

2011

Sous la direction scientifique de

LUC GODBOUT – MARCELIN JOANIS –
NATHALIE DE MARCELLIS-WARIN

Le Québec économique

Un **bilan de santé** du Québec



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

<http://lequebececonomique.cirano.qc.ca>



Presses de
l'Université Laval

Chapitre 3

LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS : SURVOL ET ENJEUX

Ministère des Finances du Québec

Avec la collaboration de Marie-Ève Bernier; François Leclerc, Alexandre Montelpare et Sylvie Riopel

Introduction

Le secteur de la santé est l'un des plus importants de l'économie québécoise. En 2010, ce secteur comptait pour 12,6 % du PIB et regroupait 12,9 % de l'emploi au Québec¹. Sur des dépenses totales de 40,0 milliards de dollars, plus des deux tiers provenaient des administrations publiques, essentiellement du gouvernement du Québec. Le solde était assumé par le secteur privé, soit les particuliers et les entreprises².

Le système public de santé en vigueur au Québec tire son origine des années 1960. Ce système permet à tous les Québécois un accès aux soins hospitaliers et aux consultations médicales. Depuis son implantation, le régime est en constante évolution, comme en fait foi l'élargissement de sa couverture lors de la mise en œuvre du régime général d'assurance médicaments en 1997.

Pour les années à venir, l'un des défis du système public de santé sera d'assurer la pérennité de son financement. Les dépenses de santé et de services sociaux constituent le plus important poste budgétaire de l'État et les changements démographiques ajouteront des pressions additionnelles sur ces dépenses.

Le présent chapitre permettra à la fois d'illustrer l'importance des dépenses de santé dans l'économie et dans le budget de l'État, de brosser un portrait organisationnel du système public de santé québécois ainsi que de présenter ses principaux facteurs de coûts et ses perspectives financières à moyen terme.

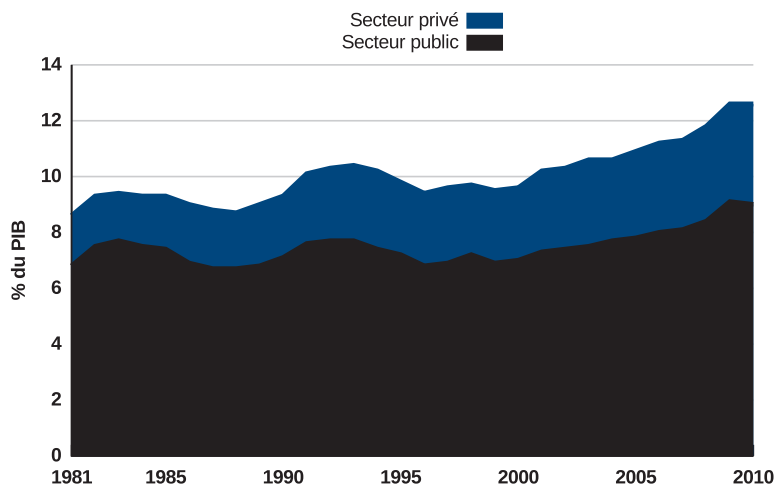
L'importance du secteur de la santé au Québec

Au Québec, comme dans toutes les économies avancées, le secteur de la santé représente une part importante de l'économie et du budget de l'État. Le vieillissement de la population, l'utilisation croissante de nouvelles technologies et le développement de nouveaux médicaments ont notamment contribué à augmenter l'importance du secteur de la santé au fil des années.

La part de la richesse collective consacrée à la santé

En 2010, selon l'ICIS³, les dépenses publiques et privées en santé effectuées par les Québécois représentaient 40,0 milliards de dollars, soit 12,6 % du PIB. De ce montant, 28,5 milliards de dollars (71 %) provenaient d'un financement public et 11,5 milliards de dollars (29 %) provenaient du secteur privé. Des années 1980 jusqu'au début des années 2000, l'importance relative de la santé dans l'économie a oscillé entre 8,5 % et 10,5 %. C'est à compter des années 2000 que le poids des dépenses de santé s'est mis à progresser plus rapidement.

Évolution des dépenses de santé provenant des secteurs public et privé pour le Québec, de 1981 à 2010



Graphique g/2011-c3-1

Source : Institut canadien d'information en santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2011*, novembre 2011.

Note : Prévisions de l'ICIS pour 2009 et 2010.

Les ressources humaines

En 2010, le secteur de la santé comptait pour 12,9 % de l'emploi au Québec. Le système public de santé employait environ 288 000 travailleurs, soit près de 60 % des travailleurs du secteur de la santé⁴.

Le secteur privé inclut surtout les emplois reliés aux services non assurés par le gouvernement du Québec, tels que les services dentaires et optométriques.

Quant au secteur public de la santé, il est composé de trois grands groupes d'effectifs :

- le personnel cadre, professionnel et administratif du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ;
- le personnel cadre et administratif et les autres travailleurs de la santé du réseau d'établissements sociosanitaires, principalement les trois catégories de personnel infirmier, soit les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires ;
- les professionnels rémunérés par la RAMQ, tels que les médecins omnipraticiens, les médecins spécialistes et les pharmaciens.

	Effectifs du réseau de la santé et des services sociaux, 2010-2011	
	Nombre	Pourcentage
Cadres, professionnels et fonctionnaires du MSSS et de la RAMQ	2 310	0,8
Effectifs du réseau (agences et établissements)		
Infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires	106 940	37,2
Autres salariés, cadres et syndiqués du réseau	150 940	52,5
Médecins résidents	2 980	1,0
Professionnels rémunérés par la RAMQ		
Médecins omnipraticiens	8 030	2,8
Médecins spécialistes	8 690	3,0
Autres professionnels (pharmaciens, dentistes, optométristes)	7 840	2,7
Total	287 730	100,0

Tableau t/2011-c3-1

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport annuel de gestion 2010-2011*.

Note : En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

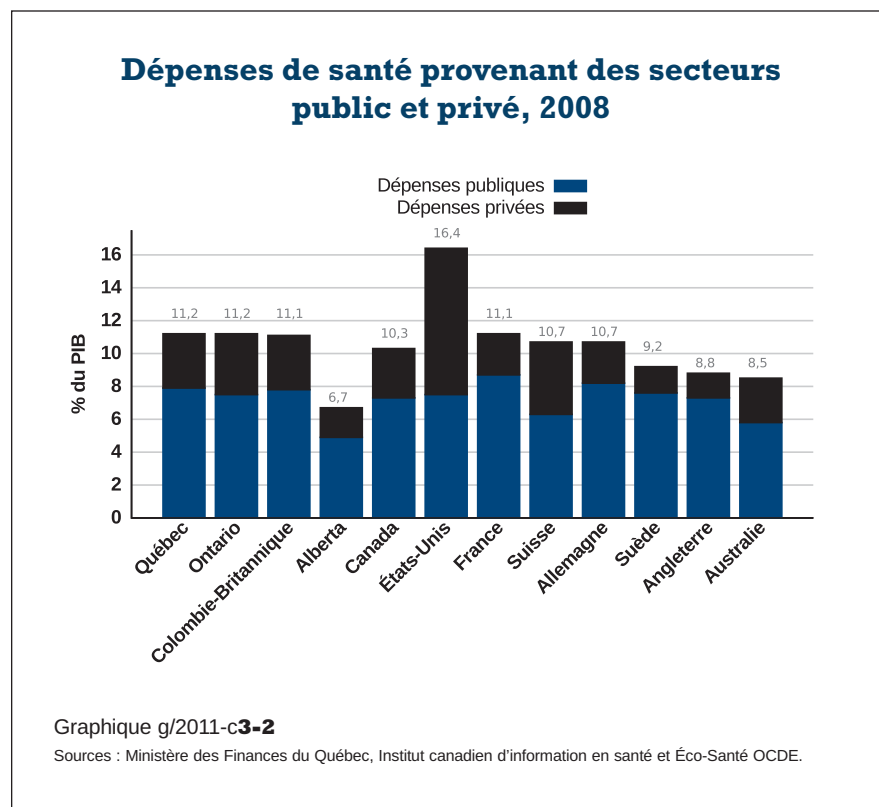
Le secteur de la santé dans une perspective internationale

La comparaison des dépenses publiques et privées de santé du Québec avec celles de certaines provinces canadiennes et de quelques pays membres de l'OCDE permet de mieux situer le poids du secteur de la santé dans l'économie du Québec.

Le système de santé québécois : survol et enjeux

Pour l'année 2008⁵, le secteur de la santé représentait 11,2 % de l'économie québécoise. Ce ratio était similaire à ceux de l'Ontario (11,2 %) et de la Colombie-Britannique (11,1 %), mais supérieur à celui de l'Alberta (6,7 %).

Toutefois, la taille relative du secteur de la santé varie grandement d'un pays à l'autre. Alors que les États-Unis consacraient 16,4 % de leur PIB au secteur de la santé en 2008, certains pays comme l'Angleterre (8,8 %) et l'Australie (8,5 %) lui allouaient un niveau de ressources moins important en proportion de leur économie. Pour sa part, le poids du secteur de la santé dans l'économie au Canada (10,3 %) se comparait à ceux de l'Allemagne (10,7 %) et de la Suisse (10,7 %).

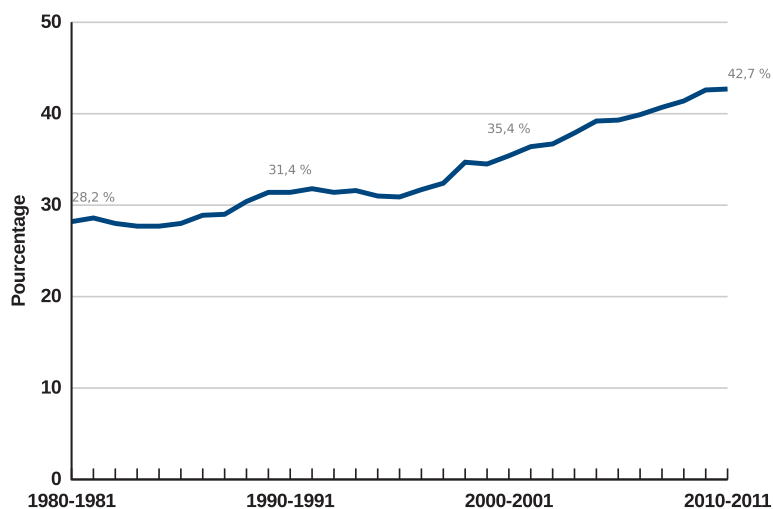


La part des dépenses de santé et de services sociaux dans le budget de l'État

Pour l'année 2010-2011, le budget de l'État québécois a affiché des dépenses budgétaires de 67,4 milliards de dollars. Elles ont financé la santé, l'éducation, les autres missions de l'État ainsi que le service de la dette. Les dépenses allouées à la santé et aux services sociaux se sont chiffrées à 28,8 milliards de dollars⁶.

Au cours des dernières décennies, la part des dépenses de santé et de services sociaux dans le budget de l'État a augmenté en raison d'un rythme de croissance moyen plus rapide que celui des autres dépenses. De 28,2 % des dépenses budgétaires en 1980-1981, leur part relative est passée à 31,4 % en 1990-1991, à 35,4 % en 2000-2001 et à 42,7 % en 2010-2011.

Évolution de la part des dépenses de santé et de services sociaux dans les dépenses budgétaires, 1980-1981 à 2010-2011



Graphique g/2011-c3-3

Source : Secrétariat du Conseil du trésor du Québec et ministère des Finances du Québec.

Note : Pour 2010-2011, les dépenses de santé et de services sociaux incluent des dépenses de 252 millions de dollars financées par le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux.

Plus récemment, de 2003-2004 à 2010-2011, le taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé et de services sociaux a atteint 6,1 %, alors que celui de l'ensemble des autres dépenses budgétaires s'est élevé à 2,9 %. Sur une augmentation des dépenses budgétaires de 18,7 milliards de dollars, 58 % de cet accroissement aura été alloué à la santé.

Un financement qui repose essentiellement sur l'imposition générale

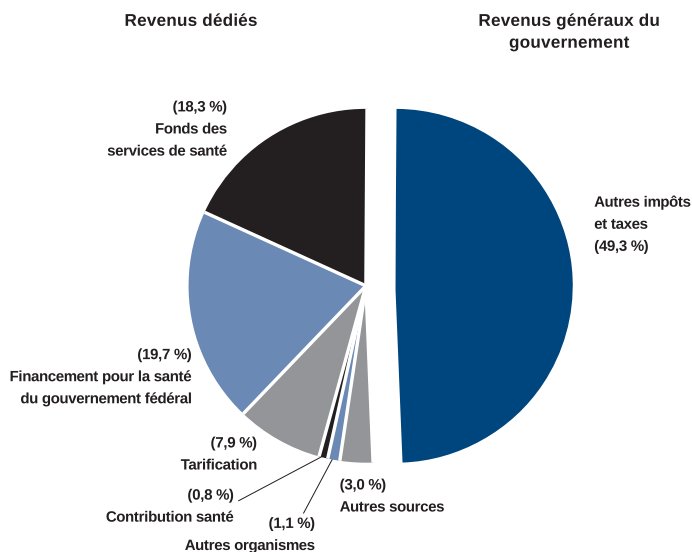
Largement financé par les revenus fiscaux, le système public de santé québécois repose sur un principe de mutualisation des risques liés à la santé. De plus, comme illustré dans les *Comptes de la santé*, déposés annuellement à l'Assemblée nationale, plusieurs sources de revenus fiscaux et d'autres revenus sont affectées spécifiquement au financement de la santé et des services sociaux.

Ainsi, en 2010-2011, près de la moitié du financement des dépenses de santé et de services sociaux, soit 49,3 %, provenait des revenus généraux du gouvernement.

Quant aux sources de financement spécifiquement dédiées à la santé, l'essentiel provenait du Fonds des services de santé (18,3 %) et de la contribution du gouvernement fédéral (19,7 %) alors que 7,9 % provenait directement de la contribution des usagers, principalement sous forme de services tarifés.

Depuis 2010, une contribution santé est prélevée auprès des particuliers afin de financer les dépenses du Fonds pour le financement des établissements de santé et de services sociaux.

Sources de financement des dépenses de santé et de services sociaux, 2010-2011



Graphique g/2011-c3-4

Source : Ministère des Finances du Québec.

Le système public de santé québécois

Trois lois fondamentales, adoptées au cours des années 1960 et 1970, ont déterminé l'accès de la population aux services hospitaliers et médicaux gratuits sur l'ensemble du territoire québécois⁷.

De plus, depuis 1997, le régime général d'assurance médicaments, un régime mixte universel fondé sur un partenariat entre l'État et les assureurs privés, bonifie la couverture publique offerte par l'État.

Ainsi, l'administration publique, l'universalité et l'équité sont les principes fondamentaux qui guident l'évolution du système public de santé québécois depuis ses débuts.

L'organisation du système public de santé

Au Québec, l'organisation du système public de santé est guidée par la mission du MSSS, soit de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

Le système de santé québécois est dit public, universel et équitable pour les raisons suivantes :

- public, puisque l'État agit comme principal assureur et comme administrateur de la gamme de services de santé ;
- universel, car tous les citoyens québécois y ont accès, peu importe leur statut socioéconomique ;
- équitable, parce que le financement des services de santé repose essentiellement sur la fiscalité générale, et donc sur un partage des coûts et une mutualisation des risques dans l'ensemble de la société.

Le MSSS, les agences de santé et de services sociaux ainsi que les établissements sont les paliers de gouvernance au cœur de l'organisation et de la prestation des services à la population. La RAMQ a quant à elle pour fonction principale d'administrer le régime d'assurance maladie et le régime public d'assurance médicaments.

Le réseau de la santé

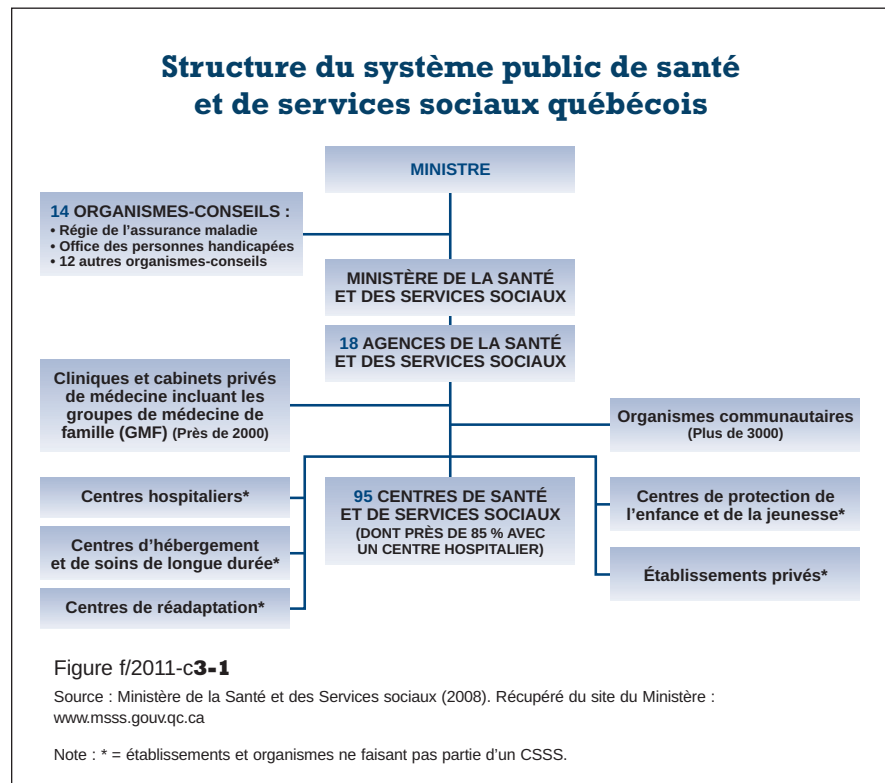
Le réseau de la santé et des services sociaux est organisé selon un mode de gouvernance à trois paliers.

Le **palier central**, en l'occurrence le MSSS, est chargé de la coordination et des grandes orientations du système public de santé. Il évalue également la performance du système et s'occupe de l'allocation des ressources.

Le **palier régional** est formé de 18 agences de la santé et des services sociaux, qui ont pour mission principale d'organiser et de rendre accessibles les services de santé sur leurs territoires respectifs.

Le **palier local** est constitué des 289 établissements (189 publics et 100 privés) responsables de la prestation des services de santé, tels que les centres hospitaliers, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les centres de réadaptation.

Afin d'assurer une offre de services intégrés à une population locale, la majorité des établissements sont regroupés au sein de l'un des 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS). L'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à cette population s'en trouvent ainsi améliorés.



La Régie de l'assurance maladie du Québec

Créée en 1969, et relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux, la RAMQ est un organisme qui a notamment pour fonction d'administrer le régime public d'assurance maladie, entré en vigueur en 1970, ainsi que, depuis 1997, le régime public d'assurance médicaments. Pour l'année 2010-2011, les dépenses gouvernementales de la RAMQ se sont élevées à 7,5 milliards de dollars.

Le régime d'assurance maladie

Le régime d'assurance maladie permet à tous les citoyens d'obtenir des services médicaux financés par le gouvernement du Québec. D'ailleurs, près des deux tiers des dépenses gouvernementales de la RAMQ sont allouées à la rémunération des médecins. D'autres services, tels que les services dentaires et optométriques, sont également offerts par le régime à certains groupes de la population.

En 2010-2011, on comptait plus de 36 000 professionnels de la santé rémunérés par la RAMQ et 7,6 millions de personnes assurées⁸.

Le régime général d'assurance médicaments

Le régime général d'assurance médicaments a été instauré en 1997 afin que tous les citoyens puissent être couverts par une assurance médicaments. Il comprend :

- les régimes privés, c'est-à-dire l'assurance collective offerte dans bon nombre de milieux de travail ;
- le régime public, géré par la RAMQ et auquel l'adhésion est obligatoire pour toute personne n'étant pas assurée par un régime privé.

Ce programme, unique au Canada, offre une couverture de base aux Québécois non admissibles à un régime privé. En 2010-2011, on comptait 3,3 millions de personnes couvertes par le régime public, pour des dépenses gouvernementales totales de 2,4 milliards de dollars⁹.

Le financement du régime est assumé à 60 % par le gouvernement et à 40 % par les adhérents. Ces derniers contribuent au régime public au moyen d'une prime, d'une franchise et d'une coassurance. Certains groupes, dont celui des personnes les plus démunies, sont exemptés totalement ou en partie de leur contribution au financement du régime public.

L'utilisation des services

Au Québec, quelque 6 millions de personnes bénéficient chaque année de soins de santé, ce qui correspond environ à 80 % de la population. L'importance des services de santé dans la vie des Québécois se traduit annuellement par :

- plus de 47 millions de consultations médicales ;
- 3,5 millions de visites à l'urgence ;
- 7,5 millions d'interventions à domicile ;
- 4,5 millions de jours d'hospitalisation ;
- 14,5 millions de jours d'hébergement en établissements de soins de longue durée¹⁰.

Les services de santé et de services sociaux peuvent être divisés en trois paliers selon leur niveau d'accès, soit les services de **première ligne**, de **deuxième ligne** et de **troisième ligne**¹¹.

Les services de première ligne

Les services de première ligne répondent à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux touchant l'ensemble de la population et ne nécessitant pas de soins spécialisés. Ils s'appuient sur des infrastructures et des technologies légères.

Ils reposent avant tout sur la prise en charge et le suivi des patients et relèvent le plus souvent du médecin de famille et de son équipe (infirmières et autres intervenants). Ils comprennent les efforts en matière de santé publique (prévention, ligne Info-Santé, etc.), le soutien à domicile, les soins

pour les blessures et les maladies courantes ainsi que l'orientation des patients vers d'autres niveaux de soins (spécialisés et surspécialisés).

Les services de première ligne peuvent être dispensés à domicile, en clinique, en centre local de services communautaires (CLSC), dans les urgences des centres hospitaliers ou en CHSLD.

En 2009, les quelque 7 900 médecins omnipraticiens du Québec ont procédé à plus de 21 millions d'examens en cabinet, dans les urgences, à domicile et dans les établissements du réseau. Cela représente annuellement 2 700 examens par médecin omnipraticien et près de trois examens par personne en moyenne¹².

Statistiques sur l'utilisation des services de première ligne, 2009-2010¹³

Nombre d'examens effectués par les médecins omnipraticiens	21 334 543
Nombre de personnes ayant obtenu des soins à domicile	174 959
Nombre de personnes desservies par les services infirmiers	528 061

Tableau t/2011-c3-2

Sources : Pour le nombre d'examens annuels effectués par les médecins omnipraticiens, les données proviennent de la banque de données ORIS de la RAMQ; les autres données proviennent du *Rapport annuel de gestion 2009-2010* du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La volonté d'améliorer l'accessibilité aux services de première ligne

Depuis 2001, le MSSS poursuit la création de centres de santé intégrés, tels que les groupes de médecine familiale (GMF) et les cliniques-réseau, sur l'ensemble du territoire québécois. Plus précisément, le MSSS vise :

- à étendre les heures d'accessibilité à un médecin de famille ;
- à rendre les médecins de famille plus disponibles grâce au travail de groupe et au partage des activités avec les infirmières cliniciennes ;
- à améliorer la prise en charge de nouveaux patients ainsi que le suivi médical, afin de diminuer l'achalandage dans les urgences des centres hospitaliers.

En 2010-2011, 223 GMF étaient accrédités au Québec, et 2,6 millions de personnes y étaient inscrites, soit 33 % de la population du Québec. En incluant les citoyens inscrits auprès d'un médecin de famille hors GMF, le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille s'élevait à plus de 57 %¹⁴.

Nombre de GMF et de cliniques-réseau et pourcentage de la population québécoise inscrite auprès d'un médecin de famille, 2010-2011	
Nombre de GMF	223
Nombre de cliniques-réseau	46
Pourcentage de la population inscrite en GMF	33 %
Pourcentage de la population inscrite en clinique-réseau et autres cliniques hors GMF	24 %
Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	57 %

Tableau t/2011-c3-3

Note : Les pourcentages sont tirés du *Rapport annuel de gestion 2010-2011* du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les services spécialisés

Les services de **deuxième ligne** et de **troisième ligne** constituent respectivement les branches des soins spécialisés et surspécialisés du système public de santé et visent les personnes aux prises avec des problèmes de santé ou des problèmes sociaux plus complexes et moins courants que ceux qui sont pris en charge par les services de première ligne. Les chirurgies, les traitements contre les cancers et les services relatifs aux déficiences intellectuelles et physiques en sont des exemples.

Les services de **deuxième ligne** ciblent des problèmes de santé ou des problèmes sociaux complexes mais répandus. Ces services demandent une mise en commun régionale de l'expertise et des ressources financières afin de répondre aux besoins de la région et d'offrir à la population des soins de qualité. Les chirurgies d'un jour en sont un exemple.

Les services de **troisième ligne** ont pour but d'évaluer et de traiter des patients présentant une condition médicale très complexe à faible prévalence. Cette branche de services s'appuie sur des technologies et des

expertises sophistiquées et rares. Ils sont offerts dans un nombre limité d'établissements à l'échelle de la province. Parmi ces services figure, par exemple, la transplantation cardiaque.

	Nombre de chirurgies par type, 2008-2009	
	Nombre	Nombre de chirurgies par 1000 habitants
Chirurgies de la cataracte ¹⁵	88 670	11
Arthroplasties de la hanche et du genou ¹⁵	12 272	2
Chirurgies avec hospitalisation ¹⁶	161 095	20
Chirurgies d'un jour ¹⁷	208 668	26
Total	471 705	59

Tableau t/2011-c3-4

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Rapport annuel de gestion 2009-2010*.

Note : Les données pour 2008-2009 sont les dernières disponibles.

La dynamique des dépenses du système public de santé

La pérennité du financement des dépenses de santé et de services sociaux préoccupe plusieurs acteurs de la société civile. Ces dépenses accaparent près de la moitié du budget de l'État québécois, et leur croissance annuelle surpasse constamment celle des revenus budgétaires. De 2003-2004 à 2011-2012, la croissance annuelle moyenne des dépenses budgétaires de santé et de services sociaux s'est établie à 5,8 %, alors que celle des revenus budgétaires s'est élevée à 3,9 %.

Par ailleurs, le vieillissement de la population ajoute graduellement de la pression sur les dépenses de santé, alors qu'à l'inverse, il contribuera dans l'avenir à ralentir la croissance économique et celle des revenus de l'État.

C'est dans cette perspective que le gouvernement se doit d'être vigilant, de manière à assurer au domaine de la santé les ressources adéquates, et ce, sans compromettre les autres missions de l'État.

Cette section permettra de mieux comprendre les enjeux entourant le financement du système public de santé en abordant ses facteurs de croissance des dernières années ainsi que ses perspectives financières à moyen terme.

Les facteurs de croissance des dépenses

Pour bien comprendre pourquoi les dépenses de santé ont crû plus rapidement que les revenus de l'État et pour connaître les sources de cette croissance, deux approches complémentaires peuvent être utilisées : l'analyse de la croissance selon la catégorie des dépenses et celle selon les composantes socioéconomiques.

Les facteurs de croissance selon le type de dépenses

Depuis près d'une décennie, soit de 2002-2003 à 2011-2012, la croissance annuelle moyenne des dépenses de santé et de services sociaux du gouvernement du Québec s'est élevée à 5,8 %. Cette croissance peut être expliquée en la décomposant selon les catégories de dépenses.

	Dépenses de santé et de services sociaux du gouvernement du Québec par catégorie de dépenses				
	2002-2003		2011-2012		Taux de croissance annuel moyen (%)
	Dépenses (M\$)	Poids (%)	Dépenses (M\$)	Poids (%)	
Établissements de santé et de services sociaux ¹⁸	10 663	59,7	17 437	57,9	5,2
Médecins	2 822	15,8	5 049	17,3	6,7
Médicaments	1 450	8,1	2 162	7,4	4,5
Financement des infrastructures	595	3,3	972	3,3	5,6
Autres dépenses ¹⁹	2 342	13,1	4 096	14,1	7,9
Total	17 872	100,0	29 716	100,0	5,8

Tableau t/2011-c3-5

Sources : Budget 2011-2012 et Comptes publics du gouvernement du Québec.

Le système de santé québécois : survol et enjeux

Le plus important poste de dépenses, soit le financement des établissements de santé et de services sociaux, a crû annuellement de 5,2 % en moyenne durant la période observée. Ainsi, sa part relative dans les dépenses gouvernementales de santé a progressivement diminué, passant de 59,7 % en 2002-2003 à 57,9 % en 2011-2012.

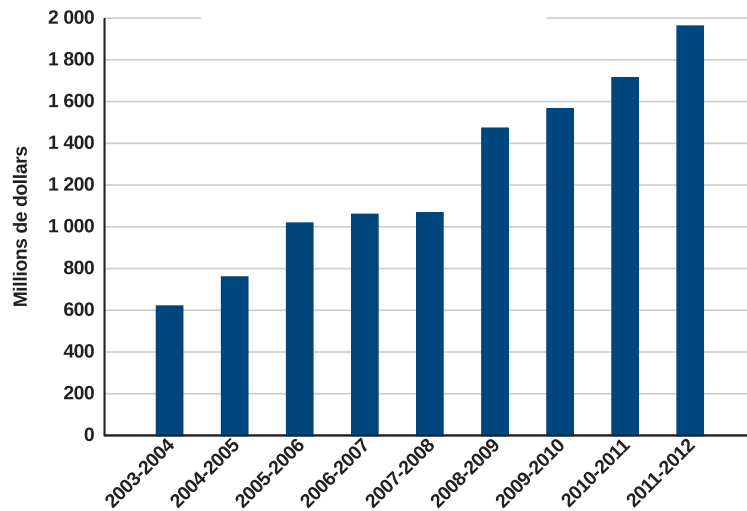
Les dépenses publiques de rémunération des médecins ont augmenté annuellement en moyenne de 6,7 %, passant de 2,8 milliards de dollars en 2002-2003 à 5,0 milliards de dollars en 2011-2012. Cette croissance s'explique notamment par la croissance de l'effectif médical et par les rattrapages salariaux qui ont été consentis aux médecins depuis 2008²⁰.

Les autres dépenses de santé, dont la croissance annuelle moyenne a été de 7,9 % durant cette même période, ont également contribué à la croissance des dépenses de santé et de services sociaux. Plus particulièrement, les dépenses allouées au transport ambulancier et à la rémunération des médecins résidents ont enregistré des croissances annuelles moyennes respectives de 11,3 % et de 8,3 % depuis 2002-2003.

Pour leur part, les dépenses en médicaments ont subi une croissance plus modérée au cours des dernières années. Depuis 2002-2003, elles augmentent annuellement à un rythme de 4,5 %. Cette croissance moins rapide est attribuable à la récente baisse du prix des médicaments génériques²¹.

Enfin, les dépenses d'amortissement liées aux infrastructures et aux équipements spécialisés du réseau de la santé et des services sociaux ont augmenté au rythme annuel moyen de 5,6 %. Ce niveau de croissance découle principalement de la mise en œuvre du Plan québécois des infrastructures amorcée en 2007. Depuis, le gouvernement a investi des sommes importantes pour la construction de nouveaux hôpitaux et pour la résorption du déficit d'entretien. Pour 2011-2012, le gouvernement prévoit des investissements de près de 2 milliards de dollars dans le système public de santé québécois.

Évolution des investissements en infrastructures et en équipements dans le réseau de la santé et des services sociaux de 2003-2004 à 2011-2012



Graphique g/2011-c3-5

Source : Secrétariat du Conseil du Trésor.

Les composantes socioéconomiques de la croissance

La croissance annuelle moyenne des dépenses de santé et de services sociaux de 5,8 % depuis près d'une décennie peut également être expliquée sous l'angle de ses composantes socioéconomiques.

	Croissance annuelle moyenne des dépenses de santé et de services sociaux par facteur socioéconomique, de 2003-2004 à 2011-2012	
	Croissance annuelle moyenne (%)	Part de la croissance totale (%)
Augmentation de la population	0,7	12
Impact du vieillissement de la population ²²	1,4	24
Inflation ²³	1,8	31
Évolution de la pratique médicale (technologies), nouveaux développements et autres	1,9	33
Total	5,8	100

Tableau t/2011-c3-6

Sources : *Comptes publics* du gouvernement du Québec, Institut canadien d'information en santé.

Note : Ces taux de croissance annuels moyens sont préliminaires, puisque les données 2011-2012 sont des prévisions.

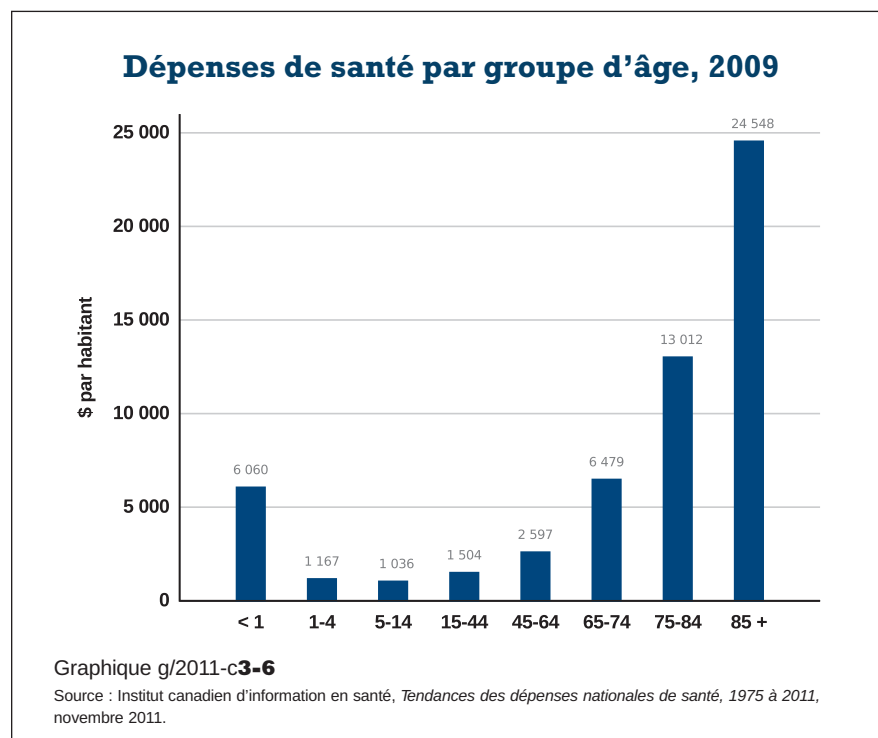
L'augmentation de la population

Au cours de la période allant de 2003-2004 à 2011-2012, l'accroissement de la population a été de 0,7 % par année en moyenne, entraînant une demande additionnelle pour les services de santé. Sur cette base, l'augmentation de la population explique 12 % de la croissance annuelle moyenne des dépenses de santé et de services sociaux. À titre illustratif, pour l'année 2011-2012, le gouvernement du Québec devrait dépenser en moyenne 3 700 \$ en soins de santé par citoyen.

Le vieillissement de la population

Par ailleurs, le changement dans la structure d'âge de la population fait varier à lui seul le niveau des dépenses de santé. À l'exception des premières années de vie, plus une personne augmente en âge, plus elle a recours aux services de santé. Par exemple, pour l'année 2009, les dépenses publiques de santé des personnes âgées de moins d'un an ont coûté 6 060 \$ en moyenne au gouvernement du Québec, celles des personnes âgées de 45 à 64 ans, 2 597 \$, et celles des personnes âgées de 75 à 84 ans, 13 012 \$.

Ainsi, l'évolution annuelle de la structure d'âge de la population a entraîné une augmentation annuelle moyenne de 1,4 % des dépenses de santé et de services sociaux au cours de la période s'échelonnant de 2003-2004 à 2011-2012. Le vieillissement de la population québécoise explique près du quart de la croissance annuelle moyenne de 5,8 % des dépenses de santé et de services sociaux depuis 2003-2004.



L'inflation

Tout comme pour l'ensemble des biens et des services produits dans l'économie, l'inflation a un effet sur le coût des services de santé et des services sociaux. Pour la période de 2003-2004 à 2011-2012, appliquée uniformément à l'ensemble des services fournis, l'inflation est responsable de 31 % du total de la croissance des dépenses de santé. Au cours de cette période, l'indice des prix à la consommation a progressé à un rythme annuel moyen s'élevant à 1,8 %.

En santé, son effet se fait notamment ressentir dans le coût des intrants, par exemple les médicaments, les salaires, la consommation énergétique des établissements et la nourriture servie aux patients.

L'évolution de l'offre de services et de la pratique médicale

Le dernier élément expliquant la croissance des dépenses de santé et de services sociaux englobe les coûts additionnels liés à l'évolution et au développement des services de santé, c'est-à-dire tous les facteurs indépendants de l'inflation de base et des caractéristiques populationnelles. Ces éléments ont engendré une croissance annuelle moyenne supplémentaire de 1,9 % sur la période de 2003-2004 à 2011-2012, comptant pour près du tiers de la croissance annuelle moyenne des dépenses de santé et de services sociaux.

À cet égard, l'utilisation croissante de nouvelles technologies et de nouveaux médicaments engendre couramment des coûts supplémentaires à l'État. En effet, les avancées scientifiques et technologiques rendent possible le traitement de maladies auparavant incurables, ce qui entraîne des coûts nouveaux. Aussi, l'élargissement de l'éventail des diagnostics possibles appelle sans cesse à la recherche et à l'utilisation de nouveaux traitements. Les traitements destinés à améliorer et à prolonger la qualité de vie des personnes porteuses du VIH en sont un exemple.

Enfin, le gouvernement se doit d'assurer une rémunération concurrentielle aux travailleurs œuvrant dans le secteur de la santé afin d'attirer et de retenir des gens compétents. À ce titre, il peut être amené à octroyer des augmentations salariales au-dessus du niveau de l'inflation.

Des pressions additionnelles en raison des évolutions démographiques

Selon le dernier scénario démographique de référence de l'Institut de la statistique du Québec, la structure de la population du Québec subira des transformations qui s'accroîtront au cours des 20 prochaines années. Elles auront, à différents degrés, des répercussions sur l'offre et les coûts des services de santé et, par conséquent, sur la capacité de payer du gouvernement.

Vers une croissance démographique plus lente et un vieillissement plus rapide

Au Québec, la croissance plus lente de la population, le vieillissement de la population et l'augmentation des naissances et des décès constituent les principales tendances démographiques des prochaines années :

- la population du Québec devrait croître plus lentement à moyen terme. Cette croissance serait de 0,4 % par an entre 2020 et 2030, contre 0,7 % par an entre 2000 et 2010 ;
- le groupe des personnes de plus de 65 ans atteindra 25,0 % de la population (2,2 millions) d'ici 2030, comparativement à 14,6 % (1,1 million) en 2008. La proportion des personnes âgées de plus de 85 ans dans la population passera de 1,7 % à 3,5 % durant la même période ;
- le niveau des naissances devrait se maintenir au-dessus de 85 000 nouveaux-nés d'ici dix ans, pour se stabiliser autour de 80 000 en 2030, par rapport à un creux de 72 000 en 2000. En même temps, le nombre de décès dépasserait 80 000 d'ici 2030, contre 58 400 en 2010.

Ces tendances auront des incidences à la fois sur la population active et sur les coûts de santé :

- la population âgée de 20 à 64 ans, qui constitue l'essentiel de la main-d'œuvre, sera en diminution. La baisse prévue chez ce groupe d'âge sera importante d'ici 2030. Sa part dans la population totale passera de 63,0 % en 2008 à 54,3 % en 2030 ;
- les coûts de santé devront croître, dans la mesure où les soins de santé prénatals et postnatals et ceux offerts durant l'année précédant le décès sont généralement plus importants.

	Croissance de la population québécoise				
	Variation annuelle moyenne (%)				
	1980-1990	1990-2000	2000-2010	2010-2020	2020-2030
0-19 ans	-1,2	-0,3	-0,3	0,1	0,2
20-64 ans	1,3	0,5	0,7	0,1	-0,4
65 ans et plus	3,2	2,2	2,5	3,4	2,8
Population totale	0,7	0,5	0,7	0,7	0,4

Tableau t/2011-c3-7

Sources : Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec.

Les perspectives financières à moyen terme

Au cours des deux dernières années, le gouvernement a misé sur une approche équilibrée et novatrice pour assurer un financement adéquat et améliorer la performance du système public de santé, tout en maintenant des finances publiques saines.

À cet égard, il a porté à 5,0 % la progression annuelle du financement des dépenses de santé et de services sociaux au cours des cinq prochaines années. Pour permettre ce niveau de financement sans compromettre celui des autres missions de l'État, une contribution dédiée au financement de la santé a été instaurée en juillet 2010. Il est ainsi possible de limiter à 3,6 % l'augmentation des dépenses de programmes de santé et de services sociaux en 2011-2012.

Les sommes provenant de la contribution santé sont versées dans le nouveau Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS) afin de mettre de l'avant des initiatives structurantes en matière de performance et d'accessibilité.

	Dépenses totales de santé et de services sociaux – Budget 2011-2012			
	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Dépenses de programmes (M\$)	-28 116	-29 141	-30 190	-31 279
Variation des dépenses de programme (%)	2,4	3,6	3,6	3,6
Dépenses du FINESSS (M\$)	-180	-575	-995	-1 445
Autres dépenses de santé ²⁴ (M\$)	-4 169	-4 376	-4 596	-4 828
Total des dépenses de santé et de services sociaux (M\$)	-32 465	-34 092	-35 781	-37 552
Variation des dépenses totales de santé et de services sociaux (%)	3,4²⁵	5,0	5,0	5,0

Tableau t/2011-c3-8

Source : Ministère des Finances du Québec.

Le gouvernement poursuit également des actions plus globales pour favoriser la performance du système public de santé, telles que l'optimisation des processus de travail des établissements et l'implantation d'infrastructures technologiques et informatiques porteuses.

D'autre part, le ministre de la Santé et des Services sociaux a déposé, en décembre 2010, le Plan de réduction des dépenses administratives et de soutien. Ce plan permettra de dégager des économies de 730 millions de dollars dans le système public de santé d'ici 2013-2014 sans réduire les services à la population.

Enfin, la publication annuelle des *Comptes de la santé*²⁶ permet d'améliorer la transparence des sommes dépensées en santé et des résultats atteints. Ils constituent une base de référence pour les discussions entourant les enjeux du système public de santé.

Conclusion

Depuis plusieurs années, la population du Québec rappelle l'importance d'un système public de santé accessible et performant. À cet égard, le Québec a augmenté de manière significative les sommes allouées au système de santé et les initiatives favorisant son accessibilité et la qualité des services.

Le gouvernement a également garanti que des sommes importantes seraient investies dans le domaine de la santé au cours des cinq prochaines années. Malgré un contexte budgétaire difficile, il a assuré une croissance annuelle de 5,0 % des dépenses de santé jusqu'en 2015-2016.

Au-delà de cet horizon, en raison notamment des pressions continues découlant du vieillissement de la population, le défi du financement de la santé reste entier. La progression des dépenses de santé et de services sociaux restera au-dessus de celle des revenus budgétaires du gouvernement. Conscient que cette dynamique ne doit pas compromettre le maintien des autres missions de l'État, le gouvernement devra rester vigilant et poursuivre les efforts entrepris pour améliorer la performance du système public de santé.

Par ailleurs, dans un contexte où le bassin de travailleurs potentiels diminuera d'ici quelques années, le Québec poursuivra l'instauration de conditions favorables à la création de richesse. Il importe de rappeler que la prestation des services publics, comme celle relative à la santé et aux services sociaux, est financée grâce à la croissance économique et aux revenus qu'en retire l'État.



Notes

1. Dans ce document, le terme « secteur de la santé » réfère aux dépenses publiques et privées en santé, telles que compilées par l'Institut canadien d'information sur la santé, alors que les termes « système public de santé » et « dépenses de santé et de services sociaux » réfèrent aux établissements et aux programmes de santé et de services sociaux financés et gérés principalement par le gouvernement du Québec.
2. Institut canadien d'information en santé (2011), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2011*, et Statistique Canada, *Enquête sur la population active*. Les données de Statistique Canada sur l'emploi sont les seules disponibles pour mesurer l'ensemble des emplois en santé dans les secteurs privé et public au sein de l'économie québécoise. Toutefois, ces données incluent les emplois reliés aux services de garderie et excluent les emplois du ministère de la Santé et des Services sociaux, des agences de santé et de services sociaux et de certains organismes gouvernementaux.
3. Pour prendre en compte l'ensemble des dépenses publiques en santé du Québec, les données de l'ICIS sont comptabilisées différemment de celles des dépenses budgétaires du gouvernement du Québec pour la santé et les services sociaux. Par rapport à ces dernières, une partie des dépenses pour les services sociaux sont exclues des données de l'ICIS, alors que les dépenses relatives à la santé faites par certains ministères (autres que celui de la Santé et des Services sociaux) et des administrations municipales y sont ajoutées.
4. Les données sur l'emploi dans le secteur de la santé proviennent de l'*Enquête sur la population active* de Statistique Canada, alors que celles sur l'emploi dans le système public de santé sont tirées du *Rapport annuel de gestion 2010-2011* du ministère de la Santé et des Services sociaux.
5. Les données des provinces canadiennes proviennent de l'ICIS. Elles ont été ajustées par le ministère des Finances du Québec selon la méthodologie d'Éco-Santé de l'OCDE afin d'effectuer les comparaisons internationales. L'année 2008 est l'année la plus récente disponible permettant ce genre de comparaison. Sans les ajustements, les dépenses de santé en pourcentage du PIB pour le Québec, l'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta sont respectivement de 11,8 %, 11,5 %, 11,2 % et 7,0 %.

Le système de santé québécois : survol et enjeux

6. Ces montants prennent en compte les dépenses de 252 millions de dollars assumées par le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux pour 2010-2011.
7. La Loi sur l'assurance hospitalisation adoptée en 1961, la Loi sur l'assurance maladie adoptée en 1970 et la Loi sur la santé et les services sociaux adoptée en 1971.
8. Ces données sont tirées du *Rapport annuel de gestion 2010-2011* de la Régie de l'assurance maladie du Québec.
9. Ces données sont tirées des *Comptes publics 2010-2011* du gouvernement du Québec.
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
11. Cette classification des services de santé provient du document *Regards sur le système de santé et des services sociaux du Québec*, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, publié en avril 2009.
12. Les calculs ont été effectués à partir de la banque de données ORIS de la RAMQ, l'année 2009 étant la dernière disponible.
13. Les données sur les examens effectués par les médecins omnipraticiens sont pour l'année civile 2009.
14. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2011). *Rapport annuel de gestion 2010-2011*. Gouvernement du Québec.
15. À la suite du jugement Chaoulli en 2005, le gouvernement du Québec a autorisé en 2006 la souscription d'une assurance privée pour trois types de chirurgies (genou, hanche et cataracte).
16. Excluant les chirurgies cardiaques, de la cataracte et les arthroplasties de la hanche et du genou.
17. Excluant les chirurgies de la cataracte.
18. Les transferts aux établissements incluent les dépenses 2011-2012 du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux.
19. Les autres dépenses comprennent notamment les autres programmes de la RAMQ, le transport ambulancier, le système du sang, le soutien aux organismes communautaires, la rémunération des résidents en médecine et la contribution gouvernementale aux régimes de retraite.
20. Les données de l'ICIS pour la période 2002-2003 à 2009-2010 sont les dernières disponibles et indiquent que le nombre de médecins a progressé annuellement en moyenne de 1,4 % sur cette période.
21. De 54 % du prix du médicament innovateur en 2009, le prix d'un médicament générique passera graduellement à 25 % d'ici avril 2012. Entre 2002-2003 et 2009-2010, soit avant la réduction graduelle du prix des médicaments génériques, les dépenses publiques au titre de l'assurance médicaments ont augmenté en moyenne de 6,3 % par année.
22. L'impact du vieillissement de la population a été calculé par le ministère des Finances du Québec à partir des données démographiques de l'Institut de la statistique du Québec et des coûts par tranche d'âge compilés par l'ICIS. Pour la période 1981-2002, le MSSS a établi à 1,1 % par année l'impact annuel du vieillissement sur la croissance des dépenses de santé du gouvernement du Québec.

23. Le concept d'inflation utilisé est l'indice des prix à la consommation, excluant le tabac et l'alcool.
24. Inclut notamment le régime public d'assurance médicaments.
25. En excluant les dépenses de santé additionnelles de 487 M \$ entre le budget 2010-2011 et le dépôt des *Comptes publics 2009-2010*, la croissance allouée aux dépenses de santé et de services sociaux en 2010-2011 s'établit à 5,0 %.
26. Les *Comptes de la santé* ont été instaurés dans le *Budget 2010-2011*.