

Budget 2010 11

VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ
PLUS PERFORMANT
ET MIEUX FINANCÉ



Recyclé
Contribute à l'utilisation responsable
des ressources forestières
www.fsc.org Cert no. SGS-COC-2319
© 1996 Forest Stewardship Council



Ce document est imprimé sur du papier entièrement recyclé, fabriqué au Québec, contenant 100 % de fibres postconsommation et produit sans chlore élémentaire.

NOTE

La forme masculine utilisée dans le texte désigne aussi bien les femmes que les hommes. Elle n'est utilisée que pour alléger le texte.

Budget 2010-2011

Vers un système de santé plus performant et mieux financé

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Mars 2010

ISBN 978-2-551-23926-9 (Imprimé)

ISBN 978-2-550-58433-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2010

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	III
1. LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ AU QUÉBEC : L'HEURE DES CHOIX	1
1.1 Des services de santé auxquels tiennent les Québécois	1
1.2 Une mission gouvernementale prioritaire	4
1.3 Une forte pression sur les autres missions de l'État	7
1.4 Un <i>statu quo</i> qui devient impossible à maintenir dans le contexte actuel	8
1.5 Choisir d'agir dès maintenant	12
2. FAVORISER UNE MEILLEURE PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ	15
2.1 Instaurer une approche de performance <i>Lean Healthcare</i>	17
2.2 Miser sur une meilleure gouvernance, sur des structures plus efficaces.....	18
2.3 Organiser différemment les services et les technologies de l'information	19
3. UNE NOUVELLE CONTRIBUTION FINANCIÈRE POUR UNE ACCESSIBILITÉ MAINTENUE	21
3.1 L'instauration d'une contribution santé à compter du 1 ^{er} juillet 2010	22
3.2 Une franchise santé pour orienter la consommation des services	26
4. LES COMPTES DE LA SANTÉ : POUR UNE MEILLEURE INFORMATION ET UNE PLUS GRANDE TRANSPARENCE	31
4.1 Améliorer l'information et la transparence, sensibiliser la population	32
4.2 Un geste de transparence pour une meilleure reddition de comptes	33
CONCLUSION	35
ANNEXE 1 : COMPTES DE LA SANTÉ	37
ANNEXE 2 : DÉPENSES TOTALES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET SOURCES DE FINANCEMENT, 2008-2009	59

INTRODUCTION

Au fil des quelque 40 dernières années, les Québécois se sont donné l'un des meilleurs systèmes de santé au monde. Ils y sont très attachés et désirent le conserver.

- Avec des dépenses publiques et privées de 38,1 milliards de dollars en 2009, la santé représente le plus important secteur de notre économie, comptant pour plus de 12 % du produit intérieur brut du Québec.
- En outre, ce sont quelque 6 millions de personnes qui bénéficient de soins de santé au cours d'une année, soit près de 80 % de la population.

Le gouvernement a fait de la santé sa priorité première. À preuve, le système public de santé s'est vu octroyer 10 milliards de dollars additionnels depuis 2003, un montant supérieur aux sommes ajoutées pour l'ensemble des autres missions de l'État.

Cet accroissement important du financement public contribue à améliorer l'accès et la qualité des services de santé, mais il exerce une pression importante sur les autres missions de l'État.

- Comptant pour 31 % des dépenses de programmes en 1980, les dépenses de santé en représentent maintenant 45 %, soit 28 milliards de dollars en 2010-2011.
- Si rien n'est fait pour changer cette dynamique, elles pourraient représenter deux tiers des dépenses de programmes d'ici vingt ans, alors que nous ferons face à un accroissement sans précédent de la demande en soins de santé en raison des changements démographiques.

Préoccupés par cette question, plusieurs acteurs de la société civile ont réfléchi au défi que représente le financement des services de santé au Québec.

- Le contexte budgétaire actuel et les perspectives à plus long terme incitent à réexaminer les initiatives issues de leurs travaux afin d'introduire de nouvelles sources de revenus et des formules de financement novatrices dans le secteur de la santé.

Dans le cadre du présent budget, le gouvernement choisit donc d'assurer le financement de notre système public de santé et d'agir de manière structurante pour en améliorer la performance. Il confirme ainsi sa volonté de poser les gestes qui s'imposent à cet égard.

Au chapitre de la performance, les ressources disponibles doivent permettre d'en faire davantage, mais surtout, d'assurer le financement du bon service au bon endroit.

- Dans ce domaine, le gouvernement mise sur l'amélioration des processus clés, sur une gouvernance et des structures plus efficaces, de même que sur une meilleure performance dans l'organisation des services et des technologies de l'information.

En matière de financement, de nouvelles contributions novatrices doivent permettre un financement durable tout en maintenant les autres missions de l'État.

- Une contribution santé sera introduite progressivement à compter du 1^{er} juillet 2010. Elle sera limitée à 25 \$ par adulte en 2010, puis majorée progressivement jusqu'à 200 \$ en 2012.
- Au cours des prochains mois, le gouvernement mènera des travaux avec ses partenaires afin d'étudier les expériences d'autres gouvernements qui ont implanté, avec succès, une franchise santé. À cet égard, la Loi canadienne sur la santé ne devrait pas être un frein à la recherche de solutions qui vont permettre d'assurer un financement à long terme de notre système de santé.

Par ailleurs, le présent budget marque une étape charnière vers une meilleure information et une plus grande transparence à l'égard du système de santé. Pour la première fois, le gouvernement rend publics les comptes de la santé, un outil qui permettra d'apprécier les performances du système de santé et de faire des choix mieux éclairés sur les moyens à prendre pour maintenir un niveau de financement adéquat.

1. LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ AU QUÉBEC : L'HEURE DES CHOIX

Au cours des quelque 40 dernières années, les Québécois ont progressivement bâti ce qui est aujourd'hui considéré comme l'un des meilleurs systèmes de santé au monde.

Tous y sont très attachés et il est primordial de le conserver. C'est pourquoi le gouvernement, qui a depuis longtemps placé la santé au sommet de ses priorités, consacre chaque année d'importantes ressources pour :

- contribuer à améliorer continuellement l'état de santé global des Québécois;
- faire en sorte que chaque citoyen puisse bénéficier des meilleurs services possibles, et ce, dans les conditions les meilleures.

1.1 Des services de santé auxquels tiennent les Québécois

Au Québec, ce sont quelque 6 millions de personnes qui bénéficient de soins de santé au cours d'une année, soit près de 80 % de la population.

- Plus de 46 millions de visites chez un médecin, 3,8 millions de visites à l'urgence, 5,3 millions de consultations médicales en établissements et 476 972 chirurgies, dont 296 869 chirurgies d'un jour ont été recensées en 2008-2009.

Ces simples statistiques illustrent bien l'ampleur des ressources – humaines, financières et matérielles – qui doivent être mobilisées pour assurer le fonctionnement de notre système de santé.

□ Des ressources qui témoignent de cet attachement

Le secteur de la santé emploie plus de 400 000 personnes. De ce nombre, environ 276 000 étaient au service du système public en 2008. Ils représentaient alors près de 7 % de la population active du Québec.

Au chapitre des sommes investies pour et par les Québécois, elles représentaient, en 2009, 38,1 milliards de dollars. De ce montant, 27,2 milliards de dollars provenaient d'un financement public, alors que le solde, 10,9 milliards de dollars, était assumé par le secteur privé.

- Comptant pour plus de 12 % de notre produit intérieur brut (PIB), le secteur de la santé est le plus important de notre économie.

Les dépenses publiques sont principalement constituées des transferts aux établissements de santé, des paiements pour services médicaux, des sommes affectées au financement de programmes particuliers ainsi que des sommes consacrées aux médicaments. Elles comprennent également des dépenses de nature sociale, notamment la prestation de services psychosociaux pour les jeunes et les adultes, les services aux personnes âgées en perte d'autonomie (soins de longue durée) et les services de soutien à domicile.

Quant aux dépenses privées, elles sont attribuables, en grande partie, aux services dentaires et d'optométrie non couverts par l'assurance maladie, aux médicaments consommés hors établissement, aux contributions des personnes en centre d'hébergement et de soins de longue durée, au transport ambulancier et à certains services offerts en clinique privée.

TABLEAU 1

Dépenses totales de santé au Québec en 2009^P

	(M\$)	(%)
Dépenses publiques⁽¹⁾		
Hôpitaux	9 597	25,2
Autres établissements	3 950	10,4
Médecins	4 553	11,9
Autres professionnels	315	0,8
Médicaments	3 359	8,8
Immobilisations ⁽²⁾	1 736	4,6
Santé publique ⁽³⁾	1 448	3,8
Administration	559	1,5
Autres dépenses de santé	1 678	4,4
Sous-total - Dépenses publiques	27 195	71,4
Dépenses privées	10 908	28,6
DÉPENSES TOTALES	38 103	100,0

P : Prévisions.

(1) Les prévisions de l'Institut canadien d'information sur la santé excluent le secteur des services sociaux et sont établies par année civile, alors que l'exercice financier du gouvernement est du 1^{er} avril d'une année au 31 mars de la suivante. Ceci explique les différences entre les dépenses publiques selon l'Institut et celles du ministère de la Santé et des Services sociaux.

(2) Les immobilisations sont établies selon la comptabilisation des coûts complets ou la comptabilité de caisse.

(3) Ce poste englobe, entre autres, les inspections de santé, les activités de promotion de la santé et les programmes communautaires de santé mentale.

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

Le système de santé québécois : des dates à retenir

1960	Adoption de la Loi sur l'assurance hospitalisation qui rend gratuits, à compter du 1 ^{er} janvier 1961, les soins hospitaliers au Québec.
1971	Adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, qui a pour objectif la création du système de santé et la mise sur pied du régime d'assurance maladie, ce dernier consacrant l'universalité de l'accessibilité des soins de santé et des services sociaux.
1984	Sanction de la Loi canadienne sur la santé, qui établit les conditions que doivent respecter les provinces et territoires pour être admissibles au Transfert canadien en matière de santé.
1992	Régionalisation du système par l'instauration des régies régionales de la santé et des services sociaux, dont la mission est d'organiser les services sur leur territoire et d'allouer les budgets aux établissements.
1997	Mise en place du régime général d'assurance médicaments, un régime mixte universel fondé sur un partenariat entre l'État et les assureurs privés.
2003	Adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Cette loi confie aux agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région basé sur des réseaux locaux de services.
2004	Introduction des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, qui ont pour objectif de mieux coordonner les services pour les rendre plus accessibles.
2005	Adoption de la Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être, qui a pour objectif d'améliorer l'accès aux services pour les citoyens.
2006	En réponse au jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis, mise en œuvre d'un mécanisme public d'accès pour certaines procédures médicales, jumelée à une ouverture limitée à l'assurance privée pour couvrir trois chirurgies, soit le remplacement de la hanche, le remplacement du genou et la chirurgie de la cataracte.
2009	Dépôt à l'Assemblée nationale du projet de loi n° 67 sur la création de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, qui s'inscrit dans la volonté du gouvernement d'améliorer la performance du système public de santé.

1.2 Une mission gouvernementale prioritaire

Au Québec, les dépenses de santé constituent le plus important poste de dépenses du gouvernement. Avec un budget de 28 milliards de dollars en 2010-2011, le ministère de la Santé et des Services sociaux accapare près de 45 % des dépenses de programmes.

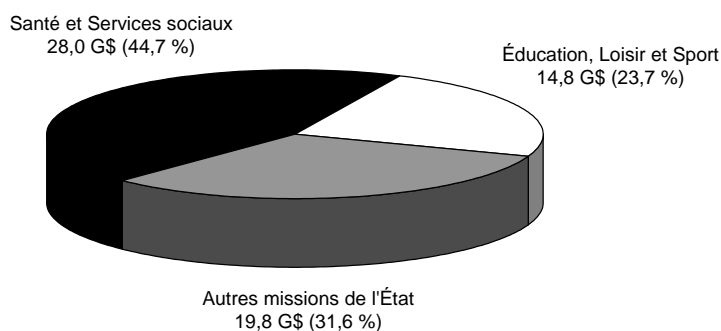
— À titre de comparaison, les dépenses en éducation de 14,8 milliards de dollars constituent le second poste de dépenses gouvernementales.

En matière de rémunération, 18,9 milliards de dollars sont alloués au ministère de la Santé et des Services sociaux en 2010-2011.

— De ce montant, 16,7 milliards de dollars seront versés en salaires aux professionnels de la santé et autre personnel à l'œuvre dans les établissements de santé et de services sociaux.

GRAPHIQUE 1

Dépenses de programmes en 2010-2011 : 62,6 milliards de dollars^P (en milliards de dollars et en pourcentage)



P : Prévisions.

Source : Secrétariat du Conseil du trésor, *Budget de dépenses 2010-2011*.

□ Un financement qui repose essentiellement sur l'imposition générale

En raison, notamment, de son mode de financement largement axé sur l'imposition générale, le système de santé québécois repose avant tout sur un principe de mutualisation des risques liés à la santé.

Ainsi, en 2010-2011, près de la moitié du financement des dépenses de santé, soit 49 %, provient des revenus généraux du gouvernement¹. Elles sont assumées par le fonds consolidé du revenu.

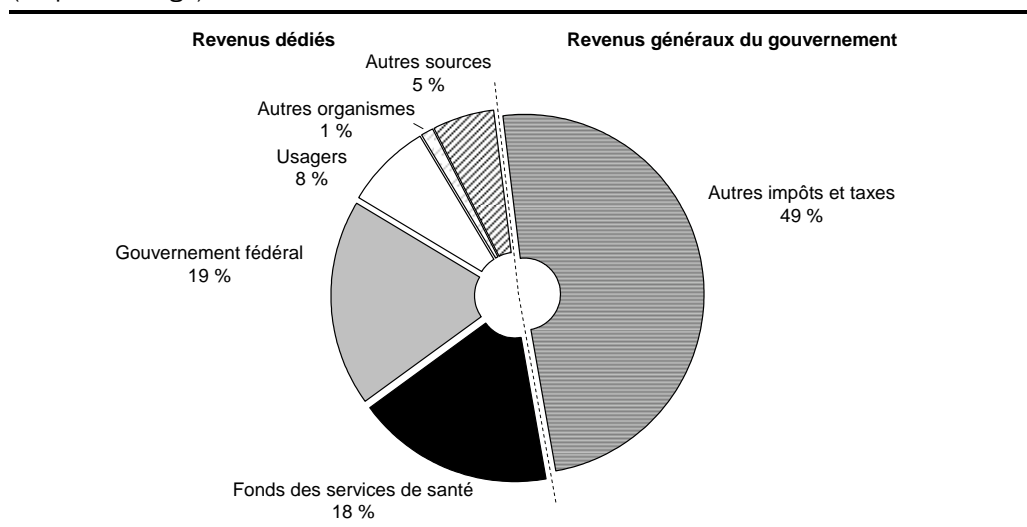
Quant aux sources de financement spécifiquement dédiées à la santé, seulement 8 % proviennent directement de la contribution des usagers, principalement sous forme de services tarifés.

— L'essentiel provient des contributions du Fonds des services de santé (18 %) et de la contribution du gouvernement fédéral (19 %).

GRAPHIQUE 2

Sources de financement pour la santé et les services sociaux, 2010-2011^P

(en pourcentage)



P: Prévisions.

¹ Voir l'encadré « Dépenses totales pour la santé et les services sociaux et sources de financement » du présent document, page 14.

□ Un effort gouvernemental soutenu depuis 2003-2004

Même si le Québec est l'une des provinces qui contrôle le mieux ses dépenses de santé, celles-ci croissent plus rapidement que les autres dépenses du gouvernement.

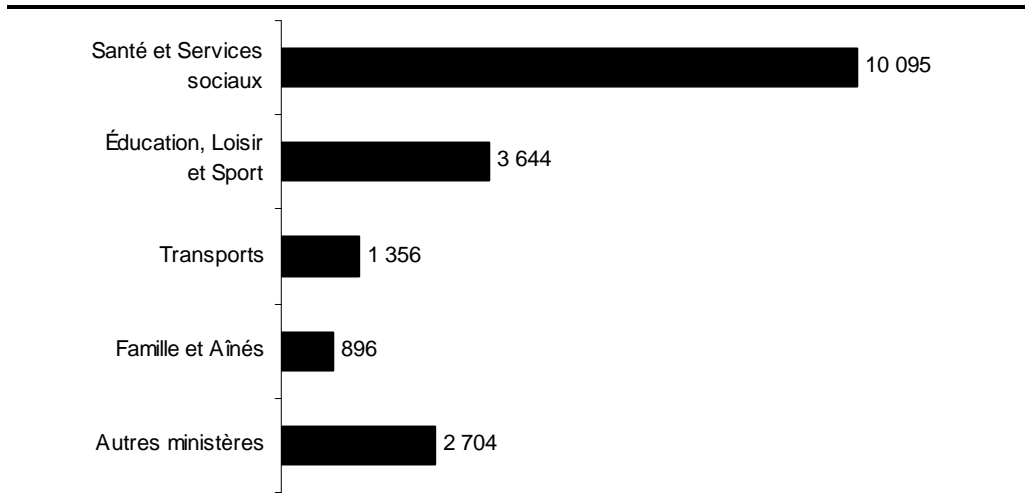
- De 2003-2004 à 2010-2011, le taux de croissance des dépenses de santé a été, en moyenne, de 5,8 % annuellement.
- Il s'agit d'une croissance beaucoup plus importante que celle allouée aux autres dépenses gouvernementales, qui s'est chiffrée à 3,6 % par an au cours de la même période.

C'est donc 54 % de l'augmentation totale des dépenses de programmes gouvernementales qui a été alloué au financement public du système de santé québécois depuis 2003-2004, soit plus de 10 milliards de dollars sur les quelque 19 milliards de dollars qui ont été ajoutés pour l'ensemble des dépenses de programmes.

GRAPHIQUE 3

Répartition de l'augmentation des dépenses de programmes, 2003-2004 à 2010-2011^P

(en millions de dollars)



P : Résultats préliminaires pour 2009-2010 et prévisions pour 2010-2011.
Source : Secrétariat du Conseil du trésor, *Budget de dépenses 2010-2011*.

1.3 Une forte pression sur les autres missions de l'État

Cette dynamique n'est toutefois pas nouvelle puisque déjà, en 1980, la croissance des dépenses de santé dépassait celle de l'ensemble des autres missions de l'État. C'est ainsi qu'entre 1980 et 2010, la part des dépenses de santé dans les dépenses de programmes est passée de 31 % à 45 %.

- Au cours des dernières années, les investissements importants consacrés au secteur de la santé ont pu se faire au moyen d'une gestion rigoureuse des dépenses dans les autres missions de l'État.
- Il a par ailleurs été possible de concilier ces éléments alors que la conjoncture économique était favorable.

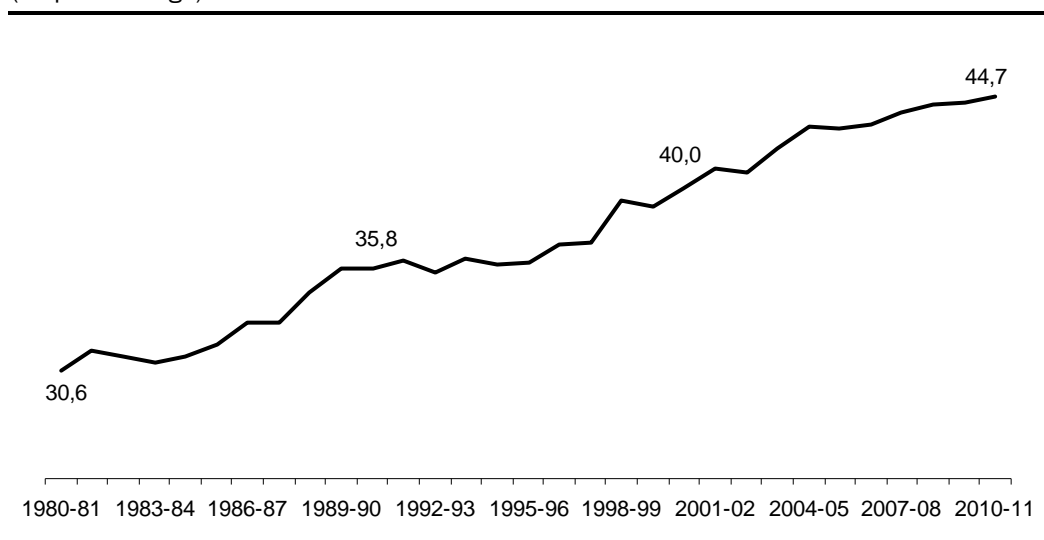
Cependant, tout indique que la pression à la hausse des dépenses de santé sur les dépenses de programmes du gouvernement devrait se maintenir au cours des prochaines années.

Si rien n'est fait pour changer cette dynamique, les dépenses de santé pourraient représenter deux tiers des dépenses de programmes d'ici 2030, alors que nous ferons face à un accroissement sans précédent de la demande en soins de santé en raison des changements démographiques.

- C'est donc dire que pour chaque dollar investi dans les services publics, 0,67 \$ seraient consacrés aux dépenses de santé.

GRAPHIQUE 4

Évolution de la part des dépenses de santé dans les dépenses de programmes, 1980-1981 à 2010-2011^P
(en pourcentage)



P : Résultats préliminaires pour 2009-2010 et prévisions pour 2010-2011.
Source : Secrétariat du Conseil du trésor, budgets de dépenses.

1.4 Un *statu quo* qui devient impossible à maintenir dans le contexte actuel

Contrairement à d'autres missions de l'État, les dépenses de santé sont assujetties à des pressions qui leur sont propres. Au-delà de l'évolution des coûts attribuable à l'augmentation du coût de la vie, deux principaux facteurs sont à l'origine de la croissance importante des dépenses de santé :

- l'évolution des technologies, qui contribue à l'amélioration de la qualité des services, mais qui entraîne des coûts toujours plus importants;
- l'évolution démographique, alors que l'accroissement et le vieillissement de la population ont un impact grandissant sur la demande et le type de services requis.

Le système de santé doit donc composer, d'une part, avec une forte demande de nouvelles technologies toujours plus coûteuses et, d'autre part, avec des besoins sans cesse croissants, notamment en services d'hébergement et en soins à domicile.

Ainsi, le contexte budgétaire actuel et les changements attendus à la composition démographique du Québec rendent encore plus difficile le maintien du *statu quo* dans le financement public des dépenses de santé.

- C'est pourquoi des gestes doivent être posés pour assurer le financement des services de santé, et ce, dans le respect des autres missions de l'État.

□ L'évolution continue des pratiques médicales et chirurgicales, des nouvelles technologies et des médicaments

Si l'introduction de nouvelles pratiques médicales et chirurgicales permet de réduire la durée de certaines interventions, l'élargissement du choix des diagnostics possibles ouvre la porte à de nouvelles clientèles et à de nouveaux traitements qui, il y a quelques années à peine, étaient inaccessibles.

De plus, l'amélioration des technologies contribue à réduire le coût de certains traitements. En contrepartie, l'augmentation de la productivité qui découle de l'utilisation de nouvelles technologies permet de traiter davantage de patients et de traiter des maladies auparavant incurables.

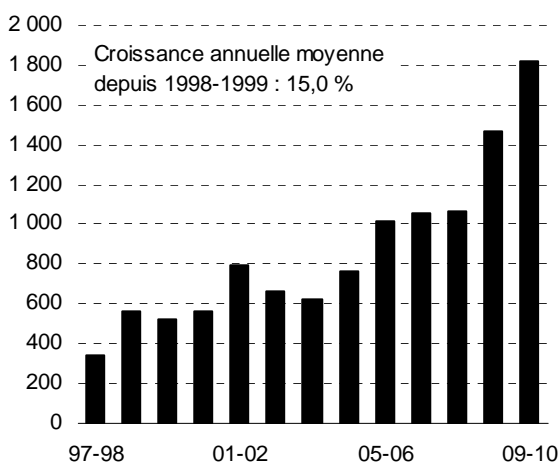
— Entre 1998-1999 et 2009-2010, les investissements en infrastructures et en équipements financés par le gouvernement dans le réseau de la santé ont crû à un rythme annuel soutenu de 15 % en moyenne.

Quant aux médicaments et aux fournitures médicales, ils constituent les dépenses de santé qui progressent le plus rapidement, en raison du coût toujours croissant des nouveaux médicaments et d'une forte augmentation de leur consommation.

— La croissance annuelle des coûts du Régime public d'assurance médicaments a été de 10,7 % entre 1998-1999 et 2009-2010; un rythme qui nécessite un financement important à long terme.

GRAPHIQUE 5

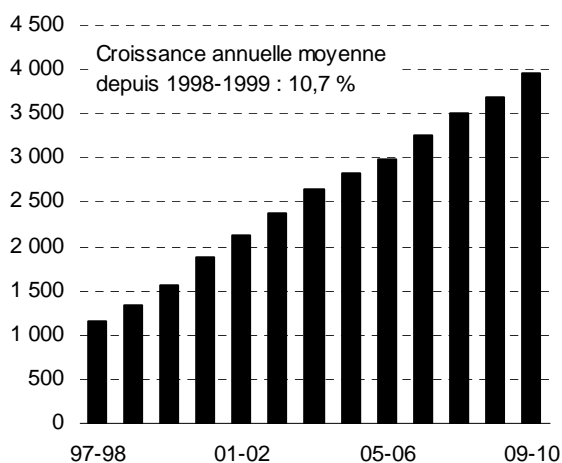
Évolution des investissements en infrastructures et en équipements de santé^P (en millions de dollars)



P : Résultats préliminaires pour 2008-2009 et 2009-2010.
Source : Secrétariat du Conseil du trésor.

GRAPHIQUE 6

Évolution des coûts totaux du Régime public d'assurance médicaments du Québec^P (en millions de dollars)



P : Résultats préliminaires pour 2009-2010.
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

❑ L'impact des changements démographiques sur le financement de la santé

Pour les prochaines années, le vieillissement attendu de la population exercera une pression additionnelle importante sur les dépenses de santé, en raison de la forte augmentation du nombre de personnes âgées.

- En effet, la proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus devrait croître très rapidement, passant de 15,4 % en 2010 à 25,6 % en 2031. Or, les dépenses de santé pour les personnes âgées sont nettement plus élevées que pour le reste de la population. En 2007, il en coûtait annuellement 10 094 \$ en moyenne par personne de 65 ans ou plus, comparativement à 1 633 \$ par personne de moins de 65 ans².

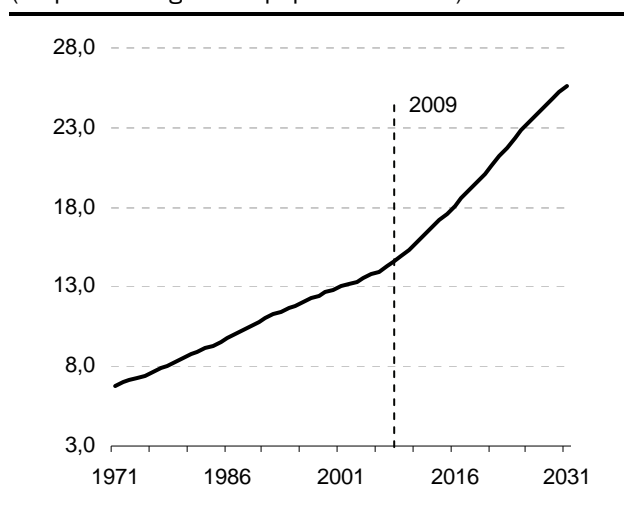
De plus, la baisse du bassin des travailleurs potentiels dès 2014 réduira la capacité du gouvernement à financer le système de santé, une tendance différente de celle qui sera observée en Ontario et aux États-Unis. Entre 2010 et 2030, le Québec verra ainsi son bassin de travailleurs diminuer de 3,3 %, alors que ce même bassin croîtra de 10,0 % aux États-Unis et de 12,3 % en Ontario.

- Cette situation fera en sorte que le ratio du nombre de travailleurs québécois pour chaque personne de 65 ans ou plus diminuera de 4,5 en 2010 à 3,7 en 2016, alors qu'il s'établissait à 9,4 en 1971. La baisse du nombre de personnes en âge de travailler entraînera une réduction de la croissance économique, de laquelle dépendent les revenus du gouvernement et sa capacité à financer les services publics.

GRAPHIQUE 7

Proportion des personnes de 65 ans ou plus

(en pourcentage de la population totale)

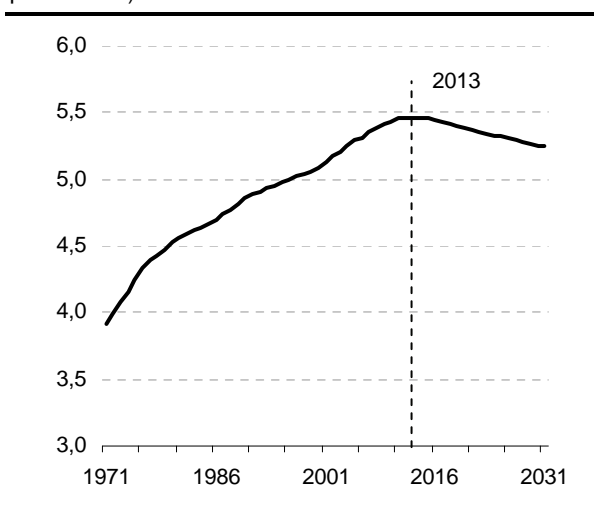


Source : Institut de la statistique du Québec (2009).

GRAPHIQUE 8

Bassin de travailleurs potentiels

(population âgée de 15 à 64 ans, en millions de personnes)



Source : Institut de la statistique du Québec (2009).

² Institut canadien d'information sur la santé et Institut de la statistique du Québec.

❑ Une croissance des coûts supérieure à celle de notre richesse collective

Non seulement les dépenses de santé exercent des pressions sur les autres missions de l'État, mais leur croissance est plus grande que celle de notre richesse collective, ce qui constitue une tendance insoutenable à long terme.

- Entre 2003-2004 et 2007-2008, avant que l'économie québécoise ne soit frappée par la récession, la croissance annuelle des dépenses de santé a été, en moyenne, de 6,1 %, alors que celle de l'économie atteignait 4,3 %.

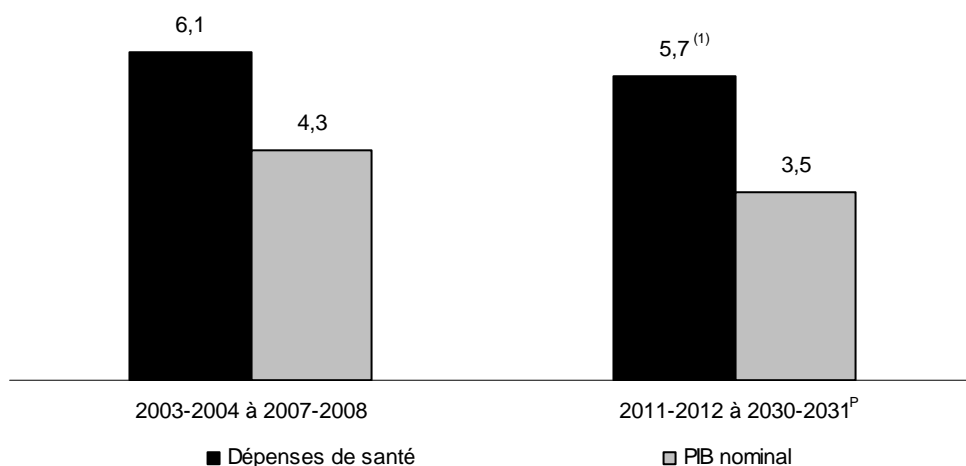
La croissance annuelle moyenne prévue de l'économie s'établit à 3,5 % pour les vingt prochaines années, et des efforts devront être faits pour rétablir l'équilibre des finances publiques. Il devient évident que le rythme de croissance passé des dépenses de santé ne peut être maintenu sans une amélioration de la performance du réseau et l'identification de mesures pour en assurer le financement.

- Le gouvernement n'a d'autre choix que de prendre les moyens qui s'imposent pour assurer, d'une part, un financement durable du système de santé et d'autre part, le maintien de finances publiques saines.

GRAPHIQUE 9

Croissance des dépenses de santé et de l'économie

(croissance annuelle moyenne en pourcentage)



P: Prévisions.

(1) Croissance projetée des dépenses de santé selon l'estimation moyenne du Groupe de travail sur le financement du système de santé (rapport Castonguay, 2008).

1.5 Choisir d'agir dès maintenant

Dans le contexte où l'écart entre les revenus de l'État et la hausse des coûts de la santé ne cesse de croître, il est impossible de maintenir des finances publiques saines et de réduire le fardeau de la dette, sans s'attaquer au défi ambitieux que pose le financement de notre système public de santé.

- Il faut assurer le financement de notre système de santé et des autres missions de l'État dans la perspective d'un retour durable à l'équilibre budgétaire d'ici 2013-2014.

Miser sur une approche équilibrée et novatrice

Le gouvernement mise sur une approche équilibrée et novatrice au regard des gestes à choisir pour assurer un financement adéquat du système de santé, tout en maintenant des finances publiques saines à long terme.

Ainsi, d'ici le retour prévu à l'équilibre budgétaire en 2013-2014, le gouvernement choisit :

- de porter à 5 % la progression annuelle du financement des dépenses totales de santé, tout en assurant, par ailleurs, le maintien des autres missions de l'État;
- de mettre en œuvre, dès 2010-2011, de nouvelles sources de financement novatrices pour atteindre cet objectif, tout en respectant la capacité de payer des contribuables.

À cet égard, le gouvernement annonce la création d'un fonds pour le financement des établissements de santé.

Sur une plus longue période, le gouvernement entend protéger la qualité et l'accessibilité des services de santé en visant à chercher un équilibre entre le financement de la progression des dépenses de santé et la croissance de notre richesse collective.

TABLEAU 2

Dépenses totales pour la santé⁽¹⁾ et sources de financement, 2009-2010 à 2013-2014^P
(en millions de dollars et en pourcentage)

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Dépenses totales de santé et de services sociaux					
Dépenses de programmes	- 26 980	- 27 967	- 28 985	- 30 034	- 31 121
<i>Variation en %</i>	5,3	3,7	3,6	3,6	3,6
Autres dépenses en santé	- 4 523	- 4 976	- 5 612	- 6 285	- 6 998
<i>Variation en %</i>	5,0	10,0	12,8	12,0	11,3
Total des dépenses de santé et de services sociaux	- 31 503	- 32 943	- 34 597	- 36 319	- 38 119
Variation en %	5,3	4,6⁽²⁾	5,0	5,0	5,0
Sources de financement					
Autres impôts et taxes du fonds consolidé du revenu ⁽³⁾	15 677	16 277	16 972	17 550	18 171
Sources dédiées de financement à la santé	15 826	16 486	17 050	17 774	18 503
Nouvelles contributions requises pour financer les établissements de santé et maintenir la croissance des dépenses de santé à 5 %	—	180	575	995	1 445
Total des sources de financement	31 503	32 943	34 597	36 319	38 119
Variation en %	5,3	4,6⁽²⁾	5,0	5,0	5,0

P : Résultats préliminaires pour 2009-2010 et prévisions pour les années subséquentes.

(1) Dépenses totales du ministère de la Santé et des Services sociaux et des établissements de santé et de services sociaux.

(2) Les dépenses totales de santé pour l'exercice financier 2009-2010 comprennent un montant exceptionnel de 126 M\$ attribuable aux coûts de la pandémie de grippe A (H1N1). En excluant ce montant, la croissance allouée aux dépenses de santé en 2010-2011 s'établit à 5 %.

(3) Pour les fins des comptes de la santé, les déficits des établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont pourvus à même les autres impôts et taxes du fonds consolidé du revenu.

Dépenses totales pour la santé et les services sociaux et sources de financement

Dépenses totales pour la santé⁽¹⁾ et les services sociaux et sources de financement – 2007-2008 à 2013-2014

(en millions de dollars)

	Données réelles		Données préliminaires	Prévisions			
	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14
DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX							
Dépenses de programmes financées par le fonds consolidé du revenu	- 24 054	- 25 622	- 26 980	- 27 967	- 28 985	- 30 034	- 31 121
Variation en %		6,5	5,3	3,7	3,6	3,6	3,6
Dépenses assumées par les usagers et autres							
- Dépenses actuelles	- 4 169	- 4 307	- 4 523	- 4 796	- 5 037	- 5 290	- 5 553
Variation en %		3,3	5,0	6,0	5,0	5,0	5,0
- Impact de la contribution santé	—	—	—	- 180	- 575	- 945	- 945
- Autres contributions à identifier	—	—	—	—	—	- 50	- 500
Variation en %	- 4 169	- 4 307	- 4 523	- 4 976	- 5 612	- 6 285	- 6 998
Variation en %		3,3	5,0	10,0	12,8	12,0	11,3
Total des dépenses de santé	- 28 223	- 29 929	- 31 503	- 32 943	- 34 597	- 36 319	- 38 119
Variation en %		6,0	5,3	4,6⁽²⁾	5,0	5,0	5,0
SOURCES DE FINANCEMENT							
1. Revenus délégués du gouvernement							
Fonds des services de santé	5 404	5 631	5 647	5 843	6 022	6 266	6 497
Contributions du gouvernement fédéral							
- Transferts pour la santé	3 925	3 740	4 148	4 264	4 504	4 791	5 098
- Portion notionnelle de l'abattement spécial du Québec relative au Transfert canadien en matière de santé	1 714	1 916	1 726	1 887	1 966	2 042	2 112
- Autres	83	83	83	83	—	—	—
Sous-total	11 126	11 370	11 604	12 077	12 492	13 099	13 707
Variation en %		2,2	2,1	4,1	3,4	4,9	4,6
2. Tarification							
Contributions des usagers	2 308	2 438	2 509	2 602	2 690	2 760	2 832
Contributions provenant d'autres organismes	303	329	339	377	389	398	408
Revenus propres d'autres sources	1 468	1 335	1 374	1 430	1 479	1 517	1 556
Sous-total	4 079	4 102	4 222	4 409	4 558	4 675	4 796
Variation en %		0,6	2,9	4,4	3,4	2,6	2,6
3. Autres impôts et taxes du fonds consolidé du revenu⁽³⁾							
	13 018	14 457	15 677	16 277	16 972	17 550	18 171
Variation en %		11,1	8,4	3,8	4,3	3,4	3,5
4. Fonds pour le financement des établissements de santé							
Introduction d'une contribution santé le 1 ^{er} juillet 2010	—	—	—	180	575	945	945
Autres contributions à identifier	—	—	—	—	—	50	500
Total des sources de financement	28 223	29 929	31 503	32 943	34 597	36 319	38 119
Variation en %		6,0	5,3	4,6⁽²⁾	5,0	5,0	5,0

(1) Dépenses totales du ministère de la Santé et des Services sociaux et des établissements de la santé et de services sociaux.

(2) Les dépenses totales de santé pour l'exercice financier 2009-2010 comprennent un montant exceptionnel de 126 M\$ attribuable aux coûts de la pandémie de grippe A (H1N1). En excluant ce montant, la croissance allouée aux dépenses de santé en 2010-2011 s'établit à 5 %.

(3) Pour les fins des comptes de la santé, les déficits des établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont pourvus à même les autres impôts et taxes du fonds consolidé du revenu.

2. FAVORISER UNE MEILLEURE PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Au cours des prochaines années, des efforts importants devront être faits pour préserver les valeurs qui sous-tendent notre système et nos services de santé.

— Nous devons accepter que les investissements que nous pourrions consacrer à notre système soient compatibles avec notre capacité à créer de la richesse.

Ainsi, l'injection de ressources additionnelles dans notre système de santé, si elle est nécessaire, ne pourra à elle seule assurer à long terme le maintien de la qualité et de l'accessibilité de nos services de santé.

Le choix des services, les modes d'allocation des ressources aux établissements, la rémunération des intervenants et l'assouplissement des règles et des structures constituent les éléments de base d'une meilleure gestion de notre système de santé.

Pour améliorer la performance du système de santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux concentrera ses efforts sur trois domaines d'intervention :

- une démarche globale d'optimisation des processus de travail qui sera réalisée dans chaque établissement;
- une rationalisation des infrastructures technologiques et informatiques et l'implantation de nouvelles technologies porteuses. La mise en place du dossier de santé électronique sera accélérée;
- une révision de la gouvernance du réseau, en particulier des liens entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, les agences de santé et les établissements afin d'améliorer l'efficacité des actions.

Dans les prochains mois, le ministre de la Santé et des Services sociaux fournira plus de détails sur la mise en œuvre de ces éléments.

**La performance de notre système public de santé :
des lacunes soulignées à maintes reprises**

À l'instar des enjeux reliés au financement de la santé, la question de la performance de notre système public de santé a été soulevée à maintes reprises par le passé.

Comité consultatif sur l'économie et les finances publiques (consultations prébudgétaires – 2009-2010) :

« L'introduction d'approches tenant compte des caractéristiques de la population permet de réduire les iniquités entre les établissements et les régions. Ces approches ne comportent cependant aucun incitatif pour accroître la performance des établissements, sauf quelques rares exceptions. »

Groupe de travail sur le financement du système de santé (rapport Castonguay – 2008) :

« ... les citoyens québécois n'ont pas facilement accès aux services de leur système de santé. On constate par ailleurs que sur le plan de la productivité, le système de santé du Québec se positionne mal par rapport à ce que l'on observe dans plusieurs autres juridictions. »

Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux au Québec (rapport Ménard – 2005) :

« Les pénuries de main-d'œuvre et l'augmentation des besoins de la population ont aggravé une situation déjà difficile. Malgré les progrès réalisés, rappelons principalement : l'engorgement des urgences, l'allongement ou le maintien de listes d'attente en chirurgie et dans le traitement du cancer. »

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair – 2000) :

« La culture de notre réseau est basée sur une approche hiérarchique, bureaucratique et cloisonnée où chaque nouveau client représente un problème de plus. Il faut développer une culture d'excellence axée sur les résultats dans laquelle la gouverne fixe les objectifs et les moyens pour les atteindre. »

2.1 Instaurer une approche de performance *Lean Healthcare*

Dans la perspective du maintien d'un système de santé public fort, l'amélioration de la performance et de la productivité doit être encouragée par des incitations financières. Destinées à susciter l'adhésion, elles encouragent l'émulation sans remettre en question les structures déjà en place.

Au-delà des expérimentations et des projets pilotes, le soutien aux initiatives pour améliorer la performance doit engendrer une véritable migration vers une gestion plus efficace et efficiente.

— Encourager et faciliter l'exportation de ces expériences concluantes génèrent un effet d'entraînement et contribuent par la suite à implanter une véritable culture de la performance dans l'organisation des services.

C'est pourquoi, une démarche globale d'optimisation des processus clés (approche *Lean*) sera mise sur pied dans tous les établissements. L'accent sera donc mis sur la révision des processus de travail clés des établissements et l'identification des processus potentiellement générateurs de gains de performance.

À cet égard, une équipe du ministère de la Santé et des Services sociaux sera mise en place. Elle assurera le suivi des initiatives mises de l'avant et le transfert d'expertises à travers l'ensemble du réseau.

L'amélioration continue au service de la performance en Angleterre : pour en faire plus avec les ressources disponibles

L'approche *Lean* vise l'amélioration continue des processus, en appliquant cinq principes de base à répéter :

- identifier clairement le produit ou le service demandé par le client en se positionnant de son point de vue;
- comprendre parfaitement le processus de production pour en éliminer les aspects et les étapes non nécessaires;
- améliorer la fluidité du rythme de production en s'assurant qu'il demeure orienté vers le client;
- placer le client au centre du processus plutôt que les producteurs de biens et services;
- rechercher la perfection par l'amélioration continue des processus.

Au terme du cycle, les sommes sauvées et le temps épargné sont réinvestis à l'amélioration de la qualité des services.

Le *National Health System* britannique a entrepris cette démarche depuis quelques années.

Suivant cette approche, la reconfiguration de l'ensemble du processus de traitement des fractures de la hanche au *Bolton Hospitals NHS Trust* a permis une réduction de 38 % du délai entre l'admission à l'urgence et l'opération³.

³ *National Health System Confederation, What is productivity?, 2006.*

2.2 Miser sur une meilleure gouvernance, sur des structures plus efficaces

L'incitation à une meilleure performance peut également provenir de structures organisationnelles et de modes d'allocation des ressources financières qui s'inscrivent dans une logique de résultats. Si les sommes additionnelles sont cohérentes avec les objectifs poursuivis, leur injection permet l'atteinte des résultats escomptés.

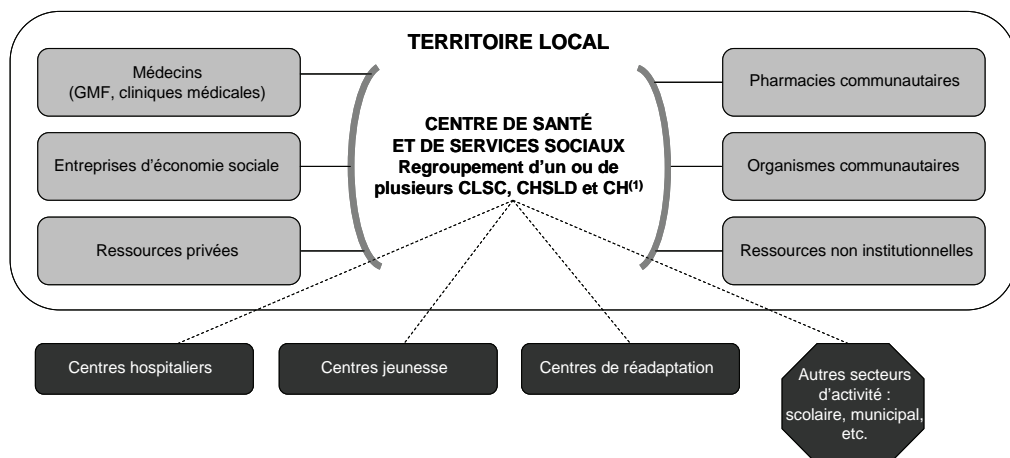
Les ressources humaines constituent le moteur principal de toute organisation. Elles doivent connaître leur importance dans l'organisation et être en mesure d'apprécier l'impact qu'elles ont sur la performance du système de santé, peu importe leur fonction ou leur niveau de responsabilité.

- L'élaboration de mécanismes de coordination et le regroupement de structures, s'ils sont mis en œuvre dans une logique de résultats, aident à maximiser la contribution des organisations et des gouvernants à l'amélioration de la performance du système.
- Pour donner aux gestionnaires et aux professionnels du système les moyens d'exercer un leadership fort, il faut avant tout définir des objectifs et établir une gouvernance claire.

Ainsi, une meilleure gouvernance ne peut être envisagée que si l'ensemble des intervenants sont impliqués et collaborent à la réussite d'une telle démarche.

FIGURE 1

Organisation du réseau de la santé et des services sociaux



(1) Un Centre de santé et de services sociaux pourrait ne pas inclure un centre hospitalier en raison de l'absence d'une telle structure de service sur son territoire ou de la complexité de l'intégration ou du regroupement de ces services.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

2.3 Organiser différemment les services et les technologies de l'information

Lorsqu'elles sont utilisées judicieusement, les innovations technologiques offrent des possibilités exceptionnelles en matière d'amélioration de la productivité.

- Les équipements médicaux, de plus en plus sophistiqués, réduisent de manière remarquable les coûts unitaires de traitement.
- L'échange informatisé d'information, en plus d'améliorer la qualité des interventions dans un système décentralisé, génère des économies appréciables.
- L'accès à des données fiables permet de réaliser des travaux de recherche et de déterminer les meilleures pratiques.

Assurer la qualité et la continuité des soins ne peut qu'être facilité par des infrastructures technologiques performantes et des équipements modernes, à condition de faire les bons choix.

À cet égard, des mesures parallèles seront prises dans deux domaines distincts touchant les technologies de l'information :

- chercher à rationaliser les infrastructures technologiques et informatiques;
- implanter de nouvelles technologies porteuses.

De plus, les travaux pour la mise en place du Dossier de santé électronique se poursuivront. Les informations qui y figureront faciliteront grandement le cheminement des citoyens dans le système de santé. Ainsi, l'information dont les professionnels de la santé ont besoin pour dispenser des soins et des services sera davantage disponible là où il le faut et quand il le faut.

3. UNE NOUVELLE CONTRIBUTION FINANCIÈRE POUR UNE ACCESSIBILITÉ MAINTENUE

Dans le contexte actuel des finances publiques, le gouvernement met en œuvre une avenue de financement additionnelle en matière de santé, afin d'assurer aux générations actuelles et futures la pérennité de notre système public de soins de santé.

Parmi les options possibles pour dédier de nouvelles sources de revenus au financement de la santé, le gouvernement met en place une contribution santé.

Les sommes ainsi perçues seraient principalement investies pour assurer l'offre de service en santé au moyen d'un fonds dédié à cet égard. Ainsi mises à la disposition des établissements de santé, elles assureront :

- la poursuite du développement des services de première ligne;
- le soutien à la formation et au développement de la profession d'infirmière praticienne spécialisée, de même qu'à son intégration dans le milieu clinique;
- l'amélioration de la performance du système, notamment par le soutien de projets prometteurs destinés à cet effet.

Les modalités de gestion du fonds seront précisées ultérieurement.

De plus, le gouvernement analysera l'opportunité d'introduire une franchise santé pour orienter la consommation des services et pour assurer le financement du système de santé.

La Suède, un exemple de réussite

Le contrôle des dépenses de santé est une préoccupation continue en Suède. Pour faire face à ce défi, trois initiatives ont été prises au cours des années, se révélant un succès indéniable. Le poids des dépenses de santé dans l'économie y est maintenant moindre que dans les pays comparables de l'Organisation de coopération et de développement économiques grâce à :

- un relèvement de la participation des usagers aux coûts des services de santé;
- une réorientation d'un système centré sur l'hôpital vers un système centré sur les soins primaires et les soins à domicile;
- une modification des règles de gestion du système de santé dans le sens d'un plus grand recours aux techniques managériales en vigueur dans le secteur concurrentiel afin d'accroître la productivité du système de soins.

Par ailleurs, la Suède possède un atout important pour connaître les coûts de son système de santé à savoir son rôle de leader dans l'utilisation de bases de données médicales à des fins d'élaboration de codes de bonnes pratiques. Une cinquantaine de « fichiers nationaux de qualité » ont ainsi été établis, par exemple dans le domaine de la chirurgie cardiaque, des opérations de prothèse de la hanche et des accidents vasculaires cérébraux.

Source : Alain Vasselle et Bernard Cazeau, *Réformer la protection sociale : les leçons du modèle Suédois*, [rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, n° 377 (2006-2007)], sur le site du Sénat de France, [<http://www.senat.fr/rap/r06-377/r06-3777.html>].

3.1 L'instauration d'une contribution santé à compter du 1^{er} juillet 2010

Le gouvernement doit, par souci des principes d'universalité, d'accessibilité et d'intégralité du système public de soins de santé, mobiliser l'ensemble de la population québécoise autour de l'enjeu qu'est le financement de soins de santé de qualité accessibles à tous.

Dans ce contexte, le gouvernement annonce l'instauration, à compter du 1^{er} juillet 2010, d'une contribution santé prélevée auprès des particuliers lors de la production de la déclaration de revenus et payable au printemps 2011. En 2012-2013, la contribution santé permettra de consacrer, au moyen d'un fonds dédié à la santé, environ 945 millions de dollars par année pour le financement des établissements de santé.

□ Une contribution par adulte de 25 \$ en 2010, de 100 \$ en 2011 et de 200 \$ en 2012

Contrairement à un impôt sur le revenu ou à une surtaxe, la contribution santé consiste en une contribution générale de 25 \$ par adulte en 2010⁴, de 100 \$ en 2011 et de 200 \$ en 2012.

La contribution santé est un moyen simple et efficace de procurer un financement important aux établissements de santé, et ce, sans demander un effort démesuré à chaque contribuable.

⁴ La contribution santé sera de 50 \$ en 2010. Toutefois, comme elle ne s'appliquera qu'à compter de juillet 2010, cela équivaut à 25 \$ pour 2010.

■ Une exemption pour les ménages à faible revenu

Les ménages dont le revenu familial est inférieur aux seuils d'exemption prévus dans le Régime public d'assurance médicaments du Québec seront exemptés de payer la contribution santé. Ces seuils de revenu correspondent au revenu des personnes âgées qui bénéficient du supplément de revenu garanti maximal versé par le gouvernement fédéral.

- Par exemple, pour l'année 2009, les seuils de revenu du Régime public d'assurance médicaments sont les suivants :
 - 14 040 \$ pour une personne seule;
 - 22 750 \$ pour un couple sans enfants ou une famille monoparentale ayant un enfant;
 - 25 790 \$ pour un couple ayant un enfant ou une famille monoparentale ayant plus d'un enfant;
 - 28 595 \$ pour un couple ayant plus d'un enfant.

TABLEAU 3

Paramètres de la contribution santé

(en dollars par adulte)

	2010	2011	2012
Contribution santé maximale, par adulte	25	100	200
Seuils de revenus à partir desquels la contribution santé est payable ⁽¹⁾			
- Personne seule	14 320	14 605	14 895
- Couple sans enfants ou famille monoparentale ayant un enfant	23 205	23 670	24 145
- Couple ayant un enfant ou famille monoparentale ayant deux enfants	26 305	26 830	27 365
- Couple ayant plus d'un enfant	29 165	29 750	30 345

(1) Les seuils sont présentés à titre indicatif. Les données réelles seront connues ultérieurement.

Près de 3,2 millions de ménages paieront la contribution santé, permettant ainsi de générer en 2012-2013 des revenus de plus de 945 millions de dollars.

TABLEAU 4

Impact financier de la contribution santé^P
(en millions de dollars)

	Pleine année	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Contribution santé	945	180	575	945

P : Prévisions.

Les sommes recueillies par le gouvernement au moyen de la contribution santé permettront de combler une partie de l'écart grandissant entre la croissance des dépenses de santé et celles des revenus qui servent actuellement à leur financement. Elles seront versées aux établissements en fonction de leur performance et pourraient servir à poursuivre le développement des services de première ligne et assurer le soutien de projets prometteurs destinés à améliorer la performance du système.

□ Un fonds pour le financement des établissements de santé et de services sociaux

Afin de dédier exclusivement aux services de santé les sommes prélevées, le gouvernement annonce la création d'un fonds dédié exclusivement au financement des établissements de santé et de services sociaux.

— À cet égard, le projet de loi omnibus du gouvernement, déposé en juin 2010, instituera notamment le Fonds pour le financement des établissements de santé.

La responsabilité administrative du fonds sera confiée au ministre de la Santé et des Services sociaux, qui verra à ce que les sommes mises à sa disposition puissent notamment :

- permettre le renforcement des services de première ligne, garants d'un accès aux services médicaux et d'une prise en charge globale de la personne à toutes les étapes de sa vie;
- soutenir la formation et le développement de la profession d'infirmière praticienne spécialisée, de même qu'à son intégration dans le milieu clinique;
- soutenir des initiatives prometteuses destinées à améliorer la performance du système de santé, que ce soit au chapitre des services offerts ou encore de la gouvernance et des structures.

Par ailleurs, le fonds sera consolidé aux états financiers du gouvernement, qui fera état annuellement de l'utilisation des sommes dans son rapport annuel et dans les comptes de la santé.

— Les modalités de gestion du fonds seront précisées avec le dépôt du projet de loi.

TABLEAU 5

Fonds pour le financement des établissements de santé et de services sociaux, 2010-2011 à 2013-2014^P (en millions de dollars)

	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Introduction d'une contribution santé le 1 ^{er} juillet 2010	180	575	945	945
Autres contributions à identifier	—	—	50	500
TOTAL	180	575	995	1 445

P : Prévisions.

3.2 Une franchise santé pour orienter la consommation des services

À l'instar d'une des propositions formulées en 2008 par le Groupe de travail sur le financement du système de santé (rapport Castonguay), le gouvernement analysera l'opportunité d'introduire une franchise santé d'ici quelques années pour orienter la consommation des services de santé.

— Ce genre de financement à effet orienteur est utilisé avec beaucoup de succès dans plusieurs pays d'Europe.

Au cours des prochains mois, le gouvernement mènera des travaux avec ses partenaires afin d'étudier les expériences d'autres gouvernements qui ont implanté une franchise. Le gouvernement entend s'inspirer des systèmes les plus performants et les adapter au contexte québécois.

□ Une franchise qui offre des avantages

Dans le contexte actuel, l'introduction d'une franchise santé offrirait des avantages indéniables.

- Elle responsabiliserait les citoyens sur leur utilisation des soins de santé et de leur propre santé.
- Elle orienterait les usagers du système dans la direction considérée comme la plus appropriée par les autorités de la santé publique, grâce à une modulation du montant demandé selon l'endroit où le service est consommé.

**Groupe de travail sur le financement du système de santé :
Illustration de la franchise santé**

Selon le groupe de travail sur le financement du système de santé (rapport Castonguay), la franchise santé pourrait, par exemple, s'élever à 25 \$ par visite médicale. Elle serait applicable à chaque visite chez un médecin, à l'égard de services médicaux rémunérés à l'acte, dans un établissement de santé et à une date donnée.

Une seule franchise serait imposée à un patient pour la visite d'un médecin, même si ce dernier effectue plusieurs actes médicaux. Toutefois, deux franchises seraient attribuées à un patient pour une visite dans un établissement de santé donné, s'il consulte deux médecins ayant chacun effectué un acte médical.

Afin de préserver la progressivité des régimes fiscaux et des transferts québécois, la franchise serait plafonnée, ne pouvant pas dépasser 1 % du revenu familial excédant, par exemple, le seuil d'exemption de la cotisation au Régime public d'assurance médicaments du Québec.

À des fins de simplicité, la franchise santé serait payée lors de la déclaration de revenus. À cet effet, chaque ménage recevrait, à la fin de l'année, un relevé émis par la Régie de l'assurance maladie du Québec, lequel indiquerait l'ensemble des services de soins de santé dont il a bénéficié durant l'année, ainsi que le nombre total de visites médicales effectuées et sujettes à la franchise de 25 \$. Le montant total à inscrire dans la déclaration de revenus serait également inscrit et expliqué.

Illustration du calcul d'une franchise santé de 25 \$ selon le type de ménage, le revenu familial et le nombre de visites médicales effectuées au cours d'une même année d'imposition - 2012

(en dollars)

Calcul d'une franchise santé	Personne seule		Couple ayant deux enfants ⁽¹⁾	
	10 visites médicales	20 visites médicales	10 visites médicales	20 visites médicales
1. Montant à déclarer (25 \$ par visite)	250,00	500,00	250,00	500,00
2. Revenu de travail	35 000	35 000	60 000	60 000
<i>Déduction pour travailleurs</i>	-1 070	-1 070	-2 140	-2 140
3. Revenu net (ligne 275)	33 930	33 930	57 860	57 860
<i>Exemption de la franchise santé⁽²⁾</i>	-14 895	-14 895	-30 345	-30 345
4. Revenu assujetti à la franchise	19 035	19 035	27 515	27 515
5. Taux de cotisation	1 %	1 %	1 %	1 %
6. Franchise annuelle maximale en vertu du plafond de 1 %	190,35	190,35	275,15	275,15
FRANCHISE À PAYER (moins de la ligne 1 et de la ligne 6)	190,35	190,35	250,00	275,15

(1) Chaque conjoint gagne 50 % du revenu de travail.

(2) Les déductions qui seront utilisées pour la franchise santé de 2012 sont les mêmes que pour la cotisation au Régime public d'assurance médicaments du Québec pour l'année d'imposition 2012.

Une franchise santé ne serait pas un obstacle à l'accès aux soins de santé

Contrairement au ticket modérateur, la franchise santé ne constituerait pas un obstacle à l'accès aux soins et permettrait d'exempter les plus démunis. Elle ne porterait pas atteinte au droit à la santé, ni aux principes d'égalité entre les citoyens. Elle ne serait pas perçue au point de services mais plutôt l'année suivante, par l'entremise de la déclaration de revenus.

Cette avenue ne remettrait pas en question les principes d'accessibilité et de solidarité qui caractérisent notre système de santé. Son financement, où chaque citoyen contribuerait à la hauteur de ses moyens, demeurerait public.

La franchise santé et la Loi canadienne sur la santé

Le Québec est d'avis qu'une franchise santé ne restreindrait pas l'accessibilité au système de santé. L'effet recherché est orienteur plutôt que modérateur : il s'agit d'encourager la prestation du bon soin au bon endroit.

Par ailleurs, une telle franchise santé pourrait aussi intéresser d'autres provinces qui sont confrontées à des défis importants à l'égard du financement des services de santé.

Les principes de la Loi canadienne sur la santé

La Loi canadienne sur la santé est entrée en vigueur le 1^{er} avril 1984. Elle établit les conditions que doivent respecter les provinces et territoires pour être éligibles au Transfert canadien en matière de santé.

Les services de santé assurés, tels que définis par la Loi, comprennent tous les services hospitaliers et médicaux nécessaires fournis par un médecin et les services de chirurgie dentaire médicalement nécessaires qui ne peuvent être fournis convenablement dans un hôpital.

Le gouvernement verse le plein montant de sa contribution lorsqu'une province ou un territoire se conforme aux principes suivants :

- Gestion publique : le régime doit être géré sans but lucratif par une autorité publique qui relève du gouvernement provincial et qui est assujettie à la vérification de ses comptes et de ses obligations financières.
- Intégralité : le régime doit assurer tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins et les dentistes et, sur autorisation, les services de santé fournis par les autres professionnels de la santé.
- Universalité : toutes les personnes assurées d'une province ont droit aux services de santé dispensés dans le cadre du régime selon des modalités uniformes.
- Transférabilité : lorsqu'une personne s'établit dans une autre province, la province d'origine doit assumer les coûts des services de santé assurés pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par la nouvelle province de résidence, délai qui ne doit pas excéder trois mois.
- Accessibilité : le régime doit prévoir des services assurés selon des modalités uniformes et l'accès des assurés aux services de santé assurés doit être satisfaisant, sans y faire obstacle, directement ou indirectement, par un mécanisme de facturation ou autrement. Le régime doit également prévoir une rémunération raisonnable des médecins et des dentistes pour les services assurés qu'ils fournissent ainsi que le versement de montants aux hôpitaux, relativement au coût des services de santé assurés.

4. LES COMPTES DE LA SANTÉ : POUR UNE MEILLEURE INFORMATION ET UNE PLUS GRANDE TRANSPARENCE

Dans un souci d'améliorer l'information et la transparence quant aux résultats des efforts financiers faits pour offrir des services de santé de qualité, le gouvernement annonce la mise en place des comptes de la santé.

Les comptes de la santé ne sont pas une caisse santé, ou encore un nouveau mécanisme budgétaire. Il s'agit d'un instrument, un outil, qui permettra notamment à la population d'être davantage consciente :

- des répercussions de la consommation des services de santé sur l'évolution des coûts de notre système public de santé;
- des choix auxquels nous faisons face, collectivement, pour préserver la qualité et l'accessibilité des services de santé.

Les comptes de la santé n'entraîneront pas de contribution additionnelle des usagers au financement des services de santé. Par contre, ils permettront de faire des choix sur les moyens à prendre pour maintenir un niveau de financement adéquat.

En ce sens, ils offriront la possibilité, autant pour la population que pour les décideurs de la sphère politique et gouvernementale, d'évaluer les répercussions de l'allocation des ressources sur la performance et les résultats du système de santé.

□ Des objectifs précis

D'abord proposée par le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux (rapport Ménard), l'idée des comptes de la santé a notamment été reprise une première fois en 2006, dans le document de consultation gouvernemental *Garantir l'accès*, et une seconde fois en 2008, par le Groupe de travail sur le financement du système de santé (rapport Castonguay).

S'inspirant des recommandations issues de ces travaux, les objectifs des comptes de la santé sont :

- d'améliorer la transparence quant aux sommes consacrées au secteur de la santé et des services sociaux;
- de sensibiliser la population à l'évolution des dépenses de santé et à la pression qu'exercent ces dépenses sur les autres missions de l'État;
- de constituer une base de référence pour les discussions publiques portant sur les enjeux et les choix à faire pour assurer la pérennité du financement de la santé.

4.1 Améliorer l'information et la transparence, sensibiliser la population

Les comptes de la santé, rendus publics pour la première fois dans le cadre du budget 2010-2011, consistent en un document d'information qui présente les dépenses de santé et de services sociaux du gouvernement du Québec, les revenus qui y ont été consacrés et un ensemble d'indicateurs liés à la performance du réseau.

- Ainsi, rendus publics annuellement, ils contiennent des informations financières permettant de comprendre l'impact du niveau des ressources allouées au système de santé et d'apporter les ajustements nécessaires.

□ Une meilleure information pour faire les bons choix

Au chapitre des informations financières, la mise en relation des dépenses de santé et des ressources qui y sont consacrées permettra d'identifier les tendances et les problématiques quant au niveau et à la progression des coûts et des différentes contributions qui assurent la viabilité du système.

- Les comptes présentent, par ailleurs, un portrait des effectifs à l'œuvre dans le système de santé de même que la structure des services et la composition des points de services.
- Les indicateurs de volume et de nature des soins permettront à la population d'être informée sur les ressources investies et de leurs effets sur les services offerts.

Il s'agit d'un geste de transparence du gouvernement pour illustrer la dynamique entourant le financement et la performance du système public de santé québécois.

4.2 Un geste de transparence pour une meilleure reddition de comptes

Annuellement, les comptes de la santé seront rendus publics à l'automne par le ministre de la Santé et des Services sociaux et présenteront les informations les plus récentes possibles.

Ces informations s'ajoutent à d'autres mécanismes visant à évaluer et à apprécier la performance en santé.

Créé en 2004, le Commissaire à la santé et au bien-être a la mission d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Québécoises et des Québécois.

De plus, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, qui sera mise en place prochainement, aura pour mission :

- d'évaluer les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels;
- d'élaborer des recommandations et des guides de pratiques visant l'utilisation optimale des technologies, médicaments et interventions, afin de les maintenir à jour et les diffuser;
- de déterminer dans ses recommandations et ses guides de pratiques les critères à utiliser pour évaluer la performance des services et de faire des recommandations au ministre de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de la mise à jour de certaines listes de médicaments.

CONCLUSION

Le maintien d'un système de santé public, qui répond à l'évolution des besoins de la population, représente un défi de taille. Le Québec ne fait pas exception à cet égard puisque la plupart des grandes économies avancées y font face également.

❑ **Faire le choix de la performance et d'un meilleur financement**

Le gouvernement fait le choix, dès maintenant, d'améliorer le financement de notre système public de santé. Il s'agit d'une responsabilité partagée entre le gouvernement et les usagers.

- Individuellement, chaque citoyen doit adopter de saines habitudes de vie et consommer de manière responsable les services de santé.
- Collectivement, nous devons nous assurer de faire les bons choix pour nous doter d'un système plus performant, qui exploite mieux les ressources considérables mises à notre disposition, dans le respect de notre capacité de payer.

L'approche du gouvernement est simple :

- porter à 5 % la progression annuelle du financement des dépenses totales de santé, tout en assurant, par ailleurs, le maintien des autres missions de l'État;
- mettre en œuvre, dès 2010-2011, de nouvelles sources de financement novatrices pour atteindre cet objectif, tout en respectant la capacité de payer des contribuables.

Sur une plus longue période, le gouvernement entend protéger la qualité et l'accessibilité des services de santé par un équilibre entre la progression des dépenses de santé et la croissance de notre richesse collective.

- À cet égard, ce sont d'abord les gestes à poser dès maintenant pour améliorer la performance du système de santé qui nous permettront d'y parvenir.

❑ **Les comptes de la santé : prendre les bonnes décisions**

Les comptes de la santé, tels qu'introduits dans le présent document, constituent un premier pas vers une meilleure information et une plus grande transparence à l'égard du système de santé. À cet effet, ils permettront de faire des choix mieux éclairés sur les moyens à prendre pour maintenir un niveau de financement adéquat.

En ce sens, ils offriront la possibilité, autant pour la population que pour les décideurs de la sphère politique et gouvernementale, d'évaluer l'impact de l'allocation des ressources sur la performance et les résultats du système.

ANNEXE 1 : COMPTES DE LA SANTÉ

Comptes de la santé, 2007-2008 à 2009-2010

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	41
1. REVUE FINANCIÈRE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	43
1.1 Croissance des revenus et des dépenses.....	43
1.2 Postes de dépenses.....	44
1.3 Sources de financement.....	46
2. PERFORMANCE ET INDICATEURS DE RÉSULTATS	51
2.1 Portrait de l'effectif et des établissements	51
2.2 Volume et nature des soins.....	53
3. SOURCES DE FINANCEMENT POUR CERTAINES ACTIVITÉS	55

AVANT-PROPOS

Le rapport sur les revenus et les dépenses du système de santé et de services sociaux est une publication annuelle qui présente des faits saillants sur la performance financière et sociosanitaire du ministère de la Santé et des Services sociaux comprenant les revenus, les charges, les ressources et les résultats.

□ Objectifs du rapport

Le présent rapport vise essentiellement à faire avancer les débats sur le financement de la santé :

- en améliorant la transparence des sommes consacrées au secteur de la santé et des services sociaux;
- en sensibilisant la population à l'évolution des dépenses de santé et des revenus affectés à leur financement ainsi qu'à la pression qu'exercent ces dépenses sur le financement des autres missions de l'État;
- en constituant une base de discussion pour les débats publics sur les enjeux et les choix à faire pour assurer la pérennité du financement de la santé.

Ce rapport permet également au ministre de la Santé et des Services sociaux d'établir dans quelle mesure le Ministère a atteint ses objectifs (santé publique, qualité des services, indicateurs de performance, productivité, etc.) par rapport aux sommes investies.

1. REVUE FINANCIÈRE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

1.1 Croissance des revenus et des dépenses

Cette rubrique présente un tableau sommaire sur l'évolution des dépenses totales du ministère de la Santé et des Services sociaux et des sources de financement.

TABLEAU 6

Dépenses totales du ministère de la Santé et des Services sociaux et sources de financement⁽¹⁾, 2007-2008 à 2009-2010 (en millions de dollars)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010 ^P	Variation annuelle moyenne ⁽²⁾ (%)
Dépenses totales de santé et de services sociaux				
Dépenses de programmes financées par le fonds consolidé du revenu	- 24 054	- 25 622	- 26 980	5,9
Dépenses assumées par les usagers et autres	- 4 169	- 4 307	- 4 523	4,2
Total des dépenses de santé et de services sociaux	- 28 223	- 29 929	- 31 503	5,7
<i>Variation en %</i>		6,0	5,3	
Sources de financement				
Fonds des services de santé	5 404	5 631	5 647	2,2
Contributions du gouvernement fédéral	5 722	5 739	5 957	2,0
Contributions des usagers	2 308	2 438	2 509	4,3
Contributions provenant d'autres ministères et organismes	303	329	339	5,6
Revenus propres d'autres sources	1 468	1 335	1 374	- 3,3
Sous-total	15 205	15 472	15 826	2,0
<i>Variation en %</i>		1,8	2,3	
Autres impôts et taxes du fonds consolidé du revenu ⁽³⁾	13 018	14 457	15 677	9,7
<i>Variation en %</i>		11,1	8,4	
TOTAL DES SOURCES DE FINANCEMENT	28 223	29 929	31 503	5,7

P : Résultats préliminaires.

(1) Ces données ont été cumulées à partir de documents produits par le ministère de la Santé et des Services sociaux, des comptes publics et des états financiers de tous les organismes inclus dans le périmètre comptable de la mission Santé et Services sociaux. Elles incluent, notamment, des montants liés à la contribution des usagers pour l'assurance médicaments et les intérêts sur le service de la dette.

(2) Variation annuelle moyenne de 2008-2009 à 2009-2010.

(3) Pour les fins des comptes de la santé, les déficits des établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont pourvus à même les autres impôts et taxes du fonds consolidé du revenu.

1.2 Postes de dépenses

Cette rubrique dresse un portrait évolutif des postes de dépenses depuis trois ans, avec les contributions respectives et les différents facteurs explicatifs de croissance.

☐ Dépenses selon les programmes budgétaires

Le tableau ci-dessous présente sommairement les dépenses par programme budgétaire selon la nomenclature du budget de dépenses.

TABLEAU 7

Dépenses totales par programme budgétaire

(en millions de dollars)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010 ^P	Variation annuelle moyenne ⁽¹⁾ (%)
Ministère et fonctions nationales	364	374	477	14,5
Fonctions régionales				
Agences de la santé et des services sociaux	95	101	103	4,1
Établissements de santé et de services sociaux	14 271	15 031	15 600	4,6
Organismes communautaires et autres organismes	393	425	438	5,6
Autres activités	2 151	2 303	2 402	5,7
Service de la dette	646	772	743	7,2
Sous-total - Fonctions régionales	17 556	18 632	19 286	4,8
Office des personnes handicapées du Québec	12	13	13	4,1
Régie de l'assurance maladie du Québec ⁽²⁾	7 962	8 649	9 391	8,6
Autres dépenses nettes des transferts entre organismes	2 329	2 261	2 336	0,2
DÉPENSES TOTALES	28 223	29 929	31 503	5,7
En % du PIB	9,5	9,9	10,5	

P : Résultats préliminaires.

(1) Variation annuelle moyenne de 2008-2009 à 2009-2010.

(2) Sont incluses la franchise et la coassurance du Régime public d'assurance médicaments.

□ Dépenses par catégorie de dépenses

Cette rubrique présente l'évolution des dépenses totales de santé par grande catégorie de dépenses.

TABLEAU 8

Dépenses totales par catégorie de dépenses

(en millions de dollars)

	2007-2008	2008-2009	Variation en %
Rémunération	16 552	17 582	6,2
Fonctionnement	6 447	6 940	7,6
Capital	380	486	27,9
Intérêts	381	350	- 8,1
Soutien	3 824	3 896	1,9
Autres	639	675	5,6
DÉPENSES TOTALES	28 223	29 929	6,0
<i>En % du PIB</i>	9,5	9,9	

1.3 Sources de financement

Cette rubrique présente l'évolution de la part respective des nouveaux revenus dédiés, des transferts fédéraux, des usagers et du fonds consolidé du revenu affectés au financement de la santé.

☐ Fonds des services de santé

TABLEAU 9

Fonds des services de santé

(en millions de dollars)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010 ^P	Variation annuelle moyenne ⁽¹⁾ (%)
Cotisations des employeurs	5 203	5 454	5 475	2,6
Cotisations des particuliers	201	177	172	- 7,5
Fonds des services de santé	5 404	5 631	5 647	2,2
En % des dépenses totales	19,1	18,8	17,9	

P : Résultats préliminaires.

(1) Variation annuelle moyenne de 2008-2009 à 2009-2010.

□ Contributions du gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral contribue aux soins de santé principalement au moyen du Transfert canadien en matière de santé. Pour avoir droit au plein montant en espèces, les provinces doivent satisfaire aux conditions énoncées dans la Loi canadienne sur la santé.

Le tableau ci-dessous brosse un portrait évolutif des contributions du gouvernement fédéral depuis trois ans.

TABLEAU 10

Contributions du gouvernement fédéral

(en millions de dollars)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010 ^P	Variation annuelle moyenne ⁽¹⁾ (%)
Transferts pour la santé				
Transfert canadien en matière de santé en espèces	3 601	3 583	4 015	5,6
Fonds pour la réduction du temps d'attente ⁽²⁾	—	—	58	
Fiducie pour la réduction du temps d'attente	281	—	—	
Fiducie pour les garanties sur les délais d'attente	42	42	43	1,2
Fiducie pour le vaccin contre le virus du papillome humain	—	46	24	
Intérêts découlant des fiducies	—	68	8	
Sous-total	3 925	3 740	4 148	2,8
Portion notionnelle de l'abattement spécial du Québec relative au Transfert canadien en matière de santé ⁽³⁾	1 714	1 916	1 726	0,3
Entente relative à la Loi fédérale sur le système de justice pénale pour les adolescents	37	37	37	
Entente relative à la participation des personnes handicapées au marché du travail	46	46	46	
Contributions du gouvernement fédéral	5 722	5 739	5 957	2,0
En % des dépenses totales	20,3	19,2	18,9	

Note : Les montants ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total indiqué.

P : Résultats préliminaires.

(1) Variation annuelle moyenne de 2008-2009 à 2009-2010.

(2) Le Fonds pour la réduction du temps d'attente est un transfert en vertu de la Partie V.1 de la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces. Il est accordé sur une base par habitant.

(3) La portion notionnelle de l'abattement spécial relative au Transfert canadien en matière de santé correspond à 62 % de l'abattement spécial du Québec de 16,5 %. Le 38 % restant est associé au Transfert canadien en matière de programmes sociaux. Ces revenus sont perçus par le Québec à l'impôt des particuliers. Ils sont ajoutés ici aux transferts fédéraux à des fins illustratives.

□ Contributions des usagers

Ce tableau présente les diverses contributions des usagers à l'égard du financement des services de santé.

TABLEAU 11

Sommaire des contributions des usagers

(en millions de dollars)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010 ^P	Variation annuelle moyenne ⁽¹⁾ (%)
Régime public d'assurance médicaments				
Prime	707	778	749	2,9
Franchise et coassurance	643	679	730	6,6
Sous-total - Régime public d'assurance médicaments	1 350	1 457	1 479	4,7
Contribution des adultes hébergés	662	682	680	1,4
Supplément pour chambres privées et semi-privées	66	63	70	3,0
Contribution parentale et prestation fiscale pour enfants placés en famille d'accueil	50	50	51	1,0
Autres contributions des usagers	180	186	229	10,6
Contributions des usagers	2 308	2 438	2 509	4,3
En % des dépenses totales	8,2	8,1	8,0	

P : Résultats préliminaires.

(1) Variation annuelle moyenne de 2008-2009 à 2009-2010.

□ Contributions des autres organismes

Cette sous-rubrique présente les diverses contributions financières provenant d'autres organismes.

TABLEAU 12

Contributions provenant d'autres organismes

(en millions de dollars)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010 ^P	Variation annuelle moyenne ⁽¹⁾ (%)
Contribution de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, de la Société d'assurance automobile du Québec, du ministère de la Sécurité publique et du ministère du Revenu du Québec	266	296	307	7,4
Ententes réciproques avec les autres provinces (Régie de l'assurance maladie du Québec)	37	33	32	- 7,0
Contributions provenant d'autres organismes	303	329	339	5,8

P : Résultats préliminaires.

(1) Variation annuelle moyenne de 2008-2009 à 2009-2010.

TABLEAU 13

Contributions d'autres organismes versées dans des comptes à fin déterminée

(en millions de dollars)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010 ^P	Variation annuelle moyenne ⁽¹⁾ (%)
Loto-Québec (joueurs pathologiques)	22	22	22	—
Loto-Québec (personnes âgées en perte d'autonomie)	30	30	30	—
TOTAL	52	52	52	—

P : Résultats préliminaires.

(1) Variation annuelle moyenne de 2008-2009 à 2009-2010.

☐ Autres impôts et taxes du fonds consolidé du revenu

Ce tableau montre l'évolution de la contribution du gouvernement du Québec au financement des services de santé provenant des impôts et taxes du fonds consolidé du revenu.

TABLEAU 14

Contributions du gouvernement du Québec provenant des impôts et des taxes du fonds consolidé du revenu

(en millions de dollars)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010 ^P	Variation annuelle moyenne ⁽¹⁾ (%)
Autres impôts et taxes du fonds consolidé du revenu	13 018	14 457	15 677	9,7
<i>En % des dépenses totales</i>	<i>46,1</i>	<i>48,3</i>	<i>49,8</i>	

P : Résultats préliminaires.

(1) Variation annuelle moyenne de 2008-2009 à 2009-2010.

2. PERFORMANCE ET INDICATEURS DE RÉSULTATS

2.1 Portrait de l'effectif et des établissements

□ Effectif du réseau

GRAPHIQUE 10

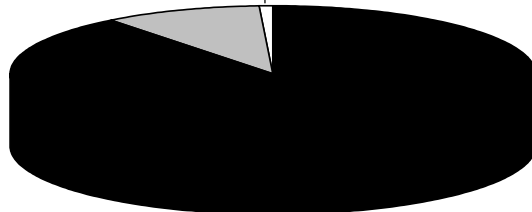
Effectif du réseau de la santé et des services sociaux, 2008-2009 (en nombre)

Dont :

Médecins omnipraticiens : 7 870
Médecins spécialistes : 8 460
Médecins résidents : 2 600
Pharmaciens propriétaires : 1 780
Dentistes : 3 570
Optométristes : 1 260

Dont :

Cadres, professionnels et fonctionnaires au
ministère de la Santé et des Services sociaux : 820
Cadres, professionnels et fonctionnaires à la Régie
de l'assurance maladie du Québec : 1 530



Dont :

Infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux
bénéficiaires : 103 600
Autres personnels salariés des établissements
de santé et de services sociaux : 143 300

□ Les établissements

En 2008-2009, le réseau de la santé et des services sociaux était composé de 294 établissements, dont 191 étaient publics et 103 privés. Ces établissements sont des entités juridiques dotées de capacités et de responsabilités légales. Ils sont titulaires d'un permis du ministre de la Santé et des Services sociaux pour des services correspondant aux cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les établissements gèrent 1 740 installations ou lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services sociaux à la population du Québec.

Ce tableau présente un bref portrait évolutif des établissements de santé et de services sociaux.

TABLEAU 15

Les établissements

(en nombre)

	2007-2008	2008-2009
Établissements privés	103	103
Établissements publics		
Centres de santé et de services sociaux	95	95
Centres hospitaliers	28	27
Centres d'hébergement et de soins de longue durée	7	8
Centres de la protection de l'enfance et de la jeunesse et centres de réadaptation, désignés centres de jeunesse	16	16
Centres de réadaptation	41	41
Centres assumant les cinq missions pour les régions nordiques	4	4
Sous-total	191	191
Nombre total d'établissements	294	294

2.2 Volume et nature des soins

Cette rubrique présente un bref portrait évolutif du volume et de la nature des soins prodigués.

TABLEAU 16

Volume de soins rendus par programme et service

Programmes	Services	Unités de mesure	Volumes
Santé physique	Jours présence des clientèles admises	Jour-présence	4 438 701
	Chirurgies	Nombre de chirurgies	476 972
	Urgence	Visite	3 795 044
	Consultations médicales en établissements	Visite	5 329 821
	Accouchements	Nombre d'accouchements	80 680
Perte d'autonomie liée au vieillissement	Hébergement	Jour-présence	13 964 530
Services à domicile (tous les programmes)	Soins infirmiers à domicile	Usager	234 061
Déficiência physique	Adaptation / réadaptation	Heure de prestation de services	2 392 707
Déficiência intellectuelle	Ressources intermédiaires	Jour rétribué	1 696 367
	Ressources résidentielles, assistance résidentielle continue	Jour-présence	400 432
	Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches	Usager	29 521
Jeunes en difficultés	Prise en charge	Signalement	69 673
	Services psychosociaux	Usager	118 021
Santé mentale	Hospitalisation	Jour-présence	855 384
	Hébergement	Jour-présence	284 360
	Services ambulatoires en première ligne	Usager	63 093

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *États financiers 2008-2009*.

3. SOURCES DE FINANCEMENT POUR CERTAINES ACTIVITÉS

☐ Régime public d'assurance médicaments

Le tableau ci-dessous illustre l'évolution des contributions des assurés et du gouvernement par rapport aux coûts.

TABLEAU 17

Évolution des primes et des coûts du Régime public d'assurance médicaments du Québec (en millions de dollars)

	2007-2008	2008-2009
Primes – Adhérents et personnes de plus de 65 ans	707	778
Contributions des adhérents (franchise et coassurance)	643	679
Total des primes et assurances	1 350	1 457
Coût pour le gouvernement	2 155	2 222
COÛT TOTAL DU RÉGIME	3 505	3 679
% des primes et contributions sur le coût total du régime	38,5	39,6

Ce tableau explique l'origine des écarts entre les contributions des adhérents et des personnes de 65 ans ou plus par rapport aux coûts totaux du régime.

TABLEAU 18

Coût du Régime public d'assurance médicaments, 2008-2009
(en millions de dollars)

	Coûts	Financement			Part assumée par les assurés (%)
		Contribution des usagers	Primes	Contribution du gouvernement	
Prestataires d'une aide financière de dernier recours	652	—	—	652	—
Personnes âgées de 65 ans ou plus					
Recevant le supplément de revenu garanti maximum	109	—	—	109	—
Recevant de 94 % à 99 % du supplément de revenu garanti	81	—	—	81	—
Recevant un supplément de revenu garanti partiel	962	178	112	672	30
Sans supplément de revenu garanti	1 048	280	268	500	52
Sous-total	2 200	458	380	1 362	38
Adhérents					
Moins de 18 ans	47	—	—	47	—
Plus de 18 ans aux études	11	—	—	11	—
18 à 64 ans	769	221	398	150	81
Sous-total	827	221	398	208	75
TOTAL	3 679	679	778	2 222	40

□ Hébergement des adultes

Le tableau suivant présente l'évolution des contributions des usagers et du gouvernement pour les services d'hébergement.

TABLEAU 19

Évolution des contributions et des coûts des services d'hébergement

(en millions de dollars)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010 ^P
Contributions des adultes hébergés en établissements publics	562	573	587
Coût pour le gouvernement	1 079	1 123	1 164
COÛT TOTAL DES SERVICES D'HÉBERGEMENT	1 641	1 696	1 751
% assumé par les usagers	34,2 %	33,8 %	33,5 %

P : Résultats préliminaires.

☐ Transport ambulancier

Les services ambulanciers coûtent près de 393 millions de dollars, dont 365 millions de dollars sont assumés par le gouvernement, donc à la charge de tous les contribuables. Le gouvernement assume 93 % des coûts liés au transport ambulancier. La contribution des usagers s'élève à 28 millions de dollars.

TABLEAU 20

Transport ambulancier, 2008-2009

(en millions de dollars)

	Contributions	(%)
Contributions du gouvernement		
Ministère de la Santé et des Services sociaux	302	76,8
Transport entre les établissements de santé ⁽¹⁾	53	13,6
Personnes de 65 ans ou plus ⁽¹⁾	0	0,0
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale pour les prestataires de la sécurité du revenu	10	2,5
Sous-total	365	92,9
Contributions des usagers et des autres organismes		
Commission de la santé et de la sécurité du travail	0	0,0
Société de l'assurance automobile du Québec	4	1,0
Particuliers	22	5,6
Autres ⁽²⁾	2	0,5
Sous-total	28	7,1
TOTAL	393	100,0

(1) Coûts assumés par les établissements de santé.

(2) Sont notamment incluses les contributions du gouvernement fédéral, dont le Solliciteur général du Canada, la Défense nationale, les anciens combattants et Santé et Bien-être social.

Dans les cas où une tarification est appliquée, la contribution des usagés ne couvre que 23,2 % des coûts des opérations. En effet, la facturation moyenne par transport est de 153,66 \$, alors que le coût réel moyen s'élève à 661,93 \$; d'où la majeure partie des coûts assumée par le gouvernement.

Cela reflète notamment le fait que le transport en ambulance des prestataires de la sécurité du revenu et des personnes de 65 ans ou plus, peu importe leurs revenus, est gratuit.

Il n'y a actuellement qu'un seul tarif sur la totalité du territoire québécois, soit 125 \$ pour la prise en charge d'un malade, auquel s'ajoute 1,75 \$ pour chaque kilomètre parcouru en ambulance.

ANNEXE 2 : DÉPENSES TOTALES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET SOURCES DE FINANCEMENT, 2008-2009

TABLEAU 21

Dépenses totales, 2008-2009 – Santé et services sociaux (en millions de dollars)

	Total	Détail des organismes bénéficiaires			
		Ministère et organismes	Régie de l'assurance maladie	Fonds de l'assurance médicaments ⁽¹⁾	Établissements du réseau
DÉPENSES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX					
Dépenses de programmes					
- Fonctions nationales	374	374	—	—	—
- Fonctions régionales					
▪ Agences	101	101	—	—	—
▪ Établissements	15 031	15 031	—	—	—
▪ Organismes communautaires et autres	425	425	—	—	—
▪ Autres activités	2 303	2 303	—	—	—
▪ Service de la dette	772	772	—	—	—
- Office des personnes handicapées	13	13	—	—	—
- Régie de l'assurance maladie	6 603	6 603	—	—	—
Sous-total	25 622	25 622	—	—	—
Régie de l'assurance maladie					
- Régime d'assurance maladie	4 356	—	4 356	—	—
- Régime public d'assurance médicaments	3 679	—	3 000	679	—
- Autres	471	—	471	—	—
- Frais d'administration	143	—	143	—	—
Sous-total	8 649	—	7 970	679	—
Transferts entre organismes	- 4 342	- 23 540	—	17	19 181
TOTAL DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	29 929	2 082	7 970	696	19 181

(1) Y compris les dépenses assumées par les usagers au titre de la franchise et de la coassurance du Régime public d'assurance médicaments.

TABLEAU 22

Sources de financement, 2008-2009 – Santé et services sociaux
 (en millions de dollars)

	Total	Détail des organismes bénéficiaires					Fonds des services de santé	Fonds consolidé du revenu
		Ministère et organismes	Régie de l'assurance maladie	Fonds de l'assurance médicaments ⁽⁴⁾	Établissements du réseau			
SOURCES DE FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ								
Fonds des services de santé								
- Cotisations des employeurs	5 454	—	—	—	—	5 454	—	
- Cotisations des particuliers	177	—	—	—	—	177	—	
Sous-total	5 631	—	—	—	—	5 631	—	
<i>Proportion du financement</i>	18,8 %							
Contributions du gouvernement fédéral								
- Transferts pour la santé								
▪ Transfert canadien en matière de santé en espèces	3 583	—	—	—	—	—	3 583	
▪ Fiducie pour la garantie sur les délais d'attente	42	—	—	—	—	—	42	
▪ Fiducie pour l'immunisation contre le virus du papillome humain	46	—	—	—	—	—	46	
▪ Intérêts découlant des fiducies	68	—	—	—	—	—	68	
- Portion notionnelle de l'abattement spécial du Québec relative au Transfert canadien en matière de santé	1 916	—	—	—	—	—	1 916	
- Entente relative à la Loi fédérale sur le système de justice pénale pour les adolescents	37	37	—	—	—	—	—	
- Entente relative à la participation des personnes handicapées au marché du travail	46	46	—	—	—	—	—	
Sous-total	5 739	83	—	—	—	—	5 657	
<i>Proportion du financement</i>	19,2 %							
Contribution des usagers								
- Assurance médicaments								
▪ Primes	778	—	—	778	—	—	—	
▪ Franchise et coassurance	679	—	—	679	—	—	—	
- Adultes hébergés en établissements publics et privés	682	—	—	—	682	—	—	
- Supplément pour chambres privées et semi-privées	63	—	—	—	63	—	—	
- Prestation fiscale pour enfants en famille d'accueil	50	—	—	—	50	—	—	
- Autres	186	9	—	—	177	—	—	
Sous-total	2 438	9	—	1 457	972	—	—	
<i>Proportion du financement</i>	8,1 %							

TABLEAU 22 (suite)

Sources de financement, 2008-2009 – Santé et services sociaux
 (en millions de dollars)

	Total	Détail des organismes bénéficiaires					Fonds des services de santé	Fonds consolidé du revenu
		Ministère et organismes	Régie de l'assurance maladie	Fonds de l'assurance médicaments ⁽¹⁾	Établissements du réseau			
Contributions provenant d'autres organismes								
- CSST, SAAQ, ministère de la Sécurité publique, ministère du Revenu du Québec	296	115	115	—	66	—	—	
- Autres provinces (ententes réciproques)	33	—	33	—	—	—	—	
Sous-total	329	115	148	—	66	—	—	
<i>Proportion du financement</i>	<i>1,0 %</i>							
Autres revenus								
- Organismes (centres d'hébergement du Québec, Urgences-santé, Héma-Québec, Institut national de santé publique du Québec)	17	17	—	—	—	—	—	
- Divers (services commerciaux, dons, etc.)	1 318	4	10	—	1 304	—	—	
Sous-total	1 335	21	10	—	1 304	—	—	
<i>Proportion du financement</i>	<i>4,5 %</i>							
Total des sources de financement des dépenses de santé	15 472	228	158	1 457	2 342	5 631	5 656	
<i>Proportion du financement</i>	<i>51,7 %</i>							
Autres impôts et taxes du fonds consolidé du revenu	14 457	—	—	—	—	—	14 457	
<i>Proportion du financement</i>	<i>48,3 %</i>							
TOTAL DES SOURCES DE REVENUS	29 929	228	158	1 457	2 342	5 631	20 113	

Note : Les montants ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total indiqué.

(1) Comprend également les dépenses assumées par les usagers au titre de la franchise et de la coassurance du Régime public d'assurance médicaments.

