

RAPPORT BOURGOGNE



2005RB-08 > Décembre 2005

Pour un financement durable de la santé au Québec

Claude Montmarquette (CIRANO et Université de Montréal)

Virginie Giroux (CIRANO)

Joanne Castonguay (CIRANO)

Les Rapports bourgogne sont des documents de synthèse portant sur des questions d'intérêt général produits par des chercheurs du CIRANO. Ils contribuent à alimenter la réflexion et le débat public sur des questions d'actualité.

Le CIRANO est un centre de recherche multidisciplinaire qui a pour mission l'accélération du transfert des savoirs entre le monde de la recherche et celui de la pratique.

Les partenaires du CIRANO

Partenaire majeur

Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation

Entreprises partenaires

Alcan inc.
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
Fédération des caisses Desjardins du Québec
Gaz Métro
Hydro-Québec
Pratt & Whitney Canada
Raymond Chabot Grant Thornton

Autres partenaires gouvernementaux

Industrie Canada
Ministère des Finances du Québec
Ville de Montréal

Partenaires universitaires

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

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site Web.

Les idées et les opinions émises dans cette publication sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas nécessairement les positions du CIRANO ou de ses partenaires.

© 2005 Claude Montmarquette, Joanne Castonguay, Virginie Giroux. Tous droits réservés.

Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©.

Table des matières

Introduction	7
1. Une problématique de finances publiques	11
1.1 La croissance des dépenses de santé	11
1.2 Le Québec dépense comparativement peu en santé	11
1.3 La répartition du budget gouvernemental	14
1.4 La dette nette du Québec, troisième plus élevée au Canada	15
1.5 La dépendance du Québec envers les transferts fédéraux	18
1.6 L'importance de maintenir la croissance de l'économie	19
2. Cadre d'analyse	23
2.1 La santé, un bien privé financé publiquement	23
2.2 L'équilibre entre l'offre et la demande	24
2.3. Les pressions exercées sur les coûts de santé	27
3. Impact des réformes structurelles sur le financement de la santé	33
3.1 Les propositions de réforme	33
3.2 Conditions essentielles à la réussite des réformes structurelles	46
3.3 L'effet net des réformes structurelles sur le financement de la santé	46
4. Les options de financement	48
4.1 Accroissement du financement public de la santé	50
4.2. Accroissement du financement privé de la santé	58
Conclusions et recommandations	64
Bibliographie	72



Joanne Castonguay

Titulaire d'une maîtrise en sciences économiques de l'Université de Montréal et d'un baccalauréat (économie et informatique) de l'Université York à Toronto, Joanne Castonguay a joint le CIRANO en 2004 à titre de directrice de projet, après quinze ans de pratique dans le secteur privé. Ses intérêts de recherche portent sur les politiques publiques (particulièrement dans le secteur de la santé), le développement économique et les mécanismes de gouvernance. Parmi ses contributions récentes, notons la réalisation d'une analyse des options de financement de la santé (2005) et une analyse de marché de la fabrication des technologies de l'information et des communications au Québec (2004). Ses travaux portent actuellement sur la gouvernance des grands projets d'infrastructures publiques.

castongj@cirano.qc.ca



Virginie Giroux

Titulaire d'une maîtrise en sciences économiques (économie publique) de l'Université de Montréal et d'un baccalauréat en administration des affaires (option économie) de HEC Montréal, Virginie Giroux est aujourd'hui à l'emploi de Brogan Inc., une compagnie de recherche en santé.



Claude Montmarquette

Titulaire d'un Ph.D. en économie de la University of Chicago, Claude Montmarquette est professeur au département de sciences économiques de l'Université de Montréal. Il est reconnu comme un spécialiste de l'économie et de l'économétrie de l'éducation et du travail, de même que de l'économie des choix publics. Il est le précurseur de l'implantation de l'économie expérimentale au Québec.

Claude Montmarquette est vice-président, politiques publiques et économie expérimentale au CIRANO.

claude.montmarquette@cirano.qc.ca

Le système de santé

Le système de santé québécois se trouve dans une situation délicate. D'une part, le taux de croissance annuel des dépenses de santé, au cours des vingt dernières années, a été systématiquement plus élevé que le taux de croissance du PIB (de 1 % en moyenne). D'autre part, le gouvernement éprouve de plus en plus de difficulté à répondre à la demande de financement pour les services de santé. Or, la demande de services ne cesse d'augmenter, trois facteurs exerçant des pressions importantes sur la demande de soins, soit l'enrichissement, le vieillissement de la population et les développements technologiques. Il en résulte que les dépenses de santé accaparent une part de plus en plus importante des budgets des gouvernements, aux dépens de leurs autres champs de compétence.

Depuis plusieurs années, la viabilité à long terme du système de santé est au cœur des préoccupations des gouvernements canadiens, fédéral et provinciaux. Dans ce contexte, plusieurs commissions publiques ont récemment été mises en place afin d'étudier la question en profondeur. On constate, en prenant connaissance de leurs recommandations, que la majorité de ces commissions s'accorde sur le fait que notre système de santé n'est pas viable sans de profonds changements dans les moyens de le financer. Le présent

rapport propose une évaluation des multiples recommandations formulées par les commissions publiques canadiennes quant à leur contribution potentielle à la problématique du financement du système de santé, plus particulièrement leur impact sur l'offre et la demande de services de santé.

L'impact des réformes structurelles

Dans le cas d'un bien ou d'un service privé, le prix et la quantité consommée sont déterminés par le point d'équilibre entre l'offre et la demande. Dans le cas d'un service financé publiquement, c'est le budget du gouvernement qui détermine la quantité de services offerts; l'offre est donc fixe. De plus, le prix demandé est nul; il s'ensuit donc une demande quasi illimitée. Cet ensemble de facteurs entraîne un rationnement important qui, en termes de santé, se traduit pour la population en temps d'attente. Au Québec, ceux-ci sont longs; trop longs de l'avis de plusieurs.

Les réformes structurelles proposées par les différentes commissions publiques peuvent être classées, selon leurs objectifs, en trois catégories, soit celles visant :

- l'amélioration de la productivité
- le contrôle de l'offre de services
- la réduction de la demande

Les deux premières catégories (qui incidemment représentent la grande majorité des propositions de réformes structurelles) concernent l'amélioration de l'offre des services. Fait intéressant, elles font l'unanimité auprès des différentes commissions publiques canadiennes¹. Toutefois, leur incidence sur la problématique du financement est limitée puisqu'elles s'intéressent à l'offre de services et que le problème se situe du côté d'une demande excédentaire croissante. Toute amélioration de la productivité et de la qualité des services aura un impact similaire à une augmentation du budget de santé. Mais la demande étant très excédentaire, l'effet de ces réformes sera à peine perceptible pour le public.

Quant à la troisième catégorie de réformes proposées, elle ne comprend qu'une seule proposition, soit celle d'accroître les initiatives de prévention des maladies. Cette proposition aurait pour effet de diminuer la demande de services, excellente nouvelle en soi puisque cet effet serait inverse à ceux du vieillissement de la population et de l'enrichissement. Toutefois, cette proposition est insuffisante puisque son effet ne se fera sentir qu'à long terme. En outre, puisqu'elle n'a pas d'effet sur le prix, qui est nul, la demande restera fortement excédentaire.

En conclusion, si aucune mesure n'est adoptée dans le but de diminuer la demande à court terme, le système demeurera en état de crise.

L'impact des réformes portant sur le financement

Le financement du système de santé provient de deux sources potentielles : le secteur public et le secteur privé.

L'impact d'un accroissement du financement public. Les sources d'accroissement des fonds publics provinciaux sont de quatre ordres :

- impôts
- transferts fédéraux
- augmentation de la richesse
- amélioration de la gestion des finances publiques

Toute politique ayant pour effet d'augmenter le fardeau fiscal des contribuables est peu envisageable, les Québécois supportant déjà un fardeau fiscal parmi les plus élevés au monde. De plus, les impôts fédéraux étant payés par les mêmes contribuables, une augmentation des transferts fédéraux ne saurait constituer une solution. Quant à l'accroissement de la richesse collective, il est extrêmement difficile à réaliser, étant donné les moyens limités dont dispose le Québec. En fait, la meilleure option serait d'adopter des mesures de prudence budgétaire, en procédant d'abord au remboursement de la dette publique. Cette mesure aurait pour effet d'accroître la marge de manœuvre du gouvernement. Mais encore une fois, ces propositions n'ont aucun impact sur la demande de services et, de ce fait, leur impact sur la problématique de financement ne pourra qu'être limité.

¹ *La santé au Québec: des options pour financer la croissance*, M. Joanis, D. Boisclair, C. Montmarquette. CIRANO, 2004.

L'impact d'un accroissement du financement privé. Les propositions d'accroissement des contributions du secteur privé examinées par les commissions publiques sont de trois ordres :

- accroître les contributions individuelles
- accroître la couverture d'assurance santé
- faciliter le développement de l'offre de services du secteur privé

Toute proposition d'un accroissement de la participation du privé au financement du système de santé, sous quelque forme que ce soit, nous engage dans un débat dépourvu d'objectivité, extrêmement complexe, et où les arbitrages sont difficiles. Toutefois, puisque la problématique du financement de la santé est intimement liée à son modèle de financement, il importe de considérer les moyens de corriger, ou du moins d'amoindrir, l'impact d'un coût nul sur la demande de soins.

L'accès universel aux soins de santé sans avoir à déboursier permet à chacun de recevoir des soins sans égard à sa capacité de payer. C'est un système de redistribution de richesse qui fait la fierté des Canadiens. Le Canada, en effet, est le seul pays industrialisé à avoir maintenu la gratuité complète des services de santé essentiels. Mais ce système, qui fonctionnait très bien en 1970, lors de son instauration, est devenu, avec l'inversion de la pyramide des âges, problématique. La gratuité des services favorise un comportement non responsable de la part des individus (patients et

intervenants) dans leur consommation des services de santé; la demande pour des services gratuits est toujours excédentaire de sorte que, peu importent les réformes qui seront adoptées, elle ne sera pas comblée et les frustrations demeureront. À moins de modifier le modèle économique en introduisant des moyens de responsabiliser les individus dans leur consommation, il y aura peu d'amélioration dans la satisfaction de la population à l'égard de l'accès aux services.

Les commissions publiques sur la santé ont proposé plusieurs moyens de responsabiliser les individus, notamment en octroyant un compte d'épargne médical à chacun, ou encore en remplaçant une partie des impôts sur les revenus par un impôt services santé prélevé en fonction de l'utilisation des services et de la capacité de payer des individus. Complexes et coûteuses à implanter, ces solutions auraient toutefois avantage à être étudiées. Mais elles ne dégageront pas nécessairement des fonds publics additionnels.

La mise en place de frais d'utilisateur minimaux ou d'un ticket modérateur inciterait l'individu à participer au financement du programme, selon son besoin, sans compromettre l'atteinte de l'objectif social, soit celui d'offrir à l'ensemble de la population le meilleur accès possible au service public. Les frais d'utilisation sont vus à la fois comme une façon efficace de restreindre la demande et d'accroître les ressources financières du système. Les propositions en ce sens s'appuient

toutefois sur une surconsommation de soins, un phénomène qui aurait avantage à être mieux documenté.

Accroître la part des soins de santé couverts par une assurance santé mixte et obligatoire² permettrait que certains services de santé « moins essentiels » puissent, tout en étant couverts par une assurance publique, être inclus dans les régimes d'assurance complémentaires privés. En d'autres termes, le gouvernement fédéral pourrait transformer une partie de l'obligation d'un régime universel public en une assurance obligatoire assortie de conditions non discriminatoires. Il s'agirait donc de transférer un certain nombre de services du régime universel public (les services les moins essentiels) vers un régime universel mixte. Cette proposition aurait non seulement comme avantage de permettre à l'État de hausser ses dépenses pour les services demeurant dans le régime universel public,

mais aussi de répondre à la demande d'élargir la couverture de soins de santé (soins de longue durée, par exemple). L'expansion du régime mixte permettrait d'assurer à tous l'offre d'un plus grand nombre de services, sans pour autant mettre en péril la composante redistributive du système actuel. En outre, à l'exemple du régime d'assurance médicaments, les contributions individuelles sous forme de primes et de franchises auraient pour effet de responsabiliser davantage les individus dans leur consommation de services de santé.

À l'instar du régime d'assurance médicaments, cette option apparaît comme une solution de rechange particulièrement attrayante par rapport à d'autres options. Elle ne constitue toutefois pas une solution unique aux problèmes de financement du système de santé. Elle devrait être accompagnée de mesures d'amélioration de la qualité des services de santé et d'une meilleure gestion des finances publiques.

² Cette option, introduite en 2004 par l'équipe de recherche dirigée par Claude Montmarquette, a donné lieu à un rapport intitulé : *La santé au Québec : des options pour financer la croissance* », M. Joanis, D. Boisclair, C. Montmarquette. CIRANO 2004.

Introduction

A l'instar des systèmes des autres pays industrialisés, le système de santé québécois se trouve dans une situation délicate. Le taux de croissance annuel des dépenses de santé au cours des vingt dernières années a été systématiquement plus élevé que le taux de croissance du PIB (en moyenne de 1 % plus élevé). En conséquence, les dépenses de santé accaparent une part de plus en plus importante des budgets des gouvernements aux dépens de leurs autres champs de compétence. Depuis 1997-1998, elles ont augmenté à un taux annuel moyen de 6,7 %, c'est-à-dire de trois points de pourcentage de plus que les recettes gouvernementales dans leur ensemble. De sorte que la part des dépenses de santé dans le budget gouvernemental total est passée de 29 % en 1997-1998 à 37 % aujourd'hui³. Même à ce niveau de dépenses, il apparaît que la demande de services est loin d'être comblée, compte tenu des délais d'attente pour plusieurs d'entre eux. Le financement de la santé est au premier plan des préoccupations de notre société.

La viabilité à long terme du système de santé est au centre des préoccupations des gouvernements canadiens, fédéral et provinciaux, depuis plusieurs années. C'est pourquoi, plusieurs commissions publiques chargées d'étudier cette question ont récemment été mises en place. Ces commissions ont d'ailleurs formulé un nombre impressionnant de recommandations visant à améliorer la capacité du système à fournir les soins de santé dont la population a besoin. Il est toutefois difficile de saisir exactement quel sera l'effet de ces recommandations sur la problématique de financement du système de santé. D'une part parce qu'elles sont tellement nombreuses, et ensuite parce qu'elles ne visent pas nécessairement à améliorer le financement du système. En effet, la majorité des recommandations concerne la gestion du système de santé et n'ont donc pas nécessairement un objectif économique. Toutefois, puisqu'elles visent à améliorer l'efficacité du système, il devrait y avoir un impact sur les coûts et donc sur le financement du système. Mais il n'y a pas de consensus sur leur potentiel à améliorer la problématique de financement du système de santé.

Cette étude est une évaluation de la contribution potentielle, à la problématique de financement du système, des multiples recommandations formulées par les

Quelle est
la contribution
potentielle,
à la problématique
de financement du
système, des multiples
recommandations
formulées par
les commissions
publiques
canadiennes ?

³ Finances Québec, Budgets de 1987-1988 à 2004-2005.

Du point de vue des auteurs, le problème du financement de la santé est un problème de finances publiques.

commissions publiques canadiennes. Les auteurs y proposent une méthodologie et un cadre d'analyse pour clarifier les liens entre les propositions et leur impact potentiel sur la problématique de financement. L'étude tient compte de l'ensemble des propositions des commissions, tant celles qui concernent la gestion du système que celles visant son financement.

La méthodologie adoptée s'est déroulée en quatre étapes :

- la lecture et la compilation des propositions des commissions publiques et des recommandations des experts;
- le regroupement et la classification des propositions;
- le développement du cadre d'analyse et l'analyse des propositions;
- l'élaboration des recommandations.

Finalement, la relecture des différents rapports de commissions a motivé les auteurs à clarifier dès le départ certains points qui, de leur avis, contribuent à mal orienter le débat.

La problématique du financement de la santé

Du point de vue des auteurs, le problème du financement de la santé est un problème de finances publiques. Bien que le phénomène de l'augmentation des coûts soit généralement présenté comme un problème, il est plutôt le résultat de la vigueur du secteur que de difficultés dans ce domaine. En effet, la croissance importante dans les coûts de santé est essentiellement due à trois phénomènes qui exercent des pressions sur la demande de services : le vieillissement de la population, l'effet d'enrichissement et le développement des technologies. Or, de ces trois types de pressions, seul le vieillissement de la population est peu souhaitable, bien qu'inévitable. Les deux autres résultent d'une évolution positive de l'économie et du secteur. La problématique se situe plutôt dans les moyens de financer cette augmentation de la demande pour des services de santé. Les services de santé essentiels étant entièrement financés par le gouvernement, les dépenses gouvernementales allouées à la santé ne cessent d'augmenter, de sorte qu'elles réduisent maintenant la marge de manœuvre dont dispose le gouvernement pour assumer ses autres responsabilités. De l'avis des auteurs, la question qui se pose est plutôt de savoir si nous avons les moyens de nos ambitions. En d'autres mots, est-il possible de répondre à l'augmentation dans la demande, tout en continuant à financer à 100 % les services de santé jugés essentiels ? Et quels sont les moyens à notre disposition pour assurer leur financement ?

La Loi canadienne sur la santé est immuable

Peu de rapports des commissions s'intéressent à cette question de l'accroissement de la demande. La majorité des réformes proposées modifient les moyens de fournir les services de santé, c'est-à-dire l'offre de services. Une explication fondamentale à cette situation est que plusieurs commissions se sont confinées à l'intérieur de la Loi canadienne sur la santé, comme si cette loi était immuable et incontournable pour assurer la santé des citoyens ! On a souvent l'impression, à l'écoute de certains discours politiques repris par certaines des commissions, que les soins apportés aux malades deviennent un objectif secondaire par rapport à la nécessité de se conformer à la Loi canadienne sur la santé. On ne s'interroge plus sur la question de savoir si telles mesures ou telles idées pourraient mieux répondre à la demande de soins de santé, mais plutôt si ces mesures ou ces idées contreviennent ou non à la Loi canadienne ! La relation des Canadiens face à la Loi canadienne sur la santé est un obstacle à l'évolution du système de santé. Attention, les auteurs ne remettent pas en question les principes qui ont motivé sa mise en place, mais plutôt la façon dont la loi est appliquée.

Les mythes du système de santé canadien

Outre la question de la Loi sur la santé, certains mythes au sujet du système de santé canadien font également obstacle à la résolution du problème de son financement. Le débat sur le financement de la santé n'est pas nouveau, mais aucun consensus ne semble s'être dégagé sur les meilleurs moyens de résoudre le problème. À notre avis, le débat est complètement privé d'objectivité car il touche à des valeurs canadiennes que l'on préfère croire immuables. Cependant, nombre de mythes circulent à son sujet. Plusieurs recommandations des commissions publiques sont motivées par la volonté de préserver ces croyances. Pour faire avancer le débat, les auteurs clarifient ici certaines d'entre elles, dont les suivantes :

- le Canada n'a pas de secteur privé de la santé ;
- le système de santé canadien est équitable ;
- la participation du secteur privé dans le système de santé introduit un système de santé à deux vitesses ;
- les gains d'efficacité dans le système pourront financer la croissance de la demande de services de santé ;
- les services de santé sont des biens publics qui peuvent être consommés simultanément par tous.

La relation des Canadiens face à la Loi canadienne sur la santé est un obstacle à l'évolution du système de santé.

Ce rapport présente tout d'abord une description de la problématique de financement de la santé au Québec. En effet, puisque, du point de vue des auteurs, le problème en est un de finances publiques, il convient non seulement de bien saisir ce qui exerce des pressions sur les coûts mais aussi le contexte économique dans lequel la problématique s'insère. La deuxième partie propose une explication du cadre d'analyse ainsi qu'une présentation graphique de la problématique. Les parties suivantes décrivent les impacts des propositions sur la résolution du problème du financement de la santé: la troisième partie s'attarde aux réformes structurelles proposées, alors que la quatrième examine les options de financement. Enfin, en conclusion, les auteurs exposent leurs recommandations, compte tenu du contexte économique au Québec.

En effet, puisque, du point de vue des auteurs,
le problème en est un de finances publiques,
il convient non seulement de bien saisir ce qui exerce
des pressions sur les coûts mais aussi le contexte
économique dans lequel la problématique s'insère.

Une problématique de finances publiques

La problématique du financement de la santé en est une de finances publiques.

La majorité des commissions publiques est d'accord pour dire que notre système de santé n'est pas viable sans de profonds changements dans les moyens de le financer. Les revenus du gouvernement étant limités, tout accroissement des dépenses publiques de santé implique que le gouvernement doit soit augmenter ses revenus, soit réduire les fonds alloués aux autres programmes. Si la tendance se maintient, nous dépenserons 50 % du budget du gouvernement sur les services de santé. Cette section examine la marge de manœuvre dont le gouvernement dispose du point de vue des politiques économiques pour accroître les fonds alloués à la santé.

1.1 La croissance des dépenses de santé

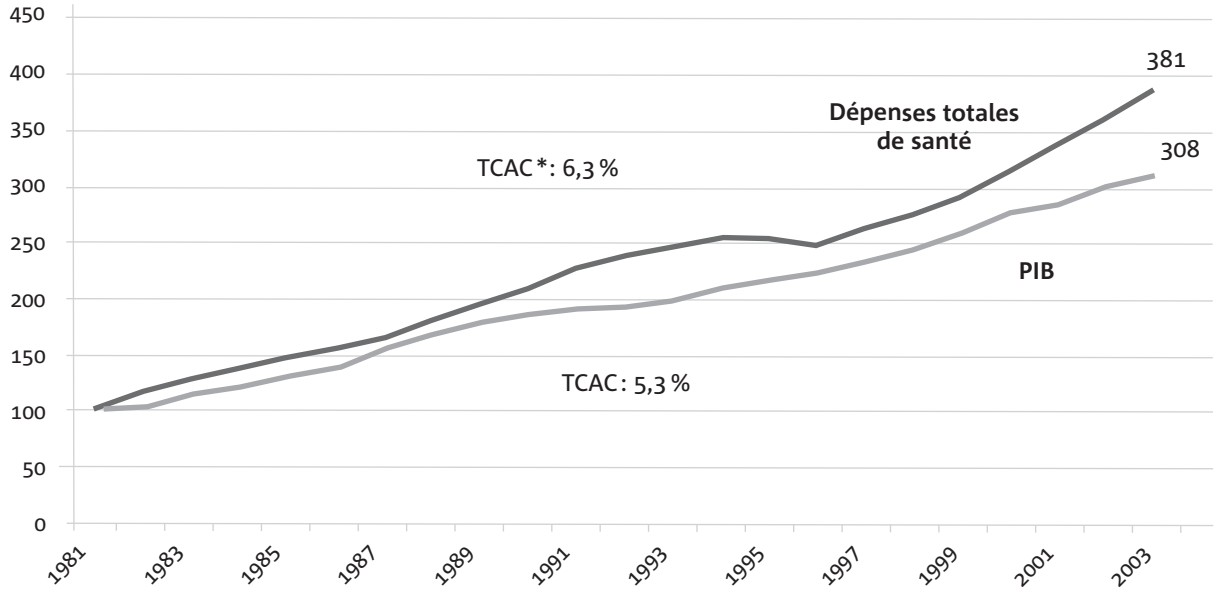
Le graphique à la page suivante (figure 1) illustre l'évolution comparative du PIB au Québec et des dépenses de santé. Cette figure montre que, depuis 1984, le taux de croissance annuel des dépenses de santé au cours des vingt dernières années a été systématiquement plus élevé que le taux de croissance du PIB (en moyenne de 1% plus élevé). En outre, les dépenses totales de santé en pourcentage du PIB sont passées de 8,6 % en 1981 à 10,3 % en 2004.

1.2 Le Québec dépense comparativement peu en santé

Le Québec est la dernière province canadienne au chapitre des dépenses de santé per capita. En ce qui concerne les dépenses privées en santé, seules la Saskatchewan et Terre-Neuve dépensent moins que le Québec. En 2003, les dépenses en santé totalisaient 3 246 \$ per capita, dont 30 % était financé par le privé.

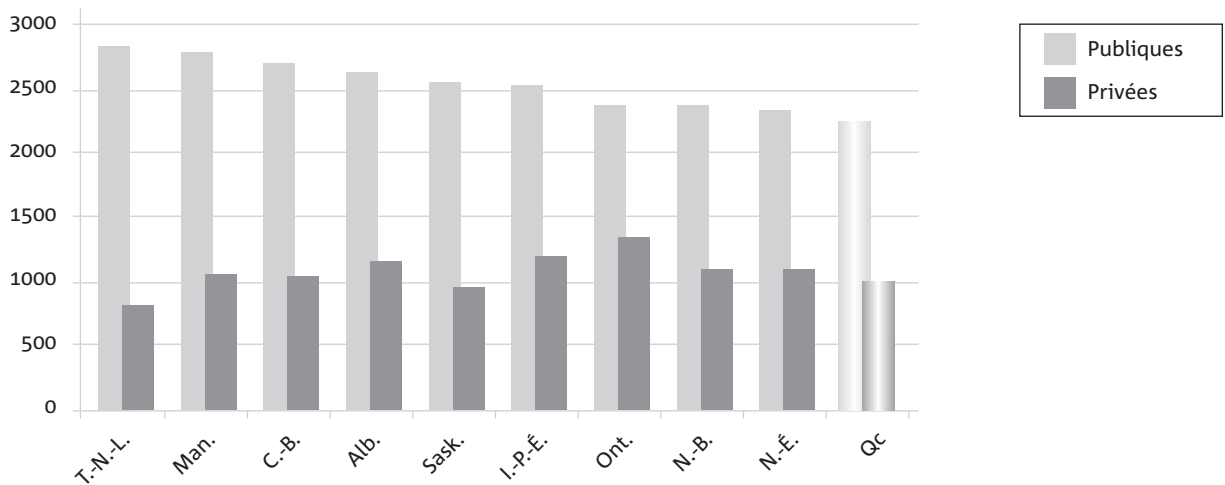
Le taux de croissance annuel des dépenses de santé au cours des vingt dernières années a été systématiquement plus élevé que le taux de croissance du PIB.

Figure 1
Évolution comparative du PIB et des dépenses de santé au Québec



Sources : www.icis.ca et CANSIM
* TCAC : Taux de croissance annuel composé

Figure 2
Dépenses en santé (en \$) par habitant en 2003

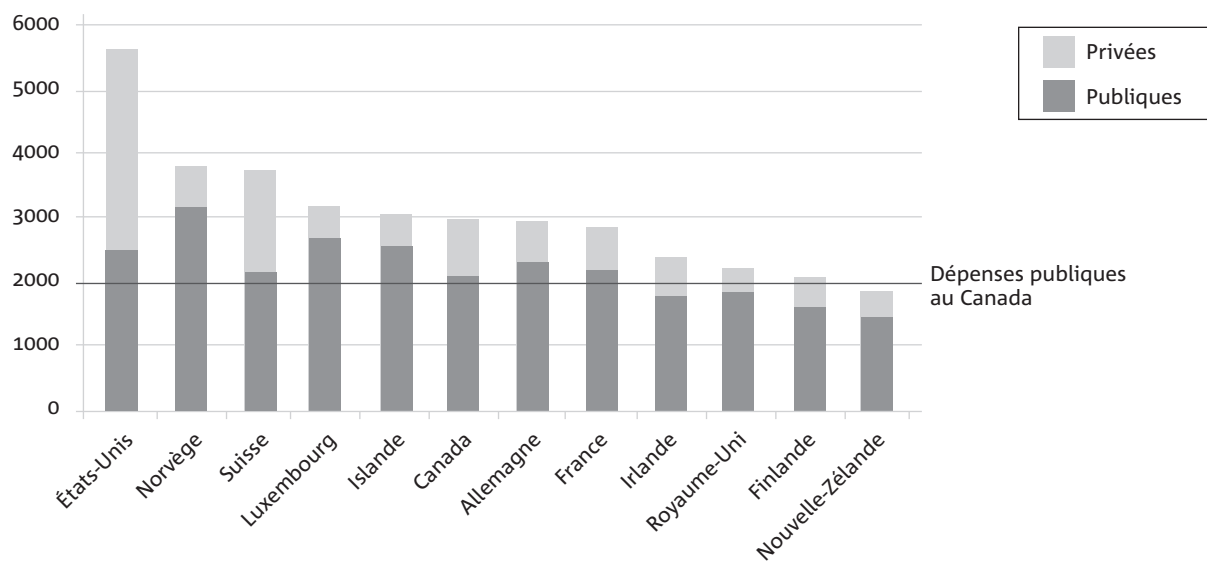


Source : www.icis.ca

Le Canada se situe loin derrière les États-Unis au chapitre des dépenses de santé. En effet, en santé les Canadiens dépensent plus de 2000 \$US de moins par année par habitant. Bien que les dépenses publiques en santé aux États-Unis soient de 400 \$US PPA⁴ supérieures aux dépenses canadiennes, la différence est principalement expliquée par le niveau supérieur des dépenses privées par habitant. Le Canada se situe au sixième rang parmi les pays comparatifs de l'OCDE pour les dépenses de santé par habitant.

Figure 3

Dépenses en santé en \$US PPA* par habitant en 2003



Source: Éco-santé OCDE 2004

*PPA: Parité Pouvoir d'Achat

Ces dernières données sont importantes parce que, selon la croyance populaire, le Canada n'aurait pas de secteur privé de la santé alors que les États-Unis n'auraient pas de secteur public en santé.

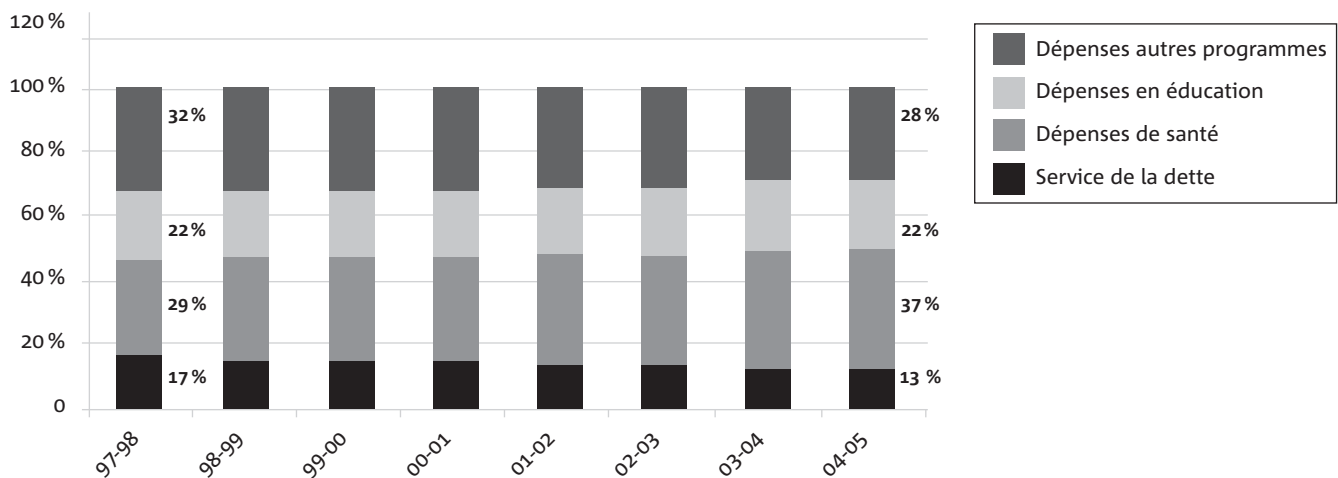
⁴ La Parité Pouvoir d'Achat (PPA) tient compte des écarts dans le niveau des prix entre pays, c'est-à-dire de biens et services que l'on peut acheter dans la monnaie d'un pays par rapport à l'autre. Toutefois, puisque les services ne s'échangent pas autant que les biens, leurs prix dans les différents pays n'ont pas tendance à être liés étroitement aux taux de change des devises. Si l'on désire procéder à une comparaison valable de la production totale entre pays, le recours aux PPA devient de plus en plus nécessaire au fur et à mesure que s'accroît la part du secteur des services.

1.3 La répartition du budget gouvernemental

La santé accapare une part de plus en plus importante des budgets gouvernementaux.

Depuis 1997-1998, les dépenses en santé ont augmenté à un taux annuel moyen de 6,7 %, c'est-à-dire de trois points de pourcentage de plus que les recettes gouvernementales dans leur ensemble. Cette évolution s'est réalisée aux dépens des autres types de dépenses gouvernementales. En effet, alors que les dépenses en santé représentaient 29 % des dépenses gouvernementales en 97-98, elles représentent aujourd'hui 37 % de celles-ci. Le service de la dette est passé de 17 % à 13 % des dépenses totales du gouvernement⁵, l'éducation est demeurée stable à 22 %, et les dépenses des autres programmes sont passées de 32 % à 28 %.

Figure 4
Répartition des dépenses gouvernementales



Sources : Finances Québec, Budgets 1997-1998 à 2004-2005

Bien que la société encourage le gouvernement en ce sens, il n'est pas certain qu'elle soit en mesure de réaliser à quel point l'accroissement soutenu des dépenses publiques en santé se fait aux dépens des autres programmes et de comprendre les implications associées à une telle stratégie. Le maintien d'une dette élevée, par exemple, et la stabilité des investissements en éducation dans un contexte économique axé sur le savoir sont deux des conséquences associées à l'accroissement des dépenses en santé. Les sections suivantes examinent les impacts associés à l'effet d'éviction des dépenses de santé envers les autres priorités du gouvernement.

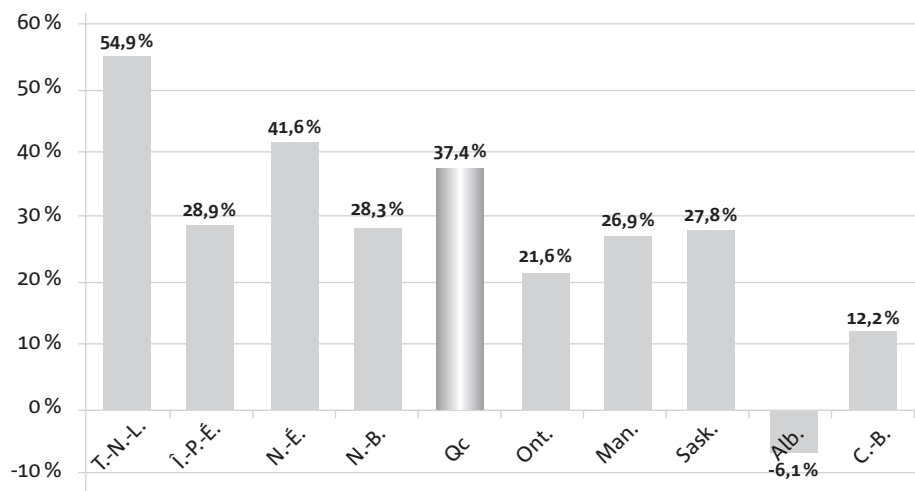
⁵ Nous avons profité ici d'une période où les taux d'intérêt étaient très faibles, une situation qui risque de changer puisque les taux d'intérêt sont à la hausse.

1.4 La dette nette du Québec, troisième plus élevée au Canada

Lorsque l'on compare le niveau d'endettement du gouvernement du Québec à celui des autres provinces canadiennes, un constat saute aux yeux : le Québec semble très endetté. En pourcentage du PIB, le Québec est la troisième province la plus endettée. En 2002-2003, la dette nette du gouvernement du Québec s'établissait à 38 % du PIB⁶, derrière Terre-Neuve-et-Labrador (55 %) et la Nouvelle-Écosse (42 %). À ce chapitre, le Québec devance l'Ontario de 15 points de pourcentage (à 22 %) et la Colombie-Britannique de 25 points (à 12 %). Quant à l'Alberta, qui a fortement bénéficié des cours élevés du pétrole et du gaz durant la dernière décennie, elle a éliminé sa dette nette et dispose maintenant d'un actif net équivalant à 6 % de son PIB. Compte tenu de la situation, il est toutefois étonnant de constater le peu d'enthousiasme des Québécois, relativement aux autres Canadiens, à l'endroit d'une politique de remboursement de la dette⁷.

Figure 5

Dette nette des gouvernements provinciaux en pourcentage du PIB en 2003



⁶ Données calculées sur la base des comptes publics des provinces, tels que compilés par Statistique Canada dans le Système de gestion financière (SGF).

⁷ Voir les résultats d'un sondage commandé par la Commission sur le déséquilibre fiscal (2002). En janvier 2002, réduire la dette était le choix préféré pour l'utilisation des surplus budgétaires de 24 % des Québécois, contre 39 % dans le reste du Canada.

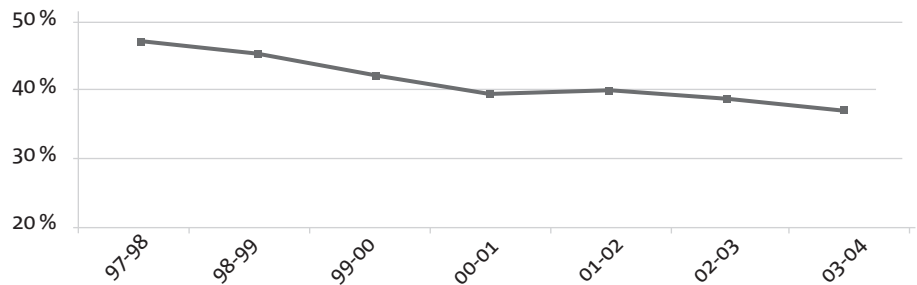
Évolution de la dette nette du Québec

Depuis la réforme de la comptabilité gouvernementale en 1997-1998, la dette nette en pourcentage du PIB est passée de 47 % en 1997-1998 à 37,4 % en 2003-2004. Une performance qui, à première vue, semble positive. Toutefois, cette performance est essentiellement attribuable à l'effet combiné de l'inflation et de la croissance économique. Le gouvernement n'a enregistré que de modestes surplus budgétaires au cours de quatre exercices consécutifs, de 1998-1999 à 2001-2002⁸.

Bien que, depuis le début des années 90, le gouvernement tente de mieux contrôler les dépenses gouvernementales, il continue d'accumuler des déficits. Ainsi, la dette nette s'accumule, et le poids de la dette sur l'ensemble de l'économie est considérable.

Figure 6

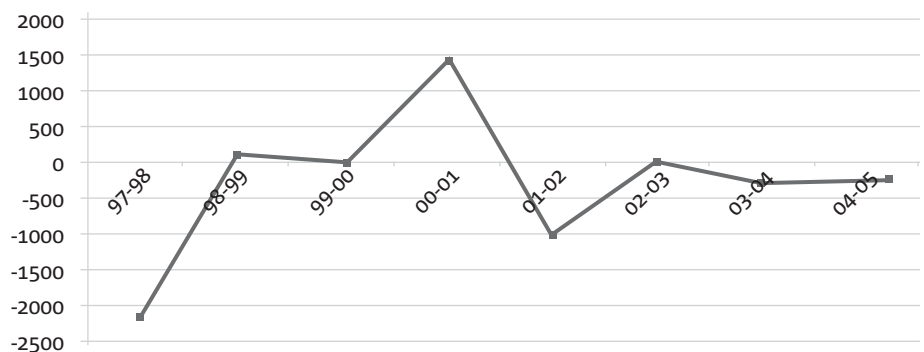
Évolution de la dette nette du gouvernement du Québec en % du PIB



Sources : Finances Québec, Budgets 1997-1998 à 2004-2005

Figure 7

Évolution de l'excédent (déficit) des revenus sur les dépenses du gouvernement du Québec en M \$



Sources : Finances Québec, Budgets 1997-1998 à 2004-2005

⁸ Le surplus budgétaire de 2001-2002 a été réalisé grâce à une réserve constituée au cours de l'exercice précédent pour financer de nouvelles dépenses. En pratique, l'excédent en 2000-2001 était de 1377 M \$ et le déficit de 950 M \$ l'année suivante.

Le poids du service de la dette représente une somme annuelle de près de 2 500 \$ par personne

Au poids du service de la dette du gouvernement provincial, s'ajoute celui du service de la dette des gouvernements fédéral et municipaux⁹. De plus, sur chaque dollar perçu par les trois niveaux de gouvernement au Québec, 18 cents servent au seul paiement des intérêts sur la dette publique, qui représentait une somme annuelle de 2 454 \$ par personne en 2002. Si l'on reporte ce fardeau parmi les personnes qui paient des impôts sur le revenu au Québec, cette somme s'élève maintenant à 5 446 \$. Cela veut dire qu'en moyenne les premiers 5 446 \$ gagnés par tous les travailleurs du Québec iront à payer les intérêts sur la dette publique. Ils ne reçoivent donc aucuns biens et services en retour sur ces revenus.

L'endettement du gouvernement entraîne un certain nombre de problèmes :

- Sur le plan macroéconomique, un recours accru à l'épargne et aux investissements étrangers, qui entraîne une réduction de l'excédent commercial sur les marchés extérieurs.
- Sur le plan de l'efficacité économique, un accroissement du fardeau fiscal des contribuables et une augmentation de l'incertitude face aux conditions économiques et financières.
- Sur le plan de l'équité intergénérationnelle, le fait de faire porter le fardeau des dépenses présentes et passées sur les générations futures de contribuables.
- Sur le plan politique, l'écart entre les services reçus et les impôts payés, qui pose un problème de plus en plus aigu dans les débats publics.

La gravité du problème de l'endettement public au Québec et l'urgence d'y faire face sont toujours des sujets de débats difficiles. Toutefois, l'analyse de Joanis et Montmarquette porte à croire que « les effets négatifs de la dette publique sur l'économie québécoise et sur le caractère durable des programmes publics sont importants, et qu'ils s'ajoutent aux considérations d'équité intergénérationnelle en faveur d'une politique de réduction de la dette¹⁰ ». Une conclusion que les auteurs partagent avec plusieurs autres chercheurs canadiens.

« ... les effets négatifs de la dette publique sur l'économie québécoise et sur le caractère durable des programmes publics sont importants, et (...) s'ajoutent aux considérations d'équité intergénérationnelle en faveur d'une politique de réduction de la dette ».

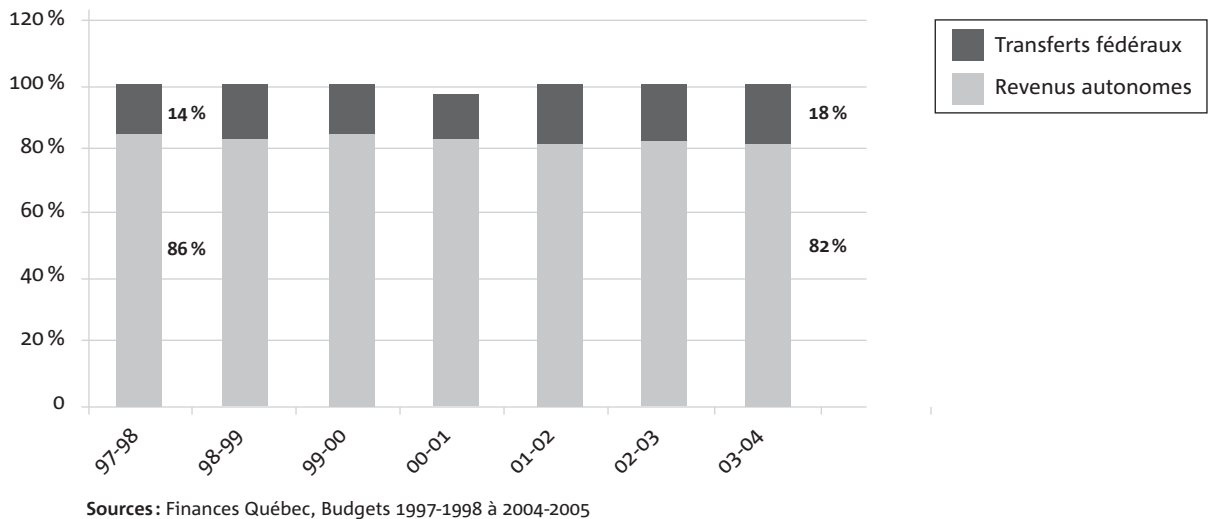
⁹ Voir « La dette publique, un défi prioritaire pour le Québec », Joanis et Montmarquette, CIRANO 2004, pour une répartition détaillée du poids de la dette par niveau gouvernemental.

¹⁰ *Ibid.*, p. 10.

1.5 La dépendance du Québec envers les transferts fédéraux

Les revenus du gouvernement du Québec sont passés de 41,8 milliards de dollars en 1997-1998 à 52,2 milliards de dollars en 2003-2004, soit une augmentation annuelle de 3,8 %. La croissance des revenus au cours de la période est due surtout aux transferts fédéraux qui ont augmenté annuellement de 7,8 %, comparativement à une croissance annuelle de 3 % pour les revenus autonomes. Si bien que les transferts fédéraux qui représentaient 14 % des revenus du gouvernement en 1997-1998 en représentent maintenant 18 %.

Figure 8
Répartition des revenus du gouvernement en %



Or, les transferts fédéraux sont souhaitables dans la mesure où ils redistribuent les revenus dans l'ensemble du Canada, ce qui permet d'assurer une meilleure qualité de vie dans les provinces les plus pauvres. Cependant, les transferts sont le plus souvent liés à des conditions qui ne favorisent pas nécessairement l'atteinte des objectifs de la province¹¹.

Puisque notre dépendance envers les transferts fédéraux pour assurer le financement de nos programmes augmente, on peut se demander à quel point il serait souhaitable de renverser cette tendance.

¹¹ La question des transferts fédéraux n'est pas triviale. C'est pourquoi William Robson note que les transferts fédéraux encouragent les travailleurs à se localiser là où leur chance de travailler est plus faible. En effet, selon lui, la redistribution des fonds publics vers les provinces les moins bien nanties déresponsabiliserait certains travailleurs (le poids accru du vieillissement de la population sur les travailleurs qui paient des taxes découragerait le travail et, donc, encouragerait les travailleurs à vivre là où ils ont peu de chance de travailler). (« Will the baby boomers bust the health budget », William B.P. Robson, C.D. Howe Institute Commentary, février 2001).

1.6 L'importance de maintenir la croissance de l'économie

Afin de saisir l'importance de la croissance économique pour le maintien des programmes sociaux, il importe de rappeler la définition de sa mesure, soit le produit intérieur brut (PIB). Le PIB mesure la valeur ajoutée au cours d'une période donnée, généralement un an¹². Il est calculé soit selon les revenus, soit selon les dépenses. Le PIB selon les revenus mesure la somme des salaires (S), des profits des sociétés (P), des intérêts et revenus de placement (i), des impôts indirects (T) et des subventions (sub). Le PIB calculé selon les revenus égale le PIB calculé selon les dépenses, soit les dépenses de consommation (C), les dépenses gouvernementales (G), les investissements (dépenses de capital)(I), l'épargne (É) et la balance commerciale (X-M).

La mesure du PIB nous renseigne sur l'évolution de la richesse de l'économie dans son ensemble. Un PIB par habitant en croissance est un indicateur favorable à la redistribution des revenus. En effet, il est beaucoup plus facile de redistribuer la richesse lorsque celle-ci augmente. La croissance de l'activité économique se traduit par une augmentation des revenus du gouvernement et donc par une capacité accrue de ce dernier à redistribuer la richesse via une augmentation des dépenses publiques.

Si les politiques économiques ou monétaires freinent la croissance de la valeur ajoutée, alors la capacité du gouvernement de dépenser pour les programmes sociaux est limitée. Il est donc primordial de s'assurer que les politiques mises en place n'amputent pas la croissance de l'économie. Il s'agit d'un point souvent mentionné dans les rapports produits par les commissions publiques sur les services de santé, mais dont l'emphase semble trop souvent secondaire par rapport à son importance.

La productivité au Québec perd du terrain

Le PIB par habitant du Québec accuse un retard sur le plan canadien. Il représente 88 % du PIB par habitant canadien. Comparativement à certains pays de l'OCDE, alors que le Canada occupe une position favorable, le Québec occupe une position beaucoup moins enviable.

La croissance de l'activité économique se traduit par une capacité accrue du gouvernement à redistribuer la richesse.

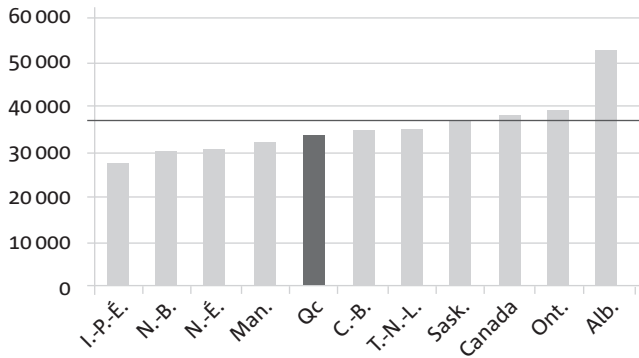
¹² PIB selon les revenus

$$S + \Pi + i + T + \text{sub}$$

PIB selon les dépenses

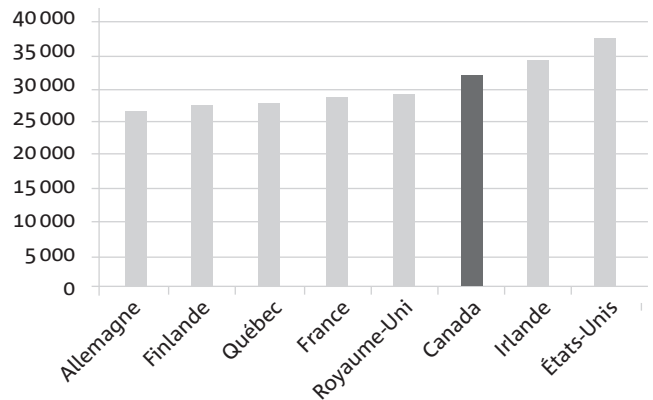
$$C + G + I + \text{É}(X - M)$$

Figure 9
PIB par habitant en 2003



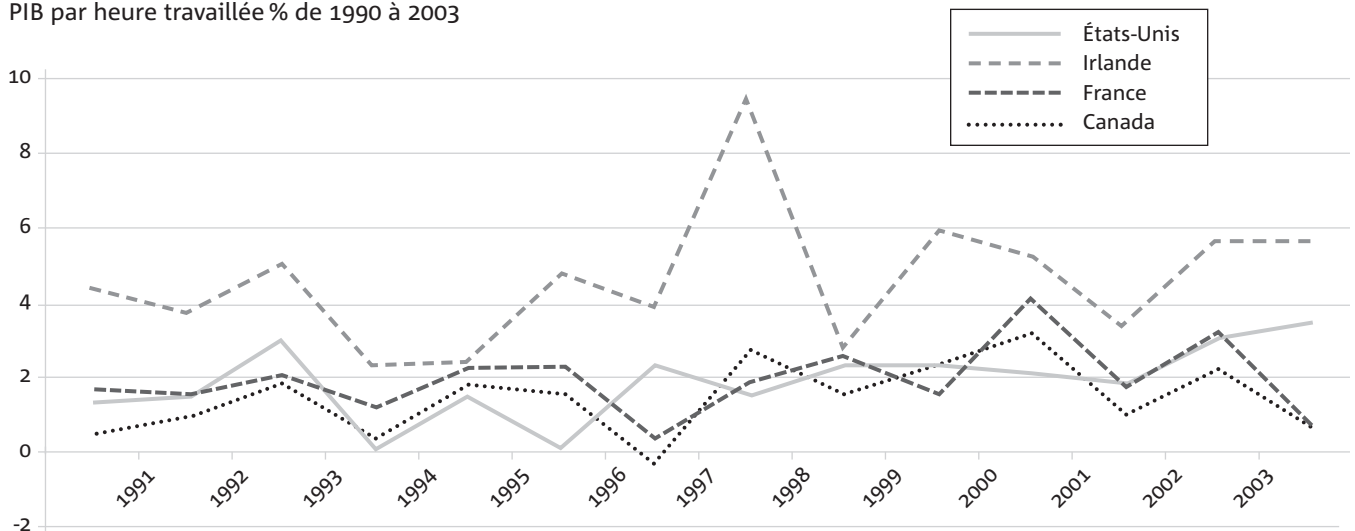
Source: Institut de la statistique du Québec, 2004

Figure 10
PIB par habitant en 2003 en \$US



Lorsque l'on compare la croissance de la productivité du travail au Canada à celle de quelques partenaires de l'OCDE, le Canada accuse un retard. Puisque la productivité au Québec est plus faible que la moyenne canadienne, alors le Québec prend un retard important face à ses partenaires économiques internationaux.

Figure 11
PIB par heure travaillée % de 1990 à 2003



Source: OCDE

En plus d'affecter notre capacité à redistribuer la richesse dans la même mesure que celle de nos partenaires commerciaux, un PIB par heure travaillée comparativement faible affecte notre capacité à attirer des investissements étrangers, d'une part, et des travailleurs de haut niveau, d'autre part. Il est donc doublement important d'éviter toute politique qui pourrait avoir un impact négatif sur l'activité économique déjà fragile du Québec.

Le fardeau fiscal parmi les plus élevés au monde

Le fardeau fiscal des Québécois est parmi les plus élevés au monde. Son accroissement apparaît donc peu souhaitable. En effet, le Québec est la deuxième province la plus imposée au Canada, lui-même parmi les pays de l'OCDE les plus imposés avec la France et l'Italie.

Tableau 1
Taux marginaux d'imposition sur les revenus des particuliers

	Revenus divers	Gains en capital
Terre-Neuve	48,6	24,3
Québec	48,2	24,1
Île-du-Prince-Édouard	47,4	23,7
Nouveau-Brunswick	46,8	23,4
Manitoba	46,4	23,2
Ontario	46,4	23,2
Colombie-Britannique	43,7	21,9
Alberta	39,0	19,5

Source: Raymond Chabot Grant et Thornton (Impôt des particuliers 2003)

L'importance de maintenir et même d'accroître le financement en recherche et éducation pour maintenir la croissance économique

La recherche et l'éducation sont des facteurs importants de croissance économique, surtout dans le contexte actuel de « société de la connaissance ». Dans cette nouvelle « économie du savoir », les frontières technologiques de l'information n'existent plus. Les rapports sociaux, économiques, culturels et politiques dépassent les frontières régionales et nationales. Cette mondialisation se traduit par une concurrence entre pays, et tous reconnaissent l'importance de développer leur stock de capital humain.

Bien que le Québec n'ait pas diminué la part qu'occupe l'éducation dans l'ensemble de ses programmes, l'examen de notre performance sur le plan de la productivité du travail indique que nous aurions avantage à accroître le développement de nos connaissances et surtout le transfert de celles-ci.

Le constat est simple: les dépenses de la santé augmentent plus rapidement que la richesse collective, le niveau d'endettement du Québec est parmi les plus élevés au Canada, et nos taxes et impôts sont les plus élevés en Amérique du Nord. De plus, sur le plan de la productivité du travail, nous perdons du terrain par rapport à nos partenaires commerciaux. Même si notre niveau de dépenses en santé est comparable à celui des autres États, sa croissance est très marquée. L'impact budgétaire sur les autres programmes gouvernementaux est considérable et le sera de plus en plus, à moins que de nouvelles sources de financement ne soient développées. Placés dans le contexte économique, les défis du financement de la santé sont énormes.

Le constat est simple: les dépenses de la santé augmentent plus rapidement que la richesse collective, le niveau d'endettement du Québec est parmi les plus élevés au Canada, et nos taxes et impôts sont les plus élevés en Amérique du Nord.

Cadre d'analyse

Cette section propose un moyen simple pour comprendre l'impact des différentes propositions contenues dans les rapports des commissions publiques sur la santé. Le cadre d'analyse est expliqué en trois temps :

- par une clarification de la définition d'un service public;
- par un rappel théorique de la notion d'équilibre sur un marché en concurrence;
- par l'illustration de la différence entre l'équilibre d'un marché privé et celui des services de santé financés publiquement.

Ensuite, elle examine les pressions exercées sur les coûts de santé en examinant d'abord la problématique pour ensuite représenter graphiquement l'impact de cette source de pression sur notre équilibre.

2.1 Les services de santé, un bien privé financé publiquement

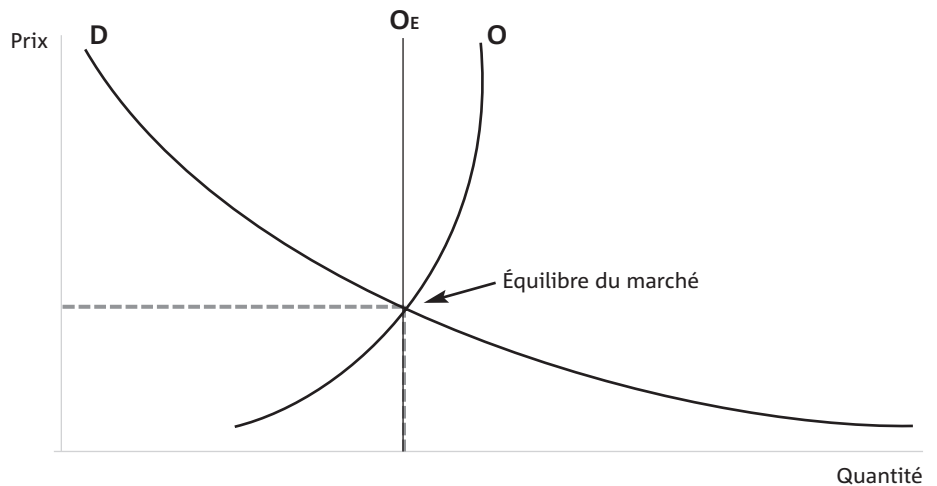
Contrairement à la croyance populaire, les services de santé ne sont pas des biens publics. Un bien produit sous la responsabilité de l'État n'est pas nécessairement un bien public dans le sens économique du terme. Un bien public au sens économique est un bien dont la consommation par un individu n'empêche pas la consommation du même bien par un autre individu. C'est le cas de la recherche en santé, par exemple. Une découverte scientifique peut profiter à tous. Mais une chirurgie se fait au détriment d'une autre chirurgie; l'hospitalisation d'une personne déplace l'hospitalisation d'une autre personne. Les soins de santé sont en réalité des biens privés qui sont financés collectivement. C'est une tout autre question, avec comme conséquence que le consommateur dissocie le prix du bien de la quantité consommée. En prenant sa décision de consommation, le consommateur (patient) évalue ses bénéfices et coûts de façon individuelle en négligeant les coûts/bénéfices sociaux de sa consommation. Cela, dans une large mesure, déresponsabilise les individus. Il devient alors difficile de restreindre la demande. Et l'on y voit une claire invitation au gaspillage des ressources.

Contrairement à la croyance populaire, les services de santé ne sont pas des biens publics.

2.2 L'équilibre entre l'offre et la demande

Dans le contexte d'un bien privé échangé sur le marché, la quantité consommée et le prix sont déterminés par le point de rencontre entre la courbe de l'offre et la courbe de la demande (figure 12). C'est le point d'équilibre. Ce point détermine le prix auquel la quantité demandée correspond à la quantité que les producteurs sont prêts à fournir (O_E). Un point atteint lorsque les forces de marché sont en balance et que l'équilibre est stable.

Figure 12
Équilibre de marché privé

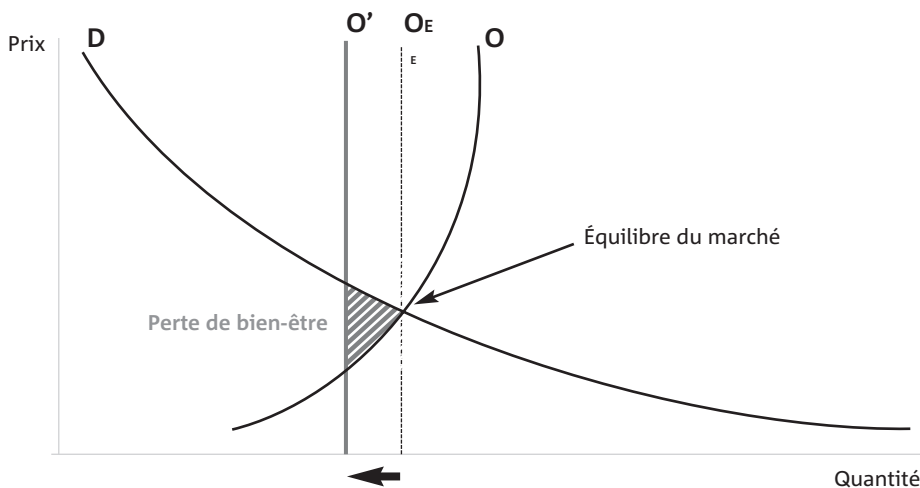


Cette illustration appliquée aux soins de santé est la simplification d'une réalité nettement plus complexe, car les services de santé sont nombreux et variés. De plus, l'allure ou, plus techniquement, l'élasticité par rapport au prix, de la courbe de la demande, en particulier, mais également celle de l'offre, pourrait être pour certains cas de maladie très différente de celle illustrée à la figure 12. Il demeure que cette illustration capte plusieurs éléments de la discussion sur le financement de la santé.

En l'absence de prix, il n'y a pas d'équilibre

Puisque les services de santé sont financés publiquement, le coût pour le consommateur est nul. En conséquence, nous n'avons pas de marché, et la quantité consommée est déterminée essentiellement par l'offre en réponse à d'autres considérations (le budget disponible déterminé politiquement, par exemple). Il en résulte deux situations potentielles qui conduisent à une même réalité de rationnement (figure 13):

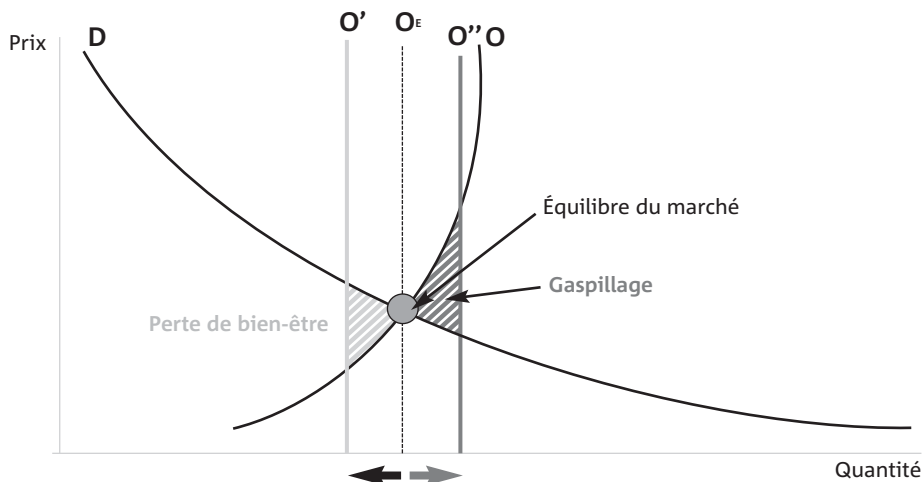
Figure 13
Équilibre de marché public, situation 1



O' représente la courbe de l'offre dans un contexte de financement public, soit un budget fixe qui détermine le niveau de production

Dans la cas du bien public, si l'offre, O' , déterminée par le budget public, est à gauche de l'équilibre de marché, il en résulte une perte de bien-être social (figure 13). Il existe alors une demande non comblée et pour laquelle le consommateur est prêt à payer un prix plus élevé que le prix demandé à ce niveau de consommation. Il y a donc perte d'utilité de part et d'autre, pour le consommateur qui souhaite consommer une plus grande quantité de services à ce prix alors qu'il n'y a pas d'offre, et pour le producteur qui aurait pu obtenir un prix plus élevé que celui du marché (prix public).

Figure 14
Équilibre de marché public, situation 2

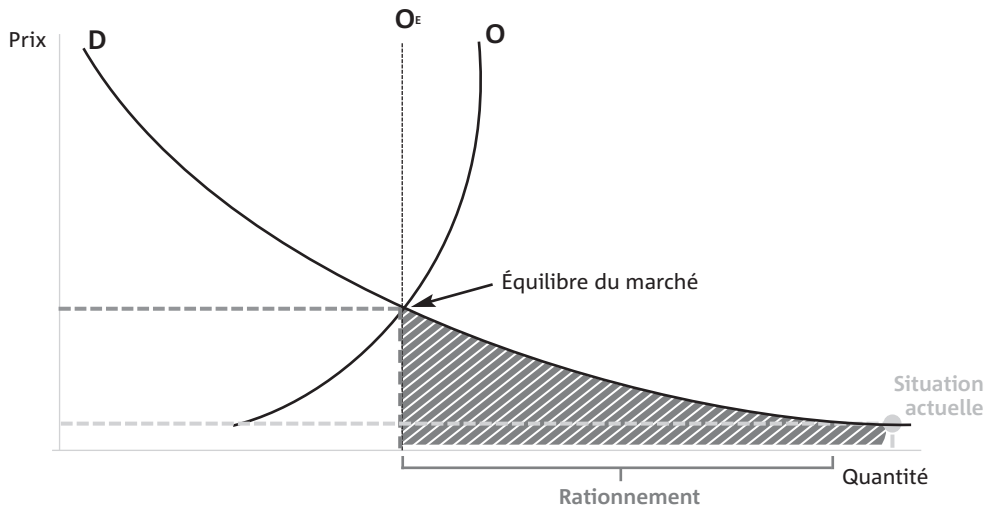


Si l'offre, O'' , est à droite de l'équilibre théorique (O_E), nous avons une situation de gaspillage de ressources (figure 14) du fait que la quantité offerte est supérieure à la quantité demandée. Ici les quantités offertes coûtent plus cher que ce que les demandeurs seraient prêts à payer pour les obtenir.

Quoi qu'il en soit, la réalité est qu'il y a un rationnement de la demande (figure 15). En effet, étant donné que le prix est nul pour le consommateur, la quantité demandée est très élevée, voire potentiellement infinie. Cette situation illustre ce qui se produit actuellement dans notre système de santé. Puisque le prix des services est nul pour le consommateur, l'offre rationne la demande. Ce qui se traduit par les difficultés d'accès que nous connaissons et dont nous entendons parler tous les jours dans les médias.

Nous ne savons pas exactement à quel point se situe le marché pour les services de santé. Intuitivement, nous croyons que le budget actuel de la santé permet de fournir un niveau de services inférieur à celui que le marché souhaite obtenir et pour lequel il serait disposé à payer un prix plus élevé (figure 13). Néanmoins, pour faciliter l'analyse, nous supposons que le marché est en équilibre et que la situation actuelle est représentée par la figure 15.

Figure 15
Équilibre de marché public, rationnement



2.3 Les pressions exercées sur les coûts de santé

Trois sources de pressions exercées sur la demande de services de santé ont été identifiées: le vieillissement de la population, l'effet d'enrichissement et les développements technologiques.

2.3.1 Le vieillissement de la population

À l'instar de la population des pays développés, la population québécoise vieillit. Alors que la population âgée de 65 ans et plus représentait 12 % de la population québécoise en 1996, elle représentera près de 16 % en 2011 et 27 % en 2031. D'autres sources telles que le Conference Board of Canada estiment que cette proportion sera de 30 % en 2051. Autrement dit, de 2001 à 2016, le nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans, c'est-à-dire en âge de travailler, augmentera de 100 000, soit de 2 %, alors que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera de 480 000, soit de 50 %.

Tableau 2
Évolution de la structure d'âge de la population du Québec

	15-64 ans	65 ans +
1996	69,0 %	12,0 %
2011	69,3 %	15,7 %
2031	59,5 %	26,9 %
2051	57,8 %	29,4 %

Source: Institut de la statistique du Québec, 2004.

Une des caractéristiques de la distribution des dépenses en santé est la concentration à la fin de la vie et pour les groupes d'âge les plus élevés. Les coûts moyens annuels en santé, en 2002, étaient de 1 450 \$ pour les femmes âgées de 15 à 44 ans et de 937 \$ pour les hommes du même âge, alors qu'ils étaient de 4 273 \$ pour les femmes de 65 à 74 ans et de 5 183 \$ pour les hommes. Les coûts sont plus de cinq fois plus élevés pour les hommes et trois fois pour les femmes à 65 ans qu'à 44 ans. Essentiellement, parce que la durée des hospitalisations est plus grande, les thérapies médicamenteuses sont plus nombreuses et les soins plus intensifs¹³.

Tableau 3
Dépenses réelles publiques de santé par habitant au Canada réparties selon l'âge et le sexe, 2002 (\$ 1997)

	Femmes	Hommes
15-44	1 450,1	936,9
45-64	1 831,6	1 883,6
65-74	4 272,8	5 183,3
75-84	8 229,0	9 147,5
85+	16 373,8	15 423,4
Tous	2 306,6	1 895,7

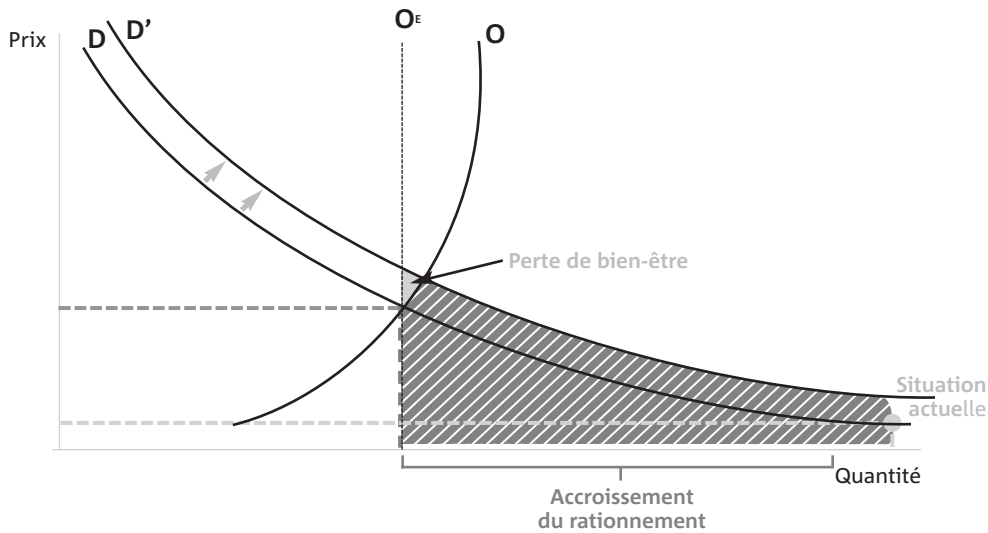
Source : Institut canadien d'information sur la santé (2005)

L'impact du vieillissement sur le modèle

Le vieillissement de la population a donc pour effet d'augmenter la demande à tous les niveaux de prix. Sur notre équilibre, il déplace la courbe de la demande vers le haut (figure 16). Il en résulte une perte de bien-être social et une augmentation du rationnement de la demande. C'est ce qui explique l'appréhension de plusieurs en ce qui concerne les effets qu'aura le vieillissement de la population sur notre système de santé. Si rien n'est fait pour accroître dans la même mesure les budgets de santé, l'attente va s'allonger et les pressions pour pouvoir obtenir plus de services du secteur privé vont s'accroître.

¹³ L'ICIS a publié une étude sur les dépenses de santé par groupe d'âge en mai 2005. Les auteurs notent que la croissance annuelle moyenne des dépenses totales de santé par habitant en raison de l'unique effet du vieillissement est de 1 %. En plus, leurs travaux corroborent l'hypothèse selon laquelle les personnes âgées engendrent une proportion de plus en plus élevée des dépenses de santé. En effet, les dépenses réelles par habitant selon l'âge affichent une plus forte croissance chez les personnes âgées (« Dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux selon le groupe d'âge, le sexe et les catégories principales ». Institut canadien d'information sur la santé, mai 2005).

Figure 16
Équilibre de marché public, accroissement du rationnement



2.3.2 L'effet d'enrichissement

L'effet d'enrichissement correspond à l'accroissement des dépenses réelles de santé par habitant, soit une tendance à allouer une plus grande part de nos ressources aux soins de santé à mesure que nous nous enrichissons. Dans la première partie, nous avons vu que les dépenses en santé ont augmenté beaucoup plus rapidement que le PIB au cours des vingt dernières années, si bien que les dépenses totales de santé en pourcentage du PIB sont passées de 8,2 % en 1984 à 9,8 % en 2001, et l'on s'attend à ce qu'elles représentent 10 % dès 2004.

L'effet d'enrichissement exerce le même genre de pressions sur notre équilibre que le vieillissement de la population. Il déplace la demande vers le haut. La différence est que l'impact de l'effet d'enrichissement se fait sentir à court terme.

2.3.3 L'évolution des technologies

Dans la section précédente, nous avons vu que les dépenses de santé des vingt dernières années ont augmenté beaucoup plus rapidement que l'ensemble de l'économie. Selon le Conference Board of Canada, plus du tiers de l'augmentation dans la demande réelle serait dû à une augmentation de la consommation des soins de santé. Or, plusieurs sont d'avis que cette augmentation de la

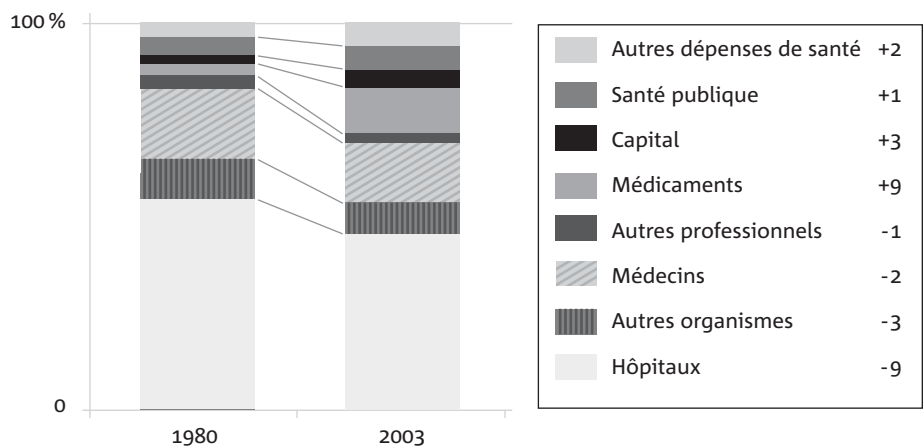
propension à consommer des soins de santé s'explique par l'évolution des technologies de santé¹⁴, notamment les médicaments, les équipements et technologies de diagnostic, les technologies de l'information, l'imagerie médicale, la génétique.

L'évolution dans la distribution des dépenses de santé illustre bien l'importance accordée aux nouvelles technologies médicales (figure 17). Outre la part des dépenses pour les médicaments dans les dépenses totales, qui a augmenté de 9 points, les proportions dans les dépenses totales de santé en capital (nouvelles technologies) et pour la santé publique se sont accrues de 3 et 1 point respectivement. La proportion des dépenses plus traditionnelles a quant à elle diminué: les médecins (- 2 points), les hôpitaux (- 9 points) et les autres organismes (- 3 points). Ces données permettent d'identifier trois grandes tendances:

- la hausse importante dans les dépenses pour les médicaments;
- la croissance dans les investissements en capital dans le réseau de la santé;
- 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), mais aussi des soins préventifs (santé publique).

Intuitivement, on imagine la rentabilité sociale de la médecine préventive comme étant supérieure à celle de la médecine curative. Même si nous croyons que le fait d'investir plus en médecine préventive réduira les coûts de santé à long terme, cette pratique exerce des pressions à la hausse sur la consommation de médicaments et sur le recours aux technologies diagnostiques.

Figure 17
Évolution de la distribution des dépenses publiques totales en santé au Québec



Source: ICIS, 2004.

¹⁴ « Understanding Health Care Cost Drivers and Escalators », The Conference Board of Canada, 2004.

Les développements dans les technologies et les pratiques exercent donc des pressions sur la demande de services. Les usagers souhaitent accéder aux traitements les plus récents, et les intervenants souhaitent donner à leurs patients l'accès à ces nouvelles découvertes. En outre, les pratiques évoluent et créent de nouveaux besoins, par exemple pour une médication plus intensive. Il en résulte le même genre de pressions sur notre équilibre que dans les deux cas précédents, soit une augmentation de la demande ou un déplacement de la courbe de la demande vers le haut (D vers D') (figure 18).

D'un autre côté, plusieurs sont d'avis que l'efficacité accrue des nouvelles technologies améliorera la productivité des interventions. Ce qui devrait se traduire par une réduction des pressions sur les coûts et, donc, une tendance à faire bouger la courbe de l'offre vers la droite. En effet, les résultats de plusieurs de ces nouvelles pratiques sont supérieurs aux anciennes, mais attention, ce n'est pas toujours le cas. Par ailleurs, puisque le coût de ces technologies et médicaments est généralement plus élevé que celui des technologies qu'elles remplacent, l'effet productivité sur le financement de la santé s'en trouve réduit, sinon complètement annulé. La figure 18 illustre l'impact net de ces deux effets, soit un oscillement de la courbe de l'offre.

Figure 18

Impact net de la productivité sur le financement de la santé

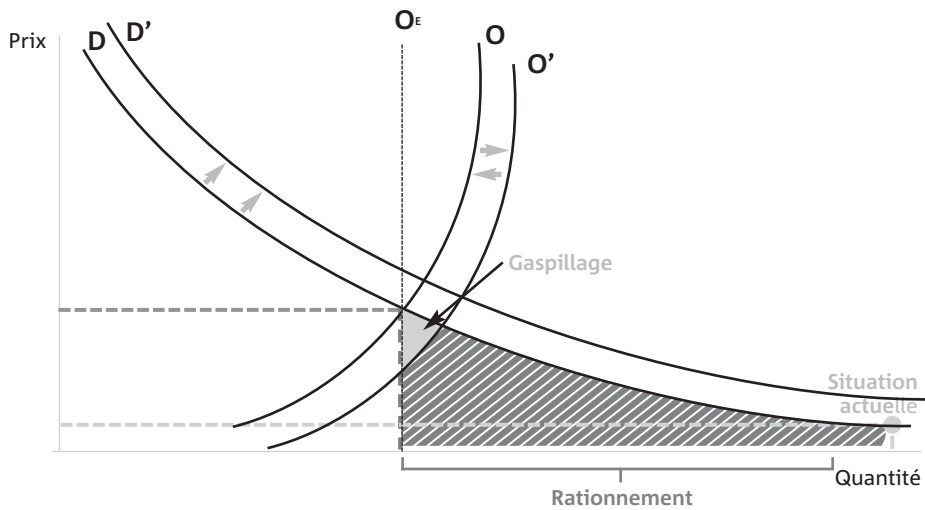
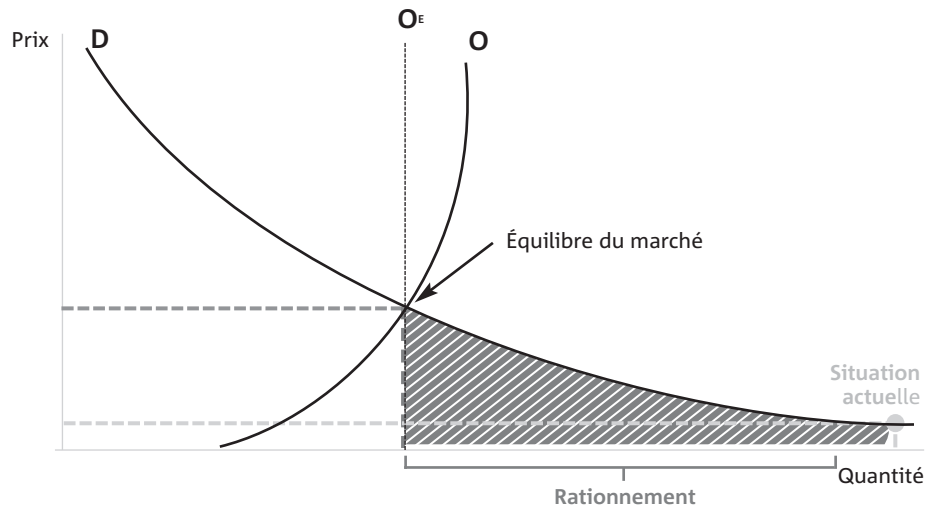


Figure 19
Marché en équilibre pour les soins de santé financés publiquement



Il est donc moins que certain que le marché pour les services de santé offerts par le secteur public soit en équilibre. Il est toutefois utile de poser l'hypothèse qu'il le soit afin de simplifier l'analyse. La figure 19 illustre le marché en équilibre pour les soins de santé financés publiquement, qui est le point de départ pour examiner l'impact des politiques publiques sur la santé.

Impact des réformes structurelles sur le financement de la santé

Cette section présente une brève description des réformes structurelles proposées par les commissions publiques, illustre leur impact sur l'équilibre du marché des services de santé et qualifie leur contribution potentielle à la résolution de la problématique de financement du système. Les réformes structurelles proposées incluent toutes les propositions portant sur la gestion du système de santé, soit celles portant sur la gouvernance, l'organisation des services et la gestion des ressources humaines.

3.1 Les propositions de réforme

Afin de simplifier l'analyse, nous avons regroupé l'ensemble des propositions selon leurs effets sur le système, soit :

l'amélioration de la productivité du système de santé

le contrôle de l'offre de services

la réduction de la demande

L'amélioration de la productivité du système de santé

Toute proposition ayant pour objectif d'améliorer l'efficacité des interventions, de diminuer les coûts des interventions ou du système ou encore d'inciter à la performance, contribue à améliorer la productivité du système, en particulier les propositions dont les objectifs sont les suivants¹⁵ :

- 1 / l'amélioration continue de la qualité
- 2 / le développement d'un système intégré de soins primaires
- 3 / l'implantation du dossier-patient électronique
- 4 / la consolidation de la prestation des services secondaires et tertiaires
- 5 / l'introduction d'incitatifs à la performance

¹⁵ Certaines réformes structurelles proposées ont été exclues du texte afin d'éviter de l'alourdir, notamment, celles portant sur une meilleure coordination des ressources humaines, sur le recrutement et la formation, sur la gestion des listes d'attente ainsi que sur la redéfinition des cadres de pratique. Essentiellement parce que ces recommandations ont un effet potentiel indirect sur la productivité du système. En fait, nous croyons que la résolution des problématiques qu'elles visent contribuera certainement à diminuer les coûts associés à des inefficacités de système.

1 / L'amélioration continue de la qualité du système

Les commissions publiques font consensus sur la nécessité d'améliorer la qualité du système de santé. Faire de la qualité une priorité est une recommandation qui vise à amorcer un changement profond de la culture à la base du système de santé. En plus de diminuer les coûts et d'améliorer la santé des Canadiens, l'amélioration continue de la qualité et de la performance a pour objectif de diminuer les erreurs médicales, de responsabiliser les intervenants et de développer une culture d'apprentissage. En outre, un système axé sur la qualité aurait l'avantage d'attirer et de retenir les professionnels de la santé les plus qualifiés et compétents tout en dégagant des fonds pour innover. Les innovations pourraient mener à des gains d'efficacité et de productivité. De plus, soutenir et miser davantage sur la recherche en santé (domaines divers) est considéré comme le meilleur moyen de développer cette culture orientée vers la qualité et l'innovation.

Pour certains, l'amélioration de la qualité passe par la création d'un conseil d'évaluation de la qualité, de la sécurité et de la performance du système de santé (ou d'une organisation équivalente), ou encore par l'extension des mandats de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ou de celui du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS). Pour d'autres, l'amélioration de la qualité passe par le développement d'une culture de qualité et l'innovation au sein même du système (Commission Fyke) ou encore par un engagement contractuel de performance (Commission Clair). Bien que les moyens d'y arriver soient variés, tous s'entendent sur les objectifs visés, c'est-à-dire :

- systématiser la reddition de compte
- améliorer la transparence
- réduire les erreurs
- développer une culture d'apprentissage
- établir des indicateurs communs de performance

Les commissions publiques font consensus
sur la nécessité d'améliorer la qualité
du système de santé.

2 / Le développement d'un système intégré de soins primaires

Toutes les commissions s'entendent pour affirmer que le développement d'un système intégré de soins primaires est indispensable à la viabilité de notre système de santé. Aussi faut-il transformer en profondeur le mode de prestation des soins de santé au pays. Pour ce faire, une réelle intégration des services est nécessaire, incluant la prévention et la promotion de la santé. Plusieurs rapports (Kirby, Fyke et Clair) préconisent le développement d'équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires, dans le but d'utiliser plus efficacement à la fois toutes les compétences de chacun et tout le spectre des professionnels de la santé. Une telle équipe pourrait comprendre un(e) médecin généraliste, un(e) infirmier(e), un(e) pharmacien(ne), un(e) physiothérapeute, et encore bien d'autres dispensateurs de soins. À cet égard, le développement du poste d'infirmier(e) praticien(ne) est recommandé: un(e) infirmier(e) avec des qualifications plus avancées pourrait prendre en charge une partie des activités du (de la) médecin généraliste (jusqu'à 70 % selon certains¹⁶), et celui-ci ou celle-ci aurait ainsi plus de temps pour le traitement du patient, évitant du même coup certaines références à des spécialistes plus coûteux.

Avec les équipes interdisciplinaires de soins primaires, chaque individu s'engagerait auprès d'une équipe et s'engagerait à contacter cette équipe en premier lieu lors de tout problème médical. Pour assurer un accès continu (24 heures par jour, 7 jours sur 7), une ligne téléphonique d'urgence serait mise en place. Cela aurait pour effet de désengorger les salles d'urgence, présentement considérées à tort par plusieurs comme le premier point d'entrée du système. Une réduction des coûts est attendue à la suite de la diminution de l'utilisation de ces services coûteux. Par contre, les investissements nécessaires pour démarrer de telles équipes risquent de s'avérer importants: par exemple, le gouvernement du Québec s'est engagé à investir 15 millions de dollars pour la formation de vingt de ces groupes multidisciplinaires, et l'objectif ultime est d'en créer trois cents¹⁷. En octobre 2004, quatre-vingt-sept groupes de médecine familiale (GMF) étaient accrédités au Québec.

Plusieurs autres avantages sont associés à l'approche par les soins primaires: amélioration globale de la santé de la population, meilleure coordination des services aux patients, continuité des soins, satisfaction de besoins complexes, responsabilisation des patients, etc. De plus, l'intégration des services devrait mener à une réduction de leur chevauchement ainsi qu'à une diminution des dédoublements de tests, diminuant par le fait même la pression sur les coûts du système de santé.

L'intégration des services devrait mener à une réduction de leur chevauchement ainsi qu'à une diminution des dédoublements de tests, diminuant par le fait même la pression sur les coûts du système de santé.

¹⁶ Rapport Kirby, p.79.

¹⁷ *Ibid.* p. 85.

L'adoption du dossier-patient électronique (DPE) est une condition nécessaire à toute réforme du système de santé et à sa viabilité à long terme. Sans elle, la plupart des recommandations contenues dans les rapports des commissions sont impossibles à implanter !

***Remarque:** Les chercheurs estiment que les bénéfices associés à cette approche ne sont réalisables qu'à la condition qu'elle soit appuyée par le dossier-patient électronique. En effet, une telle approche n'est efficace que si elle est soutenue par des moyens facilitant les communications de qualité entre les intervenants.*

3 / L'implantation du dossier-patient électronique

L'adoption du dossier-patient électronique (DPE) est une condition nécessaire à toute réforme du système de santé et à sa viabilité à long terme. Sans elle, la plupart des recommandations contenues dans les rapports des commissions sont impossibles à implanter ! Plusieurs avantages sont associés au DPE : amélioration des processus cliniques, meilleure continuité et personnalisation des soins, efficacité et qualité des soins accrues, amélioration globale de la santé des Canadiens, etc. Tout cela entraînerait inévitablement une réduction du coût par épisode de soins. L'utilisation des dossiers électroniques permettrait la réduction du nombre d'erreurs médicales et du dédoublement des tests et procédures, étant donné qu'un relevé plus complet et plus exact des antécédents médicaux serait alors accessible au(x) professionnel(s) de la santé traitant(s). De plus, le recours aux dossiers électroniques aurait pour effet de réduire le temps consacré par les infirmières à la création de fiches médicales. À cet égard, on estime en Alberta qu'une réduction de 5 % de ce temps permettrait la libération de 90 postes d'infirmiers et donc des économies de cinq millions de dollars par région sociosanitaire¹⁸. Ensuite, le DPE est essentiel aux communications entre les membres des équipes multidisciplinaires au sein d'un système intégré des soins primaires. Finalement, étant donné que les patients auraient désormais accès à leur propre dossier, tous sont d'accord pour affirmer qu'une responsabilisation des individus s'ensuivrait, non seulement face à leur propre santé mais aussi face à leur utilisation de services de santé ; une composante pourrait même être intégrée afin de faire connaître aux utilisateurs les coûts des services consommés. Évidemment, d'importants investissements en capital seront nécessaires, de l'ordre de deux milliards de dollars sur cinq ans, selon Romanow. Cependant, il est clair qu'à long terme, la création des dossiers électroniques de santé sera bénéfique pour le système, tant sur le plan des coûts que sur le plan de la qualité et de la performance.

¹⁸ Région sanitaire de Calgary, 2002a, 2002b, tel que cité dans Romanow, p. 85.

Le gouvernement fédéral a investi 500 millions de dollars dans Inforoute Santé Canada (qui inclut les dossiers-patients électroniques) à la suite de l'accord des premiers ministres provinciaux de septembre 2000. La mission d'Inforoute Santé Canada est d'accélérer l'élaboration de systèmes électroniques d'information sur la santé interopérables dans tout le Canada. Ces systèmes permettent aux professionnels de la santé d'avoir rapidement accès à des renseignements complets et exacts sur les patients, ce qui leur permet de prendre des décisions plus éclairées en matière de traitement et de diagnostic. Le résultat est un système de santé viable et moins coûteux offrant aux patients une sécurité accrue et une qualité de soins supérieure. À la suite de la recommandation de Romanow, Inforoute Santé Canada facilite le développement d'un cadre national pour coordonner l'implantation des dossiers-patients électroniques en collaboration avec chaque province et territoire, afin d'assurer l'interopérabilité des divers systèmes et de réaliser des économies d'échelle.

Remarque: Ce n'est qu'en février 2004 que le Québec s'est joint à l'initiative d'Inforoute Santé Canada. Les premiers investissements au Québec dans le cadre de ce programme ont été annoncés en mars 2005 et ils ne concernent que l'étape de la planification et de la détermination des coûts de développement pour quatre projets d'informatisation en santé.

La confidentialité des données médicales et la protection de la vie privée

Lorsqu'il est question de stockage de données électroniques, l'enjeu de la confidentialité des données est aussitôt soulevé. En fait, comme plusieurs intervenants l'ont remarqué, la vie privée serait sûrement mieux protégée avec des données électroniques qu'elle ne l'est actuellement avec des dossiers-papier auxquels plusieurs ont aisément accès. Cependant, une inquiétude plus fondée est liée à l'utilisation abusive et/ou malveillante qui pourrait plus facilement être faite des renseignements sur la santé d'un individu. En outre, il est recommandé dans le rapport de la Commission Romanow de modifier le Code criminel du Canada afin de considérer toute infraction à cet égard comme un acte criminel. Bien qu'une telle mesure ne présente pas d'avantages financiers, elle aurait pour impact de rassurer les citoyens quant aux dossiers médicaux électroniques, débloquant ainsi en partie l'impasse associée à leur implantation. Le rapport Kirby fait également état de la nécessité d'harmoniser les mesures de sécurité entre provinces, bien qu'il ne propose aucune mesure précise pour y arriver.

Le résultat est un système de santé viable et moins coûteux offrant aux patients une sécurité accrue et une qualité de soins supérieure.

4 / La consolidation de la prestation des services secondaires et tertiaires

La Commission Fyke propose de développer un plan provincial pour la localisation et la prestation des services spécialisés. En plus d'assurer la qualité des services spécialisés, cela aurait pour effet d'augmenter l'efficacité de leur prestation en évitant les dédoublements des services et équipements souvent coûteux qui y sont associés. Une réduction des coûts pourrait ainsi être espérée. La Commission Clair reconnaît également le besoin de consolider et d'améliorer le fonctionnement des services de deuxième et troisième ligne et propose une hiérarchisation des services médicaux et une réorganisation des urgences. Selon la Commission Clair, une meilleure utilisation des services de deuxième et troisième ligne entraînerait un désengorgement des urgences et des blocs opératoires de même que des économies potentielles pour le système de santé.

***Remarque:** En 2003-2004, le MSSS a créé les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) dans le but « d'assurer la hiérarchisation des soins entre les régions du Québec et les hôpitaux universitaires¹⁹ ». Quatre d'entre eux ont donc été mis sur pied et « leur mandat consiste à définir les orientations relatives aux services médicaux spécialisés et surspécialisés, [...], ainsi qu'à établir les corridors de services de médecine spécialisée et à déployer la formation médicale dans les diverses régions du Québec pour la médecine de famille et les spécialités de base²⁰ ».*

5 / L'introduction d'incitatifs à la performance

Compétition dans la prestation de services de santé

Les commissions Kirby, Mazankowski et Clair sont d'avis qu'il faut introduire la compétition dans la prestation des services de santé au Canada. En effet, la création de mécanismes de marché interne permettrait des gains d'efficacité et d'efficacités. Il est à noter que cette stratégie ne remet pas en question le financement du système, qui demeurerait public, tel que prescrit par la Loi canadienne sur la santé. Il serait plutôt question pour les autorités régionales d'octroyer des contrats aux hôpitaux, qui se feraient alors compétition pour les obtenir. De plus, des cibles de performance pourraient être négociées. Une gestion plus efficace des ressources en résulterait, sans compter une amélioration de la qualité des services. Cela aurait également pour effet bénéfique de conscientiser les dispensateurs de soins aux véritables coûts encourus pour chaque intervention. La difficulté avec une telle approche est qu'un contrat de services hospitaliers ne peut être octroyé ou annulé du jour au lendemain. Une telle approche aurait avantage à être minutieusement planifiée avant d'être implantée.

¹⁹ « Les faits saillants 2003-2004 », www.msss.gouv.qc.ca.

²⁰ *Ibid.*

Mode de budgétisation des hôpitaux

Pour que la compétition puisse efficacement être introduite dans la prestation des soins de santé, il faudrait changer le mode de budgétisation des hôpitaux. En effet, Kirby recommande de se diriger vers un mode de budgétisation basé sur les services fournis (*service-based*) de préférence aux budgets historiques qui sont actuellement utilisés pour les coûts d'opération. Selon son comité, cette stratégie aurait pour effet d'améliorer l'efficacité et l'efficience dans la prestation des soins de santé, dont le volume serait à même d'augmenter. Une approche réellement orientée vers le patient pourrait être développée puisque ce dernier ne représenterait plus un coût mais plutôt une source de revenu pour l'hôpital. Également, on pourrait s'attendre au développement de centres d'excellence dans les régions urbaines, ce qui est intéressant du point de vue de l'efficacité accrue dans la prestation de certains services très spécialisés. Effectivement, certains hôpitaux seraient à même de développer des spécialités de qualité en traitant un nombre suffisant de patients pour des prestations données. En outre, la budgétisation en fonction des services rendus rend plus équitable le financement des hôpitaux, et une réduction des effectifs des départements provinciaux de santé y serait vraisemblablement associée, étant donné le besoin moindre de contrôle et de micro-management. Plusieurs autres avantages sont associés à la budgétisation basée sur les services fournis: augmentation de la transparence, alignement des services sur les besoins des usagers, possibilité de développer des indicateurs de performance avec les données sur les coûts qui seront disponibles, plus grande indépendance des hôpitaux face au gouvernement, flexibilité dans le changement des priorités des services et procédures, etc. Comparativement aux budgets historiques, la budgétisation en fonction des services rendus ne rationne pas l'offre: étant donné que l'hôpital est payé pour tout service fourni, la capacité d'opération n'est pas limitée par des considérations budgétaires. Par contre, il serait nécessaire d'adapter la formule de budgétisation pour les hôpitaux universitaires afin de ne pas nuire à leurs fonctions particulières d'enseignement et de recherche. Cela risque de complexifier la méthode et d'y ajouter des coûts administratifs potentiellement importants.

Remarque: D'un point de vue économique, une telle stratégie risque d'accroître les pressions sur les coûts de santé plutôt que de les diminuer. En effet, si ni l'offre ni la demande ne sont rationnées (en l'absence de coût pour l'utilisateur), la demande de fonds additionnels en santé exploserait certainement. Cependant, si les budgets sont octroyés pour une population donnée dans un contexte de compétition, alors c'est une stratégie qui mérite d'être examinée plus en profondeur.

La budgétisation en fonction des services rendus ne rationne pas l'offre.

Impact d'une amélioration de la productivité

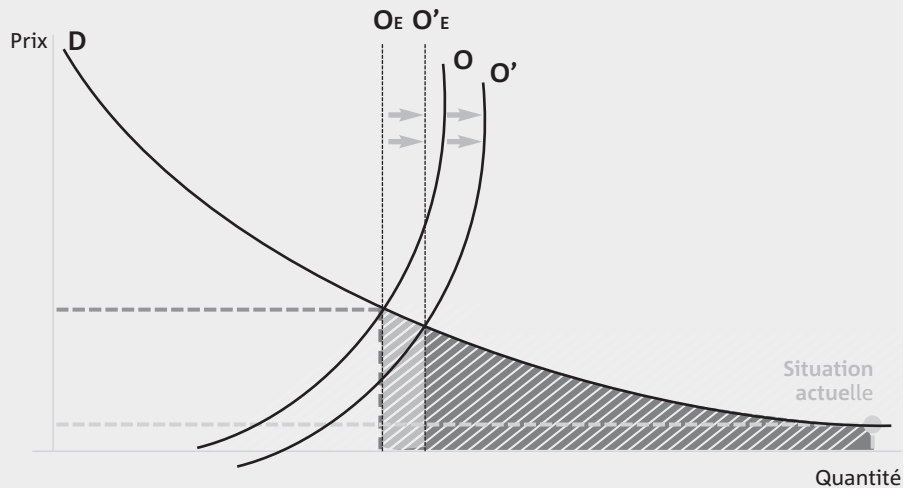
Les recommandations visant à améliorer l'efficacité du système, soit réduire les coûts fixes, réduire les coûts des interventions ou éliminer la mauvaise utilisation du système, ont pour effet de diminuer le coût unitaire des interventions. Chacune de ces stratégies a donc le potentiel de dégager une marge de manœuvre financière et de permettre ainsi au système de répondre à une part plus grande de la demande. Mais la marge financière dégagée par l'implantation de ces réformes sera-t-elle suffisante pour combler la demande pour laquelle il n'y a pas d'offre ? En d'autres termes, les fonds dégagés vont-ils permettre d'éliminer les délais d'attente (c'est-à-dire le rationnement) ?

La figure suivante représente graphiquement l'impact d'une amélioration de la productivité sur l'équilibre de marché des services de santé. Améliorer la productivité implique une réduction des coûts à tous les niveaux de production, soit un mouvement de la courbe de l'offre vers la droite. Dans un contexte de financement public, ce déplacement est équivalent à une augmentation de budget puisque la marge financière dégagée par les réformes permettrait d'augmenter le nombre d'interventions qui peuvent être effectuées pour un budget donné.

L'augmentation de la productivité devrait donc réduire la pression sur les coûts unitaires. Toutefois, puisque la demande demeure très excédentaire étant donné qu'il n'y a pas de coût pour les usagers, cette diminution sera peu perceptible.

Figure 20

Courbe de l'offre dans un contexte de financement public, soit un budget fixe qui détermine le niveau de production



Le contrôle de l'offre de services

Tel qu'illustré précédemment, la forte évolution des services de santé a affecté la distribution du budget de Santé Québec. Depuis l'instauration du système public, beaucoup de nouveaux services ou pratiques sont développés et régulièrement intégrés à l'offre parce qu'ils sont considérés comme essentiels par les intervenants. Le financement de ces ajouts n'a toutefois pas été nécessairement planifié. Les dépenses qui en résultent doivent être intégrées dans le budget prédéterminé. Afin d'empêcher que l'évolution des pratiques et des technologies ne crée trop de pressions sur le budget, les propositions suivantes ont été suggérées par les commissions publiques :

- 1 / Former un conseil de l'évaluation de la qualité et de la performance
- 2 / Moderniser la Loi canadienne sur la santé
- 3 / Former un conseil national des médicaments

1 / Former un conseil d'évaluation de la qualité et de la performance

Cette proposition, faite par les commissions Kirby, Romanow et Fyke, a été décrite dans la section sur l'amélioration de la qualité du système. Selon ces commissions, la mission d'un tel organisme serait également d'évaluer les technologies, les pratiques et les médicaments et de conseiller le gouvernement sur ce qui devrait être couvert par le système public de santé et sur tout financement nécessaire.

Ce mécanisme de contrôle des coûts assurerait également un meilleur accès de la population à des technologies médicales de pointe. De plus, Romanow propose que le Conseil de la santé du Canada veille à contenir les pressions inflationnistes associées aux technologies de la santé en assurant leur utilisation efficace par les professionnels de la santé. En effet, une évaluation serait faite des technologies présentement utilisées au Canada dans le but de développer des guides de pratiques cliniques. Également, l'évaluation préalable à l'adoption d'une nouvelle technologie permettrait non seulement d'en assurer l'efficacité mais aussi leur utilisation sécuritaire.

La forte évolution des services de santé a affecté la distribution du budget de Santé Québec.

Bien que les valeurs à la base de la Loi canadienne sur la santé ne soient jamais remises en question, une modernisation du contenu de cette loi est recommandée.

2 / Moderniser la Loi canadienne sur la santé

Bien que les valeurs à la base de la Loi canadienne sur la santé ne soient jamais remises en question dans les rapports car elles sont encore jugées appropriées et fondamentales aux yeux des Canadiens, une modernisation du contenu de cette loi est recommandée. Tout d'abord, un élargissement des services assurés est suggéré afin d'inclure les services de soins à domicile médicalement nécessaires dans les secteurs de la santé mentale, des soins en phase post-aiguë et des soins palliatifs à domicile. Ces derniers représentent une solution financièrement avantageuse à l'hospitalisation ou au placement en établissement de soins de longue durée; l'investissement dans les soins à domicile pourrait donc permettre de réaliser des économies, surtout en ciblant les personnes qui vivent habituellement bien dans la collectivité mais qui subissent des hospitalisations récurrentes mais pouvant être évitées²¹. Les soins à domicile procurent de plus l'avantage d'améliorer la qualité de vie des individus concernés. À ce chapitre, il est intéressant de s'attarder au programme extra-mural du Nouveau-Brunswick. Il s'agit d'un programme «d'hospitalisation à domicile» qui fournit une solution de rechange à l'hospitalisation ainsi que des services de soutien et de soins de longue durée. De plus, la Loi hospitalière du Nouveau-Brunswick reconnaît ce programme comme une corporation hospitalière à part entière; les services du programme sont donc assurés par la province.

L'inclusion des services de soins à domicile dans la Loi canadienne sur la santé coûterait 979,7 millions de dollars supplémentaires par année²², et le Transfert fédéral en matière de soins à domicile proposé par Romanow servirait à couvrir ces coûts. Un élargissement de la couverture aux médicaments, qui ne sont pas couverts à l'extérieur du Québec, est également recommandé. Il est à noter que la plupart des provinces et territoires ont inclus certains soins à domicile dans leur régime d'assurance santé, reconnaissant de ce fait leur nécessité médicale pour faire face à l'évolution des besoins. Cependant, plusieurs disparités sont remarquées à cet égard, et l'inclusion de ces services dans la Loi canadienne sur la santé permettrait une mise à niveau dans toutes les provinces quant au seuil minimal de soins à domicile offerts à la population canadienne.

²¹ Hollander, M., et N. Chappell. 2002. « Rapport final de l'évaluation nationale de la rentabilité des soins à domicile », préparé pour le Fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada. Victoria, Université de Victoria, Centre on Aging, cité dans le rapport de la Commission Romanow.

²² Hirdes *et al.* (2002), cité dans le rapport de la Commission Romanow.

3 / La création de l'Agence nationale des médicaments

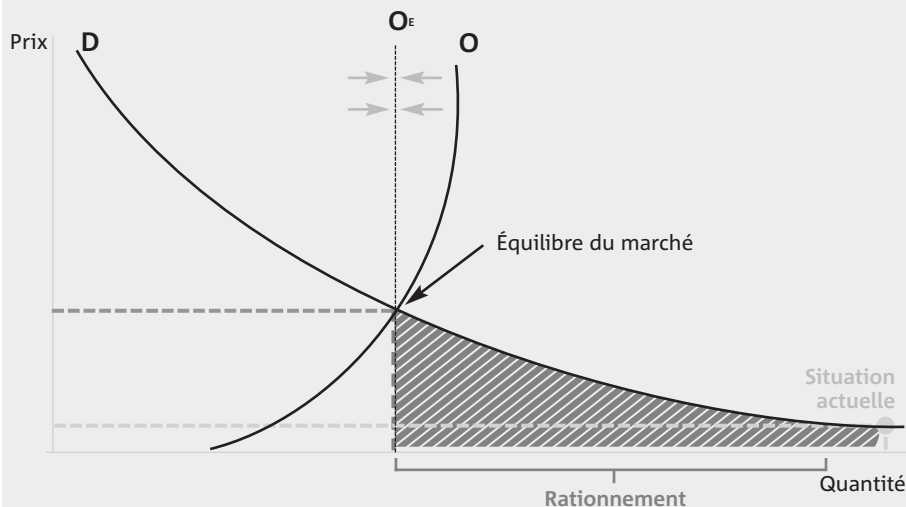
Selon Romanow, une telle agence, responsable d'établir des normes nationales en ce qui a trait à l'évaluation et à l'approbation de nouveaux médicaments, au contrôle de leur prix et à la diffusion des données sur leur utilisation et leurs effets, devrait être créée. L'agence veillerait également au développement d'une liste canadienne des médicaments. Actuellement, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) surveille et régit le prix des médicaments sous brevet, et les provinces ont mis en place plusieurs mesures indépendantes pour contrôler le coût des médicaments, sans trop de succès. Le regroupement des fonctions d'évaluation, d'approbation et de diffusion permettrait une meilleure utilisation de toutes les ressources et la prestation de meilleurs services. De plus, la mise en commun des ressources provinciales permettrait d'éviter le dédoublement des efforts, augmentant de ce fait l'efficacité du processus et permettant éventuellement de réaliser des économies à ce niveau.

Impact d'un meilleur contrôle de l'offre de services

La clarification régulière de ce qui fait partie du panier de services essentiels contribuerait à réduire les abus, à augmenter la transparence et à diminuer l'incertitude. Ces propositions ont donc pour effet de minimiser les déficits qui résultent de l'évolution de l'offre, en la contrôlant pour s'assurer qu'elle corresponde bien à des budgets de santé donnés. Sur le modèle graphique, figure 21, ces propositions contribueraient à maintenir l'offre au point d'équilibre.

Figure 21

Impact d'un meilleur contrôle de l'offre de services



IMPACT

1 / La prévention et promotion de la santé

La prévention et la promotion de la santé ont pour effet d'atténuer les coûts futurs du système de santé.

Toutes les commissions étudiées affirment que la prévention et la promotion de la santé doivent être au centre des préoccupations liées au système de santé, puisqu'une stratégie en ce sens permettrait de réaliser des économies à long terme. En effet, en plus d'améliorer globalement la santé des Canadiens, la prévention et la promotion de la santé ont pour effet d'atténuer les coûts futurs du système de santé, plusieurs maladies chroniques pouvant ainsi être gérées plus efficacement et même évitées. Évidemment, des investissements seraient nécessaires afin de mettre sur pied des mesures concrètes telles que des programmes d'élimination et de prévention du tabagisme, de valorisation de l'activité physique, d'accès à l'information sur les saines habitudes de vie, etc. Par exemple, un programme de prévention des maladies chroniques aurait un potentiel de diminution de l'utilisation des services d'hôpitaux et de médecins, laquelle permettrait une réduction des coûts en santé de l'ordre de 10 % sur une période de dix ans²³. De plus, il est estimé qu'une diminution de 10 % dans la prévalence de l'inactivité physique au Canada mènerait à une réduction des dépenses en soins de santé de 150 millions de dollars par année²⁴. Dans le même ordre d'idées, l'implantation d'un programme de prévention du tabagisme en milieu scolaire qui permettrait de réduire l'incidence du tabagisme de 6 % à court terme et de 4 % à long terme, pourrait permettre des économies annuelles nettes de l'ordre de 619 millions de dollars²⁵. Aussi, les commissions Romanow et Kirby proposent la mise en place d'une stratégie nationale de prévention et de promotion de la santé. Cependant, la Commission Clair propose une stratégie provinciale, tandis que les commissions Fyke et Mazankowski n'en précisent pas la nature.

²³ Terrence Sullivan, « Preventing Chronic Disease and Promoting Public Health: An Agenda for Health System Reform », August 2002, cité dans le rapport Kirby.

²⁴ Katzmarzyk, P.T., N. Gledhill, et R.J. Shephard. 2000. « The Economic Burden of Physical Inactivity in Canada. » *JAMC* 163(11), 1435-1440, cité dans le rapport Romanow.

²⁵ Stephens, T., M.J. Kaiserman, D.J. McCall et C. Sutherland-Brown. 2000. « Prévention du tabagisme en milieu scolaire : les coûts économiques par rapport aux avantages ». *Maladies chroniques au Canada* 21(2), 66-72, cité dans le rapport Romanow.

2 / Santé publique

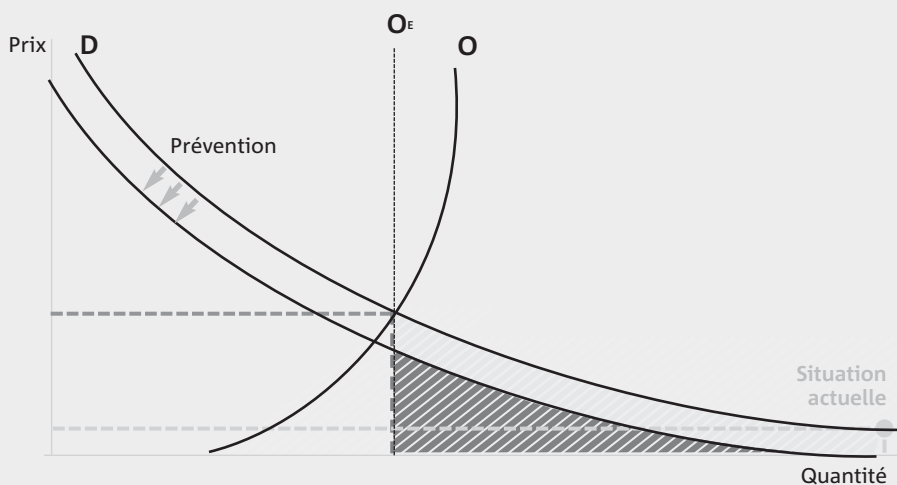
Veiller à la santé publique peut également passer par une stratégie nationale d'immunisation. En permettant d'éviter certaines maladies graves, et donc le recours aux traitements parfois coûteux qui y sont reliés, une réduction des coûts à long terme pourrait même être observée. Cette recommandation est d'autant plus d'actualité que de nombreuses maladies infectieuses nouvelles et émergentes sont recensées à travers le monde (on n'a qu'à penser au SRAS ou à la grippe aviaire). Évidemment, une telle stratégie d'immunisation devra être régulièrement surveillée et mise à jour afin de tenir compte des nouvelles réalités; le support continu de la recherche dans ce domaine est donc essentiel.

Impact des politiques de réduction de la demande

La seule politique proposée par les commissions qui a un impact sur la demande est celle qui vise l'augmentation des allocations en prévention des maladies. Cette proposition aurait pour effet de diminuer la demande de services à tous les niveaux de prix, c'est-à-dire de déplacer la courbe de la demande vers le bas (figure 22). Une telle stratégie aurait un effet sur la demande à l'opposé de ceux associés au vieillissement de la population et à l'enrichissement. Une excellente nouvelle en soi, mais l'impact est nettement insuffisant pour contrebalancer les pressions actuelles sur les coûts. D'une part, parce que l'impact de la prévention ne se fera sentir qu'à long terme et, d'autre part, tant et aussi longtemps que le prix des services de santé est nul, il y aura rationnement.

Figure 22

Impact d'une augmentation des allocations en prévention des maladies



IMPACT

3.2 Conditions essentielles à la réussite des réformes structurelles

Le succès des mesures proposées, qui sont d'ailleurs partiellement en voie d'être implantées au Québec, n'est pas sans risque. En effet, ces mesures exigent :

- des investissements importants pour leur mise en œuvre à un moment où, nous l'avons vu dans la première partie, les finances publiques sont en crise;
- l'implantation du dossier-patient électronique (nous devrions dire le déblocage du dossier-patient car l'implantation de celui-ci est dans une impasse depuis de nombreuses années) sans lequel les bénéfices de la réforme seront marginaux puisqu'il est nécessaire à la réussite de nombreuses mesures dont : l'amélioration de la qualité et la réduction des erreurs, l'amélioration de l'accès (triage), la réduction du dédoublement de tests diagnostiques, le partage du dossier par une équipe multidisciplinaire et, donc, le développement des soins primaires, etc.²⁶;
- la clarification du panier de services essentiels, sans laquelle les frustrations vont continuer de se faire sentir puisque, d'une part, le secteur public ne peut augmenter le financement de la santé à la vitesse où évoluent les technologies, et que, d'autre part, les individus ne peuvent acheter d'assurance privée pour couvrir les soins ou les équipements non couverts par le financement public.

3.3 L'effet net des réformes structurelles sur le financement de la santé

L'analyse des multiples rapports des commissions publiques de santé mène à un constat frappant : la convergence des conclusions quant aux réformes structurelles nécessaires. Nous pouvons donc nous attendre à :

- une diminution éventuelle du coût unitaire des interventions;
- une diminution des pressions sur la demande à long terme pour tous les groupes d'âge.

Toutefois, la diminution des pressions qui en résultera se fera peu sentir car ces propositions ne concernent pas le problème structurel de marché créé par le fait que le prix des services est nul pour le consommateur. En outre, puisque la majorité des pressions sur les coûts de santé sont exercées par la demande (vieillesse, enrichissement, nouvelles technologies) et que ces réformes portent essentiellement sur l'offre de services, peu d'effets se feront sentir.

²⁶ Actuellement, seuls ADRLSSSS de Laval et le CH régional de Trois-Rivières ont implanté le dossier-patient électronique partagé, et ce, en étant financés avec des fonds de recherche. Bien que, dans les deux cas, les bénéfices attendus se soient matérialisés, le gouvernement tarde à débloquer les fonds d'investissement afin de faciliter leur déploiement à travers le Québec.

En somme, même une implantation systématique de toutes ces réformes structurelles ne saurait empêcher que le système retourne rapidement à l'état de crise dans lequel il se trouve actuellement, si aucune mesure n'est adoptée ni pour augmenter substantiellement les budgets et ainsi diminuer le rationnement (figure 23), ni pour diminuer la demande à court terme (figure 24). La figure 23 montre comment une augmentation de l'offre (aucunement justifiée sur le plan économique si l'on est à droite de l'équilibre, mais répondant essentiellement à des pressions politiques) aura peu d'impact pour réduire le rationnement. Par ailleurs, la figure 24 montre que la réduction de la demande excédentaire, pour être significative, nécessite un mouvement le long de la courbe de demande qui pourrait être obtenue par une contribution des usagers.

Figure 23

Impact d'une augmentation des budgets

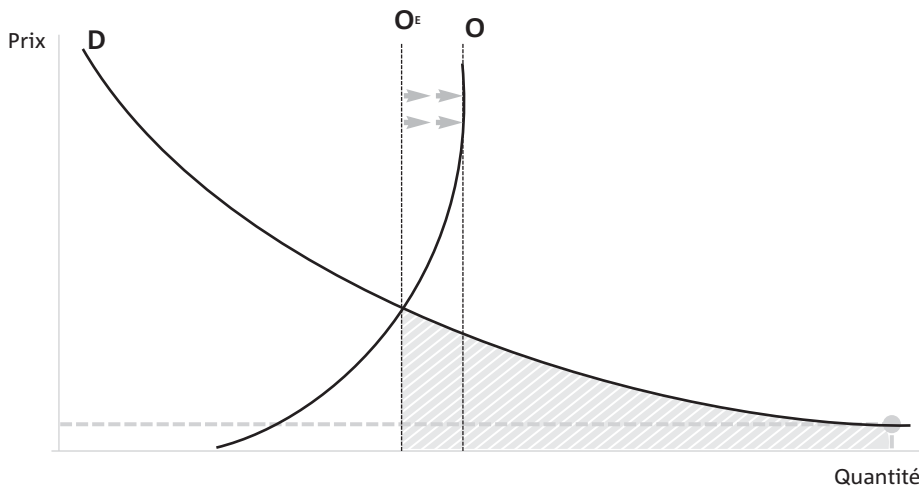
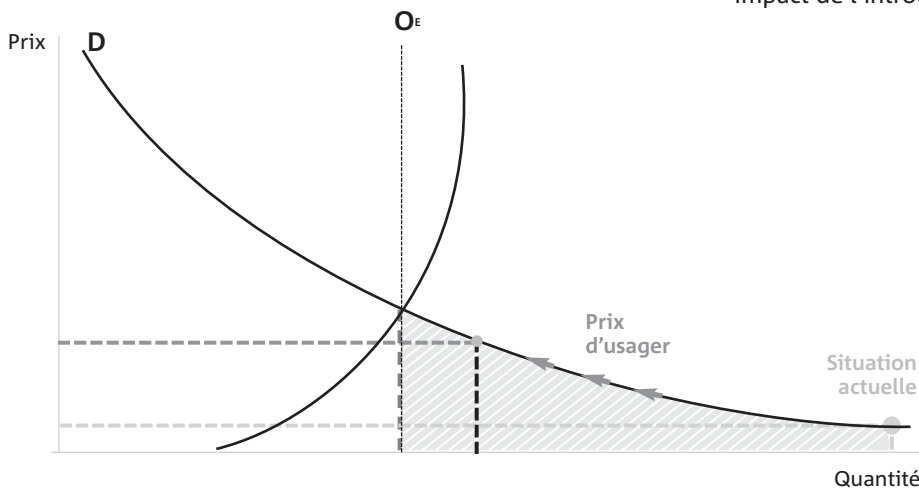


Figure 24

Impact de l'introduction d'une contribution des usagers



Les options de financement

Depuis la fin des années 60, l'accès universel aux soins de santé est une valeur fondamentale qui n'est pas remise en question au Canada. Le Québec, à l'instar des autres provinces canadiennes, a jugé que le meilleur moyen d'assurer un accès universel aux soins de santé passait par le financement public d'un réseau public de santé. C'est ainsi qu'en 1970, le régime de l'assurance maladie du Québec a été implanté. Un régime par lequel le gouvernement allait assumer les coûts associés aux services de santé jugés essentiels.

Depuis cette époque, les pratiques de santé ont beaucoup évolué, de sorte que certaines d'entre elles ne font pas officiellement partie des services essentiels au sens de la loi mais sont tout de même considérées comme telles. Parmi les exemples les plus connus, le recours accru aux médicaments²⁷ et le développement des soins de santé à domicile sont deux pratiques qui n'avaient pas été prises en considération lorsque le système de santé a été développé dans les années 70. En outre, l'offre (services, équipements, technologies) évolue rapidement et le gouvernement ne peut offrir toutes ces nouveautés à mesure qu'elles deviennent disponibles parce que son budget ne le lui permet pas. Certains traitements demeurent donc en marge du système. La population ne peut les acquérir parce qu'il est illégal de s'assurer auprès du privé pour obtenir des services de santé jugés essentiels, mais ils sont inaccessibles parce qu'ils sont trop coûteux pour la société²⁸.

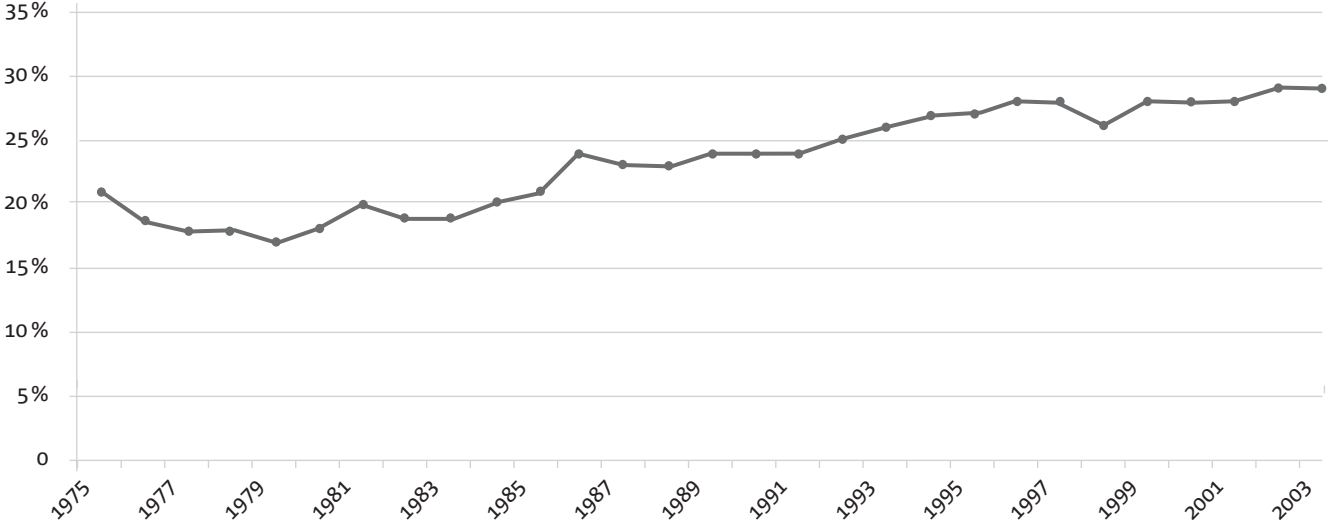
Depuis l'établissement de la Régie de l'assurance maladie du Québec, l'offre de services de santé privés parallèles aux services publics et non couverts par le régime public a bien évolué, par exemple pour les services diagnostiques et optométriques, les prothèses, les services de longue durée, etc. La proportion des contributions privées dans les dépenses totales par habitant est d'ailleurs passée de 18 % en 1975 à 29 % en 2003, soit une croissance annuelle moyenne de 1 %.

La proportion des contributions privées dans les dépenses totales par habitant est passée de 18% en 1975 à 29% en 2003.

²⁷ C'est en partie pour cette raison que le Québec s'est doté d'un régime universel d'assurance médicaments à la fin des années 90. C'est également pour cette raison que plusieurs autres provinces canadiennes évaluent la possibilité d'implanter un tel régime dans leur province, une mesure également encouragée par le gouvernement fédéral à la suite de la recommandation de la Commission Romanow.

²⁸ Une situation en voie de changer puisque, le 9 mai 2005, la Cour suprême a jugé, dans une cause qui opposait le Dr Jacques Chaoulli et son patient George Zeliotis, que l'interdiction d'acheter une assurance privée pour obtenir des soins de santé couverts par le régime d'assurance maladie du Québec violait la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*.

Figure 25
Part des dépenses privées dans les dépenses totales par habitant



Source: Institut canadien d'information sur la santé, 2004

En outre, il est possible de payer directement pour obtenir les services d'un médecin exerçant en marge du système de santé (en dehors de la RAMQ). Cette pratique intéresse de plus en plus de médecins du Québec puisque, depuis 1998, le nombre de médecins qui exercent en dehors de la RAMQ est passé de 47 à près de 80 en 2004, dont 33 omnipraticiens. Cependant, il est légalement interdit de s'assurer auprès d'un assureur privé afin de rembourser les honoraires de ces médecins pour des services par ailleurs couverts par la RAMQ. Ce règlement a pour objectif de limiter le développement d'un système parallèle.

Malgré le système législatif actuel qui limite la participation du secteur privé dans la prestation des services de santé, les données démontrent clairement la volonté de la population en vue d'accorder une place au système privé de soins de santé au Québec. Il y a donc deux sources potentielles d'accroissement des fonds de santé: les contributions publiques et les contributions privées.

Pour augmenter les dépenses gouvernementales en santé, le gouvernement doit soit augmenter ses sources de fonds, soit diminuer les dépenses allouées aux autres programmes.

4.1 Accroissement du financement public de la santé

Pour augmenter les dépenses gouvernementales en santé, le gouvernement doit soit augmenter ses sources de fonds, soit diminuer les dépenses allouées aux autres programmes. L'accroissement des dépenses de santé depuis 1997 a eu un effet d'éviction sur les dépenses des autres programmes. Les arguments présentés en première partie ainsi que les débats politiques actuels indiquent que la poursuite d'une telle pratique n'est pas soutenable et que le gouvernement doit développer d'autres solutions.

À moins de générer un déficit budgétaire, pour pouvoir augmenter ses dépenses, le gouvernement doit s'assurer que ses recettes s'accroissent dans la même proportion. Or, ses recettes peuvent être majorées de trois façons : en augmentant les recettes fiscales, en augmentant les transferts fédéraux ou en facilitant la croissance de la richesse collective.

4.1.1 Augmenter les recettes fiscales

La majorité des dépenses publiques en santé au Canada est financée à même les fonds généraux des gouvernements provinciaux et fédéral, par les impôts sur les revenus des corporations et des particuliers. En plus, le Québec, l'Ontario, le Manitoba et Terre-Neuve imposent aux sociétés une cotisation au fonds des services de santé, calculée en fonction de leur masse salariale. La Colombie-Britannique, l'Alberta et, depuis 2004, l'Ontario financent en partie leur système de santé par des primes santé. Ces dernières prennent la forme d'un paiement mensuel par personne.

Les commissions politiques publiques ont examiné trois différentes façons d'augmenter les recettes fiscales : les impôts sur les revenus des particuliers et des sociétés, la taxe sur la consommation et les primes santé. Deux autres mesures fiscales visant à introduire des mécanismes pour modérer la demande de services de santé ont également été examinées : le compte d'épargne médical et l'introduction d'un montant déductible.

1 IMPOSER DAVANTAGE LES REVENUS DES CONTRIBUABLES

Accroître l'imposition sur les revenus des contribuables est une proposition politiquement intéressante dans la mesure où elle fait porter le fardeau de l'accroissement à ceux qui sont en mesure de payer et de façon progressive. Mais, en plus d'affecter notre compétitivité en haussant le coût du travail, c'est une mesure peu équitable pour la génération des plus jeunes puisqu'elle fait porter

le fardeau de l'accroissement des coûts de la santé en grande partie sur ces derniers qui représentent la plus grande part de la population active et qui consomment le moins de soins de santé.

Étant donné que le fardeau fiscal sur le revenu des Québécois est parmi les plus élevés en Amérique du Nord, son accroissement apparaît peu souhaitable. En effet, le Québec est la deuxième province la plus imposée au Canada, lui-même loin devant les États-Unis concernant les impôts sur les revenus.

Or, le contexte économique actuel est caractérisé par des baisses d'impôts importantes dans plusieurs juridictions du continent et par une internationalisation des marchés. Comparativement aux États-Unis, notre taux d'imposition élevé rend plus difficile l'attraction de travailleurs de haut savoir dont le revenu est élevé. Augmenter le fardeau fiscal des particuliers aurait un impact direct sur la compétitivité de l'économie québécoise à un moment où la position de celle-ci est désavantagée par rapport au reste de l'Amérique du Nord.

Augmenter les impôts sur les revenus des corporations n'est pas, non plus, une option à envisager. Une taxe non compétitive ferait fuir le capital et l'investissement productif. Avec moins d'investissements, il y a moins d'emplois et moins de croissance économique. La taxe sur le capital représente un coût de production pour l'entreprise qui, pour rester compétitive, devra compenser ce coût sous une forme ou une autre.

2 IMPOSER DAVANTAGE LA CONSOMMATION

L'impôt sur la consommation a pour avantage de répartir le fardeau fiscal sur l'ensemble de la population. L'impôt sur la consommation n'a pas pour effet de décourager le travail, contrairement à l'impôt sur le revenu des particuliers. C'est une mesure qui génère des revenus rapidement et qui est peu coûteuse à implanter. Par contre, puisque c'est une taxe régressive, elle désavantage les plus pauvres. On pourrait, cependant, moduler cette taxe pour différents niveaux de revenu pour en assouplir le caractère régressif. Pour les économistes, la taxe sur la consommation est plus efficace que la taxe sur le revenu à budget constant, ce qui n'est pas le cas ici²⁹.

²⁹ Dans une économie efficace, l'allocation des ressources se fait de façon optimale, soit en fonction des facteurs économiques et financiers plutôt que pour des raisons fiscales. Pour atteindre l'objectif d'efficacité, un système fiscal doit être conçu pour que l'allocation des ressources s'écarte le moins possible de ce qu'elles auraient été en l'absence de fiscalité (« Le dosage des impôts au sein de la structure fiscale québécoise : de la taxation des revenus vers la consommation », Luc Godbout et Mathieu Arsenault, CIRANO, mars 2005).

Augmenter le fardeau fiscal des particuliers aurait un impact direct sur la compétitivité de l'économie québécoise à un moment où la position de celle-ci est désavantagée par rapport au reste de l'Amérique du Nord.

3 AUGMENTER LES PRIMES SUR LA SANTÉ

Cette proposition vise à augmenter la prime santé et, donc, les cotisations fixes allouées à la santé de sorte que l'impôt payé soit plus directement en lien avec les coûts de santé. La proposition est similaire à l'imposition d'une taxe dédiée aux services de santé à la manière du Plan de pension canadien et qui serait placée dans un fonds spécial ou encore qui serait versée au fonds général du gouvernement. Cette mesure aurait pour avantage de sensibiliser la population à l'accroissement des coûts associés aux services de santé et de répartir les coûts sur une base de financement plus large (l'ensemble de la population plutôt que seulement ceux qui ont des revenus). En outre, comme la taxe sur la consommation, elle désavantage les plus pauvres parce que c'est une forme de taxe régressive. L'autre difficulté en est une de risque moral dans le cas où le gouvernement pourrait en venir à utiliser les fonds destinés à la santé pour financer d'autres types de dépenses. Une situation qui s'est déjà produite.

4 INTRODUIRE UN COMPTE D'ÉPARGNE MÉDICAL

Selon cette proposition, tous les individus perçoivent en début d'année une allocation pour fins de santé qu'ils utilisent pour payer les services de santé qu'ils recevront. Cette allocation est virtuelle et potentiellement gérée via une carte à puces. En fin d'année, ceux à qui il reste des fonds peuvent soit les garder ou encore les reporter sur une autre année pour utilisation future. Si le coût des services de santé utilisés dans une année donnée est plus élevé que l'allocation, l'utilisateur doit alors déboursier de sa poche pour couvrir la totalité ou une partie des services additionnels (selon la politique). Chaque année, les comptes d'épargne sont refinancés par les primes de santé individuelles. Au Canada, cette politique a été examinée dans un contexte où les déboursés des usagers qui ont épuisé leurs fonds ne peuvent excéder un maximum. Lorsque celui-ci est atteint, une assurance catastrophe financée entièrement par le gouvernement paierait les services requis (applicable aux malades chroniques, graves ou aux accidentés).

Le compte d'épargne médical a l'avantage d'introduire des mécanismes de marché dans le système. Les usagers magasinerait pour trouver la meilleure ressource au meilleur prix et éviteraient les traitements non nécessaires. En plus, si les fonds résiduels en fin d'année sont reportés pour utilisation future, la mesure

Le compte d'épargne
médical a l'avantage
d'introduire des
mécanismes de
marché dans le
système.(...)
Cependant, il n'y a
aucune évidence
qu'une telle
approche pourrait
restreindre les coûts.

encouragerait les gens à planifier leurs besoins de santé à long terme. Cependant, il n'y a aucune évidence qu'une telle approche pourrait restreindre les coûts. En plus d'être un système difficile à administrer, cette solution risque de faire augmenter les coûts du système. C'est ce qui est arrivé au Singapour, essentiellement à cause du coût de l'assurance catastrophe et parce que les fonds non dépensés en fin d'année ne financent pas le système. Finalement, la possibilité de garder les fonds en fin d'année pourrait inciter les gens qui en ont besoin à ne pas consulter.

5 INTRODUIRE UN IMPÔT SERVICE BASÉ SUR LA CAPACITÉ DE PAYER

Cette proposition vise à traiter les soins de santé comme un bénéfice imposable, sur lequel les individus paieraient des impôts en fin d'année, basés sur leur capacité de payer. Pour éviter que les malades chroniques ou ceux qui subissent un accident grave soient mis en faillite, il y aurait un pourcentage du revenu maximum payé pour l'impôt santé, et les individus les plus pauvres seraient exemptés.

Cette mesure fournirait à la population un incitatif à rester en santé. Si le taux d'imposition général demeure le même, ce serait une source additionnelle de fonds. Cette pratique sensibiliserait les usagers et les intervenants aux coûts des services puisque ceux-ci devraient être comptabilisés. La principale objection à cette mesure est le fait que les malades les plus lourds seraient désavantagés. Mais puisqu'ils paieraient seulement s'ils ont la capacité de payer, cet argument est peu recevable.

L'introduction du compte médical ou d'un impôt service sont des politiques qui présentent plusieurs avantages comparativement à l'augmentation des impôts généraux. Elles permettent de sensibiliser les gens aux coûts des soins de santé et dans une certaine mesure de les responsabiliser. Les difficultés, par ailleurs, pourraient se situer du côté de la mise en place de ces mesures et de leurs coûts. Finalement, ces mesures peuvent affecter la compétitivité économique en augmentant le fardeau des contribuables.

4.1.2 Augmenter les transferts fédéraux

Depuis quelques années, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux tiennent un dialogue de sourds au sujet des transferts fédéraux à la santé. D'une part, le Québec et les autres provinces réclament un accroissement des contributions fiscales en vertu du déséquilibre fiscal. Le Québec estime que les surplus accumulés drainent l'argent des provinces et limitent leur capacité à financer la santé. D'autre part, le gouvernement fédéral admet la nécessité d'accroître les transferts fédéraux mais hésite à le faire sans que les provinces ne s'engagent à entamer d'importantes réformes structurelles.

À la suite des recommandations des commissions Kirby et Romanow et dans le cadre des conférences fédérales/provinciales, deux accords modifiant le caractère et les montants des transferts fédéraux ont été conclus. En effet, dans le cadre de l'Accord de 2003 sur la santé, les premiers ministres ont convenu de restructurer le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) et de créer deux transferts distincts, l'un à l'appui de la santé (le TCS), l'autre, aux programmes sociaux (le Transfert canadien en matière de programmes sociaux, ou TCPS), et ce, afin d'accroître la transparence et l'imputabilité en ce qui a trait à la contribution fédérale au titre de la santé, tout en continuant de laisser aux provinces et aux territoires la marge de manœuvre requise pour affecter les fonds reçus à leurs programmes sociaux selon leurs priorités respectives.

Le Transfert canadien en matière de santé (TCS) est le principal mécanisme de transfert fédéral aux provinces et aux territoires à l'appui des soins de santé. Il est devenu opérationnel à compter du 1^{er} avril 2004³⁰. Cette mesure aura pour effet d'assurer aux Canadiens que ces transferts seront effectivement alloués à la santé et permettra aux gouvernements provinciaux de mieux planifier leur budget alloué à la santé.

En plus du TCS, lors de l'accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé, le gouvernement fédéral a mis sur pied un transfert visant la réforme des soins de santé (TRS) et le fonds pour l'équipement diagnostique médical. Le TRS est doté de 16 milliards de dollars sur cinq ans, pour aider les provinces et les territoires à accélérer les réformes dans les domaines jugés prioritaires par les premiers ministres dans ledit accord, c'est-à-dire les soins primaires, les soins à domicile et la couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance³¹.

³⁰ La valeur totale des transferts (espèces et points d'impôt) dans le cadre du TCS se chiffrera à 25,1 milliards de dollars en 2004-2005; la composante en espèces s'établira à 14,3 milliards - dont un milliard du supplément du TCSPS de 2004 pour la santé - et la composante en points d'impôt à 10,9 milliards.

³¹ «Investissements fédéraux à l'appui de l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé», ministère des Finances du Canada.

Tel que nous l'avons mentionné en première partie, la proportion des transferts fédéraux dans les revenus du gouvernement du Québec augmente. Avant d'exiger un accroissement additionnel des transferts fédéraux, il serait souhaitable d'examiner quelles seraient les conséquences sur les politiques des provinces. Il est peu probable que les transferts ne soient pas accompagnés de contraintes. Par ailleurs, si le gouvernement fédéral assume une part grandissante des dépenses de santé, il devra éventuellement, lui-même, implanter des mesures pour accroître ses revenus. La Commission Romanow a d'ailleurs examiné les options de financement qu'avait le fédéral dans ce contexte. Or, que les impôts soient collectés par le fédéral ou par le provincial, ils proviennent des mêmes contribuables. Transférer la responsabilité au fédéral ne règle pas le problème du point de vue de ces derniers.

4.1.3 Augmenter la richesse collective

Le PIB mesure la création de richesse par l'ensemble de l'économie dans une année donnée. Plus l'activité économique croît, plus les recettes gouvernementales augmentent et plus grande est la marge de manœuvre du gouvernement au niveau de ses dépenses. Une augmentation du rythme de croissance du PIB permettrait-elle de financer une part de l'augmentation des dépenses ?

Selon Hogan et Hogan (2002), l'augmentation de la croissance du PIB ne peut financer la santé puisqu'elle est déjà allouée. En effet, l'augmentation de la richesse engendre une augmentation de la consommation de tous les biens et services, incluant les services de santé, et le « *cost disease effect* » de Baumol. C'est-à-dire qu'une augmentation du PIB engendre une augmentation du coût des ressources humaines et des pressions sur la demande de RH (Baumol et Bowen 1996 cités dans Hogan et Hogan). En plus, une augmentation de la richesse entraînerait une diminution des transferts fédéraux associés à la péréquation. L'effet net sur le financement de la santé est donc difficilement prévisible. Par ailleurs, la principale difficulté de cette option vient surtout du fait que l'augmentation de la richesse collective n'est pas facilement réalisable à très court terme.

L'augmentation de la richesse collective
n'est pas facilement réalisable à très court terme.

L'idée de la caisse-santé était une idée formidable avant l'inversion de la pyramide des âges!

4.1.4 Une meilleure gestion des finances publiques

En plus des options pour dégager des sources additionnelles de financement public, les commissions publiques sur la santé ont examiné la possibilité de diminuer la pression sur les budgets en implantant des mesures de gestion des finances publiques. Parmi elles, trois options méritent d'être soulignées:

1 LA MISE EN PLACE D'UNE CAISSE-SANTÉ PUBLIQUE

Afin de se prémunir contre le vieillissement de la population, le gouvernement accumulerait aujourd'hui des sommes dans un fonds spécial dont les décaissements ne seraient autorisés que lorsque les effets du vieillissement de la population se feraient sentir. L'idée peut paraître séduisante mais il n'y a aucun moyen de s'assurer que les fonds seraient effectivement alloués à la santé ou de prévoir exactement les besoins financiers futurs. Par ailleurs, étant donné les difficultés qu'éprouve le gouvernement à financer les besoins de santé actuels, il apparaît peu probable qu'il puisse dégager une marge de manœuvre suffisante pour constituer ce fonds. Finalement, l'iniquité de cette option d'un point de vue intergénérationnel nous apparaît considérable. Non seulement la génération des jeunes, qui représente la majorité des contribuables, doit rembourser la dette publique pour des équipements et infrastructures déjà vétustes, mais on lui demanderait en plus de constituer un fonds pour pouvoir financer les soins de santé futurs des aînés. En plus, cette solution ne nous permettrait même pas d'assurer le financement des services de santé au moment où ils seront eux-mêmes âgés. L'idée de la caisse-santé était une idée formidable avant l'inversion de la pyramide des âges!

2 LE REMBOURSEMENT DE LA DETTE

Étant donné le niveau d'endettement de la province, l'option de rembourser la dette apparaît équivalente et préférable à l'établissement d'une caisse-santé³². En plus d'éviter les coûts associés à l'établissement d'un fonds séparé, le remboursement de la dette aurait le même effet que d'investir dans une caisse-santé. Cette politique est souvent perçue comme contradictoire avec le besoin d'accroître les ressources, plutôt que comme un moyen de les financer à plus long terme.

³² Malgré les différences entre les taux d'intérêt pour les emprunts et pour les placements.

Cependant, le remboursement de la dette permettrait de dégager une marge de manœuvre dans les dépenses publiques en diminuant les dépenses allouées au service de celle-ci (paiement des intérêts). Les fonds ainsi dégagés amortiraient les pressions associées au vieillissement de la population au moment où celles-ci se feront le plus sentir. De plus, cette approche assure une plus grande équité intergénérationnelle.

3 LA CAPITATION

La capitation consiste à remplacer le paiement à l'acte par un budget donné par individu. Cette option est similaire au compte d'épargne médical public mais le budget est alloué aux « fournisseurs des services » plutôt qu'aux consommateurs. En introduisant des mécanismes de marché, cette pratique inciterait les intervenants à augmenter leur productivité et à réduire les incidences de surtraitement. Toutefois, l'expérience américaine avec les Health Management Organisations (HMO) démontre que les résultats à cet égard ne sont pas garantis. Dans certains cas, on a démontré que le risque de sélection adverse est bien réel, ce qui jusqu'ici a suffi pour convaincre les Canadiens d'éviter cette pratique.

À notre avis cette objection ne justifie pas d'emblée le rejet de cette option. Il est possible de rendre illégal le rejet des cas lourds. Par ailleurs, puisque l'on discute ici de financement public des services et d'une capitation ajustée selon la lourdeur des cas, il est peu probable que l'expérience américaine se répète.

Pour conclure sur le financement public de la santé, son accroissement semble difficilement envisageable. Si on élimine l'accroissement du fardeau fiscal, la hausse des transferts fédéraux et la révision des priorités budgétaires, l'adoption dès aujourd'hui de mesures de prudence budgétaire en commençant par le remboursement de la dette publique apparaît comme une nécessité à court terme. Toutefois, il est plus que probable que, même dans un contexte de rattrapage significatif de l'économie québécoise, l'adoption de cette stratégie s'avérera insuffisante à elle seule. Puisque les pressions sur la demande de soins de santé commandent un accroissement significatif de leur financement, l'accroissement du financement privé s'avère inévitable. Cependant, les options d'un compte d'épargne médical, d'un impôt-service et d'une formule de capitation n'ont pas à être totalement ignorées. Elles devront cependant faire l'objet d'études plus poussées avant d'être retenues.

Le remboursement de la dette permettrait de dégager une marge de manœuvre dans les dépenses publiques en diminuant les dépenses allouées au service de celle-ci (paiement des intérêts).

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.

4.2 Accroissement du financement privé de la santé

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 avoir le droit de payer pour obtenir des services de santé³³. 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 point de vue que sont examinées ici les options pour accroître les contributions du secteur privé.

Les longues listes d'attente provoquent les pressions exercées pour obtenir le droit de payer pour se faire soigner

La Commission Kirby a examiné les implications de la *Charte des droits et libertés* sur les droits de recevoir des services de santé dans un délai raisonnable. Le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité peut être interprété comme impliquant que, si les individus sont incapables d'obtenir des soins de santé dans un délai raisonnable, le gouvernement ne devrait pas avoir le droit de les empêcher d'acquiescer ces soins auprès d'un intervenant privé. La Commission est d'avis que les longues listes d'attente ne font que provoquer la réaction naturelle chez les Canadiens de réclamer le droit d'acheter des services de santé avec leur argent personnel. Les listes d'attente ont pour effet d'accélérer le processus en multipliant les instances où les Canadiens décident d'avoir recours au système judiciaire pour avoir le droit de payer pour obtenir des services de santé. La Commission croit que ce n'est qu'une question de temps avant que le gouvernement soit dans l'obligation, d'un point de vue légal, de permettre aux Canadiens qui peuvent se le permettre d'acquiescer des services de santé.

4.2.1 Accroître les contributions individuelles

Serait-il souhaitable d'introduire une contribution individuelle directe pour alléger le problème de financement du système de santé? De nombreuses variations sur ce thème ont été proposées au cours des dernières années au Canada.

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

³³ *Idem* note 24.

au Québec. Cela indique que les Québécois sont disposés à accroître leurs contributions privées pour la consommation de soins de santé. En effet, cette pratique se manifeste le plus souvent sous trois formes :

- le paiement direct pour de nombreux services diagnostiques et plusieurs services non couverts par l'assurance maladie (soins dentaires, soins optométriques, prothèses, soins de longue durée, soins à domicile, etc.);
- le paiement des franchises et coassurance dans le cadre du régime public d'assurance médicaments;
- le paiement direct pour des services médicaux dispensés par des médecins exerçant à l'extérieur ou en marge du système de paiement de la RAMQ.

La mise en place de frais d'usager ou d'un ticket modérateur ferait participer l'individu au financement du programme selon son besoin sans compromettre l'atteinte de l'objectif social, soit celui d'offrir à l'ensemble de la population un meilleur accès possible au service public. En plus, en introduisant un mécanisme de marché, les frais d'utilisation inciteraient les fournisseurs de services à améliorer leur offre pour attirer la clientèle.

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. En effet, une assurance, peu importe sa source de financement, implique une incitation qui amène l'assuré à prendre plus de risques que s'il n'était pas assuré, du fait que la responsabilité des dommages possibles incombe à l'assureur. 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 la surconsommation de soins, un phénomène qui aurait avantage à être mieux documenté.

La littérature démontre que les frais d'utilisation réduisent en effet la demande de soins, tant en ce qui concerne la demande « nécessaire » que la demande « superflue ». Une telle pratique soulève donc d'épineuses questions. C'est notamment pour cette raison que l'introduction d'une contribution individuelle pour l'obtention de soins essentiels a été rejetée par la plupart des groupes chargés d'analyser le système de santé au Canada (incluant la Commission Kirby et les commissions Romanow, Clair et Fyke). En outre, le fait que le gouvernement fédéral pénalise les provinces qui permettent les contributions individuelles pour les services essentiels décourage rapidement les initiatives en ce sens.

La mise en place de frais d'usager ou d'un ticket modérateur ferait participer l'individu au financement du programme selon son besoin sans compromettre l'atteinte de l'objectif social.

Cette tendance à l'expansion de la couverture des services constitue sans doute la pression la plus importante sur les dépenses de santé.

Pourtant, les travaux de recherche récents tendent à démontrer que l'introduction de frais d'usager pour responsabiliser les usagers dans leur utilisation de services publics est un moyen efficace pour restreindre la surconsommation sans compromettre l'optimum social. Une étude à paraître, de Lévy-Garboua, Montmarquette et Villeval (2005), suggère que la présence de frais d'usager n'est pas incompatible avec un optimum social de contributions à l'assurance santé, mais permet de sensibiliser les citoyens au coût de la santé. En d'autres termes, l'impôt assure la mise en place de l'essentiel du programme de santé, mais il est équitable que ceux qui ont recours aux services paient davantage que ceux qui ne les utilisent pas. Enfin, l'introduction de contributions individuelles combinée à des mesures visant à réduire les effets sur la demande nécessaire ne fait pas l'objet d'une évaluation par les commissions publiques. Il serait possible d'introduire une contribution maximale calculée en fonction des revenus; les gens les plus pauvres pourraient être exemptés, ou encore une partie des contributions pourrait être déductible d'impôt. Enfin, plusieurs moyens de restreindre les impacts négatifs d'une telle politique existent et permettraient de bénéficier de ses avantages.

4.2.2 L'assurance santé

Accroître la couverture de l'assurance maladie pour couvrir des services non couverts a été recommandé par plusieurs études et rapports récents sur le sujet. Cette tendance à l'expansion de la couverture des services 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'ordonnance³⁴. À ce chapitre, le Québec est à l'avant-garde avec son régime d'assurance médicaments universel (obligatoire). 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.

Les principaux arguments avancés contre l'élargissement de la couverture pour inclure les médicaments sont exactement les mêmes que ceux que l'on peut reprocher au système actuel³⁵, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de politiques visant à contrôler ou révéler la surconsommation, pas d'outils pour réduire les prescriptions non efficaces, la non-conformité ou encore la polypharmacie.

³⁴ Voir notamment Romanow, Fyke et Kirby.

Essentiellement, ces objections reviennent à dire que l'introduction des médicaments aurait pour effet d'aggraver les inefficiences du système de santé. C'est sur cette base que cette proposition n'est pas explorée davantage. Or, il s'agit de deux problématiques distinctes. La première concerne la nécessité d'implanter des mesures pour résoudre les problèmes d'inefficience du régime public d'assurance santé, et la deuxième, les moyens à notre disposition pour financer un accroissement de la couverture des soins de santé. Deux questions qui ne sont pas analysées par les commissions publiques sur les services de santé dans le contexte de l'élargissement de la couverture des assurances.

4.2.3 Autres contributions possibles du secteur privé

La littérature contient plusieurs autres propositions visant l'accroissement de la contribution du secteur privé dans l'offre de services de santé. Par exemple les partenariats public-privé dans l'offre de soins, la vente de services médicaux aux étrangers, le recours à des contributions volontaires telles que l'achat d'ambulances par des clubs philanthropiques.

L'augmentation des ressources et de la concurrence dans le secteur, un plus grand choix pour les usagers, en plus d'un accroissement de la productivité et de l'efficacité du système, sont les principaux arguments en faveur d'une participation accrue du secteur privé dans l'offre de services de santé. Cependant, les arguments contre toute proposition qui implique la prestation de soins de santé par le secteur privé sont nombreux. Les commissions publiques sur les services de santé ont rejeté ces propositions, notamment pour les raisons suivantes :

- Cette pratique contrevient directement à la Loi canadienne sur la santé.
- En introduisant un système à deux vitesses, les principes d'équité et d'accès seraient compromis en plus d'augmenter les coûts (totaux) et de réduire la qualité du système public. Les personnes les plus fortunées seraient celles qui auraient accès aux meilleurs services.
- Le développement d'un système parallèle aurait pour effet d'augmenter la demande de ressources et exercerait des pressions à la hausse sur le coût des ressources professionnelles. De plus, le secteur privé ayant tendance à offrir de meilleures conditions, cela entraînerait les meilleures ressources vers le système privé.
- Les compagnies privées d'assurance tendent à n'assurer que les personnes à faibles risques (sélection adverse) ou encore les services les moins compliqués et les moins dispendieux.

³⁵ Cette question est également importante pour le Québec, non pour l'addition des médicaments à la couverture des soins de santé puisque nous l'avons déjà, mais parce que la problématique est la même pour l'inclusion d'autres services présentement non assurés.

La notion d'égalité nous a fait perdre toute objectivité en ce qui concerne l'équité.

Permettre au secteur privé d'occuper une place plus importante dans l'offre de services de santé est une proposition qui nous a engagés systématiquement dans des débats publics enflammés et qui laissent peu de personnes indifférentes. Le résultat en a été qu'aucun gouvernement n'a eu le courage de poursuivre le débat jusqu'au bout. Cette question est probablement celle qui provoque la circulation du plus grand nombre de mythes face auxquels la population a perdu toute objectivité. La désinformation qui circule à ce sujet a systématiquement entraîné d'emblée le rejet de cette option. Plusieurs initiatives ont fait l'objet de vives critiques malgré le fait que la société dans son ensemble dégageait un bénéfice important de la participation du privé; elles ont donc été interrompues. Un exemple éloquent d'initiative impliquant le privé et qui a été interrompue malgré des bénéfices importants est celui de la location, par deux cliniques privées, de l'appareil de dépistage précoce du cancer par tomographie de l'Hôtel-Dieu de Montréal. En effet, cette pratique a été interrompue par le ministre de la Santé, sous prétexte qu'elle permettait à ceux qui payaient pour l'utilisation de l'appareil durant les périodes où il n'était pas utilisé, d'obtenir un diagnostic beaucoup plus rapide que ceux qui ne payaient pas³⁶.

Ce dernier exemple nous apparaît comme l'exemple parfait où la notion d'égalité nous a fait perdre toute objectivité en ce qui concerne l'équité. En effet, en louant son appareil au secteur privé, non seulement l'hôpital finançait-il l'opération de sa salle d'urgence pour toutes les opérations confondues (publiques et privées), mais il réduisait également les délais d'attente des patients « publics ». Par ailleurs, puisque, dans un tel système, tous, patients publics et privés, retournent travailler plus rapidement après un épisode d'invalidité, il en coûte moins cher à la société dans son ensemble de supporter la non-productivité associée aux délais d'attente pour des soins de santé. Finalement, en injectant des fonds privés dans le système public, les pressions pour augmenter les budgets publics à la santé sont moindres et toute l'économie s'en porte mieux.

Le système actuel préfère allonger les délais d'attente pour tous et diminuer ses budgets pour assurer que tous aient un accès ÉGAL. En contrepartie, il est vrai que le patient qui paie pour les services privés reçoit les soins plus rapidement, mais, il faut le rappeler, celui qui ne paie pas les reçoit également plus rapidement. Il nous semble tout à fait équitable de permettre à celui qui paie deux fois, soit par ses impôts pour le système public et directement pour le système privé, d'avoir un accès plus rapide.

³⁶ Radio-Canada, mercredi le 28 avril 2004.

On interdit la location d'infrastructures publiques au secteur privé parce qu'il est jugé inéquitable qu'une personne qui a les moyens de payer, obtienne des soins plus rapidement. Tout cela pour permettre aux plus démunis, et donc ceux qui ne paient pas ou peu d'impôts et qui consomment davantage de soins de santé, d'accéder au système de santé à la même « vitesse » ou, devrait-on dire, aussi lentement que ceux qui paient des impôts. Il s'agit d'un excellent exemple de nivellement par le bas. Mais ne se pose-t-on jamais la question quant à l'équité d'imposer toujours davantage les personnes qui travaillent pour financer le secteur public de santé sans leur donner la possibilité d'accéder à des soins privés si elles acceptent de défrayer le coût additionnel que cela implique ? A-t-on jamais réfléchi au fait que le coût d'opportunité associé à l'attente pour des soins de santé est beaucoup plus élevé pour les gens qui travaillent ? Leur refuser cette option implique qu'on leur impose de continuer à supporter le système public tout en étant « taxé » davantage par un problème de santé.

Finalement, certains font valoir que des recherches effectuées aux États-Unis démontrent que les services offerts par les entités publiques sont de meilleure qualité que ceux offerts par les entités privées dans les maisons de soins et dans les hôpitaux (Health Management Organization). D'autres études ont démontré que les risques de mortalité étaient plus élevés dans les hôpitaux privés et que les individus qui y travaillent ont généralement un niveau de compétence moindre. On ne peut rejeter la participation du secteur privé sur la base de ces affirmations, qui ne font valoir qu'une facette de la problématique. Il nous apparaît peu crédible d'imaginer que des gens qui paient pour obtenir des soins de santé acceptent de le faire alors qu'ils auraient pu obtenir gratuitement des soins de meilleure qualité. Une analyse comparative de la littérature à ce sujet permettrait de statuer sur cette question.

À notre avis, plusieurs recommandations visant une participation accrue du secteur privé sont intéressantes et méritent d'être étudiées plus sérieusement. En fait, nous avançons que, puisqu'il existe une demande manifeste pour des soins de santé accessibles et de qualité, la participation accrue du secteur privé est dorénavant incontournable.

Puisqu'il existe une demande manifeste pour des soins de santé accessibles, la participation accrue du secteur privé est dorénavant incontournable.

Conclusions et recommandations

La problématique du financement de la santé est intimement liée au modèle de financement. L'accès universel aux soins de santé sans avoir à déboursier permet à tous et chacun de recevoir des soins de santé sans égard à la capacité de payer. C'est, en fait, un système de redistribution de richesses qui fait la fierté des Canadiens. En effet, nous sommes le seul pays industrialisé à avoir maintenu la gratuité complète des services de santé essentiels. Cependant, ce système qui fonctionnait très bien en 1970, lors de son instauration, est devenu problématique avec une pyramide d'âge inversée. En outre, la croissance de la demande, due à l'augmentation de la richesse et au développement des technologies, aggrave les pressions sur les coûts, que les fonds publics n'arrivent plus à combler. Finalement, la gratuité des services favorise un comportement non responsable des individus dans leur consommation de services de santé. La demande pour des services gratuits est toujours excédentaire, de sorte que peu importent les réformes qui seront effectuées, la demande ne sera pas comblée et les frustrations demeureront. À moins de modifier le modèle économique pour introduire des moyens de responsabiliser les individus dans leur consommation de soins de santé, il y aura peu d'amélioration dans la satisfaction de la population à l'égard de l'accès aux services.

L'amélioration de l'accès aux services de santé passe non seulement par une augmentation du financement de la santé, mais aussi par une responsabilisation accrue des individus.

Les dépenses de santé croissent plus vite que la richesse (PIB). Il en résulte des pressions sur les autres dépenses gouvernementales et des insatisfactions croissantes à l'égard de l'accès aux services de santé. Quelle que soit la capacité de payer, l'accessibilité au système de santé doit être rétablie. L'amélioration de l'accès aux services de santé passe non seulement par une augmentation du financement de la santé, mais aussi par une responsabilisation accrue des individus.

Plusieurs commissions publiques ont examiné les problématiques du financement de la santé au Canada. À partir d'une analyse des propositions de ces commissions et d'une analyse du contexte économique, les auteurs du présent rapport recommandent au gouvernement du Québec d'adopter les six propositions suivantes afin d'assurer la durabilité du financement de la santé:

- 1 / Accélérer les réformes structurelles proposées par les commissions canadiennes sur la santé
- 2 / Accroître la responsabilisation des individus face à leur consommation de soins de santé
- 3 / Augmenter la participation du privé au financement de la santé
- 4 / Rendre explicite le panier de biens et services couverts par le régime d'assurance public
- 5 / Développer les connaissances sur les comportements de consommation de services de santé au Québec
- 6 / Accélérer le remboursement de la dette publique

1 / Accélérer les réformes structurelles proposées par les commissions canadiennes sur la santé

Les réformes structurelles visent à maximiser l'utilisation des dollars publics dépensés en santé. Elles regroupent l'ensemble des propositions de réorganisation des services, de gouvernance et de ressources humaines. Les réformes structurelles proposées font consensus et devraient donc être poursuivies. Cependant, toutes les mesures à l'exception d'une seule, celle concernant l'accroissement des allocations en prévention des maladies, touchent l'amélioration de la productivité des ressources allouées aux services de santé. Ces mesures concernent l'offre de services de santé et elles devraient être poursuivies puisqu'elles visent à maximiser le retour sur les dépenses publiques de santé. Néanmoins, puisque les pressions exercées sur le système de santé proviennent d'une augmentation dans la demande de soins de santé et du fait que le coût des services de santé est nul pour l'utilisateur, ces réformes auront peu ou pas d'effet sur les coûts.

2 / Accroître la responsabilisation des individus face à leur consommation de soins de santé

Des travaux de recherche ont démontré que plusieurs problèmes de santé sont directement associés à des comportements humains non responsables. En outre, il n'y a aucun moyen dans le modèle économique des services de santé pour responsabiliser les gens dans leur comportement vis-à-vis de leur santé. Dans un contexte de financement public de la santé, l'introduction d'une prime santé, déterminée en fonction de la consommation des soins de santé, d'un impôt services ou d'un compte d'épargne médical, aurait avantage à être examinée plus en profondeur. En effet, il serait intéressant de clarifier s'il est possible de responsabiliser la demande de soins par ces moyens tout en évitant d'alourdir le fardeau fiscal.

Cependant, pour préserver les valeurs canadiennes, l'accroissement du financement privé devra se faire par étape et de façon contrôlée en commençant par les options qui n'exigent pas de modifier la Loi canadienne sur la santé.

3 / Augmenter la participation du privé au financement de la santé

Si accroître le financement de la santé est inévitable et si accroître le financement public est peu recommandable, voire inacceptable, le Québec n'a d'autre choix que d'accroître la participation du privé au financement de la santé. En plus d'améliorer l'accès aux soins de santé, l'accroissement du financement privé aura pour effet de modérer la demande en responsabilisant les usagers et les intervenants. Cependant, pour préserver les valeurs canadiennes, l'accroissement du financement privé devra se faire par étape et de façon contrôlée. Les auteurs recommandent d'adopter trois mesures de financement privé en commençant par les plus faciles, c'est-à-dire par les options qui n'exigent pas de modifier la Loi canadienne sur la santé :

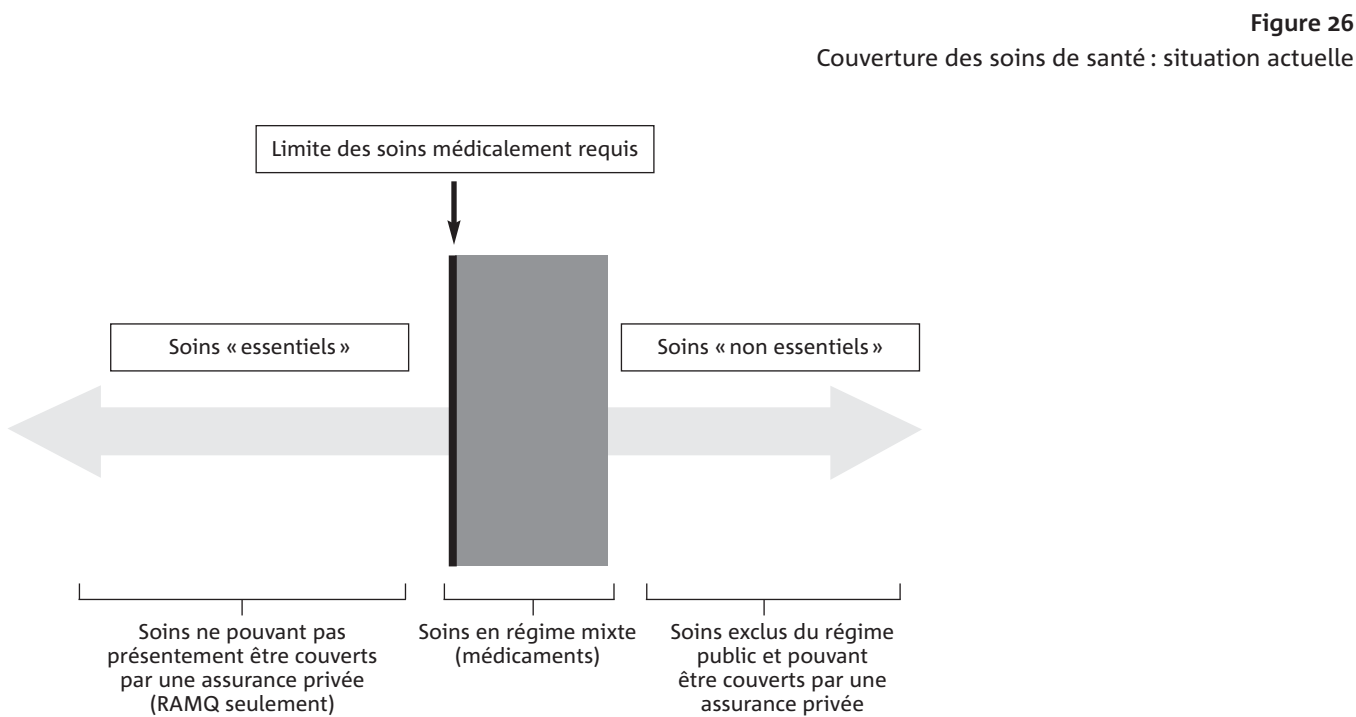
Accroître la couverture mixte d'assurance santé

Présentement, au Québec, deux types d'assurance santé ont un caractère obligatoire : l'assurance maladie³⁷ 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 est obligatoire, 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.

Accroître la couverture de l'assurance maladie a été recommandé par plusieurs commissions d'études sur les soins de santé, notamment afin d'inclure les soins à domicile et les médicaments. Au Canada, plusieurs réclament d'abord l'élargissement de l'assurance maladie pour y inclure les médicaments d'ordonnance³⁸. 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.

³⁷ 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.

À l'exemple du régime d'assurance médicaments, le gouvernement pourrait accroître la portée du régime d'assurance santé mixte et obligatoire pour y inclure certains services de santé moins essentiels. Cette recommandation et son illustration ont été proposées par Joanis, Boisclair et Montmarquette dans «La santé au Québec: des options pour financer la croissance» publiée par le CIRANO en 2004. La figure 26 illustre la situation actuelle concernant la couverture de soins de santé. Joanis *et al.* proposent de considérer les soins de santé sur un continuum. La ligne médiane marque le point entre les soins «nécessaires» ou médicalement requis qui se trouvent à gauche du continuum et les soins non médicalement requis qui sont à droite du continuum³⁹. Donc, plus on se déplace vers la droite moins les soins deviennent essentiels. Par exemple, les chirurgies cardiaques se placeraient complètement à gauche du continuum et les soins à domicile complètement à droite. La partie gris foncé à droite de la ligne de démarcation représente les soins couverts en régime mixte, soit les médicaments d'ordonnance.



Source: Joanis, Boisclair et Montmarquette, p. 48.

³⁸ Voir notamment les rapports Mazankowski et Clair.

³⁹ 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.

L'élargissement proposé de la couverture mixte des soins de santé est de trois ordres (voir la figure 27 pour une illustration des propositions):

Partie 1: L'élargissement pur et simple du panier de soins couverts qui correspond à un déplacement de la ligne de démarcation vers la droite. Une proposition difficilement envisageable dans le contexte actuel de finances publiques, à moins d'introduire une participation accrue du financement privé.

Partie 2: Le déplacement vers la droite de la couverture du régime mixte, soit la partie gris foncé. Une option qui présente les avantages d'élargir les soins couverts pour inclure des services non assurés (soins à domicile) et de s'arrimer facilement aux institutions déjà en place, telle que démontrée récemment lors de l'instauration du régime universel d'assurance médicaments. En outre, puisque l'assurance privée présente un problème de sélection adverse, le régime public continue d'assurer la population la plus vulnérable et la plus malade. Une option qui permettrait d'étendre la couverture d'assurance santé pour tous à moindre coût pour le gouvernement.

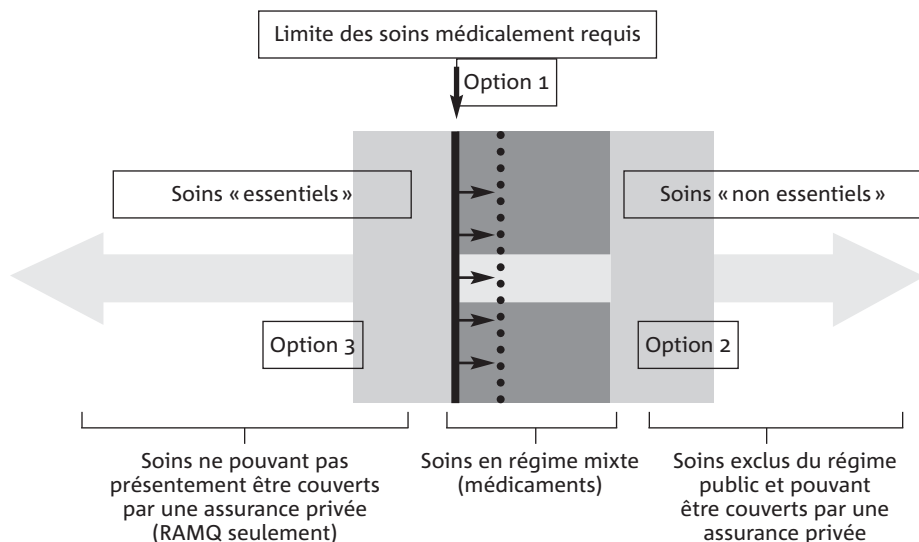
Partie 3: L'élargissement de la couverture mixte pour inclure des soins déjà couverts par le régime public d'assurance, soit vers la gauche de la ligne de démarcation. Une option qui permet d'envisager la possibilité que certains services de santé « moins essentiels » puissent, tout en continuant à être couverts par une assurance publique, être inclus dans les régimes d'assurance complémentaires privés selon des termes et des conditions qui restent à définir⁴⁰. En d'autres mots, le gouvernement fédéral pourrait transformer en partie l'obligation d'un régime universel public en une assurance obligatoire assortie de conditions non discriminatoires. Il ne s'agit pas de « désassurer » des services, mais bien d'étudier la possibilité d'en transférer un certain nombre du régime universel public vers un régime universel mixte. Cette proposition aurait pour avantage de permettre à l'État de hausser ses dépenses pour les services demeurant dans le régime universel public tout en répondant à la demande d'élargir la couverture de soins de santé.

À l'instar du régime d'assurance médicaments, cette option apparaît surtout comme une solution de rechange particulièrement attrayante par rapport à d'autres options – comme une hausse du fardeau fiscal – pour financer un élargissement de l'assurance santé. Cette proposition ne constitue donc pas une solution unique aux problèmes de financement du système de santé; elle doit être vue comme un complément à un financement public, et non seulement comme une solution de rechange.

⁴⁰ Il ne faudrait pas minimiser l'importance de ces conditions, surtout dans le cas de services actuellement couverts. Ces conditions (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.

Figure 27

L'élargissement proposé de la couverture des soins de santé



En outre, cette proposition semble compatible avec les analyses des rapports Mazankowski et Clair, qui proposaient une telle mesure pour inclure des services tels que les soins de longue durée et l'accès à de nouvelles pratiques ou à des tests diagnostiques qui ne sont pas couverts par l'assurance publique. L'expansion du régime mixte permettrait d'assurer à tous l'offre d'un plus grand nombre de services, et ce sans pour autant mettre en péril la composante redistributive du système actuel de soins de santé. Elle aurait enfin le mérite de permettre une augmentation raisonnable des dépenses totales de santé, ce qui, selon certains autres observateurs, devrait être la préoccupation centrale⁴¹.

Permettre aux secteurs public et privé de conclure des ententes de collaboration pour le financement et la livraison de services de santé

Il existe plusieurs exemples où le secteur public pourrait générer des revenus intéressants en louant ses infrastructures au secteur privé en dehors de ses heures d'utilisation. Une telle pratique, si elle est bien encadrée et réglementée, pourrait financer une partie des infrastructures du secteur public sans réduire les heures d'accès pour les patients du secteur public, ni aggraver de problème de pénurie de ressources humaines. L'accès plus rapide des patients en mesure de payer pour un service constitue le principal argument contre ce type de pratique. Cependant, puisqu'il en résulterait un accès plus rapide pour tous les patients, publics et privés, ne pas permettre ces ententes paraît absurde et non équitable pour tous.

Le secteur public pourrait générer des revenus intéressants en louant ses infrastructures au secteur privé en dehors de ses heures d'utilisation.

⁴¹ Voir par exemple l'intervention de Robert Evans devant la Commission Clair (Rapport final, p. 374).

Une participation accrue du privé dans les services de santé est un puissant levier de développement économique.

En outre, le secteur privé a à sa disposition des infrastructures qui lui permettraient de fournir des services en place et lieu du secteur public lorsqu'il y a un surplus de demande et que l'accès est compromis. Le secteur public pourrait impartir au secteur privé la responsabilité de réaliser des tests diagnostiques. Pour ce service, le privé serait rémunéré au même tarif, ou à un tarif moindre que si le diagnostic avait été réalisé avec les infrastructures publiques. Cette pratique réduirait les investissements publics en infrastructures à la fine pointe de la technologie tout en assurant l'accès aux usagers.

En plus de dégager rapidement des fonds additionnels à la santé, ce type de collaboration aurait pour avantage de réduire les pressions pour que le gouvernement investisse davantage dans le financement des infrastructures et équipements de santé à la fine pointe de la technologie tout en assurant à tous (patients publics et privés) un accès plus rapide aux services. En outre, une participation accrue du privé dans les services de santé est un puissant levier de développement économique. En effet, le secteur de la santé, à l'instar de tout le secteur tertiaire, est un secteur à haute valeur ajoutée. Favoriser la croissance économique se traduirait par une augmentation des budgets gouvernementaux, et donc par une augmentation des budgets publics en santé.

Introduire une contribution symbolique d'usagers

Les contributions individuelles symboliques sont un moyen rapide et peu coûteux d'accroître le financement de sources privées tout en responsabilisant les individus dans leur consommation de soins de santé. À l'exemple de la France qui a récemment introduit une contribution individuelle de un euro par visite, le Québec pourrait exiger un paiement de quelques dollars par consultation. Cette mesure aurait pour avantage de réduire les pressions sur le financement de la santé sans toutefois compromettre l'objectif social d'accès universel. Évidemment, une telle politique ne peut être mise en pratique à moins que le fédéral amende la Loi sur la santé, soit un obstacle important.

Cette proposition n'est toutefois pertinente que si la couverture d'assurance santé mixte n'a pas été élargie. En effet, si les consultations de routine auprès des médecins de famille faisaient partie des services essentiels assurés par un régime mixte, la coassurance remplacerait la contribution individuelle proposée ici.

4 / Rendre explicites les biens et services couverts par le régime d'assurance public

À cause de la rapidité du développement des technologies et des pratiques, il existe une variété de services, de fournitures ou encore d'équipements qui ne sont pas accessibles parce que le gouvernement n'a tout simplement pas les

moyens de les offrir à la population. En outre, généralement, l'introduction d'une technologie dans le système public ne se fait pas tant que la supériorité de ses bénéfices/coûts n'a pas été démontrée par rapport à la technologie antérieure. Le gouvernement aurait avantage à clarifier rapidement ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas et à permettre au secteur privé d'assurer les individus qui souhaitent obtenir les soins ou biens non couverts. Cette mesure aurait pour effet de réduire les pressions engendrées par le flou qui existe concernant la couverture de soins. Par ailleurs, il en résulterait une diminution des frustrations engendrées par le vide créé autour de ces nouvelles technologies. Un exemple éloquent à cet égard est celui des prothèses orthopédiques à la fine pointe de la technologie qui ne peuvent être installées faute de budget, mais qui ne peuvent non plus être acquises par le patient désirant en assumer les frais, sous prétexte qu'il en résulte des inégalités. Cette interdiction contrevient certainement à la *Charte des droits et libertés de la personne*.

5 / Développer les connaissances sur les comportements de consommation de services de santé au Québec

Le régime d'assurance médicaments du Québec offre une excellente opportunité d'étudier la sensibilité de la demande de soins nécessaires à une contribution individuelle, peu importe sa forme. En effet, nombre d'effets imputés à l'introduction d'une contribution individuelle pourraient être analysés à partir des données du régime d'assurance médicaments. Puisque les mêmes objections ont été soulevées lors de son implantation, il serait intéressant d'analyser les moyens de réduire les effets négatifs qui lui sont associés tout en prenant avantage des aspects positifs.

6 / Accélérer le remboursement de la dette publique

Étant donné le contexte économique et l'état des finances publiques, il est peu recommandable d'augmenter la part des budgets gouvernementaux allouée à la santé ou d'accroître le fardeau fiscal des contribuables. Puisque accroître les transferts fédéraux ne fait que déplacer le problème au niveau fédéral, la seule autre option envisageable pour accroître les fonds publics alloués à la santé est l'adoption de mesures de prudence budgétaire dans le but d'accélérer le remboursement de la dette. En effet, cette politique aurait pour effet de réduire les charges associées au service de la dette et dégagerait une marge de manœuvre à moyen terme dans les finances publiques. Cependant, puisque le gouvernement a d'autres champs de responsabilité en manque de financement et que cette option ne dégagera une marge de manœuvre qu'à moyen terme, d'autres mesures devront être adoptées.

Le gouvernement aurait avantage à clarifier rapidement ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas et à permettre au secteur privé d'assurer les individus qui souhaitent obtenir les soins ou biens non couverts.

Bibliographie

« A Framework for Reform » (2001). Report of the Premier's Advisory Council on Health (Rapport Mazankowski, Alberta).

« A Sustainable Health System for Alberta » (2002). Report of the M.L.A. Task Force on Health Care Funding and Revenue Generation (Rapport Graydon).

« Caring for Medicare: Sustaining a Quality System » (2001). Saskatchewan Commission on Medicare (Rapport Fyke).

Joanis, M., D. Boisclair et C. Montmarquette (2004). « La santé au Québec : des options pour financer la croissance », CIRANO.

Joanis, M. et C. Montmarquette (2004). « La dette publique, un défi prioritaire pour le Québec », CIRANO.

Hogan S. et S. Hogan (2002). « How Will the Aging of the Population Affect Health Care Needs and Costs in the Foreseeable Future ? » Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Discussion paper no. 25, octobre.

Hollander, M. et N. Chappell (2002). « Rapport final de l'évaluation nationale de la rentabilité des soins à domicile », un rapport préparé pour le Fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada. Victoria, Université de Victoria, Centre on Aging.

« Investissements fédéraux à l'appui de l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé », ministère des Finances du Canada.

« Les solutions émergentes » (2001). Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Rapport Clair, Québec).

Lévy-Garboua, L., C. Montmarquette et M.C. Villeval (2005). « How to Give Individuals a Sense of Responsibility Towards Financing Public Goods ? An Experimental Study », CIRANO.

MacKinnon, J. (2004). Policy Matters, vol. 5 no. 3, July.

Rapports de gestion et sites Web des ministères de la Santé du Canada et des provinces de l'Alberta, de l'Ontario, du Québec et de la Saskatchewan.

Robson, W. B. P. (2001). « Will the Baby Boomers Bust the Health Budget ? Demographic Change and Health Care Financing Reform », C.D. Howe Institute Commentary 148, Toronto.

« Shape the Future of Health Care » (2002). Commission on the Future of Health Care in Canada (Rapport Romanow).

« The Arithmetic of Health Care ». Institute for Research on Public Policy.

« The Health of Canadians - The Federal Role » (2000-2002). Interim Reports on the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology (Rapport Kirby).

« Understanding Health Care Cost Drivers and Escalators » (2004). The Conference Board of Canada, Health, Health Care and Wellness.

Quelques-uns des plus récents Rapports bourgogne publiés par le CIRANO

**L'utilisation des nouvelles technologies par les consommateurs
et les détaillants canadiens**

Jacques Nantel, décembre 2005

La problématique de la dette publique au Québec: causes, conséquences, solutions

Marcelin Joanis et Claude Montmarquette, septembre 2005

La réglementation de l'énergie au Québec

Robert Clark et Andrew Leach, mai 2005

Les conflits de localisation: le syndrome NIMBY

Nicolas Marchetti, mai 2005

**Efficacité et navigabilité d'un site Web:
rien ne sert de courir, il faut aller dans la bonne direction**

Jacques Nantel et Abdelouahab Mekki Berrada, avril 2005

**La dimension territoriale des politiques de développement économique au Québec:
enjeux contemporains**

Marcelin Joanis et Fernand Martin, février 2005

Les partenariats public-privé: une option à découvrir

Benoit A. Aubert et Michel Patry, mars 2004

Le rôle du gouvernement québécois dans le capital de risque

Jean-Marc Suret, mars 2004

Les Web Services et leur impact sur le commerce B2B

Gilbert Babin et Michel Leblanc, septembre 2003

Enjeux et défis de la réglementation canadienne des valeurs mobilières

Jean-Marc Suret et Cécile Carpentier, août 2003

Les émotions au travail

Ursula Hess, juillet 2003

Création de valeur, gestion de risque et options réelles

Marcel Boyer, Peter Christoffersen, Pierre Lasserre et Andrey Pavlov, mars 2003

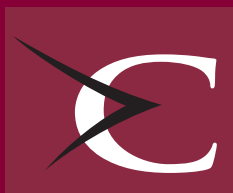
Ces publications sont disponibles sur le site www.cirano.qc.ca

À paraître

Les nanotechnologies: bénéfiques et risques potentiels

Les sites contaminés: aspects juridiques

Pour plus de renseignements: info@cirano.qc.ca



2020, rue University, 25^e étage, Montréal (Québec) H3A 2A5

Tél.: (514) 985-4000 • Téléc.: (514) 985-4039

www.cirano.qc.ca • info@cirano.qc.ca

Conception graphique: PR Communications inc.

Impression: Imprimerie des Anses, Chandler

Décembre 2005