

aqesss

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX

**LOI CONCERNANT LA MISE EN ŒUVRE DE CERTAINES
DISPOSITIONS DU DISCOURS SUR LE BUDGET
DU 4 JUIN 2014 ET LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE
BUDGÉTAIRE EN 2015-2016**

Mémoire déposé à la Commission des finances publiques

Février 2015

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

505, boulevard de Maisonneuve Ouest, Bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2

Téléphone : 514 282-4228

Site Web : www.aqesss.qc.ca

© Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2015

Ce document est disponible gratuitement sur le site Web de l'AQESSS. La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec la mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

TABLE DES MATIÈRES

CE QUI MOTIVE NOTRE PARTICIPATION.....	1
<i>Les principes qui motivent notre démarche et guident nos choix.....</i>	<i>1</i>
ACCROÎTRE LA COHÉRENCE.....	3
EN ASSURANT LA STABILITÉ DU FINANCEMENT	3
ACCROÎTRE LA TRANSPARENCE.....	7
EN ÉVITANT LE PIÈGE DES ENVELOPPES SECRÈTES.....	7
ACCROÎTRE L'ÉQUITÉ	9
EN CONFIAANT À UN ORGANISME INDÉPENDANT ET CRÉDIBLE L'ÉVALUATION DU PANIER DE SERVICES.....	9
EN CESSANT DE CONSIDÉRER L'ÂGE DE 65 ANS COMME LE DÉBUT DE LA PERTE D'AUTONOMIE	11
CONCLUSION	13

L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) est porte-parole de 125 établissements membres composés des 92 centres de santé et de services sociaux (CSSS), des centres hospitaliers universitaires, des centres hospitaliers affiliés, des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires, de centres hospitaliers et de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Les membres de l'AQESSS sont présents dans toutes les régions du Québec et offrent une très large gamme de services de santé et de services sociaux en première, deuxième et troisième lignes. Ils emploient plus de 200 000 personnes et gèrent de façon responsable et en toute transparence des budgets annuels s'élevant à plus de 17,6 G\$.

L'AQESSS a pour mission de rassembler, de représenter et de soutenir ses membres en agissant comme chef de file pour améliorer la qualité des services et la performance du système de la santé et des services sociaux, et ce, au bénéfice de la population du Québec.

CE QUI MOTIVE NOTRE PARTICIPATION

L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) tient à remercier la Commission des finances publiques de lui donner l'occasion, pour une dernière fois, de présenter ses commentaires et ses recommandations sur des enjeux budgétaires et économiques importants au regard du financement de la santé. Notre volonté de participer à cette Commission est motivée par-dessus tout par la nécessité d'agir dès maintenant pour assurer la pérennité du système public actuel.

À notre avis, le projet de loi 28 concernant la mise en œuvre de certaines dispositions du discours sur le budget du 4 juin 2014 et le retour à l'équilibre budgétaire en 2015-2016 pourrait ultimement avoir un impact sur la capacité des établissements que nous représentons à maintenir leur offre de services et de soins de qualité, notamment en raison du caractère ponctuel associé aux sources de revenus du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS).

Les principes qui motivent notre démarche et guident nos choix

Notre intervention se veut contributive et constructive. Le réseau de la santé et des services sociaux est à l'aube d'une gigantesque transformation où chaque établissement se verra imposer des façons de faire tout en subissant des pressions budgétaires sans précédent. Durant les mois et les années qui suivront l'adoption du projet de loi 10, tous les acteurs qui ont à cœur la pérennité du système public de santé devront se relever les manches s'ils veulent tirer profit de cette conjoncture défavorable. Il devient alors essentiel pour l'Association de proposer des aménagements susceptibles de minimiser les risques de dérive et accroître la cohérence, la transparence et l'équité des mesures inhérentes au projet de loi 28.

La cohérence

La cohérence de chacune des lois avec les orientations et les grands objectifs cliniques propres au système de santé et de services sociaux est un principe déterminant. Plus que jamais, le financement doit être utilisé comme levier pour atteindre les objectifs dictés par l'évolution de l'état de santé de la population. Il doit aussi permettre de soutenir les transformations qui découleront de la réorganisation attendue à la suite de l'adoption du projet de loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales.

La transparence

Le citoyen-payeur est en droit de savoir combien coûte chaque service de santé à l'État et de connaître ce qui motive les choix gouvernementaux en matière de panier de services couverts, d'achat de médicaments, etc. L'État et les établissements de santé sont ainsi conviés à la

transparence quant aux choix exercés et aux décisions prises en matière d'offre et d'organisation des services sociaux et de santé. Cette caractéristique est incontournable pour préserver la confiance de la population envers le gouvernement et l'intégrité des politiques publiques propres au secteur de la santé et des services sociaux.

L'équité

Peu importe les choix qui devront être faits par le gouvernement, la solidarité envers les plus vulnérables devra demeurer une préoccupation centrale, tout comme le maintien d'une certaine équité entre les différents groupes de la population. Le concept contemporain d'équité différencie ainsi équité d'égalité. Il suppose qu'il peut être légitime d'avantager certains individus et d'en désavantager d'autres afin de compenser les inégalités de départ, si cela ne porte pas préjudice à la collectivité dans son ensemble¹.

¹ *Mieux tarifer pour mieux vivre ensemble*, Rapport du Groupe de travail sur la tarification des services publics, Gouvernement du Québec, 2008, 347 p. (p. 29).

ACCROÎTRE LA COHÉRENCE

En assurant la stabilité du financement

Instauré lors du Budget 2010-2011, le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS) avait pour objectif de soutenir l'innovation et la performance globale du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Jusqu'à présent, et bien que l'utilisation du Fonds ait suscité certains questionnements de départ, l'utilisation judicieuse des sommes mises à la disposition des établissements a permis aux gestionnaires du réseau d'atteindre les objectifs financiers qui leur ont été imposés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), tout en maintenant la qualité des services offerts à la population². De façon plus précise, le FINESSS a fait en sorte de maintenir le financement des établissements à un niveau acceptable.

En raison du contexte budgétaire actuel, de l'impact qu'auront les augmentations de salaire des médecins sur le budget des établissements et de la transformation entreprise simultanément dans le réseau de la santé et des services sociaux, la pression sur le système sera toutefois plus importante que jamais. À elles seules, les exigences technologiques découlant de la mise en œuvre du projet de loi 10 pourraient nécessiter des investissements de l'ordre de 1,4 milliards de dollars³. Ces sommes ne peuvent être entièrement prélevées à même le budget actuellement consenti à la santé, et ce, bien qu'elles soient essentielles à l'atteinte des objectifs visés par le projet de loi 10. Elles ne trouvent pas non plus leur réponse du côté des économies projetées. En d'autres termes, par souci de cohérence avec l'actuel projet de réorganisation, il est crucial d'assurer la stabilité du financement du réseau de la santé et des services sociaux.

Le projet de loi 28 prévoit le versement de certaines sommes issues du Transfert canadien en matière de santé (TCS) vers le FINESSS. Bien qu'intéressante à court terme, du point de vue de l'AQESSS, cette avenue est insuffisante pour répondre au problème de financement chronique du réseau. L'enjeu est d'autant plus important que les nouvelles règles imposées par le gouvernement fédéral au regard du transfert en santé engendreront une perte de revenus annuels moyenne de 1,14 G\$⁴ pour le Québec, et ce, dès 2017-2018.

² Pour avoir un aperçu du contexte financier du système de santé québécois, voir l'annexe 1

³ Pour une estimation des investissements exigés par la mise en œuvre du projet de loi 10, voir l'annexe 2

⁴ *Budget 2014-2015, Plan budgétaire*, Gouvernement du Québec, 2014, [En ligne] [<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2014-2015a/fr/documents/Planbudgetaire.pdf>] (p. F-13 à F-16).

Selon messieurs Jean-Pierre Aubry, Pierre Fortin et Luc Godbout⁵, la nouvelle façon de calculer le TCS est inéquitable puisqu'elle ne tient pas compte du fait que « les coûts des soins de santé par habitant varient beaucoup d'une province à l'autre », notamment à cause de la structure d'âge de leur population. Ils affirment que soigner une personne de 65 ans et plus « coûte cinq fois plus cher que de soigner une personne plus jeune ». Pour eux, l'iniquité créée par le calcul de transfert par habitant pourrait être facilement corrigée. Il suffit de déterminer un transfert à deux volets, l'un pour la population des moins de 65 ans et l'autre pour celle des plus de 65 ans. La mesure étant défavorable pour le Québec, l'Association croit qu'il y aurait lieu d'intervenir.

En fait, hautement préoccupée par ces questions, en septembre dernier, l'AQESSS déposait à la Commission d'examen sur la fiscalité québécoise une proposition audacieuse de financement des services sociaux et des soins de santé. Cette proposition avait pour effet de transformer la « contribution santé » en frais d'adhésion obligatoire au Régime public d'assurance maladie (RPAM), comme l'a fait la Colombie-Britannique⁶. Sur le plan opérationnel, le citoyen paierait une contribution de type individuel ou familial pour adhérer au régime et pourrait, ainsi, avoir droit à tous les services et à tous les soins couverts, comme c'est le cas avec les assurances collectives courantes.

L'Association réitère aujourd'hui sa proposition. Non seulement sa mise en application permettrait d'assurer un financement stable et progressif du système de santé, mais elle permettrait d'éviter les inconvénients d'une franchise santé ou d'un ticket modérateur. En Colombie-Britannique, le montant du versement est en effet réduit sous certaines conditions pour les personnes ayant des revenus considérés comme étant insuffisants. Cette contribution est administrée par le ministère des Finances, par le biais du service des impôts, comme au Québec. Elle n'exige donc plus le maintien d'un fonds dédié comme le FINESSS, ce qui simplifie considérablement la gestion.

Recommandation 1

Transformer la « contribution santé » en frais d'adhésion au Régime public d'assurance maladie afin d'assurer un financement stable et progressif du système de santé.

⁵ AUBRY, Jean-Pierre, Pierre FORTIN et Luc GODBOUT. *Revoir le transfert fédéral en santé pour tenir compte du poids démographique des aînés. Options politiques*, juin-juillet 2012, [<http://archive.irpp.org/po/archive/jun12/aubry.pdf>] (p. 102-106).

⁶ Source : MSP premium, <http://www.health.gov.bc.ca/msp/infoben/premium.html#monthly>

Recommandation 2

Intervenir auprès du gouvernement fédéral pour l'amener à corriger l'iniquité créée par le nouveau mode de transfert canadien en matière de santé en privilégiant un transfert à deux volets, l'un pour la population des moins de 65 ans et l'autre pour celle des plus de 65 ans.

ACCROÎTRE LA TRANSPARENCE

En évitant le piège des enveloppes secrètes

Les coûts relatifs aux services pharmaceutiques et aux médicaments au Québec représentaient 7,2 % des coûts des programmes de santé et de services sociaux en 2000-2001 (1,17 milliard \$)⁷. En 2012-2013, ce taux avait grimpé à 7,6 % (2,3 milliards \$).

Un récent rapport du Commissaire à la santé et au bien-être⁸ (CSBE) précise que le Québec se trouve parmi les provinces canadiennes ayant les dépenses en médicaments par personne les plus élevées, ce qui dépasse largement la moyenne nationale. Depuis 1999, le Québec occupe la première place du groupe des provinces dont la part des dépenses en médicaments exprimées en fonction des dépenses en santé est la plus élevée.

Ce même rapport précise que « l'augmentation des dépenses en médicaments s'explique de moins en moins par une augmentation des prix des médicaments ». Les raisons de cette inflation sont l'augmentation des volumes de médicaments prescrits et le choix de prescrire des médicaments plus coûteux parce qu'ils ont une valeur thérapeutique plus grande. Selon le Commissaire, « les économies réalisées au cours des prochaines années par une plus grande accessibilité des médicaments génériques pourraient ainsi être annulées par l'utilisation accrue d'une panoplie de médicaments plus coûteux (médicaments anticancéreux/antinéoplasiques, immunodépresseurs, etc.), qui pourraient continuer à faire croître les dépenses en médicaments prescrits ».

Dans le contexte financier actuel, il importe de s'attarder aux coûts associés aux médicaments et aux façons de les contenir. L'AQESSS salue d'ailleurs la volonté du gouvernement de mettre un terme à l'escalade des coûts dans ce domaine tout en demeurant ouvert à l'innovation. Elle tient cependant à mettre en garde les membres de la Commission contre les risques de miser uniquement sur des ententes de partage de risques secrètes avec les compagnies pharmaceutiques.

Comme proposée actuellement dans le projet de loi, la signature d'ententes avec le secteur pharmaceutique pose en effet certaines questions éthiques, notamment en raison du manque de transparence qui entoure la démarche. En confiant la responsabilité de ces ententes au ministre, tant sur le plan de la négociation que de la mise en œuvre et de la gestion, rien dans le projet de loi actuel ne permet en effet de garantir l'absence de politisation du processus. Le nouveau mécanisme proposé n'offre pas non plus de garantie quant aux réinvestissements dans le réseau de la santé et des services sociaux et auprès des établissements des ristournes

⁷ Comptes publics du ministère des Finances du Québec, Volume II, Compilation par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction de la gestion intégrée de l'information, juillet 2014.

⁸ CSBE, *Les médicaments d'ordonnance : État de la situation au Québec*, 2^e version, 2014, 313 p.

obtenues. Or, la majorité des médicaments visés par des ententes de ce type sont utilisés en établissement et payés à même les budgets de ces derniers.

L'AQESSS invite les commissaires à saisir l'opportunité qui leur est offerte avec le projet de loi 28 de mettre un terme à la zone grise entourant l'inscription de nouveaux produits sur la liste des médicaments remboursables par le RPAM.

À l'heure actuelle, bien que l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) effectue des analyses coûts/bénéfices pour les médicaments, les conclusions et recommandations découlant de ces analyses ne sont pas exécutoires. La décision, d'inclure ou non, un nouveau produit sur la liste des médicaments demeure de nature politique, tout comme le fait d'établir une entente de partage de risques avec les compagnies pharmaceutiques. Afin d'éviter les pressions pouvant être exercées par différents groupes d'intérêts, l'Association estime que les recommandations de l'INESSS à ce sujet doivent être exécutoires.

Recommandation 3

Conférer un caractère exécutoire aux recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) sur les coûts/bénéfices de chacun des médicaments faisant l'objet d'une entente de partage de risques.

Recommandation 4

Verser les sommes découlant des ententes de partage de risques au Fonds sur les ressources informationnelles du secteur de la santé et des services sociaux afin de soutenir la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux visée par le projet de loi 10.

Recommandation 5

Établir un mécanisme de partage permettant à tous les établissements de santé et de services sociaux de bénéficier des sommes découlant des ententes de partage de risques.

ACCROÎTRE L'ÉQUITÉ

En confiant à un organisme indépendant et crédible l'évaluation du panier de services

Comme il est formulé actuellement, le projet de loi 28 prévoit que lorsqu'un service fourni par un professionnel de la santé cesse d'être assuré, les sommes prévues pour le financement de sa rémunération sont maintenues au Fonds consolidé du revenu et soumises au pouvoir d'allocation du Parlement.

L'AQESSS ne s'oppose pas à cette proposition. Elle souscrit également à l'idée que les services et les programmes répondent à un besoin prioritaire des citoyens, qu'ils soient administrés de manière efficace et efficiente, qu'ils soient cohérents avec la capacité de payer des contribuables et qu'ils soient soumis à un processus d'évaluation continue.

L'Association croit toutefois que la modification législative proposée est insuffisante lorsque prise isolément. Revoir les programmes dans un secteur aussi complexe que la santé et les services sociaux ne peut être qu'un exercice comptable. La démarche doit s'appuyer sur des critères d'efficacité clinique en tout premier lieu. Aussi, l'AQESSS considère que la mesure prévue doit être doublée d'un véritable mécanisme d'évaluation du panier de services, ne serait-ce que pour assurer une certaine équité dans la prise de décision leur incidence directe sur la santé des gens et sur celle de la population en général.

Depuis 2011, le Québec peut compter sur la présence de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). Cet organisme a pour mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux. Largement inspiré du National Institute For Health and Clinical Excellence (NICE) de la Grande-Bretagne, l'INESSS ne dispose cependant pas des mêmes pouvoirs.

Les guides produits par le NICE sont en effet considérés comme les standards de soins au pays et représentent l'engagement politique du gouvernement quant aux soins offerts par le système public de santé. Plusieurs caractéristiques de structure et de fonctionnement contribuent à la crédibilité scientifique et à la légitimité politique du NICE :

- Le statut d'organisme indépendant, doté d'un mandat donné par une autorité légitime (le ministre de la Santé);
- L'utilisation de critères de décision acceptables (besoins des patients, efficacité clinique et coût/efficacité);
- Des mécanismes pour incorporer les vues du public;

- Des processus de décision ouverts et transparents;
- Des consultations larges;
- Des droits de contestation des décisions;
- Des recommandations issues des délibérations de comités indépendants composés de patients/public, cliniciens, scientifiques et gestionnaires du système de santé.

À la lumière de ces informations, pour garantir une certaine équité dans le traitement des différentes clientèles et éviter une politisation outrancière du système, l'AQESSS considère qu'il est primordial de conférer à l'INESSS un mandat d'évaluation permanente des programmes de santé et de services sociaux ainsi que du panier de services. Cette évaluation devra tenir compte de la pertinence, des coûts, de la valeur ajoutée de chacun des services, de même que des ressources disponibles. L'Association croit aussi que le gouvernement doit conférer un caractère exécutoire aux recommandations de l'INESSS dans ces matières.

Recommandation 6

Conférer à l'INESSS un mandat d'évaluation permanente des programmes de santé et de services sociaux ainsi que du panier de services.

Recommandation 7

Conférer un caractère exécutoire aux recommandations de l'INESSS en matière d'évaluation de programmes, de soins et de services.

En cessant de considérer l'âge de 65 ans comme le début de la perte d'autonomie

Toujours sous l'angle de l'équité, l'AQESSS déplore en outre que le législateur n'est pas profité du projet de loi 28 pour établir à 75 ans le début de la perte d'autonomie, modifiant par le même les critères d'accès à différents programmes et crédits d'impôt.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. Plus de 83 % des interventions réalisées en 2009-2010 par les services à domicile du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) des CSSS l'ont été auprès de personnes âgées de 75 ans et plus. Ces différences se font aussi sentir en matière d'hébergement. En 2009, la majorité (96,3 %) des personnes âgées de 65 ans et plus demeuraient en effet à domicile (dans leur demeure traditionnelle ou en résidence privée avec services). Or, le critère de l'âge (65 ans) est encore souvent – du moins implicitement – considéré pour orienter les personnes vers les programmes liés au vieillissement et à la perte d'autonomie.

Par conséquent, modifier les critères d'admissibilité aux programmes, aux différentes formes d'aide ou crédits d'impôt apparaît comme une excellente façon de tenir compte du nouveau visage du vieillissement, tout en dégageant une marge de manœuvre financière dès 2015-2016. À titre d'exemple, le simple fait de ramener la contribution des personnes de 65 ans et plus (sans supplément de revenu) au régime public d'assurance médicaments au même niveau que les adultes 18 à 64 ans couverts apporterait 268 M\$ en revenus supplémentaires dans les coffres de l'État. Des sommes qui pourraient être réinvestis au profit des plus vulnérables.

Recommandation 8

Par souci de cohérence et d'équité : cesser de considérer l'âge de 65 ans comme étant le début de la perte d'autonomie.

CONCLUSION

L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux souscrit à la volonté du gouvernement d'assainir les finances publiques et ne s'oppose à aucune des mesures proposées dans le projet de loi à l'étude. Elle croit toutefois que dans un secteur complexe comme la santé et les services sociaux les moyens mis de l'avant sont insuffisants et que certaines problématiques doivent être abordées plus largement pour assurer la pérennité du système public de santé.

L'intervention effectuée se veut contributive et constructive. Les éléments soulevés dans ce mémoire répondent à des impératifs de cohérence, de transparence et d'équité. Ils ont de plus l'avantage de tenir compte de la réalité budgétaire à laquelle l'ensemble de la société doit faire face et aux défis particuliers que doivent relever les intervenants du réseau. Finalement, ils s'inscrivent dans la foulée des multiples rapports et commissions qui se sont penchés sur les façons d'offrir les meilleurs services tout en étant efficient, en évitant le gaspillage et en respectant les principes de solidarité et d'universalité qui sont les piliers de notre système public.

ANNEXE 1

Le contexte financier du système de santé québécois

Des moyens réduits et des besoins grandissants

Plus des trois quarts du financement du système de santé et de services sociaux québécois provient des impôts et des taxes payés par les contribuables et les entreprises. Ce secteur évolue donc dans un environnement financier fortement influencé par la santé économique du Québec. Et puisqu'il accapare près de la moitié de l'ensemble des dépenses de programme du gouvernement et connaît année après année une croissance plus importante que celle de la richesse collective, il exerce une pression de plus en plus importante sur les finances publiques, devenant ainsi une cible de choix pour la réduction des dépenses gouvernementales.

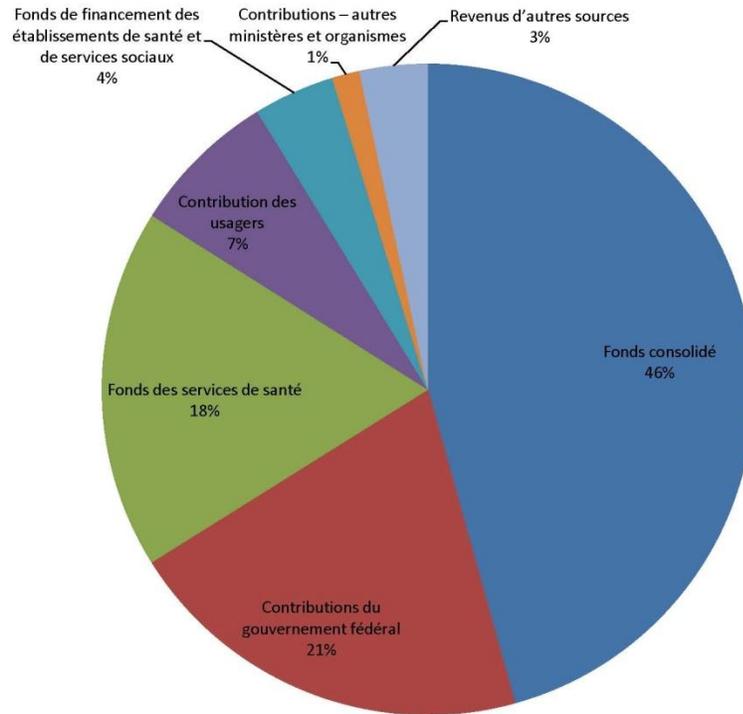
Toutefois, l'augmentation des besoins de la population et l'étendue du panier de services poussent le gouvernement à s'impliquer davantage financièrement, et ce, même si sa marge de manœuvre est réduite par une croissance économique moins soutenue ou par la nécessité de combler de nouveaux appétits dans d'autres secteurs d'activités. Le niveau élevé d'endettement du Québec fait aussi partie des éléments du contexte économique qui diminuent la marge de manœuvre du gouvernement en matière de financement et d'investissement en santé, notamment au niveau du développement de nouvelles politiques publiques.

D'où provient le financement?

Près de la moitié (46 %) du financement des dépenses publiques en santé et services sociaux provient du Fonds consolidé du revenu (le « Fonds général » constitué des revenus autonomes du gouvernement – impôts, taxes, droits et permis, etc.). Les autres sources principales de financement sont les contributions du gouvernement fédéral (21 % - Transfert canadien en matière de santé et autres montants découlant d'ententes fédérales-provinciales), les revenus du Fonds des services de santé (18 % - une contribution des employeurs calculée selon leur masse salariale) et les différentes formes de contributions des usagers (7 %)⁹. En raison de ce mode de financement largement axé sur l'imposition générale, le système de santé québécois repose avant tout sur un principe de solidarité sociale, c'est-à-dire une « mutualisation des risques » liés à la santé.

⁹ Pour le détail, voir Tableau 1. Les pourcentages ont été obtenus en divisant les montants avec le total des dépenses publiques et non avec le total des dépenses de programmes seulement.

Tableau 1 : Sources de financement de la santé et des services sociaux



Source : Compte de la santé 2011-2012 à 2013-2014 p. 9

De nouvelles règles au Transfert canadien en matière de santé (TCS)

Le gouvernement fédéral imposait unilatéralement en 2011 de nouvelles règles s'appliquant au TCS. Les changements qui s'ensuivent feront en sorte que la croissance des paiements du fédéral en espèces sera de 6 % jusqu'en 2016-2017 et qu'ensuite elle dépendra du produit intérieur brut (PIB) nominal, avec un plancher de 3 % d'augmentation. Selon les estimations du ministère québécois des Finances dans le budget 2014-2015, ces changements vont engendrer des pertes financières de près de 10 G\$ pour le Québec d'ici 2024-2025.

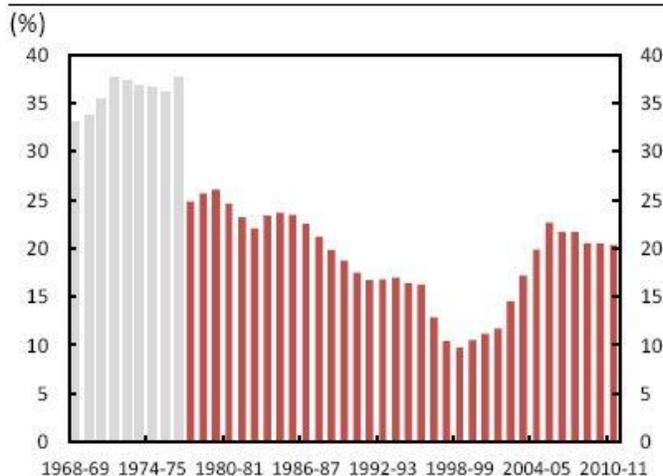
Le TCS est une source de revenus qui permettait au gouvernement du Québec de maintenir ses investissements en santé sans trop affecter ses autres portefeuilles. Comme les montants versés sont « dédiés », le budget de la santé et des services sociaux en sera affecté directement.

Indépendamment de la conjoncture économique, il sera très difficile de maintenir le niveau global de financement actuel avec une perte de revenus annuels moyenne de 1,14 G\$¹⁰.

Les changements annoncés auront également une influence importante sur le financement des systèmes de santé des provinces à long terme. En effet, la part des paiements fédéraux (en espèces) en matière de santé, qui s'élevait à près de 40 % dans les années 1970, passera de 20,4 % en 2011-2012 à 18,6 % en moyenne sur la période de 2011-2012 à 2035-2036, puis à 13,8 % pendant les 25 années suivantes¹¹. Le TCS ne tiendra également plus compte de l'évolution de l'état de santé de la population et de son vieillissement, et ne sera pas indexé selon l'évolution réelle des dépenses des provinces dans ce secteur.

Tableau 2 – Évolution des transferts fédéraux en santé vers les provinces

Transferts fédéraux en espèces au titre de la santé et dépenses provinciales-territoriales en matière de santé



Source : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (CSSSC); Finances Canada; Institut canadien d'information sur la santé (ICIS); Bureau du directeur parlementaire du budget.

Nota : Les résultats de la période de 1968-1969 à 2001-2002 sont tirés directement du rapport final, publié en 2002, de la CSSSC, et ceux de la période de 2005-2006 à 2010-2011 sont calculés à partir des données de Finances Canada et de l'ICIS. Les barres ombrées de 1968-1969 à 1976-1977 représentent la période où les transferts fédéraux au titre de la santé étaient versés en espèces seulement. Les résultats de 2002-2003 à 2004-2005 illustrent une interpolation linéaire.

¹⁰ Budget 2014-2015, Plan budgétaire, Gouvernement du Québec, 2014, [En ligne] [<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2014-2015a/fr/documents/Planbudgetaire.pdf>] (p. F-13 à F-16).

¹¹ Bureau du directeur parlementaire du budget, Renouvellement du Transfert canadien en matière de santé, Gouvernement du Québec, 2012, [En ligne] [http://www.parl.gc.ca/pbo-dpb/documents/Renewing_CHT_FR.pdf].

Selon une opinion émise par MM. Jean-Pierre Aubry, Pierre Fortin et Luc Godbout¹², cette façon de calculer le TCS est inéquitable puisqu'elle ne tient pas compte du fait que « les coûts des soins de santé par habitant varient beaucoup d'une province à l'autre », notamment à cause de la structure d'âge de leur population. Ils affirment que soigner une personne de 65 ans et plus « coûte cinq fois plus cher que de soigner une personne plus jeune ». Pour eux, l'iniquité créée par le calcul de transfert par habitant pourrait être facilement corrigée. Il suffit de déterminer un transfert à deux volets, l'un pour la population des moins de 65 ans et l'autre pour celle des plus de 65 ans. Ainsi, plutôt que de verser un transfert uniforme de 815 dollars par habitant comme prévu, Ottawa pourrait attribuer aux provinces 525 dollars par personne de moins de 65 ans et 2 590 dollars par personne de 65 ans et plus, soit cinq fois plus.

L'enveloppe totale de 28,6 G\$ serait exactement la même que celle qui a été annoncée, mais elle serait partagée entre les provinces de façon à tenir compte de la pression exercée sur le coût des soins de santé par le poids des aînés, qui varie de façon significative d'une province à l'autre.

Nous invitons par conséquent les autorités gouvernementales à intervenir auprès du ministre fédéral des Finances pour l'amener à corriger cette iniquité qui pénalise particulièrement le Québec.

Tableau 3 : Impacts des changements apportés au TCS (M\$) au Québec

	2014-2015	2017-2018	2020-2021	2024-2025	Cumulatif
Baisse de la croissance	-	-140	-694	-1793	- 6998
Répartition par habitant	-212 ¹	-245	-277	-332	- 2953
TOTAL	-212	-385	-971	-2125	-9 951

¹ Si l'engagement fédéral de 2007 avait été maintenu, le Québec recevrait un paiement de protection de 212 M\$ en 2014-2015, afin de ne subir aucune perte.

Source : Ministère des Finances du Québec, Plan budgétaire 2014-2015, p.F15

Où vont les dépenses?

Les dépenses publiques en santé et services sociaux sont, de leur côté, principalement constituées du financement versé aux établissements de santé et de services sociaux, des paiements pour les services médicaux (principalement la rémunération des médecins), des sommes affectées au financement de programmes particuliers (CSST, SAAQ, Fonds de recherche, etc.) ainsi que de celles consacrées aux médicaments. Elles comprennent également des dépenses de nature sociale, notamment la prestation de services psychosociaux pour les

¹² AUBRY, Jean-Pierre, Pierre FORTIN et Luc GODBOUT. Revoir le transfert fédéral en santé pour tenir compte du poids démographique des aînés, options politiques, juin-juillet 2012, [En ligne], [http://archive.irpp.org/po/archive/jun12/aubry.pdf] (p. 102-106).

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 en grande partie attribuables aux services dentaires et d'optométrie non couverts par l'assurance maladie, aux médicaments consommés hors établissement, aux contributions des personnes en CHSLD, au transport ambulancier et à certains services offerts en clinique privée¹³.

Tableau 4 : Les dépenses de santé et de services sociaux (M\$)

Programmes budgétaires	2013-2014^P
Dépenses de programmes (31 159)	
Fonctions nationales	377
Fonctions régionales (total : 21 437)	
ASSS	93
Établissements SSS	17 151
Organismes communautaires et autres organismes	493
Activités connexes	2 729
Service de la dette	971
OPHQ	13
RAMQ	9 259
Condition des aînés et curateur public	73
Autres dépenses (6 223)	
Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux	1 502
Régime d'assurance maladie du Québec	1 125
Franchises et coassurance du Régime d'assurance maladie du Québec	765
Autres dépenses	2 831
Total	
Dépenses de programmes + autres dépenses	37 382

^P : résultats préliminaires

Source : Comptes de la santé 2011-2012 à 2013-2014, p.10

¹³ Budget 2010-2011, Vers un système de santé plus performant et mieux financé, Gouvernement du Québec, 2010, [En ligne], [<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2010-2011/fr/documents/VersSystemeSante.pdf>], (p.2).

ANNEXE 2

Estimation des investissements nécessaires à la mise en œuvre du projet de loi 10

	Explications derrière les estimations	Approx. / M\$
Ressources humaines		
Primes de départ	Estimations provenant des documents ministériels Les coûts de transition tenant compte des conditions de travail et de rémunération des hors-cadres, des cadres et des employés du réseau (ex. : stabilité et sécurité d'emploi, frais de déménagement, etc.) sont estimés par le MSSS à 165 M\$ en 2015-2016 et 55 M\$ en 2016-2017.	220
Montants octroyés en assurance salaire	Estimations de l'AQESSS à partir des données financières des établissements (AS-471) De nombreux experts ont documenté l'impact des grands projets de centralisation/décentralisation sur l'absentéisme des employés, notamment des cadres. Pour en estimer les impacts, nous avons fait progresser les dépenses en assurance salaire des établissements de 7,0 % annuellement, soit la plus grande augmentation annuelle observée entre 2008-2013, pour mesurer la croissance additionnelle. Ces coûts additionnels sont estimés à 32,5 M\$ en 2015-2016 et 34,8 M\$ en 2016-2017.	67
Gestion du changement	Estimations de l'AQESSS à partir de la littérature scientifique Tout changement entraîne des coûts de transition. Les experts en transformation organisationnelle ont établi qu'environ 10 à 15% du budget d'un projet de transformation devrait être consacré aux efforts de gestion du changement pour assurer la réussite de la nouvelle organisation. Ces coûts de transition sont estimés à 187 M\$ soit 10 % du total des investissements nécessaires pour démarrer la refonte du réseau de la santé et des services sociaux.	187
Intégration du personnel des ASSS dans les établissements	Estimations de l'AQESSS à partir des données financières des ASSS (AS-475) Le projet de loi 10 sous-entend que 70 % du personnel des ASSS sera intégré aux nouveaux CISSS sans budget. Ces derniers devront nécessairement générer des économies équivalentes à même leur masse budgétaire pour rémunérer et trouver une place à ces nouveaux employés. Ces coûts ont été estimés à 128 M\$, soit 70 % de la masse salariale 2013-2014 (salaires, avantages sociaux et charges sociales) des ASSS de chacune des régions sociosanitaires.	128
TOTAL RESSOURCES HUMAINES ARRONDI 10 M\$		600

	Explications derrière les estimations	Approx. / M\$
Informatique		
Logiciels de paie uniformisés	<p>Estimations de l'AQESSS à partir d'expériences partagées par des experts et des établissements membres</p> <p>Pour pouvoir centraliser l'information relative à la paie au sein des futurs CISSS, les logiciels de paie de tous les nouveaux points de services (les hôpitaux, CLSC, CHSLD, centres jeunesse et les centres de réadaptation) devront être uniformisés. Pour en estimer les impacts, nous avons utilisé et fait valider les résultats d'analyse visant l'uniformisation des logiciels de paie dans une région effectués par des établissements membres. Ces coûts d'implantation d'un logiciel de paie uniformisé sont estimés à 2 M\$ par nouvel établissement.</p>	56
Implantation DCI	<p>Estimations de l'AQESSS à partir d'expériences partagées par des experts et des établissements membres</p> <p>Pour pouvoir utiliser la même <i>carte d'hôpital</i> dans chacun des points de services des nouveaux CISSS, il faut nécessairement que ces derniers soient équipés d'un Dossier Clinique informatisé (DCI) compatible et qui permet l'échange de données. Pour en estimer les impacts, nous avons utilisé et fait valider les résultats d'analyse visant l'introduction du DCI dans une région effectuée par des établissements membres. Ces coûts d'implantation d'un DCI sont estimés à 45 M\$ ou 125 M\$ selon la taille du nouveau CISSS.</p>	1 335
Financement axé sur les patients – Mise à niveau système financier	<p>Estimations de l'AQESSS à partir d'expériences partagées par des experts (56 M\$)</p> <p>Pour pouvoir implanter le financement axé sur les patients à grande échelle, il faut que les systèmes financiers des établissements et de leurs points de services permettent le jumelage des données cliniques et l'évaluation des coûts selon la trajectoire du patient. Pour en estimer les impacts, nous avons utilisé et fait valider les estimations fournies par des experts. Ces coûts sont estimés à un minimum de 2 M\$ par nouvel établissement.</p> <p>Estimations provenant des documents budgétaires (40 M\$)</p> <p>Afin d'améliorer la reddition de comptes financière, le gouvernement souhaite moderniser les systèmes d'information dans le secteur de la santé. Pour cette initiative, le gouvernement créera une provision qui sera administrée par le ministère des Finances. À cette fin, des crédits additionnels de 5 millions de dollars pour l'année 2014-2015, de 20 millions de dollars pour les années 2015-2016 et 2016-2017 et de 40 millions de dollars pour les années suivantes seront octroyés au ministère des Finances. Pour 2014-2015, les sommes seront pourvues à même le Fonds de suppléance.</p>	56
TOTAL INFORMATIQUE ARRONDI 10 M\$		1450
GRAND TOTAL ARRONDI 10 M\$		2050

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
505, boulevard de Maisonneuve Ouest
Bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2
Téléphone : 514 842-4861
Site Web : www.aqesss.qc.ca