent enfin les CR (5,9%), les CH de soins psychiatriques (les CHSP, 3,8%), et le soutien aux organismes communautaires (2,1%).

Tableau 2 : Répartition du budget des établissements de santé et services sociaux, 2000-2001

Fonction	(%)
CH de soins généraux et spécialisés	53,1
CLSC	16,5
CHSLD	12,3
Centres jeunesse	6,4
CR	5,9
CH de soins psychiatriques	3,8
Organismes communautaires	2,1
TOTAL	100,0

Source : MSSS.

2.3.2 La position relative du Québec

Une donnée préoccupante, lorsque l'on compare le Québec aux autres provinces canadiennes (figure 4), est la dernière position qu'il occupe au chapitre des dépenses totales de santé par habitant. En ce qui a trait aux seules dépenses publiques par habitant

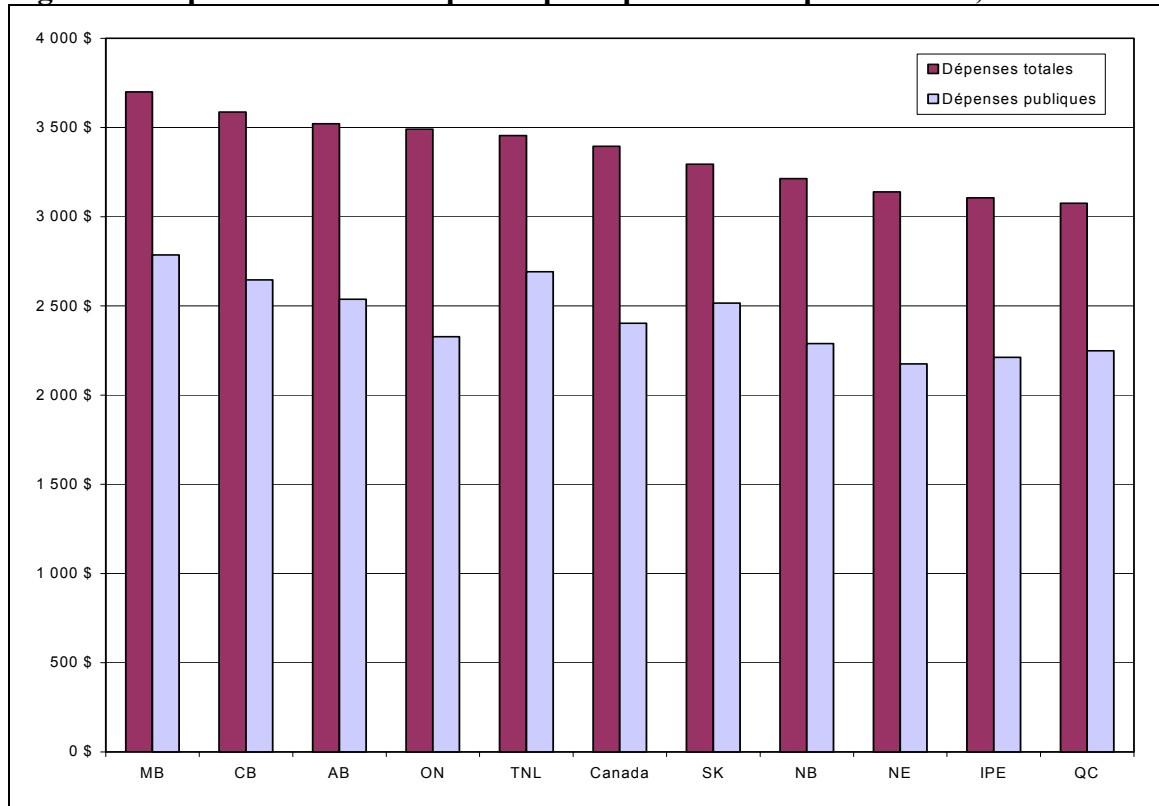
⁷ Incluant les organismes communautaires.

⁸ À l'exception des établissements et du service de la dette.

⁹ Incluant l'assurance médicaments.

(tous niveaux de gouvernement confondus), le Québec occupe le huitième rang, tout juste devant l'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse. Rappelons également que le Canada dans son ensemble se situe loin derrière les États-Unis au chapitre des dépenses totales de santé (comme tous les autres pays d'ailleurs), tant en termes nominaux qu'en proportion du PIB.

Figure 4 : Dépenses totales et dépenses publiques de santé par habitant, 2001



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Tel que détaillé au tableau 3, l'écart entre les dépenses totales de santé au Québec (publiques *et* privées) et la moyenne canadienne était de 319\$ par habitant en 2001, soit l'équivalent de 2,4 milliards de dollars par année pour le Québec. L'écart par rapport au Manitoba, qui occupe le premier rang canadien, était de 617\$ ou 4,6 milliards de dollars. L'écart négatif entre le Québec et la moyenne canadienne est étonnamment bien réparti entre les médecins (30% de la différence ou 97\$ par habitant), les autres professionnels (27%), la santé publique et l'administration (25%) et les autres dépenses (23%). Le Québec accuse aussi un retard de 37\$ par habitant (12% de la différence) sur la moyenne canadienne au chapitre des institutions autres que les hôpitaux. Par contre, il se retrouve au-dessus de la moyenne canadienne dans seulement trois catégories de dépenses sur neuf : les hôpitaux (+31\$ par habitant), les médicaments (+19\$) et les dépenses de capital (+5\$). Quant aux catégories expliquant la différence entre le Québec et le Manitoba, la situation est un peu différente. Trois catégories de dépenses sont essentiellement responsables de l'écart : les « autres institutions » (34%), la santé publique et l'administration (29%) et les « autres dépenses » (29%).

Tableau 3 : Écarts entre les dépenses totales de santé par habitant, 2001

	Écart Québec-Canada		Écart Québec-Manitoba	
Médecins	(97) \$	30,3%	(91) \$	14,7%
Autres professionnels	(87) \$	27,2%	(35) \$	5,6%
Santé publique et administration	(80) \$	25,1%	(180) \$	29,1%
Autres dépenses	(74) \$	23,3%	(179) \$	28,9%
Autres institutions	(37) \$	11,6%	(207) \$	33,5%
Capital	5 \$	-1,7%	15 \$	-2,4%
Médicaments	19 \$	-5,9%	103 \$	-16,8%
Hôpitaux	31 \$	-9,8%	(45) \$	7,3%
<i>Total</i>	<i>(319) \$</i>	<i>100,0%</i>	<i>(617) \$</i>	<i>100,0%</i>

Sources : ICIS, Statistique Canada et calculs des auteurs.

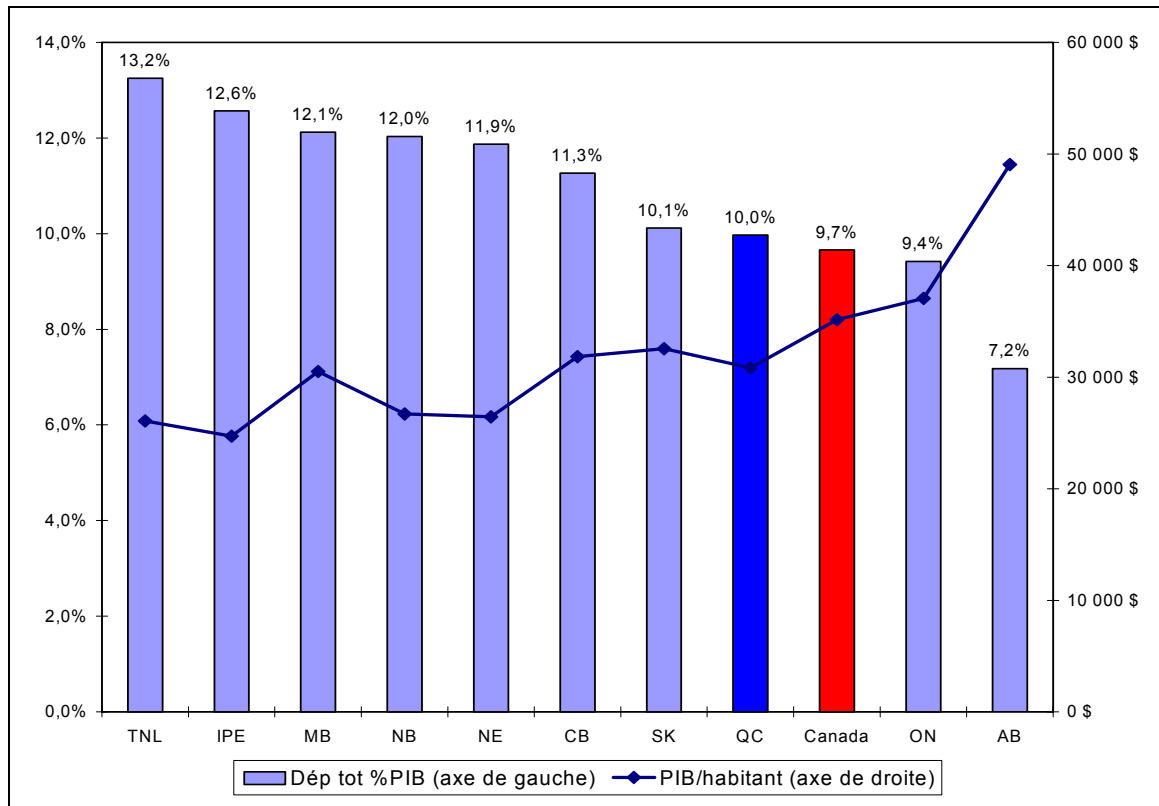
Si l'on fait abstraction du caractère comparable des données, quatre facteurs principaux peuvent expliquer de tels écarts inter-provinciaux : les écarts de richesse collective entre les provinces, des choix différents en matière de finances publiques ou de services fournis, une différence dans le coût de production des services, et une différence dans les paramètres de la demande de soins (état de santé, structure par âge et par sexe, etc.).

Règle générale, plus la richesse collective d'un État est grande, moins celui-ci a besoin d'allouer une part importante de cette richesse à la santé pour atteindre un niveau de services donné. Comme en témoigne la figure 5, la situation canadienne n'échappe pas à cette règle. Ce sont les provinces les moins riches (provinces atlantiques et des Prairies) qui allouent la plus grande part de leur PIB aux dépenses (*totales*) de santé. Par exemple, 13,2% du PIB de Terre-Neuve-et-Labrador est consacré à la santé (un taux semblable au taux américain), contre seulement 9,7% pour l'ensemble des provinces. Seules deux provinces allouent moins de 9,7% de leur PIB à la santé : l'Ontario (9,4%) et l'Alberta (7,2%), les deux provinces les mieux nanties. Quant au Québec (10,0%), la part de son PIB qu'il alloue à la santé correspond à peu de choses près à la moyenne canadienne. **Or, malgré cet effort collectif « moyen », les Québécois reçoivent des services de santé d'une moins grande valeur monétaire, en moyenne, que ceux reçus par les autres Canadiens.** Quant à l'Ontario, qui alloue une proportion légèrement plus faible de son PIB au secteur de la santé que ne le fait le Québec, elle se classe quatrième parmi les provinces canadiennes au chapitre des dépenses totales de santé par habitant. Cette différence dans les résultats obtenus, pourtant à partir d'un effort collectif similaire, s'explique évidemment par le fait que le PIB par habitant ontarien reste supérieur de 20% au PIB par habitant québécois.

Pour atteindre un niveau de services équivalent (en termes monétaires) à ce qui se fait en Ontario, les Québécois doivent donc fournir un effort collectif supérieur aux Ontariens et allouer une part plus grande de leur PIB au système de santé. Ce n'est cependant pas tout à fait la voie qui a été choisie par le Québec jusqu'à maintenant, l'écart entre « l'effort » québécois et « l'effort » ontarien n'étant que de 0,6 point de pourcentage en 2001. Par contre, il est intéressant de constater que le « sous-financement » de la santé par rapport à toutes les autres provinces canadiennes est loin de se refléter dans le portrait global des dépenses publiques au Québec, tel que présenté à la figure 6 (tous postes de dépenses

confondus, incluant la santé). En effet, en 2001-2002, seules la « riche » Alberta et la « pauvre » Terre-Neuve-et-Labrador ont présenté des dépenses budgétaires par habitant supérieures au Québec. À ce chapitre, le Québec dépense 749\$ par habitant de plus que la moyenne canadienne, soit l'équivalent de 5,5 milliards de dollars par année, et 1 463\$ par habitant de plus que l'Ontario, soit un colossal 10,8 milliards de dollars en 2001-2002.

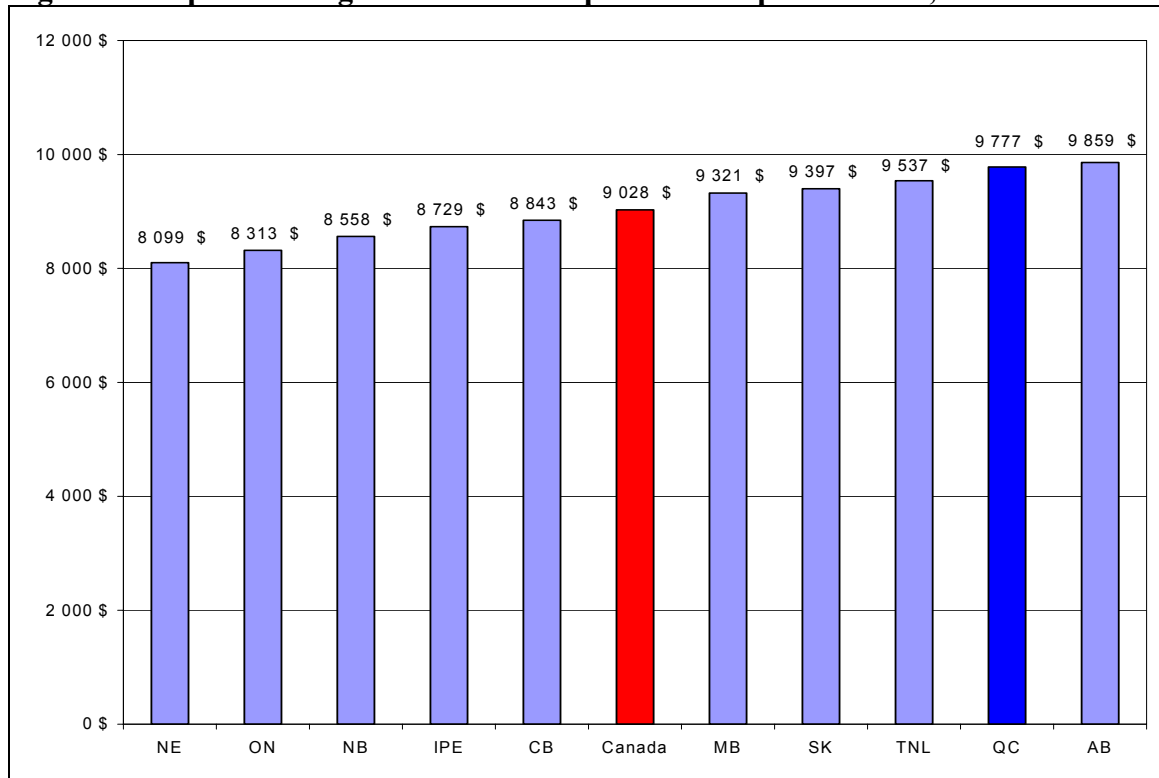
Figure 5 : Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB et PIB par habitant, 2001



Sources : ICIS et Statistique Canada.

La richesse collective n'explique donc pas tout. Les choix collectifs des Québécois en matière de finances publiques diffèrent de ceux des autres provinces. Alors que les Québécois ont choisi un fardeau fiscal supérieur aux autres provinces canadiennes, ce fardeau fiscal supérieur ne sert pas à financer des dépenses de santé par habitant plus élevées. Si une partie de l'excédent est dirigé vers un service de la dette parmi les plus élevés au Canada, il est clair qu'il est aussi alloué prioritairement à d'autres missions de l'État, dont certaines (culture, éducation, etc.) sont révélatrices du caractère distinct du Québec par rapport aux autres provinces.

Figure 6 : Dépenses budgétaires locales et provinciales par habitant, 2001/02



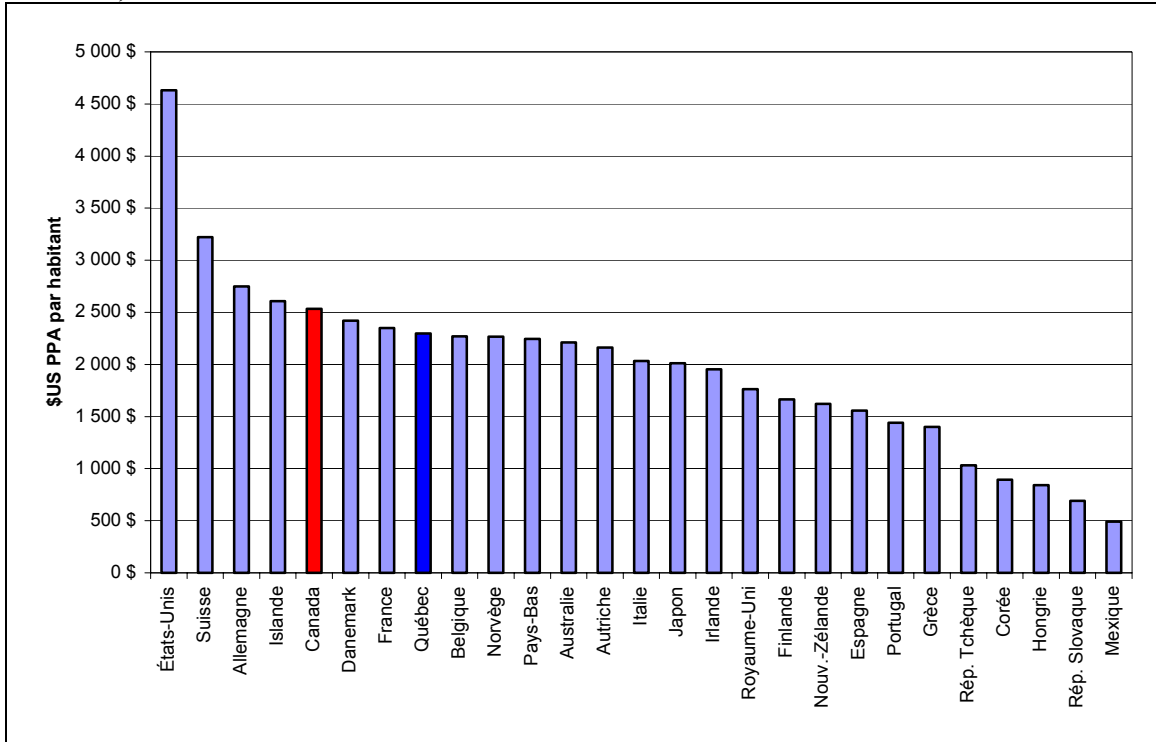
Source : Statistique Canada (Système de gestion financière).

Ces écarts inter-provinciaux doivent toutefois être mis en perspective, ce que permettent de faire les données internationales sur les dépenses de santé par habitant. En effet, le Canada fait partie du peloton de tête des pays de l'OCDE en ce qui a trait aux dépenses totales de santé par habitant. En 2000, il n'était devancé que par les États-Unis, la Suisse, l'Allemagne et l'Islande. Si l'on utilise l'écart entre le Québec et le Canada en 2001 au chapitre des dépenses totales par habitant pour établir les dépenses approximatives du Québec en unités comparables (en dollars américains et en parité des pouvoirs d'achat), la figure 7 montre que **le Québec se retrouve au huitième rang mondial, derrière le Danemark et la France, et tout juste devant la Belgique.**

2.3.3 La place du secteur privé

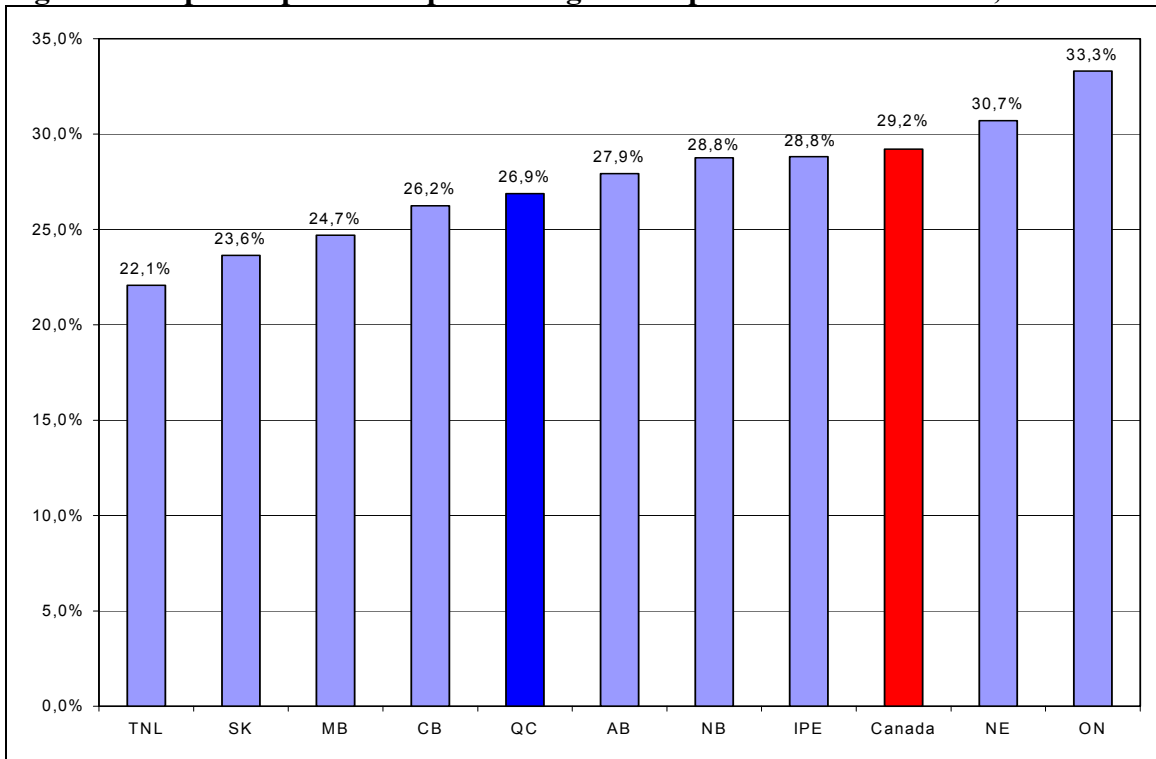
Les choix collectifs des Québécois en matière de santé sont également révélés par la part des dépenses de santé au Québec provenant du secteur privé (26,9%), qui se situe sous la moyenne canadienne (29,2%) comme le montre la figure 8. Quatre provinces présentent une contribution du secteur privé inférieure au Québec : Terre-Neuve-et-Labrador (22,1%), la Saskatchewan (23,6%), le Manitoba (24,7%) et la Colombie-Britannique (26,2%). En termes absolus, seuls les citoyens des deux premières ont en 2001 dépensé moins de leur poche, en moyenne, que les Québécois. Mais avec de telles proportions des dépenses financées par le secteur privé, soit un cinquième à un tiers selon la province, il est clair qu'une grande partie des dépenses effectuées pour la santé de la population canadienne est déjà financée privément – sans parler du rôle important qu'occupe ce secteur dans la *production* des services de santé. Nous y reviendrons.

Figure 7 : Dépenses totales de santé par habitant, Québec, Canada et 25 pays de l'OCDE, 2000



Sources : ICIS et OCDE.

Figure 8 : Dépenses privées en pourcentage des dépenses totales de santé, 2001

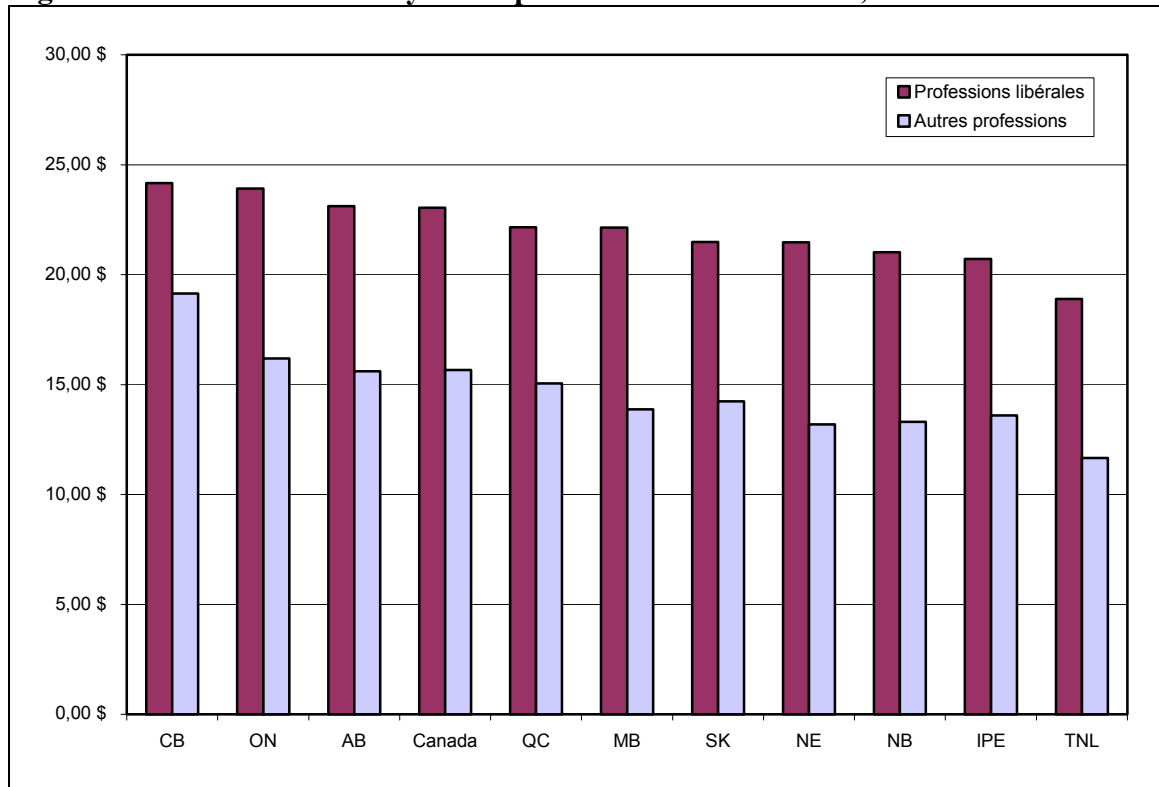


Source : ICIS.

2.3.4 Des coûts totaux moins élevés ?

On avance souvent que le faible niveau de dépenses par habitant observé au Québec est le résultat de coûts moins élevés. En coûterait-il tout simplement moins cher au Québec qu'ailleurs de fournir les services de santé ? Il est possible d'analyser les écarts inter-provinciaux dans les coûts de fonctionnement du système. Les ressources humaines représentent la part la plus importante des dépenses de santé. Le salaire horaire moyen des professionnels de la santé membres de professions libérales était, à 22,16\$ l'heure en 2000, légèrement inférieur à la moyenne canadienne de 23,04\$ l'heure. Comme l'illustre la figure 9, le Québec se situait néanmoins au quatrième rang des provinces canadiennes pour la rémunération horaire la plus élevée, derrière la Colombie-Britannique (24,17\$), l'Ontario (23,91\$) et l'Alberta (23,12\$). Le Québec occupait le même rang en ce qui a trait aux autres professionnels de la santé.

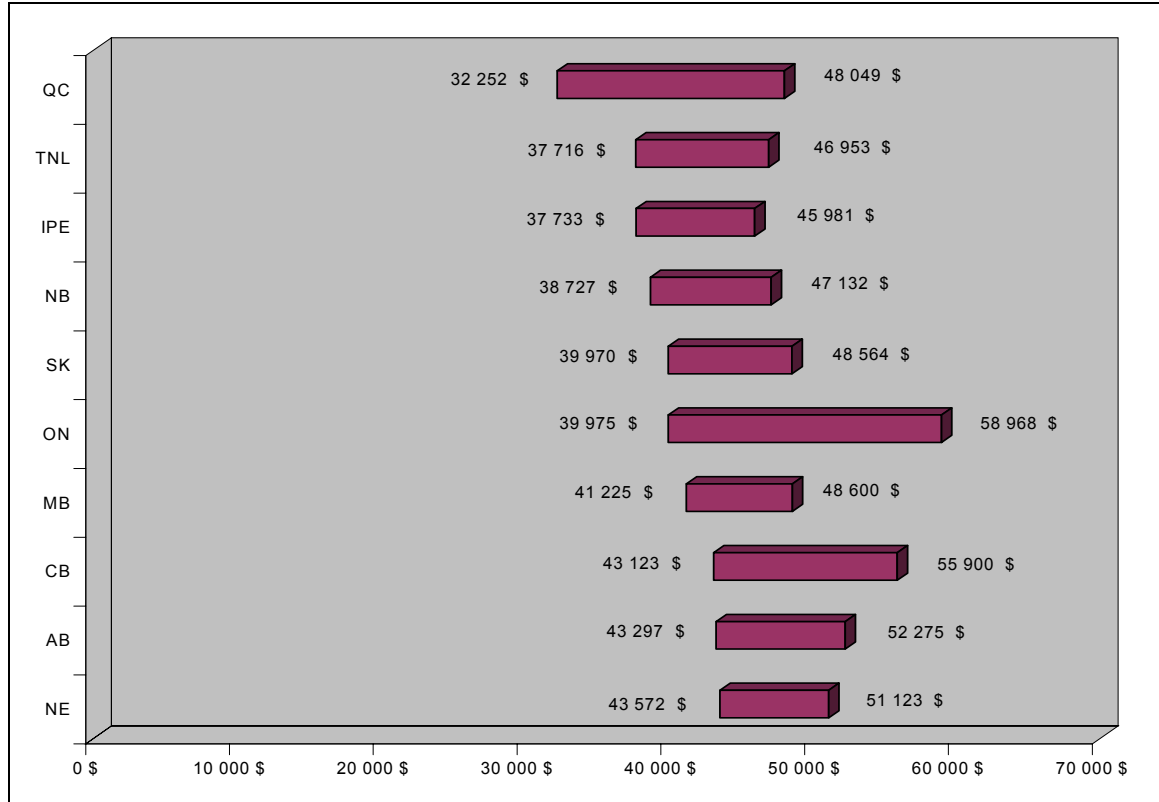
Figure 9 : Salaire horaire moyen des professionnels de la santé, 2000



Source : ICIS.

Il semble par contre que le Québec se distingue effectivement par une rémunération sensiblement inférieure aux autres provinces pour certaines catégories de professionnels. Par exemple, si l'on se fie aux données des conventions collectives présentées à la figure 10, les infirmières québécoises seraient les moins bien payées au pays. Il importe toutefois de noter que cette situation n'est pas propre au système de santé et qu'elle caractérise plusieurs secteurs économiques au Québec.

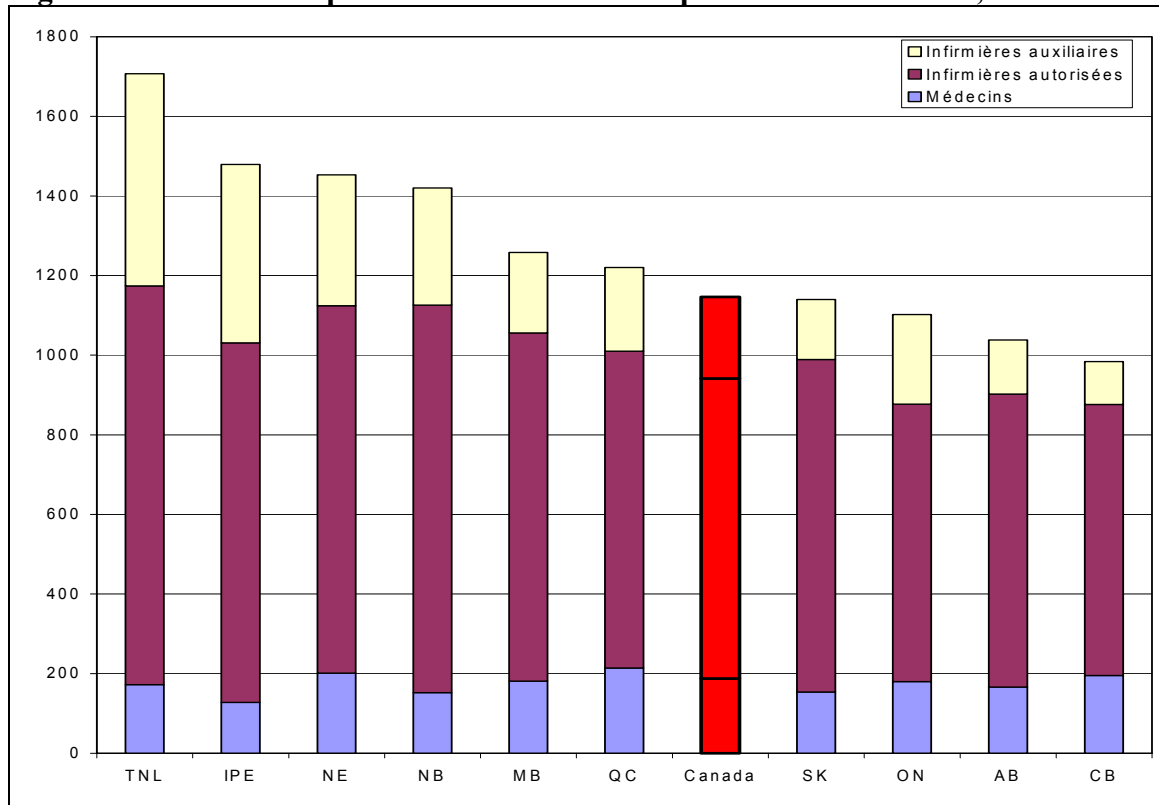
Figure 10 : Salaire annuel des infirmières de soins généraux selon les conventions collectives de 2000 ou 2001



Source : ICIS.

Certaines catégories professionnelles importantes comme les infirmières portent donc à croire que les ressources humaines coûtent significativement moins cher dans le système de santé québécois qu'ailleurs au Canada. Mais qu'en est-il des effectifs ? Les données sur les effectifs médicaux, présentées à la figure 11, montrent un plus grand nombre de professionnels de la santé (médecins et infirmières) par 100 000 habitants dans les provinces les plus petites, c'est-à-dire les provinces atlantiques. Ces provinces sont également les moins riches, celles qui consacrent la plus grande part de leur économie à la santé et celles qui rémunèrent le moins bien les professionnels de la santé. À l'opposé, les grandes provinces mieux nanties (Colombie-Britannique, Alberta et Ontario) sont celles où les effectifs sont relativement les moins nombreux et les mieux rémunérés. ***Dans ce portrait, le Québec occupe avec la Saskatchewan et le Manitoba une position médiane : il dispose d'effectifs plus nombreux que ceux des provinces « riches » mais moins nombreux que ceux des provinces atlantiques. Par contre, au chapitre des seuls médecins, le Québec occupe le premier rang des provinces canadiennes avec 214 médecins par 100 000 habitants.***

Figure 11 : Nombre de professionnels de la santé par 100 000 habitants, 2000



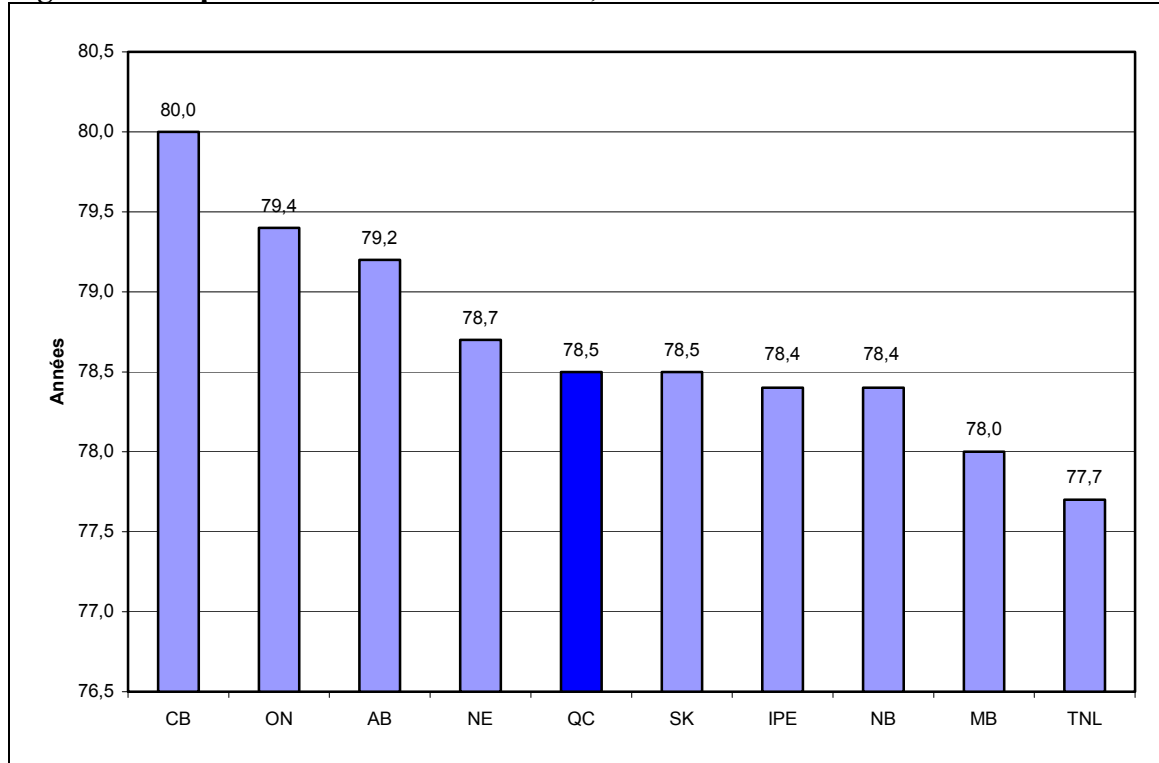
Source : ICIS.

2.4 L'état de santé des Québécois

La qualité des soins de santé est un concept particulièrement difficile à mesurer. Comme il n'existe pas de mesure directe objective de ce concept, nous nous contentons ici de présenter deux grandes dimensions : l'état de santé de la population et la satisfaction des patients à l'égard des soins reçus.

À défaut de données comparatives sur l'efficacité clinique du système de santé, l'espérance de vie à la naissance demeure l'indicateur le plus fréquemment utilisé pour comparer la performance globale des systèmes de santé. Comme en témoigne la figure 12, le Québec partageait avec la Saskatchewan le rang médian parmi les provinces canadiennes en ce qui a trait à l'espérance de vie en 1999. Les Québécois vivent en moyenne 1,5 année de moins que les Britanno-Colombiens, 0,9 année de moins que les Ontariens et 0,7 année de moins que les Albertains. La Nouvelle-Écosse dépasse également le Québec à ce chapitre. ***D'après les données les plus récentes, les Québécois seraient toutefois les champions canadiens de l'espérance de vie sans incapacité (à la naissance et à 65 ans).*** Cet indicateur est cependant moins fiable puisqu'il est sensible aux différences culturelles, l'incapacité étant une condition habituellement évaluée par les individus eux-mêmes. De plus, l'interprétation des données sur l'espérance de vie en termes de résultats des systèmes de soins demeure difficile puisque l'état de santé est également – voire d'abord – le reflet des besoins de la population, qui peuvent être bien peu liés aux performances réelles du système de santé.

Figure 12 : Espérance de vie à la naissance, 1999



Sources : Statistique Canada et MSSS.

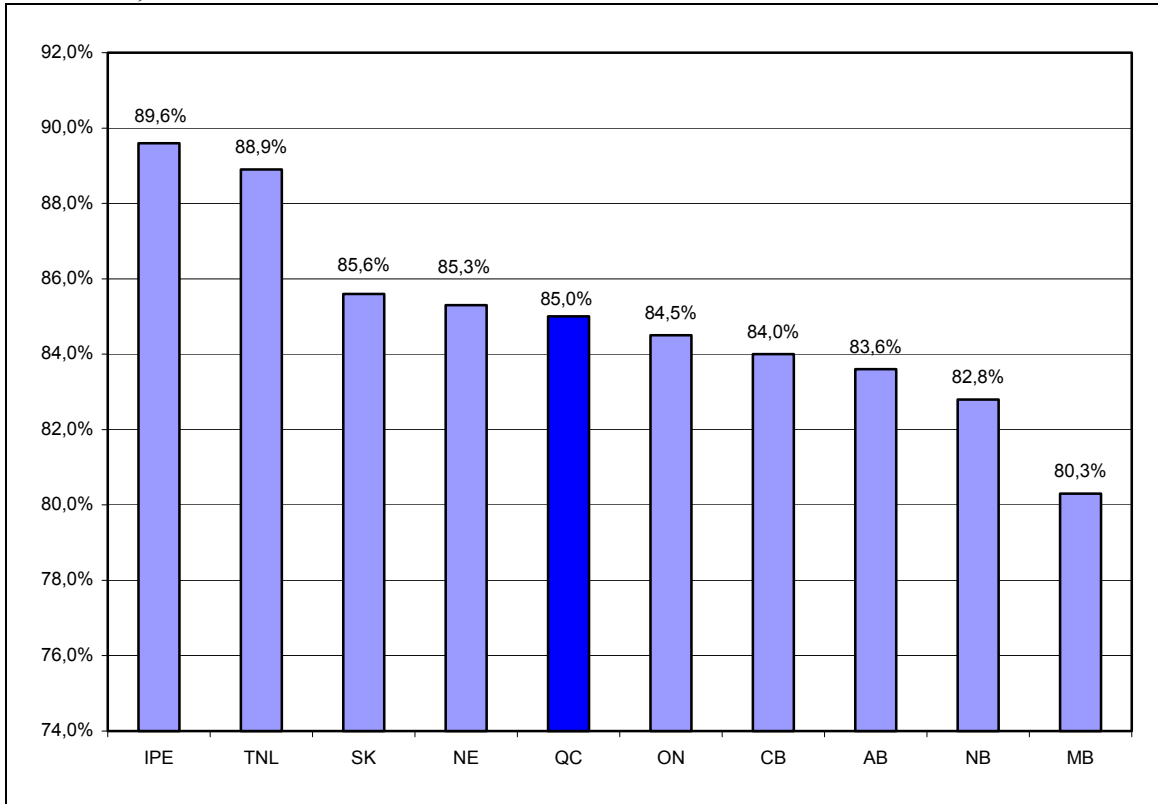
Tel qu'illustré à la figure 13, le Québec occupe également une position médiane en ce qui a trait à la satisfaction de la population à l'égard de la qualité des soins de santé : 85% des Québécois jugeaient que la qualité des soins dispensés au Québec était « excellente » ou « bonne » en 2000-2001. Le Québec devance en ce sens les trois provinces les plus riches du pays, soit l'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta. Il est par ailleurs intéressant de remarquer que la province qui ferme la marche au chapitre de l'espérance de vie, Terre-Neuve-et-Labrador, présente un taux de satisfaction particulièrement élevé (88,9%)¹⁰.

2.5 Remarques conclusives

Ce bref état de la situation du système de santé au Québec permet de poser un constat mitigé : si le système de santé québécois présente des retards clairs dans certains domaines (attente pour certains services diagnostiques, dépenses par habitant), la position du Québec demeure enviable à certains autres égards (attente pour un rendez-vous chez le médecin, nombre de professionnels, espérance de vie sans incapacité). **Globalement, la situation semble en fait se résumer ainsi : avec des ressources nettement inférieures à celles des juridictions voisines, le Québec se maintient dans la moyenne pour ce qui est de la qualité des soins et de l'accessibilité du système.**

¹⁰ Il convient toutefois de rappeler le peu d'alternatives offertes aux citoyens en matière de soins de santé.

Figure 13 : Proportion des usagers qui évaluent la qualité des soins « excellente » ou « bonne », 2000-2001



Sources : Statistique Canada et MSSS.

3. Des besoins aujourd'hui : un consensus sur les nécessaires réformes structurelles

On a assisté ces dernières années à la publication, partout dans le monde, d'un nombre impressionnant d'études et de rapports divers sur l'avenir des systèmes de santé. Le premier constat qui frappe lorsque l'on analyse les recommandations de cette multitude de rapports est la convergence, en particulier au Canada, des conclusions quant aux réformes nécessaires. Ce chapitre présente une brève synthèse des principales recommandations d'une série d'études et de rapports récents. Les rapports considérés sont les suivants :

1. Au Québec : rapports Clair, Arpin¹¹ et Montmarquette¹²;
2. Dans les autres provinces canadiennes : rapports Mazankowski en Alberta¹³, Fyke en Saskatchewan¹⁴, Roddick en Colombie-Britannique¹⁵ et Sivret-Newbould au Nouveau-Brunswick¹⁶;
3. Au Canada : rapports Romanow, Kirby et du Forum national sur la santé.

Un tableau synthèse détaillé des rapports est présenté en annexe. Notons par ailleurs que l'avis de politique remis au Gouvernement par le Conseil de la santé et du bien-être du Québec (2002) présente lui aussi un certain nombre des considérations qui suivent, et recommande de les inclure dans une politique québécoise de santé révisée.

3.1 Améliorer l'accès aux soins

Le débordement des urgences des hôpitaux et le temps d'attente nécessaire pour obtenir certains services de santé sont certainement les aspects les plus visibles du système de santé. La première caractéristique désirable d'un système de santé est en effet sa capacité à répondre aux besoins des individus au moment opportun. Mais au-delà du battage médiatique entourant cette question, le système de santé québécois présente-t-il un réel problème d'accessibilité ? Évidemment, même dans un système où le secteur privé occupe une place importante, les services de santé se caractérisent par leur complexité et l'ensemble des services ne peut jamais être offert instantanément. Il demeure que, en contraste avec les sondages présentés plus haut, la Commission Clair posait en 2000 un

¹¹ Rapport du Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec (1999), présidé par Roland Arpin (« Comité Arpin »).

¹² Rapport du Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un Régime universel public d'assurance médicaments au Québec (2001), présidé par Claude Montmarquette (« Comité Montmarquette »).

¹³ Rapport du Premier's Advisory Council on Health (2001), présidé par Don Mazankowski (« Comité Mazankowski »).

¹⁴ Rapport de la Commission on Medicare (2001), présidée par Kenneth J. Fyke (« Commission Fyke »).

¹⁵ Rapport du Select Standing Committee on Health (2001), présidé par Valerie Roddick (« Comité Roddick »).

¹⁶ Rapport du Health Services Review Committee (1999), coprésidé par Brigitte Sivret et Ian Newbould.

jugement très sévère sur l'accès aux services de santé au Québec en parlant de « problèmes majeurs d'accessibilité, de continuité et de coordination » (p. 23). De tels constats ont été posés par tous les comités ayant étudié les systèmes de santé au Canada au cours des dernières années. Fait intéressant, tous semblent également s'entendre sur ce qui doit être fait, sur les changements et investissements qui s'imposent, soit :

- Maintenir une première ligne intégrée et accessible en tout temps;
- Réduire les listes d'attente et diffuser une information claire au sujet de celles-ci (afin, éventuellement, d'introduire des seuils d'attente maximaux);
- Assurer au réseau une main-d'œuvre suffisante, adéquatement qualifiée et bien répartie géographiquement;
- Réviser et élargir le rôle de certains professionnels de la santé (notamment celui des infirmières).

L'amélioration de l'accès aux soins semble se présenter comme la priorité parmi les priorités, afin entre autres de remédier rapidement aux problèmes les plus visibles et peut-être les plus lourds de conséquences directes pour l'ensemble de la population.

3.2 Améliorer la qualité des services

Compte tenu du contexte actuel de développement rapide et diversifié des technologies médicales et pharmacologiques, les possibilités d'amélioration de la qualité des soins dispensés aux Québécois apparaissent considérables. Dans cette optique, tous les rapports récents insistent sur la nécessité :

- D'intensifier les efforts dans le domaine de la recherche en santé;
- De mettre à jour les programmes de formation du personnel médical.

Dans le même temps, le développement de nouvelles possibilités de services pose la question des choix collectifs à l'égard de ce que le Québec souhaite s'offrir avec des ressources financières vraisemblablement limitées face au prix de cette innovation. Cette question est reprise au chapitre suivant.

3.3 Contrôler les coûts et améliorer l'efficacité des organisations

Il semble clair qu'un certain nombre d'améliorations au fonctionnement du réseau de la santé sont possibles et nécessaires. Certaines de ces améliorations peuvent sans aucun doute être effectuées à l'intérieur des enveloppes budgétaires actuelles. ***Cependant, il est vraisemblable que la plupart des améliorations de l'efficacité du système nécessiteront une augmentation des ressources financières du réseau, et non une réduction comme certains l'avancent parfois.*** Parmi les principales recommandations qui semblent faire consensus au Québec et au Canada, on note :

- Une révision de la hiérarchisation des services;
- Une révision de la coordination du réseau au niveau local.

De façon plus fondamentale toutefois, la question du financement interne du réseau (c'est-à-dire à l'intérieur de l'enveloppe globale prédéterminée) occupe une place de choix dans les recommandations les plus courantes. Plusieurs propositions visent à dégager des ressources à l'intérieur des budgets actuels et, de manière générale, à répondre au consensus grandissant au Québec et au Canada à l'effet que tout accroissement des ressources consacrées à la santé doit s'accompagner de mesures visant une meilleure gouvernance du réseau de la santé. La littérature regorge de propositions en ce sens, en écho aux divers éléments présentés dans ce chapitre. Si l'étude de chacune de ces propositions déborde du champ du présent document, il reste qu'un ensemble de mesures visant l'amélioration continue de l'efficacité dans le réseau de la santé est une condition nécessaire – bien que non-suffisante – à la santé financière du réseau et à la canalisation d'éventuelles nouvelles ressources vers des usages réellement efficaces. Ces mesures peuvent être regroupées en quatre grandes catégories.

3.3.1 Un financement et des organisations efficaces

Tous les rapports récents insistent sur l'importance du contrôle de la performance et des mesures de la qualité dans le réseau (Clair, Forum national sur la santé, Fyke, Mazankowski, Roddick, Romanow). Plusieurs recommandent d'ailleurs l'adoption de méthodes de financement en fonction des besoins et des résultats (Roddick, Arpin, Kirby, Sivret-Newbould). Diverses propositions en ce sens ont également été formulées, entre autres par Bédard (2000, 2002), Bedard *et al.* (2000), Bilodeau *et al.* (2000), Blomqvist (2002), Chernichovsky (2000), Donaldson *et al.* (2001, 2002), McKillop (2002) et Shiell et Mooney (2002). Les méthodes de financement devront être revues aux niveaux tant local (établissements et fournisseurs) que régional (instances régionales). Les prochains chapitres s'attardent davantage au financement global du système qu'à sa répartition entre les composantes de celui-ci.

3.3.2 Les incitatifs financiers et la rémunération

Dans la lignée de ce qui précède, la rémunération des divers acteurs du réseau constitue également un puissant levier pour induire les comportements désirés en fonction des objectifs du système. La Commission Clair proposait notamment de revoir la rémunération des directeurs généraux, d'adapter la rémunération des professionnels afin que celle-ci prenne en considération les compétences, ainsi que le passage à une rémunération mixte pour les médecins. La rémunération des professionnels selon leurs compétences est aussi retenue par les comités Kirby et Roddick, qui se montrent également favorables à la rémunération mixte des médecins. Cette dernière avenue est aussi favorisée par les rapports Arpin, Mazankowski et Sivret-Newbould, et par Blomqvist (2002).

3.3.3 La révision continue des traitements administrés

La littérature insiste également sur la nécessité de faire des choix rigoureux entre les différents traitements disponibles. Cette nécessité de disposer de processus continus d'évaluation des technologies médicales est présente dans la plupart des rapports récents sur le système de santé au Canada. Des mécanismes visant à identifier les médicaments

ou les services devant être couverts par le système sont proposés par la Commission Clair, le Forum national sur la santé, le Comité Kirby, le Comité Mazankowski, le Comité Roddick et la Commission Romanow.

3.3.4 Le contrôle des coûts des nouvelles technologies

Une mesure particulière reçoit également beaucoup d'appuis : la nécessité de contrôler au niveau agrégé la croissance des coûts des nouvelles technologies, et des nouveaux médicaments en particulier. La Commission Romanow suggère notamment de revoir la protection des brevets dans le domaine médical, la Commission Clair proposant quant à elle une centralisation des achats de médicaments. Les rapports Kirby, Mazankowski et Roddick, de même que les études de Lehoux (2002) et de Morgan et Hurley (2002) contiennent tous des recommandations partageant cet objectif.

3.4 Améliorer les infrastructures et les systèmes d'information

En matière d'infrastructures, tant physiques que de gestion, les besoins apparaissent aussi nombreux. Ceux qui ressortent comme prioritaires dans les rapports sont les suivants :

- Développer un dossier de santé électronique (souligné par une vaste majorité de rapports de comités);
- Développer des systèmes d'information performants, tant pour les patients que pour les professionnels de la santé (information pharmacologique ou technologique pour les médecins, par exemple);
- Utiliser davantage les technologies de l'information et des communications (TIC) dans les processus de diagnostic et de traitement;
- Mettre en branle une corvée d'investissements dans les infrastructures du réseau.

L'amélioration des systèmes d'information internes au réseau permettrait également de faciliter celle de l'information transmise au public en regard des coûts des services de santé, thème sur lequel insiste en particulier la Commission Clair.

3.5 Accroître l'étendue de l'offre de services

Tous les rapports s'entendent enfin sur le fait que l'offre de services médicaux doit évoluer selon les besoins changeants des populations ainsi que selon les possibilités technologiques. L'offre de services devrait en conséquence être développée par l'entremise d'une couverture accrue dans les domaines suivants :

- Réadaptation et orthèses;
- Soins à domicile;
- Soins de longue durée;
- Médicaments;
- Santé publique et prévention.

Cet accent mis sur la santé publique et la prévention n'est pas nouveau. La vigueur avec laquelle cette recommandation ressort de tous les forums récents laisse toutefois entrevoir sa prépondérance dans les politiques de santé à venir – ce qui est identifié plus loin comme un « virage vers la médecine préventive ». Les dépenses effectuées dans cette direction, au-delà de l'hygiène publique, apparaissent de plus en plus clairement rentables à long terme et devraient à ce titre être adéquatement financées, tel qu'argumenté plus loin.

3.6 Passer du constat aux investissements

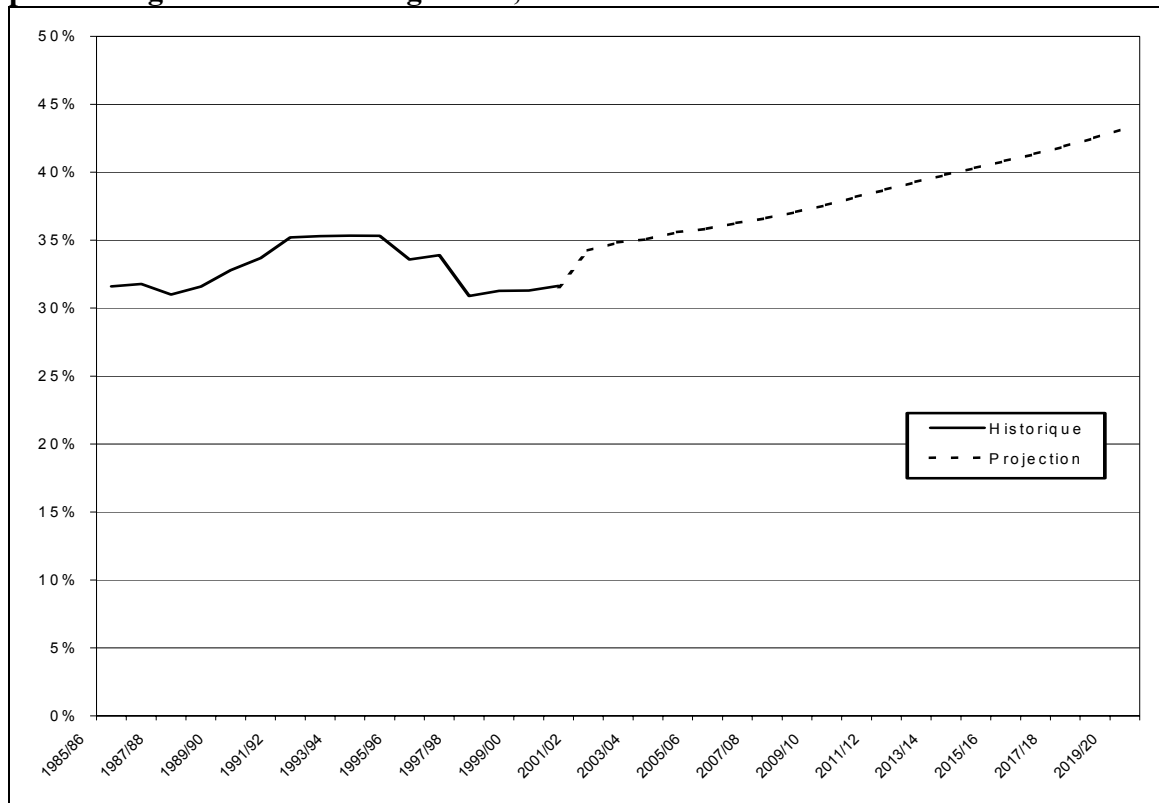
Les changements proposés dans les rapports récents visent une réorganisation parfois importante des systèmes de santé considérés. Ils pourraient en ce sens permettre de relâcher au moins partiellement la contrainte que constitue la structure de nos systèmes de santé tels que nous les connaissons. ***Or, il ressort de ce qui précède que le débat ne se situe plus au niveau de la nécessité de revoir le système de santé afin d'en améliorer la capacité à répondre adéquatement à une demande croissante – analyse désormais généralement acceptée – mais beaucoup plus au niveau de la manière de financer ces réformes nécessaires et le système amélioré qui doit en émerger.*** Depuis le dépôt du rapport Romanow, plusieurs commentateurs ont d'ailleurs mis l'accent sur ces consensus et sur la nécessité de passer à l'action¹⁷. La problématique du financement global du système de santé en général et des nouvelles dépenses proposées en particulier, largement ignorée par certains des rapports mentionnés plus haut, constitue l'objectif principal de la présente étude et fait l'objet des prochains chapitres.

¹⁷ Voir notamment IRPP (2003) et Forget (2002).

4. La croissance des dépenses de santé : des choix à faire pour l'avenir

La santé représente aujourd'hui le tiers des revenus budgétaires du Gouvernement du Québec. Selon les projections du Conference Board du Canada effectuées en 2002 pour le compte de la Commission sur le déséquilibre fiscal et présentées à la figure 14, le poids de la santé dans les finances publiques québécoises pourrait atteindre 43% des revenus budgétaires en 2019-2020, soit une hausse de 11 points de pourcentage sur 20 ans. *Ce portrait de la situation future de l'évolution des finances publiques québécoises contraste cependant avec le passé puisque, au cours des 15 dernières années, l'importance de la santé dans les finances publiques québécoises est demeurée relativement stable avec des variations autour d'une moyenne légèrement inférieure à 33% des revenus budgétaires.*

Figure 14 : Dépenses de santé et services sociaux du Gouvernement du Québec en pourcentage des revenus budgétaires, 1985/86-2019/20



Sources : Conference Board du Canada (2002) et Comptes publics du Québec.

Le changement de tendance prévu est dû à deux grandes catégories de facteurs abondamment documentés dans la littérature, soit :

- Le vieillissement de la population; et
- Une croissance des dépenses de santé réelles par habitant, tous groupes d'âge confondus (*effet d'enrichissement*).

Ces deux composantes, bien qu'elles soient étroitement liées, définissent deux ensembles de préoccupations pour la conduite de la politique publique aujourd'hui et dans l'avenir. La section 4.1 aborde le premier de ces deux grands défis de politique publique : l'impact du vieillissement de la population sur le système de santé et son financement. L'effet d'enrichissement, qui semble actuellement constituer la plus grande source de pression à la hausse sur les dépenses de santé dans l'ensemble du monde industrialisé, est discuté en détails à la section suivante. Une troisième section, enfin, aborde les transformations qui sont présentement à l'œuvre dans l'évolution des pratiques médicales, à travers leur impact sur l'évolution des dépenses de santé.

4.1 *Le vieillissement de la population*

L'impact appréhendé du vieillissement de la population – la tendance à la hausse de la proportion de personnes âgées – sur les finances publiques des pays industrialisés est l'objet d'intenses débats dans la littérature depuis quelques années. Alors que plusieurs auteurs ont tiré la sonnette d'alarme au cours des années, d'autres ont exposé une vision plutôt optimiste des conséquences du vieillissement¹⁸. Dans les pages qui suivent, nous discutons des impacts potentiels du vieillissement de la population sur les finances publiques québécoises, à commencer par son impact « mécanique » sur les dépenses de santé.

4.1.1 Vieillesse et dépenses de santé

Si l'on adopte la perspective générationnelle de Cutler et Sheiner (1998), les dépenses de santé pour la période t peuvent être décomposées de la manière suivante :

$$D(t) = \sum_a d_a(t) \cdot s_a(t) \cdot n_a(t)$$

où $D(t)$ représente les dépenses de santé totales, $n_a(t)$ le nombre d'individus dans le groupe d'âge a , $s_a(t)$ l'état de santé moyen des individus du groupe d'âge a et $d_a(t)$ les dépenses de santé moyennes (ou le coût unitaire) conditionnelles à l'état de santé du groupe d'âge a .

L'une des principales caractéristiques de la distribution des dépenses de santé est leur concentration à la fin de la vie et dans les groupes d'âge les plus vieux, auxquels sont associés les états de santé les plus coûteux à soigner. Le processus actuel de vieillissement de la population (qui ne fait que s'amorcer au Québec) est quant à lui caractérisé par deux grands phénomènes qui ont des impacts opposés sur les dépenses de santé : le grossissement des groupes d'âge les plus vieux (*effet de composition*), et l'amélioration de l'état de santé dans ces groupes d'âge (*effet d'amélioration de l'état de santé*) – davantage encore que dans les autres groupes d'âge, historiquement. Le premier de ces deux phénomènes est mécanique et relativement prévisible, surtout en l'absence de changements majeurs dans les tendances de la natalité et des migrations, alors que l'ampleur du second est une question empirique.

¹⁸ Voir Mérette (2002), mais aussi Fellegi (1988).

Toujours selon Cutler et Sheiner (1998), qui se basent sur un vaste survol de la littérature sur la question, il est clair que l'état de santé des personnes âgées s'améliore depuis les années 1980, en raison notamment de la réduction importante de l'incidence des maladies cardio-vasculaires. Lequel de l'effet de composition et de l'effet d'amélioration de l'état de santé aura l'impact le plus important sur les dépenses de santé dans l'avenir ? Les projections utilisées actuellement au Québec (comme celles du Conference Board) ne tiennent pas compte du second effet, surestimant probablement l'impact futur des dépenses de santé sur les finances publiques. Il faut cependant tenir compte du fait que l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées (dû par exemple à la réduction de l'incidence des maladies aiguës) s'accompagne de l'expression de nouveaux besoins : soins de longue durée pour les personnes en perte d'autonomie, soins à domicile, etc. La nécessité de répondre à ces nouveaux besoins a été abondamment soulignée, notamment par les commissions Clair et Romanow. À moyen terme du moins, ces nouveaux besoins – et les attentes croissantes qui y sont associées – présentent d'importants défis et s'accompagnent aussi de pressions à la hausse sur les dépenses de santé.

Même sans prendre en compte l'effet d'amélioration de l'état de santé cependant, *les plus récentes études québécoises et canadiennes de l'impact du vieillissement de la population sur les dépenses de santé concluent que l'effet de composition imposera effectivement des pressions à la hausse significatives dans l'avenir, mais que ces pressions resteront relativement soutenables*. Par exemple, selon le Conference Board du Canada (2002), l'effet de composition caractérisant le vieillissement de la population entraînera une croissance annuelle moyenne de 1% des dépenses de santé au cours des deux prochaines décennies¹⁹. Dans une étude similaire pour l'ensemble du Canada, King et Jackson (2000) trouvent une contribution annuelle *maximale* de l'effet de composition de 1,3% au cours des 40 prochaines années. De même, Denton et Spencer (1998) concluaient que les dépenses publiques *totales* croîtraient d'ici 2031 au même rythme que la population dans son ensemble en raison de l'effet de composition.

4.1.2 Autres impacts du vieillissement

En plus de leur impact sur les dépenses de santé, les changements démographiques que connaîtra le Québec au cours des prochaines décennies affecteront au moins un autre poste budgétaire du Gouvernement du Québec de façon importante : l'éducation. Toujours selon le Conference Board du Canada (2002), les effectifs du réseau de l'éducation décroîtront de 1% en moyenne chaque année au Québec d'ici 2020. Il est clair que cette tendance à la baisse viendra s'ajouter à l'effet d'amélioration de l'état de santé pour atténuer l'impact négatif du vieillissement de la population (l'effet de composition) sur les finances publiques québécoises. Toujours selon les simulations du Conference Board, cette tendance au ralentissement de la croissance des dépenses d'éducation n'empêchera toutefois pas à elle seule la position financière du Québec de se détériorer au cours des deux prochaines décennies, malgré un taux de croissance projeté de ces dépenses inférieur à celui de l'indice des prix à la consommation.

¹⁹ Le Conference Board postule un effet d'enrichissement annuel – abordé à la section suivante – de 1,5%.

L'une des principales craintes associées au vieillissement de la population est la réduction de la capacité de l'économie québécoise à supporter le niveau actuel des dépenses publiques et leur croissance projetée. Le Conference Board n'a pas explicitement tenu compte de l'impact direct des changements démographiques sur les recettes futures du Gouvernement du Québec. King et Jackson (2000) l'ont quant à eux intégré à leurs simulations et ils présentent certains résultats pour le Québec. Les auteurs sont d'avis que la situation financière du Québec est soutenable, même en tenant compte de l'impact simultané du vieillissement de la population sur les dépenses et les recettes budgétaires²⁰. Une récente étude de Lu *et al.* (2003) de l'Agence des douanes et du revenu du Canada conclut quant à elle que l'impôt fédéral sur le revenu des particuliers continuera de croître d'ici 2026, même en ne tenant compte que de l'effet mécanique du vieillissement de la population. Malgré une croissance beaucoup plus lente à partir de 2011, il semble que les revenus tirés de cet impôt par le gouvernement fédéral ne décroîtront pas en termes réels. Il sera intéressant de transposer ces projections au niveau québécois, en tenant compte notamment de l'évolution de la distribution des revenus et de la problématique du retrait des REÉR.

Enfin, certains auteurs invitent à réfléchir aux implications du vieillissement pour la productivité et ses implications en termes de niveau de vie. Ainsi, le modèle simple développé par Scarth (2003) pour l'économie canadienne supporte une vision relativement optimiste : le vieillissement de la population, par le biais de divers mécanismes (dont une faible croissance de la population et une hausse de la productivité), entraînera au pire une très faible baisse de la croissance du niveau de vie moyen²¹, et plus probablement une *hausse* de celle-ci. Ces résultats contrastent avec ceux de Guillemette (2003), qui trouve plutôt une baisse du taux de croissance du niveau de vie qui ne pourrait selon lui être contrée que par de meilleures incitations à l'épargne (et donc à l'investissement). Son analyse s'appuie toutefois sur des résultats antérieurs montrant une productivité plus faible des travailleurs âgés.

4.1.3 Conclusion : quand investir pour faire face au vieillissement de la population ?

Le principal arbitrage qu'implique le processus de vieillissement de la population oppose des investissements immédiats dans le système, qui pourraient avoir pour effet d'atténuer les pressions futures, et des mesures de prudence financière qui permettront de faire face à des besoins futurs d'ampleur inconnue. En effet, si certains « investissements » sont actuellement nécessaires afin de réformer le système (dans la foulée du consensus ébauché au chapitre précédent), il peut s'avérer intéressant de dépenser encore davantage aujourd'hui afin de profiter des effets cumulés d'une meilleure santé de la population. ***La première politique appropriée pour faire face aux pressions appréhendées en raison du vieillissement de la population est donc de stimuler dès aujourd'hui l'effet***

²⁰ Ces auteurs font toutefois l'hypothèse d'un effet d'enrichissement inférieur à 1,5%. Ils font par ailleurs des hypothèses additionnelles sur les politiques budgétaires futures, notamment en ce qui a trait au remboursement de la dette.

²¹ Scarth souligne toutefois que c'est du niveau de vie *moyen* dont il s'agit; or les inégalités de revenus devraient aller en augmentant, ce qui haussera la pression sur les gouvernements pour de la redistribution.

d'amélioration de l'état de santé. Une intensification des mesures de santé publique et de prévention constitue le moyen privilégié pour atteindre cet objectif. Ce « virage préventif » est traité à la fin du présent chapitre.

En parallèle, des mesures de prudence budgétaire sont également requises afin de faire face à l'effet de composition. Il s'avère en ce sens nécessaire de clarifier l'ampleur des taux de croissance présentés plus haut à l'aide de projections à plus long terme, puis d'adopter des stratégies intertemporelles – par exemple le remboursement de la dette – cohérentes avec les besoins futurs engendrés par cet effet mécanique (ces stratégies seront abordées au chapitre 5).

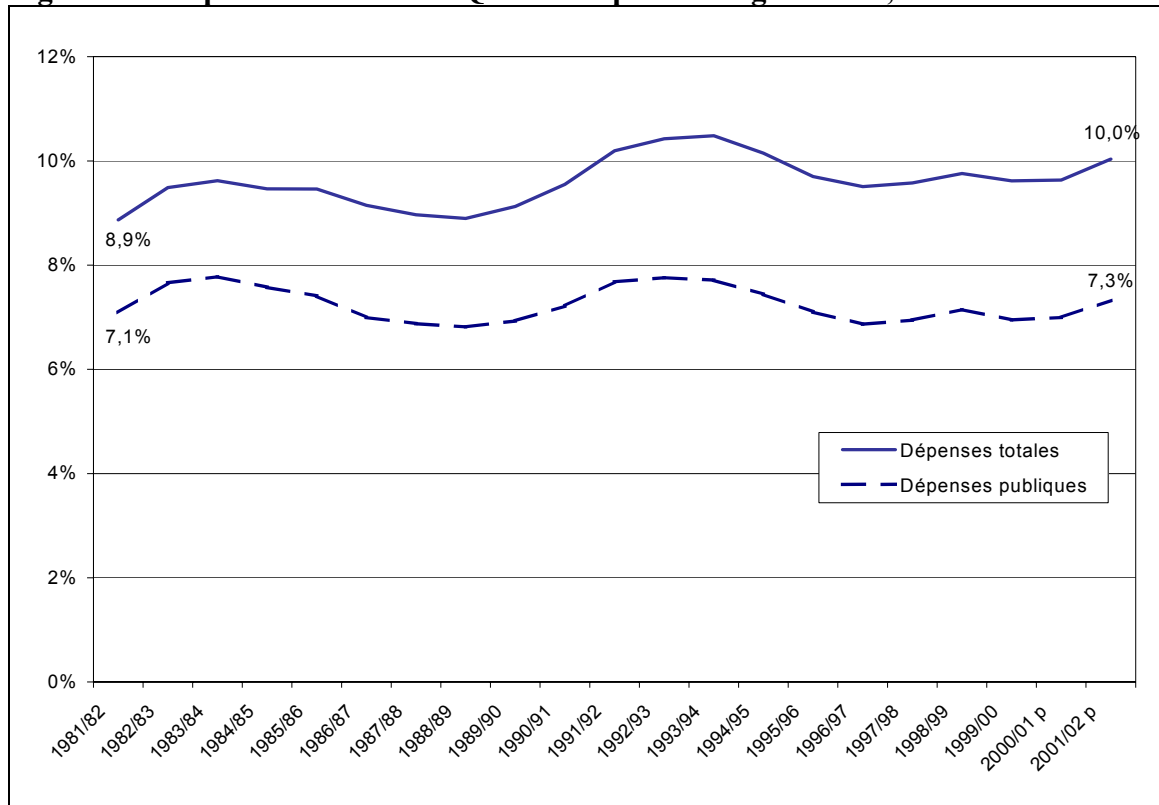
4.2 L'effet d'enrichissement

Malgré une importance quantitative en apparence limitée, le vieillissement de la population demande donc l'adoption dès aujourd'hui par les gouvernements de politiques cohérentes pour y faire face, soit sous forme de dépenses stratégiques supplémentaires ou sous forme de mesures de prudence financière comme la réduction de l'endettement public. **La plupart des études sur le sujet concluent toutefois que le principal défi lié au financement de la santé au cours des décennies à venir découlera de l'effet d'enrichissement.** Cet effet, que l'on peut isoler des autres effets ou phénomènes (généralement de façon résiduelle), est d'abord dû au développement de nouvelles techniques diagnostiques et curatives et à l'amélioration de celles déjà existantes. Il s'exprime par une tendance des dépenses de santé pour tous les groupes d'âge à croître plus rapidement que le PIB ou, en d'autres termes, par une hausse du coût unitaire des soins de santé.

Depuis 1981-1982, les dépenses publiques de santé ont été multipliées par 2,7, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 5,1%. En termes réels cependant, les dépenses publiques de santé ont crû à un taux annuel moyen de 1,8%, soit un taux inférieur à la croissance économique au cours de la même période (2,1%). Malgré leur croissance soutenue depuis 20 ans, il importe donc de noter que les dépenses publiques de santé au Québec ont connu une évolution similaire à celle du PIB, et donc de la capacité de payer de l'économie québécoise. Ainsi, on n'observe pas *a priori* dans la tendance passée des dépenses publiques de germe d'une crise appréhendée liée à l'effet d'enrichissement.

Les plus grandes catégories de dépenses de santé du Gouvernement du Québec (à l'exception notoire des médicaments), soit les hôpitaux et les médecins, ont crû moins vite que le PIB au cours des deux dernières décennies. Cette tendance ne s'est d'ailleurs pas sensiblement modifiée ces dernières années, malgré le « rattrapage » ayant suivi les années de restrictions budgétaires. Au cours des 20 derniers exercices financiers, les dépenses de santé du Gouvernement du Québec ont crû moins rapidement que le PIB à 11 reprises. Aussi, après avoir atteint un maximum de 7,8% du PIB en 1983-1984 et en 1992-1993, périodes qui correspondent *grosso modo* aux ralentissements économiques, les dépenses publiques de santé (tous gouvernements confondus) représentent aujourd'hui environ 7,3% du PIB québécois, comme l'illustre la figure 15.

Figure 15 : Dépenses de santé au Québec en pourcentage du PIB, 1981/82-2001/02



Sources : ICIS et Statistique Canada.

Note : p = prévision.

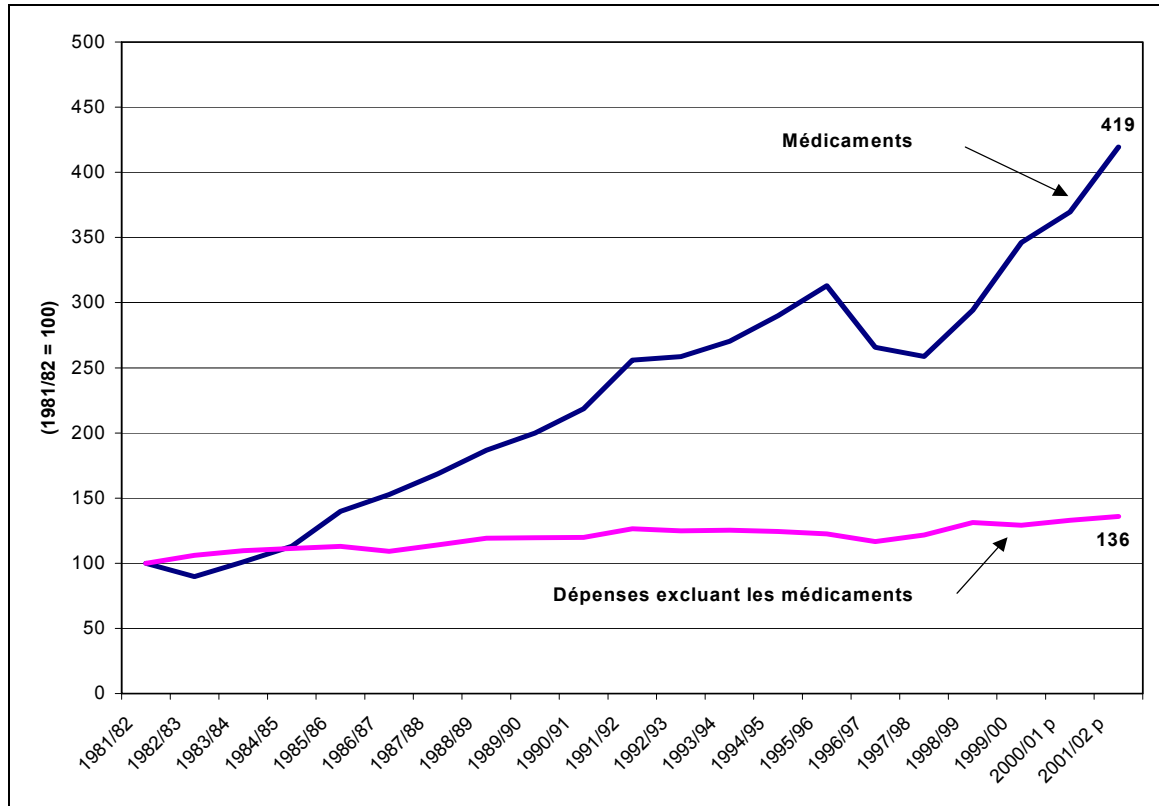
De nombreux facteurs – comme les importantes contraintes financières auxquelles ont fait face les dépenses publiques de santé au cours de la dernière décennie – indiquent cependant que la relative stabilité de la part de celles-ci dans l'économie québécoise, qui ne se reflète d'ailleurs pas tout à fait dans l'évolution des dépenses *totales*, est appelée à changer dans un proche avenir. C'est également ce que laisse entrevoir le rapport Romanow, qui propose une expansion des services couverts par l'assurance maladie. On peut donc prévoir d'importantes pressions liées à l'effet d'enrichissement qui pousseront les dépenses de santé à la hausse au cours des prochaines années. Se posera alors la question du niveau et de la qualité technologique des soins que voudront collectivement s'offrir les Québécois.

4.3 Des modes d'intervention en mutation

De l'ensemble des dépenses de santé au Québec, deux catégories se distinguent par une croissance réelle spectaculaire depuis 20 ans : les médicaments et les dépenses de capital. Comme le montre la figure 16, les dépenses publiques réelles de médicaments ont été multipliées par 4,2 depuis 1981, contre 1,4 pour l'ensemble des autres dépenses publiques de santé. D'importants mouvements ont donc caractérisé l'évolution des différentes catégories de dépenses de santé depuis 20 ans au Québec, comme ailleurs au Canada et dans le monde. Les dépenses de médicaments (+5,4 points), de capital (+4,1 points), de santé publique (+1,0 point) et les « autres dépenses » (+1,7 point) ont accru leur part du

budget de la santé, alors que les « autres institutions » (-5,5 points), les hôpitaux (-5,3 points) et les autres professionnels (-1,5 point) ont vu leur part du budget diminuer sensiblement. La part des médecins dans le budget québécois de la santé a peu varié au cours des deux dernières décennies et est aujourd'hui la même qu'en 1981.

Figure 16 : Dépenses de santé du Gouvernement du Québec, dollars constants, 1981/82-2001/02



Sources : ICIS et Statistique Canada.

Note : p = prévision.

Ces données permettent d'identifier trois grandes tendances caractéristiques du système de santé québécois depuis 20 ans :

1. La hausse importante des dépenses de médicaments;
2. Une croissance marquée des investissements en capital dans le réseau de la santé;
3. La réduction de la part relative des soins aigus (hôpitaux) dans les dépenses du Gouvernement du Québec, d'abord au profit des soins pharmacologiques (médicaments) et, dans une moindre mesure, des soins préventifs (santé publique).

Ces trois tendances ne sont pas propres au Québec. Les deux premières découlent de la dynamique mondiale de la recherche et développement dans les domaines pharmaceutique et des technologies médicales, dynamique dont le Québec est d'ailleurs un joueur de plus en plus significatif compte tenu de la taille croissante de son secteur bio-pharmaceutique. La hausse des dépenses en médicaments et en technologies médicales n'est pas due à une hausse des prix des produits existants – qui ont plutôt

tendance à décroître – mais plutôt à l'apparition constante de nouveaux produits plus efficaces et plus coûteux, de même qu'à une utilisation accrue de thérapies impliquant le recours à des médicaments et des technologies de pointe²². Ces deux tendances sont renforcées par une troisième qui se dessine : une transformation de la pratique médicale, d'une médecine qui guérit à une médecine qui prévient.

Une médecine de prévention coûtera-t-elle moins cher ? En soins aigus, qui sont très coûteux, probablement. Or, tandis que ces derniers sont concentrés à un moment donné sur un nombre restreint d'individus, la prévention, bien que généralement moins coûteuse à l'unité (par exemple, l'éducation populaire est relativement peu coûteuse et présente un rendement social très élevé), touche toute la population en tout temps (Cutler et Sheiner, 1998). Lequel des deux facteurs aura un impact décisif sur la tendance générale des dépenses de santé ? Il s'agit d'une question empirique. Cependant, deux caractéristiques des soins préventifs seront probablement déterminantes à court et moyen terme : la médecine préventive implique un recours accru à la consommation de médicaments et aux technologies diagnostiques (et éventuellement à des techniques génétiques de pointe), et ses effets bénéfiques se font surtout sentir à long terme.

Les cohortes actuelles de personnes âgées sont beaucoup plus en santé que les précédentes, récoltant les fruits d'une amélioration constante des conditions d'hygiène et des connaissances médicales au cours du XX^e siècle. Agir aujourd'hui sur les déterminants fondamentaux de la santé demande des investissements relativement peu coûteux, mais des investissements quand même. Tout porte donc à croire que le virage vers une médecine préventive pourrait à la fois exercer des pressions à la hausse sur les dépenses au cours des prochaines années et être porteur d'une certaine stabilisation de celles-ci à long terme, à mesure que les individus se responsabilisent et retirent les avantages d'une meilleure santé.

4.4 Faut-il contrôler les dépenses de santé ?

Un résultat crucial de la littérature récente en économie de la santé est le caractère socialement rentable de beaucoup de dépenses de santé. Par exemple, en se basant sur des analyses avantages-coûts pour des traitements en particulier, Cutler et McClellan (2001) concluent que les bénéfices excèdent largement les coûts. Dans cette optique, une politique visant à restreindre la croissance des dépenses en soins de santé est tout simplement inappropriée puisqu'elle équivaut à hausser le coût pour la société, *en termes de santé*, de ne pas fournir certains traitements²³. Ce nouveau courant de pensée contraste fortement avec la littérature économétrique existante, qui n'arrive généralement pas à conclure que les dépenses de santé ont un impact significatif sur la santé des populations. Toujours selon Cutler et McClellan (2001), le caractère non conclusif de cette littérature ne permet pas de rejeter la rentabilité des dépenses de santé, essentiellement parce que le

²² Cutler et Sheiner (1998). Pour le Québec, voir MSSS (2000).

²³ En ce sens, le rationnement des soins qui prévaut actuellement au Québec mène probablement à une sous-estimation des coûts réels de santé, en surestimant le gain associé au contrôle des dépenses.

type de données utilisées dans cette littérature ne permet pas de tenir compte de la véritable dynamique de l'impact des soins de santé.

Ce résultat a au moins deux implications en termes de politiques. D'une part, d'une gestion des soins de santé essentiellement axée sur le contrôle des *dépenses*, il faut passer à la gestion d'une expansion ordonnée de celles dont on peut démontrer la rentabilité sociale. Toutefois, comme une telle logique peut en théorie mener à une croissance infinie des dépenses, cette approche milite également en faveur d'une analyse rigoureuse des avantages et des coûts des divers services médicaux afin de fournir en priorité les traitements les plus efficaces – et ce au moindre *coût*.

Étant donné la prodigieuse progression des technologies médicales, il semble donc vraisemblable que le critère de rentabilité sociale milite en faveur d'une croissance du secteur de la santé dans l'économie québécoise. Ce critère milite également en faveur d'un système de santé efficace priorisant les traitements les plus rentables au plan social. Il n'y a donc pas nécessairement d'opposition entre la nécessité d'injecter de nouvelles ressources dans le réseau de la santé et celle d'accroître l'efficacité du réseau : la première suppose de laisser croître les ressources allouées à la santé, tandis que la seconde vise à s'assurer que ces ressources sont attribuées aux dépenses présentant le meilleur rendement social. ***Le prolongement d'une telle logique suggère également que l'affirmation voulant que les dépenses de santé « menacent » les autres secteurs d'intervention gouvernementale pourrait ne pas résister à une analyse comparative rigoureuse du rendement social de ces différentes dépenses.*** Il s'agit là d'une autre question empirique importante, qui devra être creusée davantage.

4.5 Conclusion : permettre une expansion ordonnée du secteur de la santé

Dans le contexte actuel, caractérisé par la croissance des coûts des médicaments et des technologies médicales ainsi que le début d'un processus de vieillissement de la population, il semble tout à fait normal, voire souhaitable, que le secteur de la santé occupe une part croissante de l'économie, ce qui n'a pas été le cas au Québec depuis 20 ans. En effet, l'existence d'un effet d'enrichissement important peut, du point de vue social, être considérée comme une bonne nouvelle.

Cette gestion de la croissance de la part totale de la santé dans l'économie – qui découlera du vieillissement de la population et, surtout, de l'effet d'enrichissement – représente un défi majeur pour le Québec en raison, notamment, de l'importance relative des dépenses publiques de santé. À moins d'un changement de tendance marqué de la croissance économique, les ajustements nécessaires requis par la croissance du secteur de la santé devront s'accompagner de changements potentiellement importants dans les choix collectifs des Québécois, ainsi que dans les modes de gestion et de financement du réseau de la santé. Le prochain chapitre examine les différentes options de financement dont dispose le Gouvernement du Québec pour faire face au défi de la croissance du secteur de la santé dans son économie.

5. Des options pour le financement de la santé

Si les besoins du réseau font aujourd'hui l'objet d'un consensus grandissant, il n'en va pas de même de la manière de financer les dépenses requises. Quelques rapports importants, comme le rapport Romanow, ne se risquent d'ailleurs pas à présenter de recommandations concrètes quant à la manière de financer les améliorations proposées au système de soins. Le contrôle des coûts et la recherche d'efficacité forment certes une composante de réforme essentielle, mais les changements opérés dans ce cadre ne seront vraisemblablement pas suffisants pour répondre aux besoins de financement accrus (actuels ou futurs) découlant des dynamiques présentées jusqu'ici. Afin de synthétiser les différentes pistes de solutions à cet égard, elles sont présentées ci-après en deux grandes catégories fréquemment utilisées :

1. L'accroissement du financement public; et
2. L'accroissement de la contribution du secteur privé.

5.1 *L'accroissement du financement public*

Le Québec, à l'instar des autres provinces canadiennes, a choisi dans les années 1960 un financement entièrement public pour une proportion importante des actes médicaux. On a jugé à l'époque que la meilleure façon de fournir un accès universel aux soins de santé passait par un financement entièrement public et l'absence de contribution individuelle directe pour les soins « médicalement requis ». La contribution individuelle a donc été fiscalisée, permettant ainsi une modulation qui tient compte de l'inégalité de la distribution des revenus individuels, grâce à la progressivité du système fiscal. Dans l'optique de maintenir ou d'améliorer ce financement public à l'intérieur de la structure actuelle, six grandes avenues s'offrent au Gouvernement du Québec pour accroître le financement public du système de santé – en plus des économies à prévoir grâce à une réorganisation du système : une hausse de la contribution du Gouvernement fédéral, une politique de croissance économique, une hausse du fardeau fiscal, une révision des priorités budgétaires du Gouvernement, le remboursement de la dette publique, et la création d'un fonds dédié capitalisé.

5.1.1 La contribution du Gouvernement fédéral

Depuis quelques années, les gouvernements fédéral et provinciaux tiennent un dialogue de sourds au sujet du financement des systèmes de santé provinciaux. D'une part, les provinces réclament sans cesse un accroissement de la contribution financière d'Ottawa, qui a sensiblement diminué depuis le milieu des années 1980 (Commission sur le déséquilibre fiscal, 2001). D'autre part, le Gouvernement fédéral est réticent à transférer des ressources financières supplémentaires aux provinces pour la santé sans que celles-ci s'engagent à entreprendre d'importantes réformes structurelles. Les récents rapports du Comité Kirby et de la Commission Romanow ont enjoint le Gouvernement fédéral à accroître les transferts aux provinces pour la santé, recommandation qui s'est concrétisée (en partie du moins) en février 2003 par un accord fédéral-provincial prévoyant une hausse des transferts aux provinces pour la santé.

Comme l'a analysé en détails la Commission sur le déséquilibre fiscal (2002), des hausses *ad hoc* et imprévisibles des transferts aux provinces ne constituent toutefois pas une réponse appropriée à la croissance des dépenses de santé. Le déséquilibre fiscal et la dynamique actuelle des relations fédérales-provinciales viennent clairement fausser le processus de choix collectifs en matière de soins de santé au Québec en rendant très difficiles les arbitrages entre les dépenses fédérales et provinciales (dont la santé). En ce sens, il s'avère donc primordial pour le Québec que tout déséquilibre fiscal existant avec le Gouvernement fédéral soit corrigé.

L'accord fédéral-provincial de février 2003 ou l'élimination du déséquilibre fiscal seront-ils suffisants pour faire face aux nombreuses pressions qui s'exercent sur le système de santé ? Vraisemblablement pas. Un indice de cela tient au fait que les difficultés liées au financement des systèmes publics de santé sont loin d'être l'apanage des seules fédérations. Les contraintes liées aux relations fédérales-provinciales sont importantes, mais elles ne doivent pas occulter les autres choix possibles, sur lesquels le Gouvernement du Québec dispose d'une marge de manœuvre significative.

5.1.2 La croissance économique

Il est évident que les problèmes du système de santé québécois sont exacerbés par la faiblesse relative de l'économie québécoise sur le continent. En particulier, le Québec est confronté à une croissance incessante de l'offre de nouvelles technologies médicales et de nouveaux médicaments. L'adoption de ces innovations est coûteuse, l'offre et les prix de celles-ci étant notamment déterminés en fonction de conditions économiques et de structures de marché prévalant à l'extérieur du Québec.

Les juridictions les plus riches éprouvent certes des problèmes avec leurs systèmes de santé. Par contre, ces juridictions disposent indiscutablement de plus de marge de manœuvre pour solutionner leurs problèmes de financement. La faiblesse relative de l'économie du Québec a pour effet de rendre encore plus difficiles les choix collectifs soulevés par la disponibilité de nouvelles technologies médicales. L'évolution présente et anticipée du système de santé doit donc être une occasion pour le Québec de revoir ses stratégies globales en matière de politique économique de manière à maximiser la croissance des recettes fiscales dans l'avenir, mais aussi à profiter de la relation positive entre le niveau de vie et l'état de santé de la population. Le choix des moyens à prendre en ce sens déborde cependant du champ de cette étude.

5.1.3 La hausse du fardeau fiscal

Le fardeau fiscal global des Québécois est parmi les plus élevés au monde. Au sein du G7, le Canada n'était dépassé à ce chapitre en 1999 que par la France et l'Italie (OCDE, 2001). Au chapitre de l'impôt sur le revenu des particuliers, le Canada occupait alors le premier rang du G7. Inutile de rappeler par ailleurs que les Québécois assument le fardeau fiscal le plus élevé au Canada. Le contexte actuel est caractérisé par des baisses d'impôt importantes dans plusieurs juridictions du continent et par une internationalisation des marchés. Dans le contexte continental actuel, les hausses d'impôt ne semblent clairement pas constituer une solution appropriée aux problèmes de

financement du système de santé. Qui plus est, une hausse du fardeau fiscal des Québécois risque de retarder encore davantage le rattrapage de l'économie québécoise, qui constitue le seul véritable gage de pérennité du système de santé public.

5.1.4 La révision des priorités du Gouvernement du Québec

La place qu'occupe l'État dans l'économie québécoise est un phénomène unique en Amérique du Nord. La taille de l'État québécois s'explique par une combinaison de facteurs, dont la pauvreté relative de l'économie, le caractère distinct de la population québécoise et de ses revendications politiques, et l'influence d'une certaine vision interventionniste du rôle de l'État dans l'économie. Rappelons cependant que le Québec, malgré le fardeau fiscal le plus élevé en Amérique du Nord et des dépenses publiques par habitant parmi les plus élevées, se retrouve bon dernier au chapitre des dépenses de santé par habitant.

À l'intérieur même de l'enveloppe budgétaire actuelle du Gouvernement du Québec, il existe donc une certaine « marge de manœuvre » qui permettrait, par exemple, de combler l'écart entre le Québec et les autres provinces au chapitre des dépenses de santé par habitant, estimé précédemment à environ 2,4 milliards de dollars par année. Au-delà de la résolution du déséquilibre fiscal, il est donc *possible* de répondre aux problèmes du système de santé québécois par un contrôle accru des dépenses dans les autres secteurs d'intervention de l'État. Une telle réallocation des dépenses du Gouvernement requerra cependant des choix politiques potentiellement difficiles, nécessitant une analyse rigoureuse et approfondie de l'ensemble des dépenses publiques (et non seulement des dépenses de santé).

5.1.5 Le remboursement de la dette publique

Tel que discuté au chapitre 4, une stratégie cohérente de remboursement de la dette publique pourrait faire partie d'un arsenal de politiques permettant de contrer, à plus long terme, les pressions sur les finances publiques découlant de l'effet de composition (vieillessement), mais aussi de l'effet d'enrichissement (technologie). Selon Joanis et Montmarquette (à paraître), commencer à rembourser la dette publique dès aujourd'hui libérera progressivement une marge de manœuvre supplémentaire dans les finances publiques québécoises, qui devrait permettre d'amortir les pressions associées au vieillissement de la population au moment où celles-ci se feront le plus sentir. Un tel argument est également défendu par Oreopoulos et Vaillancourt (1998) pour le Canada dans son ensemble.

5.1.6 Une caisse-santé pour se prémunir contre le vieillissement de la population ?

Au cours des dernières années, plusieurs commentateurs se sont faits les partisans d'une option originale pour faire face aux défis du vieillissement de la population : une « caisse-santé » capitalisée. Des versions d'une telle proposition ont notamment été formulées par

la Commission Clair et par Robson (2001)²⁴. L'idée est séduisante : accumuler des sommes dès aujourd'hui dans un fonds spécial dont les décaissements ne seraient autorisés que lorsque les impacts du vieillissement de la population seront à leur sommet. On peut alors envisager au moins deux modèles de caisse-santé : un modèle (celui de Robson) où les décaissements sont effectués par le gouvernement, et un modèle (celui de la Commission Clair) où les décaissements sont effectués directement par les individus dans le cadre d'un régime d'assurance (contre la perte d'autonomie, par exemple, comme le proposait la Commission).

Malgré ses bonnes intentions, la mise en place d'une caisse-santé présente plusieurs inconvénients. Le plus souvent évoqué est la quasi-impossibilité d'assurer que la caisse sera effectivement utilisée aux fins auxquelles elle est destinée. L'exemple de l'assurance automobile au Québec et celui de l'Assurance-emploi sont particulièrement évocateurs à cet égard. D'autre part, comment définir avec exactitude les besoins futurs ? Compte tenu de l'incertitude face à l'avenir et du développement phénoménal des technologies médicales, comment légiférer aujourd'hui sur des décaissements à effectuer des décennies plus tard ? Devrait-on également prévoir une caisse capitalisée fédérale pour les pensions de vieillesse, comme le propose Robson ? Comment s'assurer que la santé sera encore la priorité des gouvernements et de la population dans 20 ans ?

En théorie, la création d'un fonds capitalisé est équivalente au remboursement de la dette, nonobstant la différence de taux d'intérêt entre les emprunts et les placements. La question cruciale est donc la suivante : la création d'un fonds capitalisé constitue-t-elle une aussi bonne politique en matière de prudence financière que le remboursement de la dette ? Des considérations d'ordre politique entrent également en ligne de compte. En effet, la création d'une « caisse santé » pourrait être une alternative intéressante au remboursement de la dette s'il s'avère difficile de « vendre » le remboursement de la dette à la population. Les sondages réalisés pour le compte de la Commission sur le déséquilibre fiscal (2002) sont révélateurs à cet égard. Lorsque placés face à des choix alternatifs d'allocation des surplus budgétaires des gouvernements, les Québécois préféreraient de loin une amélioration des programmes sociaux (37%) et une baisse des impôts (34%) au remboursement de la dette (24%). Ces données font encore une fois ressortir l'arbitrage crucial entre dépenses aujourd'hui et dépenses dans le futur qui est sous-jacent à la problématique du vieillissement de la population.

5.1.7 La croissance du financement public : un défi de taille

Il ressort de cette section que la hausse du financement public de la santé présente un défi de taille au Gouvernement. *Si l'on élimine l'option d'une hausse du fardeau fiscal pour des raisons liées à la compétitivité de l'économie québécoise, une hausse de la participation fédérale et une révision des priorités budgétaires du Gouvernement du Québec apparaissent aujourd'hui comme les seules véritables options disponibles – à moins d'un rattrapage significatif de l'économie québécoise par rapport à celles des*

²⁴ Voir aussi Feldstein (1999) et Hogan et Hogan (2002).

juridictions voisines. La marge de manœuvre additionnelle ainsi dégagée pourrait être utilisée pour s’attaquer directement aux problèmes actuels du système de santé. **Parallèlement, le vieillissement de la population commande l’adoption dès aujourd’hui de mesures de prudence budgétaire, le remboursement de la dette au premier plan.**

L’effet d’enrichissement – dont un symptôme est la volonté exprimée par plusieurs de voir la couverture de l’assurance maladie s’étendre à de nouveaux domaines – présente quant à lui un défi bien particulier. En effet, comment parvenir à une expansion de la couverture des services de santé sans accroître le fardeau fiscal des contribuables ? La section suivante fait l’inventaire des pistes de solution à ce problème qui impliqueraient une croissance des contributions privées plutôt que du financement public.

5.2 L’accroissement de la contribution du secteur privé

Le secteur privé intervient de deux manières dans le système de santé québécois : dans la fourniture des services de santé et dans leur financement. Une proportion importante des actes médicaux sont actuellement pratiqués dans des établissements privés et sont donc fournis privément. Par contre, la totalité de la facture est généralement assumée par le Gouvernement. Il y a donc financement public intégral des actes « médicalement requis » puisque aucune contribution individuelle n’est exigée des patients²⁵. La place du secteur privé varie cependant dans le temps, ainsi que d’un domaine de soins à l’autre comme en témoigne le tableau 4. Cette répartition varie aussi entre les provinces canadiennes et, plus encore, d’un pays à l’autre (voir Cutler, 2001, et Hughes Tuohy *et al.*, 2001).

Tableau 4 : Rôles des secteurs public et privé dans le système de santé québécois

Domaine	Fourniture des services	Financement
Actes médicalement (et socialement) requis	Publique (CH, CLSC) et privée (cliniques privées)	Public (RAMQ)
Actes non médicalement requis (soins dentaires, optométriques, etc.)	Privée	Public (fonds consolidé, pour les prestataires de l’Assistance-emploi) et privé (assurances collectives et contributions privées)
Médicaments	Publique (CH) et privée (pharmacies)	Public (MSSS, RAMQ) et privé (franchises, co-assurances, primes, assurances collectives)
Hébergement et soins de longue durée	Publique (CH, CHSLD) et privée (CHSLD, organismes communautaires, etc.)	Public (MSSS) et privé (assurances collectives, contributions privées)

Note : Le tiers environ des CHSLD, ainsi que quelques autres établissements, possèdent un statut d’établissement privé, « conventionné » (recevant un certain financement public) ou « non-conventionné » (sans financement public).

²⁵ Cette affirmation ne tient évidemment pas dans le cas des médecins offrant leurs services à l’extérieur du régime public.

Or de plus en plus de voix s'élèvent au Québec et au Canada pour reprocher au système de santé actuel de laisser trop peu de place aux choix individuels. Selon certains, les individus qui le désirent (et qui en ont les moyens) devraient pouvoir payer pour obtenir des services de santé. Toujours selon certains commentateurs, il n'est pas acceptable que les individus soient privés d'une certaine liberté de choisir leur médecin, leur hôpital, leur traitement, le moment où ils peuvent recevoir celui-ci, etc. Pour d'autres aussi, l'accroissement des contributions du secteur privé constitue la réponse naturelle à la rareté des ressources publiques. C'est de ce dernier point de vue qu'est abordée ici la problématique d'une hausse de la contribution du secteur privé au Québec, avec en toile de fond le rôle que pourrait jouer ce secteur dans la réorganisation et le développement du système.

5.2.1 Une part croissante de dépenses privées

Comme le montre la figure 17, on assiste pourtant depuis 20 ans à une hausse très nette de la part du financement privé dans les dépenses totales de santé au Québec, due notamment à l'effet du ralentissement de la croissance des dépenses publiques au cours des années 1990. Le rapport Arpin rejetait l'hypothèse d'une « privatisation passive » du système pour la période 1989-1998, observant que la part du privé n'avait augmenté que dans des catégories de dépenses déjà majoritairement privées (médicaments, autres professionnels), diminuant dans celles où domine le financement public (médecins, hôpitaux). Le rapport soulignait que la croissance des dépenses privées avait elle aussi ralenti et concluait que les dépenses privées ne s'étaient pas substituées aux dépenses publiques dans les domaines généralement couverts par la RAMQ. En revanche, la Commission Romanow semblait donner un sens différent à l'expression²⁶, laissant entendre dans un document d'information qu'une privatisation passive était « probable » au Canada puisque la tendance observée refléterait les possibilités croissantes de substitution entre des services couverts et des services non couverts. Des données anecdotiques semblent par ailleurs suggérer que les contributions directes au point de service sont en hausse dans le réseau québécois, surtout pour certains services « complémentaires » (par exemple les injections), ce que reconnaissait le rapport Arpin.

Un second phénomène bien réel, que le Comité Arpin jugeait maîtrisé par des contraintes économiques importantes²⁷, est la disposition de plusieurs individus, devant les longs délais d'attente pour certains services, à payer de leur poche une somme d'argent – surtout lorsque celle-ci est faible – qui leur permette de continuer à voir leur ancien médecin, d'éviter un déplacement, d'éviter des délais plus longs dans un autre point de service, etc. L'existence d'un tel phénomène est problématique dans la mesure où elle suppose, à terme, que les patients assument la totalité du risque de maladie (ce que permet notamment d'éviter l'assurance santé). ***Le recours à des contributions directes***

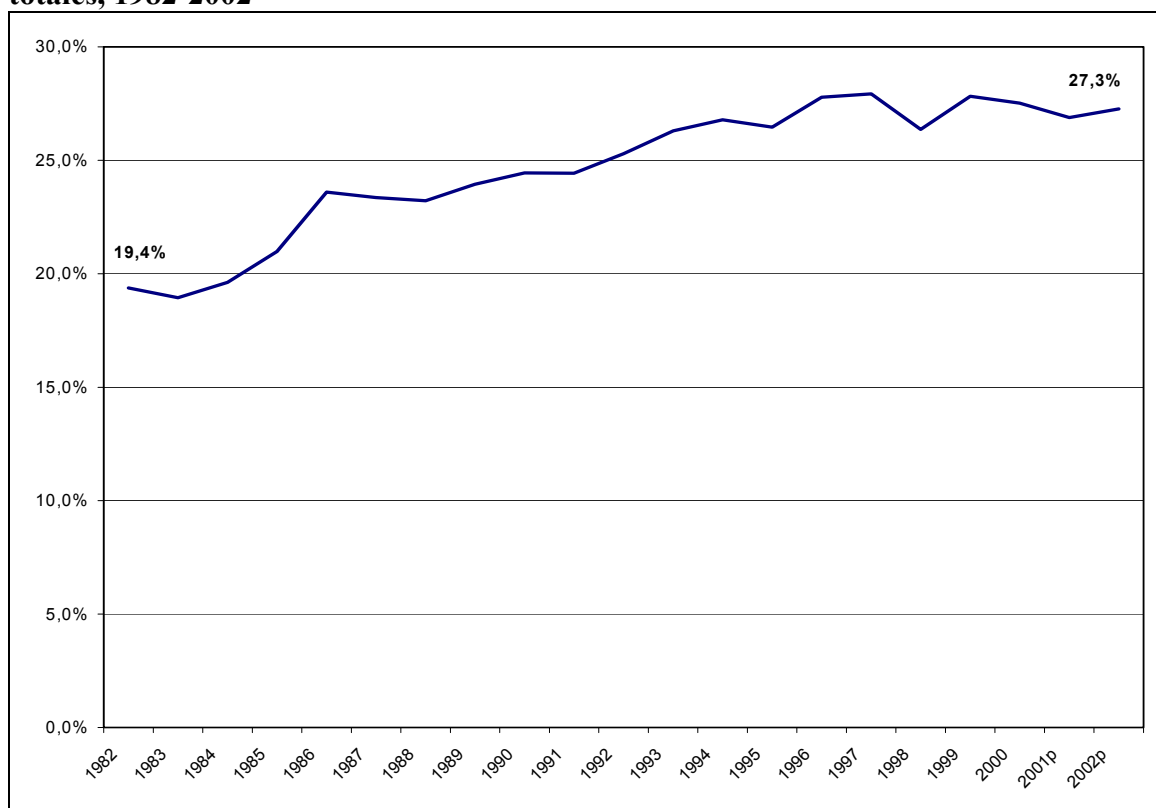
²⁶ Hughes Tuohy *et al.* (2001) désignent par « privatisation passive » un processus d'expansion des secteurs de soins financés privément jumelée à une croissance inférieure des dépenses dans les secteurs financés publiquement, ce qui résulte en une part décroissante de ces dernières dans les dépenses totales.

²⁷ La plus forte étant l'interdiction faite aux individus de s'assurer privément pour des services par ailleurs couverts par la RAMQ.

pour obtenir des soins, déjà possible auprès de médecins désengagés de la RAMQ mais freiné par des contraintes indirectes significatives, pourrait rester attrayant tant que certaines catégories de malades se sentiraient brimés – notamment par des délais d’attente trop longs²⁸.

Ces phénomènes montrent clairement la place accordée au financement privé des soins de santé au Québec. Le reste de cette section discute quatre ensembles d’options envisageables pour accroître – en termes relatifs ou absolus – cette participation du secteur privé : les contributions individuelles liées à l’utilisation, en partie abordées plus haut; les régimes d’assurance privés; les régimes capitalisés; et les « autres contributions » du secteur privé.

Figure 17 : Dépenses privées de santé au Québec en pourcentage des dépenses totales, 1982-2002



Sources : ICIS et Statistique Canada.

Note : p = prévision

²⁸ Les statuts de « désengagé » et de « non-participant » ne concernaient que 47 médecins québécois en 1998 (rapport Arpin). Ce nombre était cependant passé à 75 en juin 2003, incluant 27 omnipraticiens (RAMQ, 2003). Une « solution » à l’émergence d’une éventuelle tendance à la hausse, politiquement difficile vu le statut historique des médecins au Québec, serait d’interdire légalement à ces derniers de pratiquer hors du système.

5.2.2 Les contributions individuelles liées à l'utilisation

Malgré ce qui est souvent véhiculé dans le discours public, les contributions individuelles liées à l'utilisation des services de santé sont déjà bien présentes au Québec. En effet, il est possible de payer directement pour de nombreux services diagnostiques; plusieurs services ne sont tout simplement pas couverts par l'assurance maladie (soins dentaires, soins optométriques, prothèses, soins de longue durée, soins à domicile, etc.); le régime public d'assurance médicaments exige le paiement d'une franchise et d'une coassurance; certains patients paient directement de leur poche pour des services médicaux dispensés par des médecins exerçant à l'extérieur ou en marge du système de paiement de la RAMQ; etc.

Dans ce contexte, un recours accru à des contributions individuelles directes est-il une solution aux problèmes de financement du système de santé ? De nombreuses variations sur ce thème ont été proposées au cours des dernières années au Canada. Le rapport Arpin proposait un accroissement de la contribution des usagers pour les services non médicalement requis. Le rapport Montmarquette sur l'assurance médicaments recommandait l'accroissement de la franchise et de la coassurance du régime public dans une optique d'autofinancement de sa portion « adhérents ». Les rapports Roddick en Colombie-Britannique et Mazankowski en Alberta se montraient également ouverts à des frais d'utilisation pour certains services (urgences, cliniques sans rendez-vous, soins de longue durée). Tout un pan de la littérature canadienne propose aussi la modulation des impôts payés en fonction de l'utilisation faite des services de santé au cours de l'année. Cette avenue est notamment envisagée par le Comité Roddick, *Aba et al.* (2002) et Blomqvist (2002). Des propositions visant l'accroissement des contributions individuelles ont également été formulées par Gordon *et al.* (1998) et Reuber et Poschmann (2002).

Le principal argument des tenants d'un accroissement des contributions individuelles est lié à l'idée qu'il existe une surutilisation de certains services de santé, qui serait notamment due au risque moral associé à l'absence de franchise dans le régime d'assurance santé. Dans un contexte de fortes pressions à la hausse sur les dépenses de santé, les frais d'utilisation sont vus à la fois comme une façon efficace de restreindre la demande de soins et d'accroître les ressources financières du système. Les propositions en ce sens s'appuient toutefois sur une conjecture – la surconsommation de soins – qui est loin d'avoir été démontrée par la littérature empirique. En fait, la littérature montre que les frais d'utilisation réduisent effectivement la demande de soins, mais que tant la demande « nécessaire » que la demande « superflue » sont affectées par de tels frais. Un tel constat soulève d'épineuses questions. Par exemple, est-il désirable de limiter la demande de soins « nécessaire » ? De surcroît, est-il souhaitable de le faire d'une manière régressive, c'est-à-dire plus susceptible d'affecter les individus les moins nantis ? Certains travaux empiriques récents montrant les importants bénéfices nets associés à de nombreux traitements médicaux soulèvent de sérieux doutes à l'égard des mesures de contrôle de la demande de soins (Cutler et McClellan, 2001). C'est notamment pour ce genre de raisons que l'accroissement des contributions individuelles a été rejeté par la plupart des groupes chargés d'analyser le système de santé au Canada (incluant le Comité Kirby et les commissions Romanow, Clair et Fyke) et devrait en conséquence être évité.

5.2.3 L'assurance santé

Les problèmes associés aux contributions individuelles directes liées à l'utilisation de services de santé constituent la principale justification de l'assurance santé. Celle-ci permet aux individus de minimiser le risque financier associé à la maladie, grâce à la mise en commun des risques d'un grand nombre d'individus. Les régimes d'assurance diffèrent les uns des autres selon plusieurs critères tels que l'ampleur de la couverture, la multiplicité des options, la fourniture publique ou privée, l'existence et le niveau de coassurance et de franchise, le caractère obligatoire de l'assurance, et la possibilité de discriminer en fonction du risque individuel.

Présentement, au Québec, deux types d'assurance santé ont un caractère obligatoire : l'assurance maladie²⁹ et l'assurance médicaments. L'assurance maladie couvre l'ensemble des soins médicalement et socialement requis, elle est financée par l'impôt et administrée par un monopole public (la RAMQ), et elle ne comporte ni franchise ni coassurance. Quant à l'assurance médicaments, elle couvre les médicaments d'ordonnance, elle peut être contractée auprès du régime public (financé par des primes et par l'impôt) ou de l'un des régimes privés disponibles (financés par des primes seulement), et elle comprend habituellement une franchise et une coassurance. Plusieurs Québécois disposent également d'une assurance santé complémentaire privée, généralement contractée par l'entremise de leur employeur, afin de couvrir un certain nombre de services de santé non couverts par l'assurance maladie (dont, souvent, les médicaments d'ordonnance). Ce type d'assurance, financé par des primes, comporte diverses combinaisons de franchises et de coassurances.

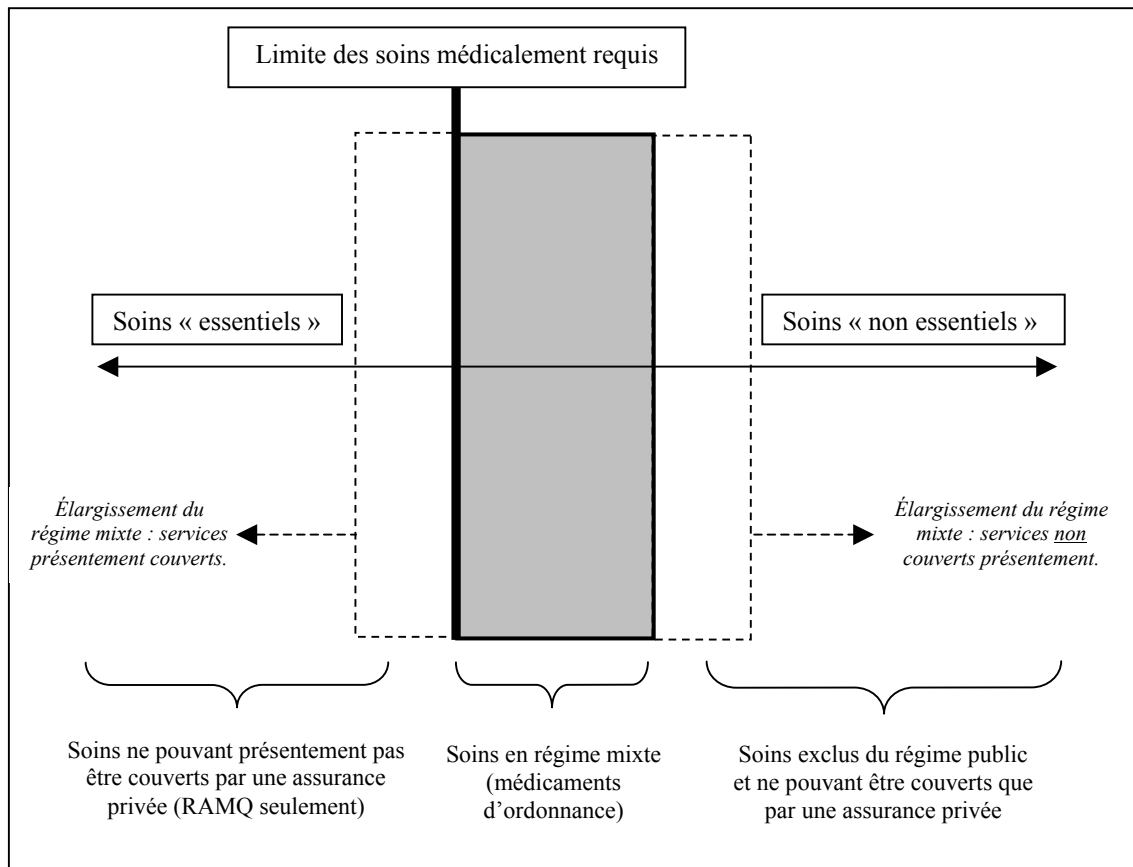
Plusieurs études et rapports récents, le rapport Romanow étant le dernier en date, insistent sur la nécessité d'accroître la couverture de l'assurance maladie. Cette tendance à l'expansion de l'assurance maladie constitue sans doute la pression la plus importante sur les dépenses de santé; il s'agit en fait de la manifestation la plus concrète de l'effet d'enrichissement discuté précédemment. Au Canada, plusieurs réclament d'abord l'élargissement de l'assurance maladie pour y inclure les médicaments d'ordonnance³⁰. À ce chapitre, le Québec est à l'avant-garde avec son régime d'assurance médicaments universel (obligatoire) décrit plus haut. La principale caractéristique de ce régime est d'être mixte, c'est-à-dire que de nombreux régimes d'assurance privés cohabitent avec un régime public. À cet égard et à plusieurs autres, le régime québécois d'assurance médicaments reste encore jeune et perfectible. Il faudra donc en assurer un suivi serré au cours des prochaines années, mais le rapport Montmarquette laissait déjà entendre fin 2001 que le régime était un succès, en recommandant de ne pas le remplacer par un régime universel public.

²⁹ L'assurance maladie est obligatoire au sens où tout citoyen est tenu de participer à son financement par le biais de la fiscalité. Chacun reste ensuite libre d'utiliser ou non la couverture dont il bénéficie.

³⁰ Voir notamment Blomqvist et Xu (2001).

Afin d'illustrer les différents types de couverture d'assurance, le schéma 2 propose de considérer l'ensemble des soins de santé disponibles à un moment donné comme un continuum. À gauche se trouvent les soins « essentiels » (avec toutes les nuances qui s'imposent), catégorie qui englobe la plupart des soins les plus aigus et les plus coûteux. En se déplaçant vers la droite, les soins deviennent de moins en moins « essentiels », de moins en moins aigus et, souvent, de moins en moins coûteux à l'unité. Par exemple, les chirurgies cardiaques se situent à l'extrême gauche de ce continuum simple et les soins à domicile, plus à droite. Notons également que les premiers se situent à gauche de la ligne de démarcation des soins considérés comme médicalement requis et que les seconds sont à droite, n'étant généralement pas couverts par les régimes provinciaux d'assurance maladie. Rappelons cependant que toute tentative de classement des soins de santé entre soins « essentiels » et « non essentiels » (ou, de façon équivalente, entre soins « médicalement requis » et « non médicalement requis » selon la terminologie de la *Loi canadienne sur la santé*) reste arbitraire.

Schéma 2 : L'élargissement de la couverture de l'assurance santé au Québec



L'élargissement pur et simple du panier de soins couverts, proposé entre autres par la Commission Romanow, correspond dans ce modèle à un déplacement vers la droite de la ligne de démarcation des soins médicalement requis. Pour atteindre un objectif de couverture élargie, il est également possible de procéder à un « étirement vers la droite » du régime mixte (soit la zone grisée, où ne se trouvent actuellement que les médicaments

d'ordonnance); c'est là un premier cas où l'extension du régime mixte peut être considérée. Un second scénario est également envisageable dans ce modèle : « étirer vers la gauche » le régime mixte, c'est-à-dire étendre la couverture en régime mixte à des soins déjà couverts actuellement par l'assurance maladie. De nombreux autres scénarios, pouvant ou non être analysés dans ce cadre, pourraient aussi être imaginés³¹.

Si le déplacement de la ligne de démarcation reste possiblement un choix à privilégier, une telle politique peut s'avérer difficile dans le contexte actuel des finances publiques québécoises. Or le principal avantage d'un régime mixte est qu'il permet justement d'étendre le panier de soins couverts à un coût relativement faible pour le gouvernement³². Un régime mixte offre aussi l'avantage notable de s'arrimer aisément aux institutions actuellement en place, comme en témoigne l'expérience de l'assurance médicaments. Un tel régime présente par ailleurs plusieurs inconvénients, en théorie du moins, qui peuvent cependant être atténués par des mesures appropriées. Le principal problème en est un de sélection adverse, c'est-à-dire que les assureurs privés ont intérêt à se délester des moins bons risques (qui se retrouvent généralement assurés par le gouvernement). En conséquence, le régime public risque de ne pas être soutenable au sens actuariel du terme, et ce d'autant plus que le risque moral correspondant est grand. Une contribution de la fiscalité générale peut par exemple réduire grandement l'impact de ces phénomènes.

De nombreux auteurs et rapports ont par ailleurs souligné la nécessité de revoir la « ligne de démarcation », qui correspond en gros à l'esprit de la *Loi canadienne sur la santé*, avant même de songer à la déplacer. Des services présentement non couverts par l'assurance maladie (comme certains médicaments d'ordonnance) pourraient en fait avoir leur place à gauche de la ligne de démarcation, certains services couverts (par exemple des consultations médicales de routine ou des chirurgies électives mineures) devant plutôt se trouver à droite de cette ligne. L'objet de la présente étude n'est pas d'identifier précisément quel devrait être le panier de soins assuré par le monopole public. En tenant compte des problèmes liés à la *Loi canadienne*, nous proposons toutefois, en raison des problèmes de financement du système public, d'envisager la possibilité que certains services de santé « moins essentiels » puissent, tout en continuant à être couverts par une assurance publique, être (par exemple) inclus dans les régimes d'assurance complémentaires privés selon des termes et des conditions qui restent à définir³³. Le Législateur fédéral, s'il désire suivre la recommandation de la Commission Romanow d'élargir la couverture de l'assurance santé, pourrait ainsi transformer en partie l'obligation d'un régime universel public en une assurance obligatoire assortie de conditions non discriminatoires.

³¹ Comme par exemple le recours à l'assurance privée obligatoire.

³² L'impact d'un tel régime sur les finances publiques est limité, puisque le gouvernement ne gère qu'une partie de l'assurance à gérer.

³³ Il ne faudrait pas minimiser l'importance de ces conditions, *surtout dans le cas de services actuellement couverts*. Celles-ci (dont l'accessibilité et le caractère obligatoire) devront être minutieusement étudiées et définies. Le contexte institutionnel et les incitatifs risquent en effet de différer grandement de ceux du régime d'assurance médicaments.

Ce deuxième scénario d'extension du régime mixte ne consiste pas à « désassurer » des services, mais bien à étudier la possibilité d'en transférer certains du régime universel *public* vers un régime universel *mixte*. Dans le cadre d'analyse proposé au schéma 2, cela correspond à un étirement de la zone ombrée à gauche de la ligne de démarcation, ce qui reviendrait à briser le lien entre services « médicalement requis » et assurance *publique* universelle. Ce mouvement, en plus de réduire la portion du financement à la charge de l'État, pourrait permettre de hausser les dépenses pour les services demeurant dans le régime universel public, par exemple pour stimuler l'amélioration de l'état de santé ou simplement pour offrir des traitements de meilleure qualité. Il pourrait aussi permettre d'inclure dans l'assurance universelle publique des services présentement laissés à l'assurance privée volontaire, ou encore de fournir une partie du financement public accru évoqué dans le premier scénario d'élargissement (« à droite ») du régime mixte. Le transfert en régime mixte de services actuellement couverts pourrait donc déboucher sur une expansion de la couverture de l'assurance santé entièrement publique, tel que prôné par le rapport Romanow, mais il pourrait aussi dégager une marge de manœuvre qui permette une éventuelle translation vers la droite de la zone grisée *et* de la ligne de démarcation.

Dans l'ensemble, ces propositions d'expansion d'un régime mixte peuvent être vues d'abord comme une manière de financer des dépenses accrues aujourd'hui, pour de nouveaux services, afin de profiter autant que possible de l'amélioration de l'état de santé (par exemple via la prévention; voir plus haut). Elles se présentent également, accompagnées ou non d'une hausse du financement public, comme une réponse aux pressions futures, caractéristiques de l'effet d'enrichissement, pour élargir la couverture de l'assurance santé et adopter de nouveaux traitements. Il importe de remarquer que cette proposition diffère de celle parfois soulevée par les tenants d'un véritable système de santé « parallèle » où l'alternative avouée à l'assurance publique serait la contribution individuelle directe (non assurée) : il ne s'agit pas ici de remettre en question le modèle actuel de la « première ligne » constituée de cliniques privées et d'établissements publics (CLSC), bien que celui-ci doive être significativement amélioré. Les deux catégories de cliniques doivent continuer à soigner tous les patients, aucune ne devant pouvoir discriminer entre les types d'assurés. Nous sommes cependant d'avis que l'arrivée de nouvelles ressources dans le réseau conjuguée à une certaine implication des compagnies d'assurance pourrait créer un contexte propice à l'amélioration des conditions d'exercice de la médecine de première ligne.

Il faut par ailleurs insister sur le fait que l'argument en faveur d'un régime mixte versus un régime universel public n'est pas idéologique. Il ne dépend pas non plus de considérations liées aux éventuels effets bénéfiques d'une cohabitation entre secteurs public et privé, tels que l'incitation à l'innovation, même s'il est probable que ce modèle puisse engendrer un développement socialement profitable de produits d'assurance et de soins de santé. ***Dans la foulée de l'expérience de l'assurance médicaments, un régime mixte apparaît surtout comme une alternative particulièrement attrayante à d'autres options – comme une hausse du fardeau fiscal – pour financer un « enrichissement » de l'assurance santé et, dans une moindre mesure, pour améliorer l'état de santé de la population vieillissante. Cette proposition est donc d'abord motivée par des***

considérations de finances publiques et ne domine pas, en absolu, un régime universel public étendu et amélioré financé grâce à un rattrapage de l'économie du Québec.

D'ailleurs, la couverture (mixte) d'un plus grand nombre de services de santé risque fort d'impliquer un financement public plus important, afin notamment de couvrir les coûts associés aux moins bons risques qui se retrouveraient couverts par le régime public. Les propositions étayées ici ne constituent donc pas une solution « mur à mur » aux problèmes de financement du système de santé; elles doivent être vues comme des *compléments* à un financement public accru, et non seulement comme des *alternatives* à celui-ci.

Ces propositions semblent compatibles avec les analyses du rapport Arpin – qui proposait une telle formule pour les orthèses/prothèses et les services de réadaptation – et avec la « caisse vieillesse » préconisée par la Commission Clair. Elles sont également en phase avec l'analyse de plusieurs auteurs canadiens et étrangers, incluant Blomqvist (2002), Forget (2002), Stabile (2001) et Breyer et Haufler (2000). Contrairement au système actuel permettant les contributions individuelles directes comme soupape aux pressions sur l'assurance publique, l'expansion du régime mixte permettrait d'assurer la fourniture à tous d'un plus grand nombre de services, et ce sans pour autant mettre en péril la composante redistributive du système actuel de soins de santé³⁴. Elle aurait enfin le mérite de permettre une augmentation raisonnable des dépenses *totales* de santé, qui, selon certains autres observateurs, devraient être la préoccupation centrale³⁵.

5.2.4 Les régimes capitalisés et les « comptes d'épargne santé »

Nous avons déjà abordé la question du préfinancement global des dépenses de santé futures à la section 5.1, notant l'intérêt de lui préférer une politique de remboursement de la dette publique pour faire face aux effets du vieillissement. Trois récents comités d'étude sur le système de santé au Canada ont cependant proposé d'étudier l'opportunité de mettre en place des régimes *individuels* capitalisés. Il s'agit du régime d'assurance capitalisé contre la perte d'autonomie de la Commission Clair et des comptes d'épargne médicaux des comités Mazankowski et Roddick³⁶. Les arguments qui sous-tendent ces derniers sont liés au préfinancement des dépenses de santé et à la responsabilisation des individus face à celles-ci. Pour les raisons évoquées plus haut cependant, il y a lieu d'être sceptique devant l'idée d'orienter une partie des fonds que les individus sont prêts à investir aujourd'hui en santé dans des fonds capitalisés plutôt que de les investir directement aujourd'hui dans le système. Les comptes d'épargne médicaux ne sont probablement pas une solution appropriée aux problèmes de financement du système québécois de santé; ils pourraient même faire augmenter les dépenses publiques de santé (Forget *et al.*, 2002). Plusieurs commentateurs se sont d'ailleurs opposés à ces comptes,

³⁴ Breyer et Haufler (2000) suggèrent toutefois qu'un système d'assurance santé ne devrait effectuer de redistribution qu'entre les et les mauvais risques, laissant la redistribution du *revenu* à la fiscalité.

³⁵ Voir par exemple l'intervention de Robert Evans devant la Commission Clair (rapport final, p. 374).

³⁶ Parmi les tenants de ces comptes d'épargne médicaux, notons également Migué (2002).

invoquant par exemple le caractère inconclusif des expériences connues dans le monde (Hanvoravongchai, 2002) ou des caractéristiques non désirables eu égard aux grands principes sous-tendant les systèmes de santé canadiens (Hurley, 2001). En fait, une bonification des incitations à l'épargne par l'entremise de véhicules déjà existants (comme le REÉR) permettrait peut-être l'atteinte de l'un des objectifs, soit la responsabilisation des individus face à leur situation financière à la retraite.

Le régime individualisé proposé par la Commission Clair s'apparente toutefois à notre proposition d'élargissement de l'assurance santé par l'entremise de régimes d'assurance mixtes. Il s'agit « d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie, sur une base de capitalisation » (recommandation 29), qui diffère de l'idée d'une caisse santé tel qu'explicité à la section 5.1. La perte d'autonomie n'est pas actuellement un « risque » couvert par l'assurance publique; il est possible d'imaginer qu'elle devienne couverte par un régime mixte – que la Commission Clair suggérerait d'ailleurs d'explorer pour un certain nombre de services à définir (recommandation 20). Or compte tenu du lien entre les dépenses de santé et l'âge, tout régime d'assurance contre la perte d'autonomie contient nécessairement un élément de capitalisation (au moins implicite), ce qui rapproche incontestablement notre proposition de la recommandation contenue dans le rapport de la Commission.

5.2.5 Les autres contributions du financement privé

La littérature contient plusieurs autres propositions visant l'accroissement de la contribution du secteur privé. Par exemple, la plupart des groupes d'étude favorisent les partenariats public-privé dans l'offre de soins (Arpin, Clair, Kirby, Roddick, Mazankowski). Quant à la vente de services médicaux aux étrangers, elle ne fait pas consensus, le Comité Mazankowski la favorisant mais le Comité Arpin s'y opposant. Ce dernier, comme la Commission Romanow, favorise également le recours à des contributions volontaires, par exemple l'achat d'ambulances par des clubs philanthropiques. Plusieurs de ces recommandations sont certainement intéressantes et méritent d'être étudiées. Si celles-ci peuvent jouer un rôle significatif une fois mises en œuvre de façon généralisée, il y a cependant peu de chances que ce type de mesures, à l'instar d'une réorganisation des services, permette à lui seul de résoudre les problèmes « structurels » de financement de la santé au Québec.

5.3 Agir rapidement pour éviter toute « privatisation passive »

Qu'une « privatisation passive » du système de santé existe ou non, il apparaît crucial d'éviter les phénomènes – réels ou envisageables – que l'expression cherche à décrire. Les choix posés au Gouvernement pour y faire face sont clairs : s'il est probable que davantage de ressources publiques puissent contrer ces phénomènes, il faut s'assurer que, face à des fonds publics limités, toutes les options soient envisagées. Ainsi, la mise en place d'un régime mixte similaire à celui de l'assurance médicaments ressort comme une avenue à explorer. Par exemple, une hausse des dépenses totales de santé pourrait réduire l'intérêt pour les professionnels de la santé de transiger avec les patients dans le cadre d'un « marché parallèle ». Une formule mixte pourrait permettre d'atteindre cet objectif, tout en étant compatible avec les institutions en place. Elle pourrait également s'avérer

politiquement intéressante pour accroître à court ou moyen terme la couverture de l'assurance santé, et ce à faible coût pour le Gouvernement.

Les Québécois ont donc le choix entre une hausse des contributions privées en santé et une augmentation du financement public accompagnée d'une plus grande discipline budgétaire, ou tout amalgame de ces deux options. Un accroissement de la « place du privé » n'est d'ailleurs pas limité au secteur de la santé; il pourrait même être envisagé en priorité dans d'autres domaines d'intervention de l'État – potentiellement moins sensibles aux questions d'équité inhérentes à la santé – comme les infrastructures de transport.

Avant de renoncer au caractère universel de son système de santé, qui est le plus souvent présenté comme un objectif à atteindre dans la littérature internationale, le Gouvernement du Québec doit prendre les moyens à sa disposition afin de tenter une réallocation de ses dépenses actuelles (et prévues), de manière par exemple à rattraper la moyenne canadienne des dépenses de santé par habitant. Cet exercice peut et doit être effectué peu importe l'issue de la question du déséquilibre fiscal, et ce, dès que possible. En effet, les compressions budgétaires des dernières années et les choix budgétaires québécois, caractérisés par de faibles dépenses de santé par habitant, ne sont certainement pas étrangers aux pressions des tenants d'une plus grande place du privé en santé. Les expériences internationales récentes en ce sens sont loin d'être concluantes (Hughes Tuohy *et al.*, 2001), ***mais il est clair que les pressions en faveur de contributions individuelles accrues (contre lesquelles il n'est pas possible de s'assurer au Québec) ne seront pas appelées à diminuer tant que l'attente pour certains services de santé n'aura pas sensiblement diminué***³⁷. ***Nous sommes par ailleurs d'avis que, si des contributions privées accrues – qui paraissent potentiellement bénéfiques – sont jugées nécessaires, une réflexion plus poussée est requise quant au design à privilégier pour l'assurance santé au Québec.*** Dans cette optique, le dernier chapitre précise le plan d'action que nous proposons aux deux ordres de gouvernement.

³⁷ Cela même si certaines études telles que Hamilton *et al.* (2001), dans le cas des chirurgies liées aux fractures de la hanche, signalent de très faibles effets de la longueur des listes d'attente sur la morbidité. C'est donc vraisemblablement la qualité de vie perdue dans l'attente des patients qui est en jeu.

6. Conclusion : des options pour financer la croissance

Dans le cadre de cette étude, nous avons effectué une analyse minutieuse des données québécoises sur les dépenses de santé, de la littérature scientifique et des nombreux rapports qui ont été produits récemment au Québec et au Canada pour étudier les réformes à entreprendre dans le secteur de la santé. Cette analyse nous a permis de dégager deux constats principaux :

1. Un consensus grandissant se dessine autour des besoins du système de santé et des investissements qu'il importe de mettre de l'avant afin de remédier à ces problèmes et d'adapter le système aux défis d'aujourd'hui et de demain.
2. Dans le contexte actuel et prévisible, caractérisé par le début du vieillissement de la population et le développement rapide des technologies médicales et pharmacologiques, il est tout à fait normal – voire souhaitable – que le secteur de la santé occupe une part croissante de l'économie québécoise dans l'avenir, ce qui n'a pas été le cas depuis 20 ans.

Les principaux éléments des consensus qui se dégagent dans la littérature et dans les recommandations des différents comités sont les suivants :

- Un virage vers une médecine préventive;
- Une réforme de la « première ligne »;
- Une révision des façons de faire, des responsabilités et des modes de rémunération des différents acteurs du réseau afin d'améliorer l'efficacité des organisations;
- Une extension de la gamme de services de santé disponibles afin de répondre aux besoins nouveaux d'une population vieillissante ayant des attentes croissantes;
- Un processus continu de révision de l'efficacité des différents traitements prodigués et des technologies diagnostiques et curatives disponibles;
- Une croissance des ressources humaines et financières à des endroits stratégiques du réseau afin de corriger les problèmes d'accessibilité.

Si certaines de ces actions nécessaires sont porteuses d'économies récurrentes à *long terme* liées à des organisations plus efficaces, il semble clair qu'une participation financière accrue des gouvernements *aujourd'hui* apparaît difficilement évitable – et ce même en supposant une plus grande contribution privée au financement. L'identification de nombreux besoins aujourd'hui et les pressions à venir sur les dépenses en raison de la combinaison des effets de composition et d'enrichissement – que nous avons documentés dans cette étude – placent les gouvernements devant un important défi en matière de finances publiques. L'analyse détaillée de ces problèmes de finances publiques était notre objectif prioritaire dans le cadre de la présente étude. Nos propositions *aux deux ordres de gouvernement*, qui découlent de l'analyse présentée ci-avant, peuvent être résumées ainsi.

Au *Gouvernement du Québec*, nous soumettons les propositions suivantes :

1. De façon générale :

- a) Un exercice rigoureux et généralisé d'évaluation de l'ensemble des priorités budgétaires.
- b) L'adoption de politiques économiques destinées à favoriser un rattrapage de l'économie québécoise face à ses voisins nord-américains.

2. Pour répondre aux problèmes actuels du système de santé, notamment en matière d'accessibilité :

- a) Des réinvestissements stratégiques dans le réseau afin d'inverser la tendance au rationnement par les listes d'attente.
- b) Sous réserve des changements à apporter à la *Loi canadienne sur la santé*, explorer la possibilité de recourir à un régime d'assurance mixte inspiré du régime québécois d'assurance médicaments pour certains services mineurs et peu coûteux, afin de décourager l'émergence d'un système de santé parallèle financé par des contributions individuelles non assurables et, éventuellement, de couvrir certains autres services pertinents en contrepartie.
- c) Poursuivre les efforts destinés à améliorer l'efficacité du système de santé par la mise en place d'incitatifs financiers et de mécanismes d'évaluation rigoureux appropriés.

3. Pour gérer l'inévitable croissance de l'importance de la santé dans l'économie québécoise :

- a) L'adoption immédiate de mesures de prudence financière. En accord avec l'analyse de Joanis et Montmarquette (à paraître), nous privilégions une politique de réduction progressive de la dette publique à la mise sur pied d'un fonds dédié pour la santé.
- b) Des investissements stratégiques dans le domaine de la médecine préventive et en santé publique.
- c) L'élargissement progressif des soins couverts dans le cadre d'une stratégie cohérente d'extension du modèle mixte de l'assurance médicaments.

Au *Gouvernement fédéral*, nous soumettons les propositions suivantes :

- 1. Entreprendre des démarches pour ajuster la *Loi canadienne sur la santé* de manière à introduire plus de flexibilité quant au caractère « public » et « intégral » de l'assurance maladie, au-delà d'un certain minimum absolu semblable à l'assurance catastrophique qu'on retrouve explicitement dans certains pays. Dans sa forme actuelle, il se pourrait que la *Loi canadienne*, en limitant les possibilités de croissance des dépenses *totales* de santé, contraigne la croissance du secteur de la santé et entrave les objectifs d'équité qui sous-tendent ses principes directeurs.
- 2. Réformer le Transfert canadien en matière de santé et de services sociaux (TCSPS) de manière à rendre sa croissance prévisible et compatible avec les pressions à venir dans les dépenses de santé des provinces. En accord avec le

rapport de la Commission sur le déséquilibre fiscal (2002), nous suggérons également (*dans le cas du Québec*) de remplacer le TCSPS actuel par un transfert inconditionnel et définitif d'un espace fiscal suffisant pour rétablir l'équilibre fiscal entre le Québec et le Gouvernement fédéral.

La problématique du financement du système de santé au Québec est pluridimensionnelle. Le Gouvernement fait face, d'une part, à des besoins d'investissement prioritaires aujourd'hui, tant en matière d'infrastructures que de soins à « potentiel de rendement » élevé à long terme. D'autre part, le vieillissement de la population sera à l'origine d'une croissance « mécanique » et relativement prévisible des dépenses de santé dans l'avenir. Enfin, les pressions de la demande et l'évolution rapide des conditions de l'offre (technologies médicales, etc.) rendent nécessaires des choix collectifs cruciaux, notamment en matière d'élargissement de la couverture de l'assurance maladie. Tous ces facteurs demandent que les gouvernements se dotent d'une vision cohérente en matière de financement des soins de santé. Or cette vision, qui se doit d'aborder les vraies questions, doit aussi se définir à l'extérieur de toute rhétorique politique et en évitant les écueils d'un débat stérile mené par des formules toutes faites telles que « système à deux vitesses ». Nous sommes d'avis que les pistes de solution proposées fournissent un bon cadre pour une telle réflexion.

Cette étude, qui s'inscrit dans la suite de l'analyse du rapport Arpin et de certaines recommandations de la Commission Clair, ne constitue qu'un premier pas. De nombreux éléments devront être analysés en détails dans le cadre d'un programme cohérent de recherche sur l'économie de la santé au Québec. Outre l'analyse détaillée de tout projet concret de mise en place d'un régime mixte pour certains services de santé, il apparaît primordial, de façon plus générale :

- D'analyser en détails, à l'aide de toutes les données existantes (notamment les données individuelles), l'expérience naturelle que constitue la mise en place du régime québécois d'assurance médicaments;
- De déterminer si les Québécois souhaitent *vraiment* une hausse des dépenses de santé au détriment des autres secteurs de dépenses (publiques ou totales) et, le cas échéant, dans quelle mesure;
- D'investiguer la rentabilité sociale des dépenses publiques, tant en santé que dans les autres domaines;
- D'améliorer les projections des dépenses de santé à long terme en projetant séparément dans le futur les différentes catégories de dépenses.

Entre temps, de nombreux éléments de réforme faisant consensus devraient être mis en œuvre : si tous s'entendent, qu'attendons-nous ?

Bibliographie

Aba, Shay, Wolfe D. Goodman et Jack M. Mintz (2002). *Funding Public Provision of Private Health: The Case for a Copayment Contribution through the Tax System*, Institut C.D. Howe, *Commentaire* no. 163, mai 2002.

Arpin : voir « Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec (1999) ».

Bédard, Denis (2000). *Le financement des soins socio-sanitaires : Une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, École nationale d'administration publique (ÉNAP), Observatoire de l'administration publique, janvier 2000.

Bedard, Kelly *et al.* (2000). "Needs-Based Health Care Funding: Implications for Resource Distribution in Ontario", *Revue canadienne d'économique* vol. 33 no. 4, novembre 2000.

Bilodeau, Daniel, Pierre-Yves Crémieux et Pierre Ouellette (2000). "Hospital Cost Function in a Non-Market Health Care System", *The Review of Economics and Statistics* vol. 82 no. 3, août 2000, pp. 489-498.

Blomqvist, Ake (2002). *Canadian Health Care in a Global Context: Diagnoses and Prescriptions*, Institut C.D. Howe, "Benefactors Lecture", 23 octobre 2002.

Blomqvist, Ake et Jing Xu (2001). *L'assurance médicaments au Canada: enjeux et options*, Santé Canada, document de travail 01-01, septembre 2001.

Breyer, Friedrich et Andreas Haufler (2000). "Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution", *International Tax and Public Finance* vol. 7, pp. 445-461.

Chernichovsky, Dov (2000). *The Public-Private Mix in the Modern Health Care System – Concepts, Issues, and Policy Options Revisited*, National Bureau of Economic Research (NBER), document de travail 7881, septembre 2000.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2002). *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*, Rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada, Sénat du Canada, octobre 2002.

Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un Régime universel public d'assurance médicaments au Québec (2001), *Pour un régime d'assurance médicaments équitable et viable*, Gouvernement du Québec, décembre 2001.

Clair : voir « Commission d'étude sur la santé et les services sociaux (2000) ».

Commission d'étude sur la santé et les services sociaux (2000). *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, Gouvernement du Québec, décembre 2000.

Commission on Medicare (2001). *Caring for Medicare: Sustaining A Quality System*, Gouvernement de la Saskatchewan.

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, Rapport final, novembre 2002.

Commission sur le déséquilibre fiscal (2001). *Les programmes de transferts fédéraux aux provinces*, Document d'information pour la consultation publique, Gouvernement du Québec, juin 2001.

Commission sur le déséquilibre fiscal (2002). *Pour un nouveau partage des moyens financiers au Canada*, Rapport, Gouvernement du Québec, mars 2002.

Conference Board du Canada (2002). *Projection des équilibres financiers des gouvernements du Canada et du Québec*, document préparé pour la Commission sur le déséquilibre fiscal, février 2002.

Conseil de la santé et du bien-être (2002). *Avis pour une stratégie du Québec en santé : Décider et agir*, Gouvernement du Québec.

Cutler, David M. (2001). "Health Care and the Public Sector", *Handbook of Public Economics*, mars 2001.

Cutler, David M. et Mark McClellan (2001). "Is Technological Change in Medicine Worth It?" *Health Affairs*, septembre/octobre 2001.

Cutler, David M. et Louise Sheiner (1998). *Demographics and Medical Care Spending: Standard and Non-Standard Effects*, National Bureau of Economic Research (NBER), Working Paper 6866, décembre 1998.

Denton, Frank T. et Byron G. Spencer (1998). *Economic Costs of Population Aging*, Research Institute for Quantitative Studies in Economics and Population (QSEP), QSEP Research Report no. 339, décembre 1998.

Donaldson, Cam, Craig Mitton et Gillian Currie (2002). *Managing Medicare: The Prerequisite to Spending or Reform*, Institut C.D. Howe, The Health Papers, *Commentaire* no. 157, janvier 2002.

Donaldson, Cam, Craig Mitton et Gillian Currie (2001). *Integrating Canada's Dis-Integrated Health System: Lessons from Abroad*, Institut C.D. Howe, The Health Papers, *Commentaire* no. 151, avril 2001.

Feldstein, Martin (1999). « Prefunding Medicare », *American Economic Review* vol. 89, no. 2, mai 1999.

Fellegi, Ivan P. (1988). «Pouvons-nous assumer le vieillissement de la société ?», *L'Observateur économique canadien*, Statistique Canada, octobre 1988.

Forget, Claude E. (2002). *L'intégralité dans le système public de santé: obstacle à un redressement véritable*, Institut de recherche en politiques publiques (IRPP), *Enjeux publics* vol. 3 no. 11, octobre 2002.

Forget, Evelyn L., Raisa Deber et Leslie L. Roos. "Medical Savings Accounts: Will They Reduce Costs?", *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 167, 2002, pp. 143-147.

Forum national sur la santé (1997). *La santé au Canada : Un héritage à faire fructifier*, Rapport final, Gouvernement du Canada.

Fraser Institute (2002). *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada (12th Edition)*, septembre 2002.

Fyke : voir « Commission on Medicare (2001) ».

Gordon, Michael, Jack Mintz et Duanjie Chen (1998). "Funding Canada's Health Care System: A Tax-based Alternative to Privatization", *Journal de l'Association médicale canadienne* vol. 159 no. 5, septembre 1998, pp. 493-496.

Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec (1999). *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec : rapport du groupe de travail*, Gouvernement du Québec, septembre 1999.

Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec (1999). *La présence du privé dans la santé au Québec : état détaillé de la situation*, Gouvernement du Québec, septembre 1999.

Guillemette, Yvan (2003). *Ralentir avec l'âge : Les répercussions inquiétantes du vieillissement de la population active sur le niveau de vie des Canadiens*, Institut C.D. Howe, *Commentaire* no. 182, mai 2003.

Hamilton, Barton H., Vivian Ho et Dana P. Goldman (2000). "Queuing for Surgery : Is the U.S. or Canada Worse Off?" *The Review of Economics and Statistics* vol. 82 no. 2, mai 2000, pp. 297-308.

Hanvoravongchai, Piya. *Medical Savings Accounts: Lessons Learned from International Experience*, Organisation mondiale de la Santé, EIP/HFS/PHF Discussion Paper No. 52, octobre 2002.

Health Services Review Committee (1999). *Health Services Review: Report of the Committee*, Gouvernement du Nouveau-Brunswick, février 1999.

Hogan, Seamus et Sarah Hogan (2002). *Quel effet aura le vieillissement de la population sur les besoins et les coûts liés aux soins de santé dans l'avenir prévisible ?*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, étude no. 25, octobre 2002.

Hughes Tuohy, Carolyn, Colleen M. Flood et Mark Stabile (2001). *How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshalling the Evidence from OECD Nations*, University of Toronto, mimeo.

Hurley, Jeremiah. *Medical Savings Accounts in Publicly Financed Health Care Systems: What Do we Know?*, McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis, Research Working Paper 01-12, December 2001.

Institut de la statistique du Québec (2001). *Enquête sociale et de santé 1998*, Gouvernement du Québec.

IRPP (2003). Lettre aux premiers ministres, Groupe de travail de l'IRPP sur les politiques de santé, Institut de recherche en politiques publiques (IRPP), 23 janvier 2003.

* Joanis, Marcelin et Claude Montmarquette (à paraître). *La dette publique : un défi prioritaire pour le Québec*, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), mimeo.

King, Phillip et Harriet Jackson (2000). *Public Finance Implications of Population Ageing*, Finances Canada, document de travail 2000-08.

Kirby : voir « Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2002) ».

Lehoux, Pascale (2002). *Une analyse critique de la valeur des technologies et des processus innovants peut-elle nous amener à concevoir de nouveaux instruments de régulation ?* Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, étude no. 37, novembre 2002.

Lu, Wen-Fong, Earl Bailey et Wei Li (2003). *The Impact of Population Ageing on Canadian Taxation*, document présenté à la Conférence économique 2003 de Statistique Canada, Ottawa, 12 et 13 mai 2003.

Mazankowski : voir « Premier's Advisory Council on Health (2001) ».

McKillop, Ian (2002). *Les règles financières en tant que catalyseurs du changement dans le système de soins de santé du Canada*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, étude no. 19, septembre 2002.

Mérette, Marcel (2002). *The Bright Side: A Positive View on the Economics of Aging*, Institut de recherche en politiques publiques (IRPP), *Choices* vol. 8 no. 1, mars 2002.

Migué, Jean-Luc (2002). *Financement et production des services de santé : perspectives et voies de solution*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, étude no. 10, août 2002.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). Répertoire des établissements, site web du MSSS : <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/reseau/etabliss.htm>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Rapport comparatif sur la santé de la population québécoise et sur la performance du système de santé québécois : Indicateurs et tendances*, Gouvernement du Québec, septembre 2002.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000). *Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec*, Gouvernement du Québec, document d'information, juin 2000.

Montmarquette : voir « Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un Régime universel public d'assurance médicaments au Québec (2001) ».

Morgan, Steve et Jeremiah Hurley (2002). *Pressions sur la hausse des coûts induites par les technologies des soins de santé*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, étude no. 14, août 2002.

Oreopoulos, Philip et François Vaillancourt (1998). *Taxes, Transfers, and Generations in Canada: Who Gains and Who Loses from the Demographic Transition*, Institut C.D. Howe, *Commentaire* no. 107 (juin 1998).

Organisation de coopération et de développement économiques (2001). *Statistiques des recettes publiques 1965-2000*.

Organisation de coopération et de développement économiques (2002). *Eco-Santé OCDE 2002*.

Premier's Advisory Council on Health (2001). *A Framework for Reform*, Gouvernement de l'Alberta.

Régie de l'assurance maladie du Québec (2003). Communication personnelle du 10 juin avec le Service de la production et de la diffusion de l'information.

Reuber, Grant L. et Finn Poschmann (2002). *For the Good of the Patients: Financial Incentives to Improve Stability in the Canadian Health Care System*, Institut C.D. Howe, *Commentaire* no. 173, novembre 2002.

Robson, William B.P. (2001). *Will the Baby Boomers Bust the Health Budget? Demographic Change and Health Care Financing Reform*, Institut C.D. Howe, The Health Papers, *Commentaire* no. 148, février 2001.

Roddick : voir « Select Standing Committee on Health (2001) ».

Romanow : voir « Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002) ».

Scarth, William (2003). *Population Aging, Productivity, and Growth in Living Standards*, QSEP Research Report No.380, Research Institute for Quantitative Studies in Economics and Population, McMaster University, janvier 2003.

Select Standing Committee on Health (2001). *Patients First: Renewal and Reform of British Columbia's Health Care System*, Assemblée législative de la Colombie-Britannique, décembre 2001.

Shiell, Alan et Gavin Mooney (2002). *Cadre d'évaluation de la portée du financement public des programmes et des services*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, étude no. 6, juillet 2002.

Sivret-Newbould : voir « Health Services Review Committee (1999) ».

Stabile, Mark (2001). "Private Insurance Subsidies and Public Health Care Markets: Evidence from Canada", *Revue canadienne d'économie* vol. 34 no. 4, novembre 2001, pp. 921-942.

* Note : Ce document a depuis été publié comme Rapport de projet au CIRANO. La référence complète est la suivante :

Joanis, Marcelin et Claude Montmarquette (2004). *La dette publique : un défi prioritaire pour le Québec*, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), Rapport de projet 2004RP-03.

Annexe: tableau synthèse des rapports publics

	Arpin (Québec)	Clair (Québec)	Forum national sur la santé	Fyke (Saskatchewan)	Kirby	Mazankowski (Alberta)	Montmarquette (Québec)	Roddick (Colombie- Britannique)	Romanow	Sivret-Newbould (Nouveau- Brunswick)
1) Organisation des services										
Accent sur les SAD / soins dans le milieu de vie	√ Mise en place réseau SAD sans but lucratif; établissement de normes; soutien fiscal et financier		√ Inclure SAD dans financement public	√ Réseau Centres soins communautaires pour convalescents et soins palliatifs	√ Programme national SAD (financement 50/50 fédéral / provinces); 250 millions \$ par an pour programme soins palliatifs à domicile financé 50/50; normes nationales			√ Priorité financement soins milieu de vie; normes provinciales; permettre gens demeurer dans milieu vie le plus longtemps possible	√ Transfert fédéral SAD; inclure SAD et soins palliatifs à domicile dans <i>Loi canadienne sur la santé</i> ; soutien aidants naturels	√ Hôpital extra- muros; permettre gens demeurer dans milieu de vie le plus longtemps possible; réinvestir économies causées par redéfinition rôle hôpitaux dans soins milieu vie
Accès aux services 24h/24, 7 jours/7				√	√	√			√ Fonds fédéral accès collectivités rurales / éloignées	
Cliniques sans rendez-vous		√ Redirection certains patients des urgences vers ces cliniques						√ Décourager leur prolifération et exode médecins vers celles-ci		
Diminution des listes d'attente	√ Cliniques affiliées				√ Répartition centralisée, normes nationales, délai maximum; « accès en temps opportun »	√ Délai maximum, réservations centralisées			√ Gestion centralisée, critères normalisés	
Soins de première ligne intégrés et gestion préventive de la maladie (« disease management »)	√	√	√ Réforme des soins primaires	√	√ 50 millions \$ par année du fédéral pour mise sur pied groupes soins primaires	√	√		√ Transfert fédéral en matière de soins primaires	
Hiérarchisation des services	√ Financement suit patient	√ Définition claire rôles et responsabilités différents types hôpital		√ Concentration soins tertiaires dans 3 villes; réseau hôpitaux régionaux pour soins de base et urgences				√ Centres référence régionaux pour améliorer accès et rétention spécialistes; financement suit patient		√ Offre soins tertiaires à certains endroits; utilisation hôpital pour diagnostics et procédures spécialisées
Mise en place d'un mécanisme visant à identifier les médicaments et / ou services couverts par le système		√	√ Inclusion médicaments dans financement public		√ Liste nationale médicaments admissibles; comité couverture assurance publique	√	√ Échange info avec autres provinces pour constituer liste médicaments assurés	√	√	

	Arpin (Québec)	Clair (Québec)	Forum national sur la santé	Fyke (Saskatchewan)	Kirby	Mazankowski (Alberta)	Montmarquette (Québec)	Roddick (Colombie- Britannique)	Romanow	Sivret-Newbould (Nouveau- Brunswick)
Performance et mesure de la qualité du système		√ Contrats triennaux de performance avec objectifs	√ Fonds transition pluriannuel pour prise décisions fondée sur données probantes	√ Culture services orientée vers qualité; objectifs et résultats; incitatifs et financement pour responsabilisation et qualité		√ Contrats pluriannuels avec objectifs; Commission d'évaluation des résultats		√ Plan provincial avec objectifs et mode évaluation; équipe indépendante contrôle qualité; protocoles cliniques = mesure responsabilisation pratique médicale	√ Conseil santé du Canada : cadre national mesure et évaluation; comparaisons OCDE; élaboration stratégies	
Protection contre le coût élevé des médicaments					√ Programme de protection fédéral		√ Exemption contribution pour enfants, sécurité revenu; aide paiement prime faible revenu et aînés	√ Processus sélection gens admissibles aide financière pour défrayer thérapie médicamenteuse coûteuse	√ Transfert fédéral impact catastrophique coût médicaments	√ Couverture gens revenus limités ayant maladies chroniques; émission carte santé en fonction seuil pauvreté
Recherche en santé			√ Programme recherche pour combler lacunes au savoir et créer outils	√ 1% dépenses en santé publique	√ Objectifs nationaux; 1% dépenses en santé consacrés à la recherche; résultats IRSC utilisés à fins lucratives				√ Examen pratiques de protection des brevets « evergreening »	√ Conseil recherche santé NB pour définir objectifs et recommander changements
Régies régionales de la santé et collaboration entre établissements	√ Gestion intégrée des services; exclusivité fournisseurs période donnée	√ Confirmation nécessité régies responsables et imputables face MSSS; corridors service entre établissements; conseils d'admin. unifiés		√ Réduire nombre régies et clarifier leur relation avec gouvernement; régies dirigées par membres élus et nommés; régies gèrent services spécialisés	√ Transfert responsabilités des gouv. provinciaux aux Régies	√ Ententes entre régies et groupes de médecins pour offre services financés par partie budget rémunération médecins		√ Réduire nombre régies; faire diriger par p-d.g. domaine santé; épargnes réinvesties pour encourager efficience		√ Mettre sur pieds régies avec objectifs; limiter rôle gouv.; régies gardent leurs économies
2) Modes de rémunération										
Rémunération des directeurs généraux		√ Révision en fonction analyse comparative marché et lien à atteinte objectifs organisation								
Rémunération en fonction des compétences et responsabilités plutôt que de l'ancienneté		√			√ Rémunération en fonction niveau formation réellement exigé			√		

	Arpin (Québec)	Clair (Québec)	Forum national sur la santé	Fyke (Saskatchewan)	Kirby	Mazankowski (Alberta)	Montmarquette (Québec)	Roddick (Colombie- Britannique)	Romanow	Sivret-Newbould (Nouveau- Brunswick)
Révision du mode de rémunération des médecins	√ Rémunération mixte	√ Rémunération : mixte (m.f.); à forfait (m.u.); en fonction des tâches (spéc.)			√ Capitation exclusive ou financement mixte	√ Rémunération mixte (secteur soins primaires)		√ Capitation, salaire, ou paiement à l'acte et salaire		√ Étudier mode de rémunération des médecins
3) Formation et recrutement										
Développement de la profession infirmière		√ Infirmières praticiennes			√ Pleine utilisation compétences professionnels et révision rôles	√ Infirmières praticiennes; infirmières cliniciennes spécialisées		√ Infirmières praticiennes (soins primaires)		√ Élargir rôle infirmières; infirmières pratique avancée
Développement d'une stratégie de recrutement et de rétention en santé		√ Flexibilité recrutement médecins Canada et E-U ainsi que médecins étrangers (cas pénuries graves)		√ Coordination de la planification et de la gestion ressources humaines sur base provinciale	√ Normes nationales évaluation médecins étrangers			√ Stratégie accréditation médecins étrangers; augmentation places médecine et pharmacie	√ Plan global pour régler problèmes nombre, répartition, etc. des professionnels santé	√ Stratégie coordonnée recrutement et rétention médecins
Incentifs financiers		√ Enveloppe budgétaire hors ententes rémunération pour solutionner problèmes recrutement, rétention et affectation			√ Incentifs fiscaux à court terme pour personnel travaillant à l'étranger prêt à rentrer au Canada; modifications programme prêts étudiants			√ Aide médecins réseaux soins primaires; infirmières domaines pénurie; subventions étudiants médecine semblable Défense nationale; aide frais scolarité infirmières	√ Utilisation Fonds accès collectivités rurales/ éloignées pour attirer professionnels dans ces collectivités	
Financement des programmes de formation					√ Augmentation financement nécessaire augmentation nombre inscriptions (médecine et sc. inf.); financement places étudiants autochtones	√ Améliorer aide programmes formation et financement stable écoles médecine Alberta				√ Budgets pour formation continue et reclassement professionnels santé
Renouvellement des programmes de formation		√ Programme préparation relève directeurs généraux		√ Renouveler programmes formation sciences santé	√ 4 milliards \$ fédéraux sur 10 ans pour dépenses immobilisations centres univ. sciences santé		√ Amélioration formation médecins en pharmacologie	√ Augmentation nombre places disponibles en formation	√ Programmes plus intégrés pour mieux préparer professionnels	√ Ajustement programmes formation aux rôles futurs professionnels

	Arpin (Québec)	Clair (Québec)	Forum national sur la santé	Fyke (Saskatchewan)	Kirby	Mazankowski (Alberta)	Montmarquette (Québec)	Roddick (Colombie- Britannique)	Romanow	Sivret-Newbould (Nouveau- Brunswick)
Révision du rôle des pharmaciens								√ Nouveaux domaines de pratique pharmaceutique; réduction administration excessive		√ Réflexion sur développement futur du rôle de pharmacien
4) Systèmes d'information										
Dossier de santé électronique		√ Carte à puce et dossier clinique partageable		√	√ Système national	√ Carte santé électronique	√ Prescription électronique		√	
Facilitation du partage de l'information clinique	√ Lien info cheminement patient et partage entre établissements	√ Implantation systèmes info et gestion efficaces et sécurisés	√ Système info national sur la santé				√ Accès prof. au dossier pharmaco. du patient	√ Copies routinières dossiers et résultats tests	√ Accès aisé à info; base données renseignements; télé-santé soutenue par Fonds accès collectivités rurales et éloignées	√ Promotion télé- médecine et télé- radiologie
Protection de l'information confidentielle					√		√		√	
Utilisation des outils modernes de gestion de l'information et TI	√ Nouveaux systèmes information; guides pratique informatisés					√ Soutien financier mise en place TI et normes provinciales TI				√ Mise en place système info intégré; stratégie entretien et remplacement technos existantes; cadre provincial achat techno
5) Financement du système										
Assurances		√ Assurances collectives, assurance perte d'autonomie capitalisée				√ Augmentation primes assurance santé; comptes épargne médicaux ou primes variables	√ Caractère obligatoire adhésion assurance médicaments	√ Augmentation primes assurance santé; assurance soins longue durée; étude comptes épargne médicaux		
Contribution directe des usagers et responsabilisation	√ Services médicalement / socialement requis sans contribution; autres services pas assurés	√ Augmentation visibilité coût santé et services sociaux					√ Participation assuré (prime et contribution financière) achat médicaments; échange données avec min. Revenu pour s'assurer qu'usagers paient	√ À l'étude : soins santé = avantage imposable (avec plafond); frais utilisation cliniques sans r-v et abus urgences		

	Arpin (Québec)	Clair (Québec)	Forum national sur la santé	Fyke (Saskatchewan)	Kirby	Mazankowski (Alberta)	Montmarquette (Québec)	Roddick (Colombie- Britannique)	Romanow	Sivret-Newbould (Nouveau- Brunswick)
Contrôle du coût des médicaments et des services		√ Centralisation des achats			√ Régies contrôlent coût services médicaux et médicaments ordonnance; régies choisissent fournisseurs en fonction qualité et coûts	√ Élaboration stratégie nationale gestion coûts médicaments; régies négocient contrats avec fournisseurs	√ Modèle remboursement différentiel; association autres provinces pour négocier réductions prix; classification médicaments par utilisation recommandée	√ Fixation prix médicament référence; négociation avec fabricants basées sur économies échelle et présomption bonne foi		
Financement en fonction des besoins et résultats	√ Ajustement financement en fonction usagers et mission établ.; montants additionnels liés atteinte objectifs	√ Allocation ressources en fonction objectifs et résultats; financement besoins prioritaires			√ Financement basé sur services dispensés qui tiennent compte isolement et taille établissement			√ Financement basé sur population (profil démographique et besoins en soins)		√ Paiement pour niveau de services requis
Financement public	√ Élargissement formule assurance médicaments à d'autres services (réadaptation, orthèses)	√ Revenus fiscaux = principale source financement; limites-repères dépenses maximales; budget triennal	√ Services médicalement nécessaires; « payeur unique »		√ Fonds fédéral soins santé, distinct Trésor; gouvernement paie services publics ou privés	√ Gouvernement finance majorité dépenses; possible utiliser 50% TPS pour les financer			√ Transfert de fonds spécial en matière de santé; Pacte canadien sur la santé	
Financement public versus privé	√ Fonds privés pour accroître effet levier fonds publics; activités financement volontaire; interdiction double pratique et assurance privée services médicaux					√ Encouragement mélange novateur organismes publics, privés et sans but lucratif	√ Maintien caractère mixte actuel			√ Maintien caractère mixte actuel
Investissements en infrastructures et équipements		√ Ressources considérables soins primaires; corvée nationale actifs immobiliers, TI, équipements; incitatifs fiscaux entreprises			√ 2,5 milliards \$ fédéraux pour achat technos santé; 50% investissement immobilier pour expansion hôpitaux en zones croissance démographique élevée			√ Achat équipement (ambulances) par clubs philanthropiques; fonds fédéraux infrastructures soins primaires		

	Arpin (Québec)	Clair (Québec)	Forum national sur la santé	Fyke (Saskatchewan)	Kirby	Mazankowski (Alberta)	Montmarquette (Québec)	Roddick (Colombie- Britannique)	Romanow	Sivret-Newbould (Nouveau- Brunswick)
Rentabilisation des infrastructures et vente de services	√ Offre location équipements et espaces sous-utilisés à coopératives travailleurs et / ou entreprise privée					√ Permission régies d'exiger frais inspections, etc.; facturation soins longue durée prix coûtant; participation SAD				
Vente de services aux étrangers	√ Non favorisée; recouvrement coûts réels services rendus relevant de tierce partie					√ Permission régies d'offrir expertise autres régions, provinces, et résidents États avoisinants				
6) Rôle du secteur privé										
Offre de services	√ Cliniques affiliées services médicaux, diagnostiques et de laboratoire taux pré-déterminés; achat places centres hébergement privés					√ Groupes soins offrant services assurés ou non individus et régies		√ Diagnostics médicalement requis et chirurgies un jour défrayés par secteur public taux prédéterminé		
Partage des ressources humaines entre les secteurs privé et public						√ Obligation médecins travailler certaine proportion temps dans système public		√ Contrats avec médecins et infirmières spécifiant nombre heures à consacrer au système public		
Partenariats public-privé	√ Appui partenariats qui améliorent accès aux services à moindre coût et partenariats technologiques	√ Politique partenariat secteur privé et tiers secteur pour accélérer investissements et améliorer accès services			√ Exploration partenariats investissement supplémentaire capacité hospitalière	√ Identification et promotion possibilités partenariat pour accroître soutien recherche		√ Financement investissements privés mais services patients défrayés par système public		
Possibilité de confier certains services au privé	√ Offre services médicaux sans hospitalisation, diagnostiques et de laboratoire dans réseaux intégrés première ligne (rémunération RAMQ)									

	Arpin (Québec)	Clair (Québec)	Forum national sur la santé	Fyke (Saskatchewan)	Kirby	Mazankowski (Alberta)	Montmarquette (Québec)	Roddick (Colombie- Britannique)	Romanow	Sivret-Newbould (Nouveau- Brunswick)
<i>7) Santé publique et prévention</i>										
Prévention et promotion de la santé au centre du programme de soins de santé		√		√ Objectifs clairs et mesurables	√ 125 millions \$ fédéraux par an pour prévention maladies chroniques; objectifs clairs et mesurables	√ Objectifs clairs et mesurables; incitatifs à demeurer en santé		√ Considérer élimination taxe vente produits qui encouragent activité physique	√ Stratégie nationale immunisation	√ Accent sur l'éducation du public

Notes :

- 1) Soins à domicile (SAD).
- 2) Taxe sur les produits et services (TPS).
- 3) Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).
- 4) Médecins de famille (m.f.).
- 5) Médecins d'urgence (m.u.).
- 6) Technologies de l'information (TI).