



EN AVOIR POUR NOTRE ARGENT

SOMMAIRE

DES SERVICES ACCESSIBLES AUX PATIENTS
UN FINANCEMENT DURABLE
UN SYSTÈME PRODUCTIF
UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

EN AVOIR POUR NOTRE ARGENT

SOMMAIRE

DES SERVICES ACCESSIBLES AUX PATIENTS
UN FINANCEMENT DURABLE
UN SYSTÈME PRODUCTIF
UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

SOMMAIRE

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ EN AVOIR POUR NOTRE ARGENT

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Février 2008

ISBN 978-2-550-52158-7 (Imprimé)

ISBN 978-2-550-52159-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2008

Le Groupe de travail sur le financement du système de santé a été mis en place par le gouvernement du Québec à l'occasion du *Discours sur le budget 2007-2008* du 24 mai 2007¹, afin de formuler des recommandations sur les meilleurs moyens à prendre pour assurer un financement adéquat du système de santé².

La présidence en a été confiée à M. Claude Castonguay. Les deux vice-présidents, M^{me} Joanne Marcotte et M. Michel Venne, ont été nommés après consultation des partis d'opposition.

Afin de répondre adéquatement au mandat qui lui était confié, le groupe de travail a traité la question du financement du système de santé dans son sens le plus large : le groupe de travail est convaincu que pour assurer ce financement et par là-même la pérennité du système, il faut à la fois agir sur les revenus et sur les dépenses, se fixer des objectifs clairs quant à la couverture publique et sensibiliser les gestionnaires du système, les professionnels de la santé, les travailleurs du secteur comme les citoyens aux enjeux en cause.

■ Un objectif central

Dès le départ, le groupe de travail a défini un objectif central à sa démarche, illustrant ses priorités et sa vision des choses : le Québec doit assurer la pérennité du système public de santé en augmentant sa productivité et en ajustant la croissance des dépenses publiques de santé au taux de croissance de la richesse collective, et cela, tout en améliorant l'accès aux soins et la qualité des services.

□ La vision : un nouveau contrat social

Cet objectif pourrait constituer le cœur d'un nouveau « contrat social », reconnu comme tel par l'ensemble des Québécois. Le groupe de travail considère en effet que le temps est venu pour les Québécois de s'entendre autour de ce qui pourrait constituer un nouveau contrat social, visant à assurer la pérennité d'un système auquel tous sont profondément attachés, mais dont le maintien ne pourra être assuré sans un effort vigoureux et une prise de conscience collective des enjeux en cause.

■ Un appel à la responsabilité

Ce contrat social constitue d'abord un appel à la responsabilité. Parmi tous nos programmes publics, le système de santé constitue l'expression la plus importante de la solidarité qui unit tous les citoyens afin de répondre collectivement à un des besoins de base de tout être humain. Créé lors de la Révolution tranquille, il est rapidement devenu la plus importante organisation de services au Québec.

¹ *Discours sur le budget*, p. 23, *Budget 2007-2008*, mai 2007, Finances Québec.

² *Relever le défi du financement de la santé*, p. 19, *Budget 2007-2008*, mai 2007, Finances Québec.

Quarante ans plus tard, cependant, le système de santé traverse une crise de confiance : notre système est coûteux en fonction de notre richesse collective, et il n'est pas aussi productif qu'il pourrait l'être.

Tout le monde est conscient des difficultés du système de santé, et pourtant, la situation ne change pas assez rapidement. La raison en est simple : personne n'ose remettre en question les intérêts particuliers qui sont en jeu. Il y a également une autre raison à cet immobilisme : nous avons érigé en dogmes certaines caractéristiques de notre système – des caractéristiques qui ont pourtant, depuis longtemps, été remises en question dans d'autres pays.

Au cours des dernières années, nous avons cru pouvoir résoudre les problèmes du système en rationnant les services, ou en y injectant massivement des fonds nouveaux. Ces réponses sont vite apparues inadéquates. Les solutions aux problèmes du système de santé ne passent qu'en partie par le niveau des ressources financières. Elles dépendent bien davantage de la manière dont ces ressources circulent dans le système et sont utilisées.

La première condition pour améliorer notre système public est d'accepter que les fonds y circulent autrement et soient utilisés de manière optimale. Pour remplir cette condition, chaque acteur du système, du citoyen jusqu'au ministre, doit accepter de remettre en question ses acquis et ses préjugés.

■ Des valeurs et des principes

Ce nouveau contrat social s'appuie sur un certain nombre de valeurs et de principes dans lesquels tous devraient se reconnaître. Le groupe de travail en a identifié six, soit l'universalité, la solidarité, l'équité, l'efficacité, la responsabilité et la liberté.

Pour le groupe de travail, il va de soi que ces six principes interagissent, et doivent être interprétés en relation les uns avec les autres.

■ Des obligations précises pour chacun des acteurs

Le contrat social proposé par le groupe de travail s'incarne dans un ensemble d'obligations qui incombent aux principaux acteurs du système. Le contrat social proposé par le groupe de travail rappelle que chacun des acteurs du système jouit de droits mais doit respecter des obligations.

- Pour les citoyens, le premier engagement devrait être d'assumer sa part de responsabilité à l'égard de sa propre santé. Ce même citoyen doit contribuer au financement du système de santé en fonction de ses moyens, et de façon complémentaire, en relation avec sa consommation de soins.
- La responsabilité principale des professionnels de la santé, et au premier chef des médecins, est de donner le bon service à la bonne personne au bon

moment. Les professionnels de la santé sont les garants de la qualité des services. Les professionnels de la santé ont également le devoir d'assurer la continuité des soins et la bonne collaboration entre les différentes catégories de professionnels.

- Les gestionnaires sont les gardiens de l'efficacité du système. En retour d'une reconnaissance plus importante de leur autonomie sur le plan local et d'une juste rémunération, ils ont la responsabilité d'offrir des services efficaces au meilleur coût possible.
- Le système ne pourra pas évoluer si les différents groupes d'intérêts n'acceptent pas de jeter du lest et de collaborer aux réformes essentielles. Les changements nécessaires ont d'autant plus de chance de réussir s'ils sont mis en œuvre avec l'apport, l'influence et la collaboration des acteurs en présence. L'absence de collaboration mettrait ainsi le système lui-même en péril. Les groupes présents devraient en avoir conscience. Le groupe de travail les invite à collaborer. Un désarmement est nécessaire pour assurer la pérennité du système.
- Le gouvernement a d'abord un devoir de cohérence. Après avoir établi les limites de l'engagement du système public, le gouvernement devra prendre les moyens pour tenir ses promesses.

Le gouvernement devra également vérifier la qualité des services dispensés, évaluer la performance du système et mettre en place les incitatifs nécessaires à cet égard. Il faut que le ministère de la Santé et des Services sociaux accepte de restreindre son rôle aux grandes fonctions de gouverner, et se retire ainsi de la dispensation des soins. C'est enfin la responsabilité du gouvernement que de veiller à doter le système de soins des ressources financières dont il a besoin, et cela sur une base prévisible.

La responsabilité de l'État fédéral est elle aussi interpellée. Le gouvernement fédéral doit assouplir les exigences contenues dans la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement fédéral doit assurer sa part du contrat social par un financement stable.

- Pour le groupe de travail, le nouveau contrat social devrait permettre de lever le véritable tabou que constitue le rôle du secteur privé, en définissant clairement la contribution et les responsabilités que la collectivité s'entend pour lui confier³.

Pour le groupe de travail, l'apport du secteur privé doit être considéré comme une ressource complémentaire : il s'agit de donner aux Québécois une plus grande liberté de choix sur la façon de répondre à leurs besoins de soins, tout en apportant des appoints essentiels au système public et en y introduisant

³ Voir la position dissidente de M. Michel Venne portant sur certains éléments reliés à cette question en annexe.

des éléments qui en favoriseront le dynamisme et l'émulation. Cette vision se situe aux antipodes de la privatisation.

Le groupe de travail est convaincu que l'on peut attribuer un rôle au secteur privé, tout en respectant les fondements du système public. Il s'agit en fait de reconnaître le secteur privé comme un allié du système public, en délimitant bien son rôle, au lieu de continuer de le considérer inutilement comme une menace.

Aucun des éléments du contrat social que l'on vient de présenter ne remet en cause les fondements de notre système public de santé. Bien au contraire, la proposition principale formulée par le groupe de travail consiste à convier les Québécois à renouveler leur confiance dans le système public dans le cadre d'une vision collective des choses, qui engage la responsabilité de chacun des acteurs du système – du citoyen jusqu'au ministre.

☐ **L'état de situation : le système de santé au Québec et ailleurs**

Le groupe de travail engage sa réflexion en dressant d'abord un état de la situation actuelle du système de santé au Québec, telle qu'il la perçoit.

■ **Le système de santé au Québec : ses forces et ses faiblesses**

Dans un **premier chapitre**, le groupe de travail tente d'établir les forces et les faiblesses de ce système.

Le système de santé existant au Québec est le principal programme public mis en place et administré par l'État québécois, en termes de coût. Le système que nous connaissons aujourd'hui est l'aboutissement d'une évolution qui s'est étalée sur plusieurs décennies. Le système de santé québécois a connu de nombreuses réformes, visant toutes à rendre plus efficaces les structures administratives et à améliorer l'organisation des soins. Contrastant avec ces réformes, le mode de financement de notre système de santé n'a que peu évolué.

Le système de santé du Québec offre une gamme de services très large aux citoyens, avec un niveau de qualité élevé et sans égard à la capacité de payer de chacun des bénéficiaires. Dans leur immense majorité, les citoyens se disent satisfaits ou très satisfaits des services rendus, une fois qu'ils ont reçu ces services.

Le problème est là : les citoyens québécois n'ont pas facilement accès aux services de leur système de santé. En matière d'accessibilité aux soins, les citoyens québécois sont moins bien servis que ceux des autres provinces. Malgré des améliorations récentes, cette réalité persiste. 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. Le système de santé québécois rencontre par ailleurs de graves problèmes pour ce qui est des ressources humaines.

Le système de santé du Québec, avec ses forces et ses faiblesses, est confronté à un problème de fond – soit toute la question de son financement. Depuis 1998-1999, l'économie a crû à un rythme annuel moyen de 4,8 %, alors que durant la même période, les dépenses publiques consacrées à la santé et aux services sociaux ont augmenté en moyenne de 6,4 % par année.

Cette distorsion entre la croissance des dépenses publiques de santé et la croissance de la richesse collective vient réduire, année après année, la marge de manœuvre financière dont le gouvernement dispose pour financer adéquatement les autres missions de l'État. On constate ainsi un accroissement continu de la part des dépenses de santé dans les dépenses de programmes du gouvernement.

- En 1980-1981, les dépenses consacrées à la santé et aux services sociaux représentaient 30,6 % des dépenses de programmes, soit moins que l'éducation et à peu près autant que l'ensemble des autres portefeuilles.
- En 2007-2008, cette part s'établit à 44,3 %, comparativement à 24,9 % pour l'éducation et 30,8 % pour tous les autres portefeuilles. La proportion des dépenses de programmes affectée à la santé et aux services sociaux a en fait augmenté de façon continue, à raison de 5 points de pourcentage par décennie.

Tout indique que la pression à la hausse des coûts des soins de santé va se maintenir dans l'avenir. La croissance annuelle prévue des dépenses de santé, selon les projections établies par le Secrétariat du Conseil du trésor, s'établirait pour la période 2008-2018 à 5,81 % par année.

TABLEAU 1

**Croissance annuelle prévue des dépenses de santé
(croissance structurelle), 2008-2018**
(en pourcentage)

	Part des dépenses	Croissance annuelle moyenne	Contribution à la croissance
Services de santé	37,6	5,9	2,20
Services sociaux	34,1	4,1	1,41
Santé publique	1,9	2,4	0,05
Rémunération des médecins	14,9	7,5	1,12
Régime d'assurance médicaments	8,8	11,0	0,97
Autres programmes de la RAMQ	1,2	2,8	0,03
Administration	1,5	2,0	0,03
CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE⁽¹⁾			5,81

(1) Il s'agit de la borne supérieure de la croissance structurelle annuelle prévue de 5,47 % à 5,81 %, telle qu'estimée par le Secrétariat du Conseil du trésor.

Source : Secrétariat du Conseil du trésor.

Selon les prévisions effectuées par le ministère des Finances à l'automne 2007, la croissance moyenne de l'économie et des revenus du gouvernement devrait être de l'ordre de 3,9 % par année d'ici 2017-2018.

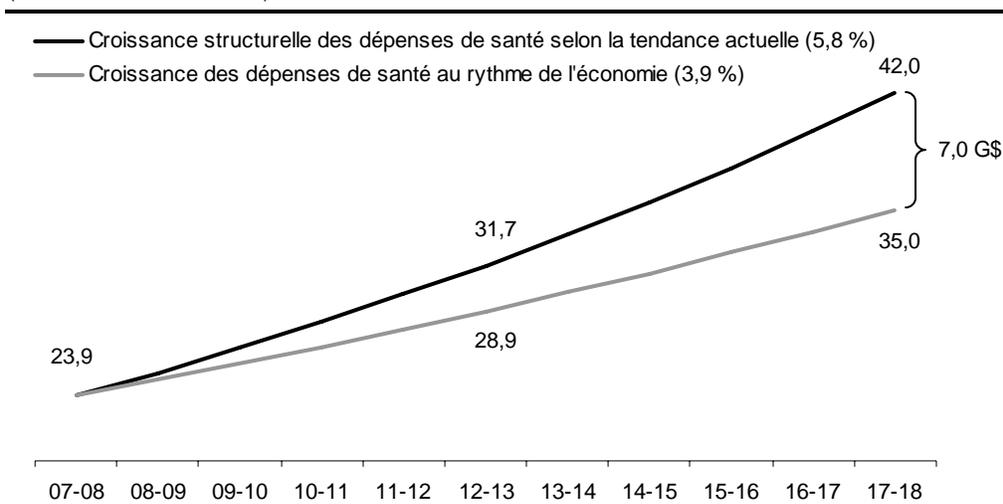
Cela signifie que l'on anticipe un écart significatif entre l'augmentation des revenus de l'État et la hausse des coûts de la santé, à partir d'hypothèses somme toute conservatrices. En valeur absolue, et en prenant pour base l'année 2007-2008, cet écart s'établirait à 2,8 milliards de dollars en 2012-2013 et pourrait atteindre 7,0 milliards de dollars en 2017-2018.

Toute la problématique du financement de la santé est résumée dans ces chiffres. Pour combler cet écart, le gouvernement n'a d'autres choix que de prendre de nouvelles initiatives afin d'agir à la fois sur les dépenses, pour en ralentir la croissance, et sur les revenus, pour réduire la pression sur les finances publiques.

GRAPHIQUE 1

Projection des dépenses publiques de santé, 2007-2008 à 2017-2018

(en milliards de dollars)



Source : Ministère des Finances du Québec.

■ Le contexte international : une source d'inspiration pour le Québec

Le **chapitre 2** est consacré au contexte international, avec pour objectif de dégager des sources d'inspiration éventuellement applicables à la situation québécoise.

Les questions soulevées par le fonctionnement du système de santé québécois et son financement actuel et à venir sont posées dans des termes souvent analogues dans la plupart des pays industrialisés.

Dans tous les pays industrialisés – à l'exception des États-Unis – les systèmes de santé ont comme valeur commune et comme objectif fondamental l'accès universel aux soins.

Les problèmes rencontrés sont de même nature : la part des dépenses de santé publiques et privées augmente par rapport au PIB, la pression sur les coûts de la santé est accrue pour des raisons démographiques, les dépenses publiques de santé augmentent plus vite que la richesse collective et les revenus de l'État et depuis quelques années, on assiste à une prise de conscience par la collectivité de la question de la qualité des soins.

Pour résoudre ces problèmes et répondre à ces défis, les systèmes de santé des pays industrialisés ont été l'objet depuis une vingtaine d'années de multiples réformes.

Dans tous ces pays, on constate qu'il existe un accord quant à la priorité qui doit être accordée aux soins ambulatoires et aux services de première ligne.

Le développement de cliniques médicales bien organisées et dotées d'objectifs bien définis permet à la fois d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins. N'étant pas soumises aux lourdeurs des hôpitaux, les cliniques médicales peuvent obtenir des réductions de coûts significatives.

Dans la plupart des pays industrialisés, les médecins peuvent pratiquer à la fois dans le cadre du système public et, de façon privée, à l'extérieur du système. Les médecins qui choisissent cette possibilité doivent cependant satisfaire certaines obligations à l'endroit du système public, avant de dispenser des soins sur une base purement privée.

Les données internationales confirment qu'il est possible d'améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé en dépensant mieux. Certaines pratiques budgétaires n'ont souvent pour effet que d'inciter les établissements et les professionnels à faire moins.

En général, on cherche à réduire la politisation des systèmes, et en contrepartie, à établir des lignes claires d'imputabilité.

Dans les systèmes où le financement et la prestation des soins sont de responsabilité publique, les mesures prises pour séparer les rôles des assureurs ou acheteurs de ceux des producteurs de services se sont, d'une manière générale, révélées efficaces.

Dans de nombreux pays, l'accent est placé sur la décentralisation. Le but poursuivi est que les décisions puissent être prises au niveau où se situe l'action. En s'éloignant des mesures ou des programmes imposés du haut vers le bas, on favorise l'innovation et la motivation.

On constate également que là où ils ont été mis en place, les systèmes automatisés d'information ont eu un impact très positif, aussi bien sur la qualité des soins que sur leur coût.

□ **Un cadre de référence : fixer des limites réalistes et équitables**

Le groupe de travail recommande que l'objectif central qu'il a identifié se concrétise dans un cadre de référence, fixant des limites quantitative et qualitative au système public de santé.

■ **Une limite quantitative : ajuster la croissance des dépenses publiques de santé à celle de la richesse**

Le cadre de référence proposé par le groupe de travail comprend d'abord une limite quantitative, justifiée et expliquée dans le **chapitre 3**.

- Des limites ont toujours été apportées aux services offerts dans le cadre du système public de santé. Le groupe de travail le rappelle au préalable.
- Le groupe de travail constate que plus que jamais, de nouvelles limites doivent être définies afin d'encadrer le système public de santé, et qu'à cet égard, des choix s'imposent. Les raisons qui nous y forcent doivent de nouveau être soulignées.
- Le groupe de travail propose que ces choix se traduisent en une cible chiffrée, représentant la limite quantitative apportée à la croissance des dépenses publiques de santé. La limite proposée est exigeante, mais elle n'est pas impossible à atteindre – à condition que les moyens correspondants puissent être mobilisés.

La démarche proposée au gouvernement consiste à se fixer un objectif clair et compréhensible par tous, dont la mise en œuvre pourra être facilement évaluée et chiffrée. Pour le groupe de travail, il apparaît ainsi juste et équitable que la croissance des dépenses de santé suive le rythme de croissance de la richesse collective.

- Cet objectif est cependant très exigeant, et le groupe de travail en est bien conscient. Son atteinte demandera des efforts importants. Il doit d'abord être complété d'une limite, qualitative celle-là, à apporter à la couverture du régime public de santé.

La fixation de cet objectif doit s'accompagner d'un plan d'action réaliste et opérationnel. Les grandes lignes du plan proposé au gouvernement sont présentées dans le rapport du groupe de travail.

■ Une limite qualitative : délimiter la couverture publique et établir des priorités

Le **chapitre 4** est consacré à la limite qualitative proposée dans le rapport, consistant à délimiter la couverture publique en fonction de critères de qualité et d'efficacité – les choix devant être fondés sur la connaissance scientifique et la délibération publique.

En proposant une redéfinition de la couverture publique actuelle, le groupe de travail ouvre un débat délicat.

- Ce débat nécessite que l'on souligne d'abord les problèmes résultant de la couverture publique appliquée par le système de santé québécois – une couverture incohérente dont la définition est figée.
- Le groupe de travail esquisse les grandes lignes d'un mécanisme permettant de modifier et de redessiner cette couverture, dans le but de proposer au gouvernement une approche à la fois crédible et légitime.
- L'application d'un tel mécanisme et la délimitation de la couverture publique qui en résultera ne pourront cependant être réalisées avec succès que dans la mesure où certaines conditions sont remplies. Le groupe de travail tente de les identifier.

Le groupe de travail recommande au gouvernement de procéder à une révision systématique et structurée de la couverture publique sur une base continue, en se dotant à cette fin d'un mécanisme permanent, crédible et légitime.

□ Les services : le bon service de santé offert par la bonne personne au bon moment

Réduire la croissance des dépenses publiques de santé tout en améliorant la qualité des soins et l'accès aux services suppose un effort et des initiatives concernant plusieurs éléments clefs de ces différents services. Dans plusieurs cas, le gouvernement devra procéder à des investissements ciblés, sachant que les investissements ainsi consentis comportent un important potentiel de gains à long terme.

Le groupe de travail identifie un ensemble de recommandations, de propositions et de suggestions concernant les principaux services offerts par le système de santé, afin de faire en sorte que dans notre système, le bon service de santé soit offert par la bonne personne au bon moment.

Ces recommandations, propositions et suggestions ainsi que les réflexions qui y ont conduit sont articulées sous cinq têtes de chapitres.

■ Vivre en santé et limiter les coûts grâce à la prévention

Le **chapitre 5** est consacré à la prévention : le but est de proposer aux Québécois de vivre en santé, et de limiter par là-même les coûts du système.

- Le groupe de travail précise d'abord ce qu'il entend par prévention, en précisant la dimension économique d'une prévention réussie.
- Au cours des derniers mois, le gouvernement a engagé des initiatives majeures en matière de prévention. Dans la plupart des pays industrialisés, des questions liées à la prévention – telle la lutte contre le tabagisme ou l'obésité – sont au premier rang des débats publics. En prenant ces exemples concrets, on peut mesurer l'impact de la prévention sur le système de santé – et sur l'économie en général.
- Ces réflexions et analyses débouchent bien entendu sur plusieurs orientations, qui visent toutes à accroître l'investissement individuel et collectif dans la prévention.

■ Une clinique de santé de première ligne pour tous au Québec

Avec le **chapitre 6**, le groupe de travail aborde toute la question des soins de première ligne – une question cruciale pour le bon fonctionnement de l'ensemble du système.

Des services de première ligne accessibles et efficaces permettront de réduire les coûts de l'ensemble du système de santé, de désengorger les hôpitaux et d'offrir des soins à meilleur prix. Le groupe de travail est convaincu que le développement des cliniques de santé permettra de soulager les hôpitaux d'une partie des demandes actuelles, et donc d'accroître la productivité de l'ensemble des établissements hospitaliers.

- Le groupe de travail rappelle d'abord ce que l'on entend par première ligne, quels services y sont englobés et quels intervenants les assurent.
- Des étapes ont été franchies au Québec, dans le renforcement de la première ligne. Il importe de les mentionner.
- Il faut en même temps constater que le chemin franchi est loin d'être suffisant. Beaucoup de pays industrialisés font bien mieux que nous en la matière. Le groupe de travail tente surtout d'identifier les raisons qui expliquent les retards constatés dans l'organisation des soins de première ligne.
- Au terme de son analyse des soins de première ligne, le groupe de travail formule un ensemble de recommandations et propositions au gouvernement afin d'en renforcer l'efficacité et l'accessibilité. Ces recommandations incluent des réflexions concernant le rôle du secteur privé.

— Elles comprennent également une implication financière des utilisateurs, sous la forme d'une cotisation annuelle aux cliniques de santé.

■ Des initiatives pour l'accès aux soins

Dans le **chapitre 7**, le groupe de travail propose un certain nombre d'initiatives, afin d'améliorer l'accès aux soins, ces améliorations incluant un rôle accru du secteur privé dans le but d'en faire un allié du secteur public.

Pour le groupe de travail, une réflexion sur l'organisation des soins est indissociable de toute analyse de la question du financement de la santé. Une organisation des soins plus efficace contribuera aux solutions à y apporter. La priorité que le gouvernement doit assurer à la première ligne ne sera pas suffisante si on veut améliorer de façon significative l'organisation des soins. Il faut également introduire dans notre système de santé plusieurs initiatives qui ont déjà fait leurs preuves à l'étranger.

Des étapes ont été franchies à cet égard. Il faut cependant aller encore plus loin.

Le groupe de travail a analysé et retenu quatre innovations à ses yeux pertinentes et prometteuses. Le groupe de travail propose ainsi :

- des relations plus transparentes avec les cliniques médicales associées;
- un décloisonnement circonscrit de la pratique médicale⁴;
- l'élargissement de la possibilité pour les citoyens de contracter une assurance privée⁵;
- une utilisation accrue des équipements hospitaliers, en ouvrant la possibilité pour les hôpitaux publics de bénéficier de sources de revenus privées.

Ces différentes initiatives doivent être clairement encadrées. Pour le groupe de travail, il est essentiel d'en évaluer régulièrement les résultats.

■ Une réponse adaptée au vieillissement et à la perte d'autonomie

Le **chapitre 8** regroupe les recommandations et propositions du groupe de travail visant à apporter une réponse adaptée au vieillissement et à la perte d'autonomie.

En 2008, le Québec compte un peu plus d'un million de personnes âgées de 65 ans et plus. Ce nombre ne va pas cesser de croître, pour dépasser les deux millions d'ici vingt ans.

⁴ Cette proposition fait l'objet d'une position dissidente de M. Michel Venne. Voir l'annexe.

⁵ Cette proposition fait l'objet d'une position dissidente de M. Michel Venne. Voir l'annexe.

Le vieillissement de la population a déjà un effet sur le financement de la santé, et cet effet ira croissant. Les dépenses moyennes par habitant sont de plus en plus élevées, au fur et à mesure que l'âge augmente. Considérant l'impact du vieillissement de la population sur les coûts de la santé, certains prédisent que nous nous dirigeons vers une inévitable crise, mettant en péril l'existence de nos programmes sociaux. À l'opposé, d'autres croient que nous saurons composer sans trop de problèmes avec le vieillissement de la population.

- Il importe d'apporter quelques nuances concernant les impacts du vieillissement sur la personne et sur les coûts de la santé. Ces nuances sont précisées dès le début du chapitre.
- Pour le groupe de travail, il faut se pencher sur la question du vieillissement avec une vision de long terme, en reconnaissant que les impacts d'une société vieillissante vont bien au-delà du financement des services de santé.
- Le groupe de travail se penche sur la nature et les implications d'un régime public d'assurance contre la perte d'autonomie. Il en arrive à la conclusion que le Québec ne doit pas s'engager dans cette voie.
- Le groupe de travail concentre ensuite sa réflexion sur ce qui nous attend au cours des prochaines années. À partir de l'expérience des pays développés, d'une analyse de ce qui se passe au Québec et de la formulation d'un certain nombre de constats, le groupe de travail présente les orientations de ce que serait une stratégie pour la prochaine décennie. Cette stratégie s'articule autour de six orientations, la première d'entre elles étant que le gouvernement accorde la priorité au maintien à domicile et qu'à cette fin, il soutienne dans ce secteur un niveau élevé d'investissements.

■ **Des médicaments mieux utilisés dont le coût est contrôlé**

Dans le **chapitre 9** consacré aux médicaments, le groupe de travail aborde un enjeu thérapeutique et économique majeur, afin d'identifier les façons de mieux les utiliser et d'en contrôler davantage les coûts.

Le groupe de travail explique les dimensions de cet enjeu, avant d'aborder les deux voies par lesquelles il est possible d'améliorer la contribution des médicaments au système de santé, soit :

- en favorisant leur utilisation optimale;
- en améliorant les règles de financement du Régime général d'assurance médicaments.

❑ **La mobilisation des moyens : un système de santé productif et efficace**

En formulant l'objectif central autour duquel ce rapport est bâti, le groupe de travail a placé au premier rang la mise en place d'un système de santé productif et efficace. Pour assurer la pérennité du système public de santé, nous devons augmenter sa productivité, ce qui signifie que nous devons mobiliser les moyens nécessaires pour offrir les services requis à la population.

Ces moyens sont abordés en cinq chapitres.

■ **La gouvernance : une nouvelle culture à implanter**

Le **chapitre 10** est consacré à la gouvernance du système de santé : à ce niveau, il faut s'engager dans une nouvelle voie et implanter une nouvelle culture.

Notre système de santé constitue, et de loin, l'organisation la plus importante et la plus complexe au Québec. Cette organisation fonctionne 24 heures par jour, 365 jours par année, et elle touche tous les citoyens sans exception, dans ce qu'ils ont de plus fondamental et bien souvent alors qu'ils sont le plus vulnérables.

La gouvernance d'un tel système est extrêmement complexe, et constitue un défi redoutable. Le groupe de travail est conscient des efforts effectués pour améliorer les choses. Il est en même temps convaincu que beaucoup d'initiatives peuvent être engagées pour améliorer cette gouvernance, et que nous avons là un moyen stratégique d'accroître de façon significative la productivité du système.

— Il faut d'abord dresser un portrait de ce système du point de vue de sa gouvernance et de son fonctionnement. Des changements positifs ont été mis en œuvre, mais on doit convenir que la performance de notre système demeure bien en deçà de ce qu'elle pourrait être.

Sur le plan de la gestion de notre système de santé, le bilan est loin d'être positif. De façon plus globale, le groupe de travail tire des conclusions sur la gouvernance et le fonctionnement du système de santé quant à la transposition des politiques, à la responsabilité et à l'imputabilité, aux changements de structure et à l'existence d'une direction bicéphale dans les établissements.

— À partir des constats qu'il dégage, le groupe de travail en arrive à la conclusion qu'un changement de culture s'impose, afin de construire un système de gouvernance cohérent dont l'ensemble des composantes est orienté vers la satisfaction des besoins des citoyens. Ce changement est étayé par quatre principes de gouvernance.

— De façon concrète, le groupe de travail formule un ensemble de recommandations et de propositions touchant la plupart des aspects de la

gouvernance et de la gestion du système. Ces recommandations et propositions s'appliquent à plusieurs niveaux :

- Le groupe de travail recommande que les structures de gouvernance mêmes du réseau de la santé – soit le ministère de la Santé et des Services sociaux et les agences régionales – soient bien distingués des producteurs de services, c'est-à-dire l'ensemble des établissements offrant des soins aux citoyens.
 - Les producteurs de services – soit les CSSS, mais également les cliniques de santé et tous les autres établissements fournissant des soins aux citoyens – devraient bénéficier d'une large autonomie mais être pleinement responsables de leur gestion.
 - Le système de santé devrait être fondé sur les droits et obligations de tous les intervenants, y compris les médecins, au moyen d'ententes contractuelles.
 - Chaque agence régionale et chaque établissement devrait être chapeauté par un conseil d'administration composé d'un nombre limité de membres indépendants, choisis en raison de leur compétence et rémunérés.
 - La participation des citoyens devrait se concrétiser à divers moments du processus décisionnel.
- Enfin, le groupe de travail souhaite insister sur la nécessité d'évaluer la performance, et propose de ne pas hésiter à tester de nouvelles voies en matière de gestion⁶.

■ Une allocation des ressources incitative et stratégique

Avec le **chapitre 11**, le groupe de travail aborde les questions liées à l'allocation des ressources, en identifiant les moyens d'en faire un outil incitatif et stratégique favorisant la performance.

Les dépenses publiques de santé – dont l'importance et la croissance extrêmement rapides menacent la pérennité même du système – peuvent être utilisées comme un outil de gestion, afin d'accroître l'efficacité de notre système et d'augmenter sa productivité.

Le groupe de travail se penche spécifiquement sur l'allocation des ressources, soit la façon dont les ressources publiques sont utilisées à l'intérieur de notre système de santé. Les modalités selon lesquelles les ressources sont allouées à l'intérieur du système constituent un outil puissant au service de la performance et de l'efficacité. Il semble bien que dans le cas du Québec, cet outil ne soit pas vraiment exploité.

⁶ La section consacrée à des projets de démonstration permettant de tester de nouvelles voies en matière de gestion fait l'objet d'une position dissidente de M. Michel Venne. Voir l'annexe.

Presque tous les pays industrialisés ont procédé à une modification plus ou moins profonde de leur mode de budgétisation des établissements, dans le but de mieux contrôler la hausse des coûts de la santé.

Ces modifications découlent d'un constat commun : les anciens modes budgétaires manquent d'incitation à l'efficacité. Pour contrer cette carence, les nouveaux modes sont basés essentiellement sur le financement des services rendus. Le groupe de travail recommande ainsi que pour le financement des établissements, la méthode des budgets historiques soit remplacée de façon progressive par la méthode de l'achat de services.

■ Une organisation du travail dynamique et efficace

Le **chapitre 12** met l'accent sur les ressources humaines et leur gestion, en soulignant les difficultés actuelles et en jetant les bases d'une organisation du travail dynamique et efficace.

Le groupe de travail est convaincu que l'organisation du travail dans le secteur de la santé constitue l'une des clefs de solution des défis actuels.

- Les personnes et organismes consultés par le groupe de travail ont dressé un portrait critique de la situation dans les établissements, caractérisée par le bureaucratisme et les affrontements. Ces constats ne sont pas nouveaux. Ils doivent être analysés avec lucidité.
- Des modèles nouveaux d'organisation du travail sont à notre disposition, et certains d'entre eux ont commencé à faire leurs preuves, au Québec même.

Le groupe de travail en dégage les principales caractéristiques, en vue de formuler des recommandations et propositions visant à en permettre l'implantation. Ces recommandations et propositions reposent sur la conviction selon laquelle il est possible d'apporter des solutions aux problèmes de relation de travail par l'organisation du travail.

■ Un organisme crédible et indépendant pour assumer un rôle stratégique : l'Institut national d'excellence en santé

Le **chapitre 13** présente le nouvel organisme dont le groupe de travail recommande la création, l'Institut national d'excellence en santé – un organisme crédible et indépendant, appelé à jouer un rôle stratégique pour le bon fonctionnement de notre système de santé.

Le groupe de travail considère qu'il y a nécessité pour le Québec de bénéficier d'un organisme crédible, assumant avec rigueur et efficacité des fonctions qui ne sont actuellement que partiellement remplies par plusieurs organisations. Le groupe de travail fait référence à des fonctions stratégiques pour l'ensemble du secteur de la santé, telles que la définition de la couverture publique des soins, la détermination

d'indicateurs de performance, la révision périodique de la liste des médicaments assurés ou la production des protocoles cliniques et des guides de pratique.

Dans cette section du rapport consacrée aux moyens à mobiliser pour construire un système de santé productif et efficace, le groupe de travail explique plus précisément la nature d'un tel organisme – en se fondant sur des exemples étrangers – et les raisons qui militent en faveur de sa mise en place, à partir de la fusion d'organismes existants.

■ **Les nouvelles technologies de l'information, au service du patient et du gestionnaire**

Le **chapitre 14** propose un ensemble d'initiatives afin de mettre les nouvelles technologies de l'information au service du patient et du gestionnaire.

Les nouvelles technologies de l'information constituent un outil essentiel afin de rendre notre système de santé davantage productif et efficace. Pour le groupe de travail, il importe de faire le point sur cette question, et cela d'autant plus que le gouvernement a engagé en 2005 un plan ambitieux, visant à ce que d'ici 2010, chaque patient québécois bénéficie d'un dossier électronique – le Dossier de santé du Québec (DSQ).

- L'informatisation du dossier de chaque patient vise à la fois à améliorer la qualité des soins et à bonifier l'efficacité de la gestion. Pour ces deux raisons, les nouvelles technologies de l'information sont devenues un outil dont on ne peut se passer, dans le secteur de la santé comme dans bien d'autres domaines. Le groupe de travail tient à le rappeler.
- Le groupe de travail dresse ensuite un état de situation, quant au processus d'informatisation actuellement engagé dans le réseau de la santé. Certains risques doivent être soulignés, justifiant que le Dossier de santé du Québec fasse l'objet d'une expérience pilote. Pour ce qui est de l'utilisation des nouvelles technologies de l'information dans le secteur de la santé, le groupe de travail constate que des progrès ont été accomplis, mais que beaucoup reste à faire.
- À partir de cet état de situation et des constats qu'il en tire, le groupe de travail propose une approche un peu différente de celle qui a été privilégiée jusqu'ici. Cette approche est fondée sur deux priorités :
 - Il faut s'assurer de l'informatisation des établissements et des cliniques de santé, ce qui constitue un préalable;
 - Il faut par ailleurs mieux planifier et coordonner l'ensemble des développements à venir.

□ Le financement : voir à long terme, partager les responsabilités

Le groupe de travail aborde dans cette partie de son rapport l'ensemble des sources de revenus sur lesquelles le système de santé devra compter, si l'on veut corriger le déséquilibre des finances publiques créé par la croissance des dépenses de santé.

Le groupe de travail identifie des solutions à la fois équitables et durables, avec la double préoccupation d'adopter une vision à long terme et de définir un partage équitable des responsabilités.

■ Des sources de revenus durables et diversifiées

Le **chapitre 15** propose des sources de revenus durables et diversifiées et la création d'un Fonds de stabilisation dédié à la santé, pour ce qui est spécifiquement des dépenses publiques.

Le groupe de travail procède à une analyse approfondie des sources de revenus actuelles et d'un certain nombre de sources de revenus envisageables, afin de proposer au gouvernement des options claires en la matière.

Le groupe de travail rappelle d'abord la situation actuelle, pour ce qui est des revenus du système de santé : le système public est avant tout financé par l'impôt, et il existe au Québec un important financement de nature privée.

Un Fonds de stabilisation dédié à la santé

Le groupe de travail recommande au gouvernement la création d'un Fonds de stabilisation dédié à la santé et propose quelques options quant à son financement.

Sur le plan du financement du système, le problème provient en grande partie de l'écart existant entre la croissance des dépenses publiques de santé et l'augmentation de la richesse collective. Pour sortir de cette impasse, le groupe de travail vise à ajuster la croissance des dépenses publiques de santé au taux de croissance de la richesse collective, et cela tout en améliorant l'accès aux soins et la qualité des services.

Concrètement, cela signifie que la croissance des dépenses publiques de santé et de services sociaux devra passer de 6,5 % en 2008-2009⁷ à 3,9 % sur un horizon de cinq à sept ans – soit une croissance ramenée au rythme de l'augmentation de la richesse collective telle qu'établie par la prévision économique du ministère des Finances à l'automne 2007.

⁷ Le taux de croissance de 6,5 % pour 2008-2009 comprend à la fois l'augmentation structurelle des dépenses et les dépenses de développement. Ce taux correspond à peu près à la moyenne des dix dernières années.

Pour y parvenir, et comme on vient de le voir, le groupe de travail formule un ensemble de recommandations, de propositions et de suggestions. Le groupe de travail est convaincu que si elles sont mises en œuvre, ces initiatives multiples permettront effectivement de ralentir la croissance des dépenses publiques de santé – et cela de façon significative.

Il faut cependant être réaliste, et convenir que les différentes initiatives proposées n'auront pas leur plein effet immédiatement. Le groupe de travail estime que si le gouvernement les applique rapidement, une période de cinq à sept ans sera nécessaire pour que leurs effets se fassent pleinement sentir. C'est dire que durant cette période, un écart va subsister entre les taux de croissance des dépenses publiques de santé et de la richesse collective. Entretemps, il faudra bien évidemment combler cet écart.

Afin de financer cet écart, le groupe de travail en arrive à la conclusion que la meilleure solution consiste à créer un Fonds à compter de 2008-2009, ce Fonds étant alimenté à partir de sources de revenus dédiées.

- Au cours des premières années, le Fonds servira donc à combler la différence entre l'augmentation des dépenses publiques de santé et la croissance de la richesse collective, tant que les mesures proposées pour accroître la productivité du système n'auront pas donné leur plein effet.
- Il faut cependant voir plus loin, et se prémunir contre les fluctuations de l'économie, ainsi que prévoir des adaptations possibles en raison de l'évolution des besoins. Pour cette raison, le groupe de travail recommande que le Fonds créé soit permanent, et qu'une fois atteint l'objectif d'ajustement des dépenses publiques de santé à la croissance de la richesse collective, il serve de mécanisme d'ajustement face aux risques futurs.

Le principe dont le groupe de travail recommande la mise en œuvre est simple :

- L'État assurerait, à même ses revenus généraux, la croissance des dépenses publiques de santé jusqu'à la limite imposée par le rythme de croissance de la richesse collective.
- Au-delà, des sources dédiées à la santé devraient assurer la différence. Le produit de ces sources de revenus serait déposé dans le Fonds de stabilisation dédié à la santé.

Ce Fonds devrait être alimenté à partir de deux sources, soit une source de nature fiscale et une source liée à l'utilisation des soins.

En faisant appel simultanément à deux sources de revenus, le gouvernement veillerait à établir un équilibre entre la solidarité sociale, qui s'exprime par la fiscalité, et la responsabilité individuelle, qui se traduit par une contribution calculée en fonction de l'utilisation de soins médicaux.

Pour le groupe de travail, il importe que les responsabilités soient ainsi partagées entre le bénéficiaire des soins – il s’agit d’une responsabilité individuelle – et l’ensemble de la société

- Le groupe de travail recommande que la source liée à l’utilisation des soins prenne la forme d’une franchise, modulée en fonction des revenus et de l’utilisation de soins médicaux, et que la source de nature fiscale soit une portion du produit de la taxe de vente du Québec (TVQ).

La franchise serait calculée et plafonnée en fonction des revenus. Elle devrait être utilisée pour orienter dans le sens souhaité l’utilisation des services médicaux par les citoyens. Elle ne serait pas un obstacle à l’obtention de soins. Pour le groupe de travail, une franchise est de loin préférable à un ticket modérateur, dont le groupe de travail rejette l’instauration.

- Pour des raisons d’équilibre et d’équité, une partie du financement de ce Fonds doit être assurée par l’ensemble de la société, via la fiscalité. Le groupe de travail privilégie le recours à une taxe à la consommation comme source de revenus pour alimenter le Fonds de stabilisation dédié à la santé, et plus précisément la taxe de vente du Québec. En effet, seule la taxe de vente du Québec est susceptible d’assurer un rendement financier suffisant pour les fins du Fonds de stabilisation dédié à la santé. Le groupe ne retient pas l’idée d’imposer une prime santé.

À partir de ses recommandations, le groupe de travail présente une simulation du mode de financement du Fonds de stabilisation dédié à la santé. Deux options ont été retenues, selon l’importance relative donnée au financement du Fonds par la franchise et par la taxe de vente du Québec. Dans les deux cas, le Fonds permet de combler l’écart entre les dépenses publiques de santé prévues après la mise en œuvre des recommandations du groupe de travail et la contribution du Fonds consolidé augmentant en fonction de la richesse collective.

D’autres sources de financement

Le groupe de travail aborde également certaines autres sources de financement du secteur de la santé, qui cette fois-ci ne concernent pas seulement le secteur public. Le groupe de travail traite ainsi de façon approfondie toute la question des frais accessoires. Le groupe de travail aborde également la question de la rationalisation et la tarification des services.

L’impact des orientations proposées

Afin d’illustrer la portée des recommandations et propositions formulées, le groupe de travail présente en conclusion de ce chapitre l’impact qu’elles pourraient avoir sur l’évolution des dépenses publiques de santé ainsi que sur les revenus consacrés au financement de la santé.

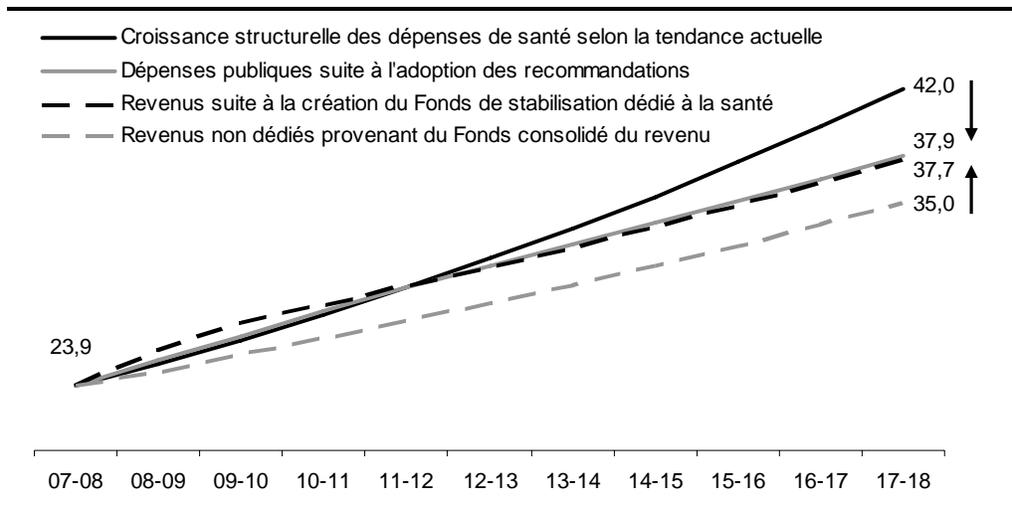
- Selon les projections présentées précédemment, les dépenses de santé atteindraient 42,0 milliards de dollars en 2017-2018 – ce chiffre correspondant à la croissance structurelle des dépenses de santé selon la tendance actuelle. Il y aurait alors un écart de 7,0 milliards de dollars entre ces dépenses et les revenus provenant du fonds consolidé, plafonnés au rythme de croissance de la richesse collective.
- Les différentes recommandations, propositions et suggestions présentées dans le rapport permettraient de réduire la croissance des dépenses publiques de santé, de telle sorte qu'en 2017-2018, le niveau prévu de ces dépenses passe de 42,0 milliards de dollars à 37,9 milliards de dollars.
- Les recommandations, propositions et suggestions concernant les revenus auraient pour effet de porter les revenus affectés à la santé de 35,0 milliards de dollars à 37,7 milliards de dollars en 2017-2018 – les revenus provenant du fonds consolidé étant augmentés des revenus provenant du Fonds de stabilisation dédié à la santé.

Selon cette illustration, les recommandations présentées par le groupe de travail auraient ainsi pour résultat de limiter la croissance des revenus consacrés à la santé et provenant du fonds consolidé au taux de croissance de la richesse collective, tout en tenant compte du délai nécessaire à la mise en œuvre des différentes orientations présentées.

GRAPHIQUE 2

Projection des dépenses publiques de santé et des revenus consacrés au financement de la santé, 2007-2008 à 2017-2018

(en milliards de dollars)



Source : Ministère des Finances du Québec.

Les projections présentées ici reposent sur l'hypothèse qu'en six ans, soit durant la période de stabilisation, nous sommes en mesure de réduire de 6,5 % à 3,9 % le taux de croissance des dépenses publiques de santé du ministère de la Santé et des Services sociaux – et de le maintenir ensuite à ce niveau jusqu'en 2017-2018.

- Malgré ce ralentissement significatif, ces projections signifient que les dépenses de santé inscrites dans le budget de l'État augmenteraient quand même en moyenne de 5,1 % par an de 2008-2009 à 2014-2015. Les dépenses publiques de santé continueraient donc de croître durant cette période à un taux excédant l'augmentation de la richesse collective.
- Par ailleurs, la part des dépenses de santé dans les dépenses de programmes du gouvernement continuerait de croître : elle passerait de 44,3 % à 48,0 % entre 2008-2009 et 2014-2015. Si rien n'est fait, cette part augmenterait au cours de la même période à 50,3 %.

Durant la période de stabilisation, les dépenses publiques consacrées à la santé augmenteraient de 10,3 milliards de dollars, au-delà du rythme de croissance de la richesse collective.

TABLEAU 2

Évolution des dépenses de santé durant la période de stabilisation, 2007-2008 à 2014-2015

	Selon la tendance actuelle		Suite à l'adoption des recommandations	
	2007-2008	2014-2015	2007-2008	2014-2015
Évolution du poids des dépenses publiques de santé dans les dépenses de programmes	44,3 %	50,3 % ⁽¹⁾	44,3 %	48,0 % ⁽²⁾
Budget du MSSS en 2014-2015 (en milliards de dollars)	35,5		33,8	

(1) Basé sur une croissance structurelle des dépenses de santé de 5,8 % par année de 2008-2009 à 2014-2015.

(2) Basé sur l'évolution des dépenses de santé telle que présentée aux tableaux 19 et 20 du présent rapport.

Les projections présentées ici illustrent la possibilité qui s'offre à nous d'ajuster la croissance des dépenses publiques de santé à notre capacité collective de payer.

Bien évidemment, ces projections ont été établies à partir d'un certain nombre d'hypothèses, quant à l'impact des initiatives proposées. Le groupe de travail considère ces hypothèses comme tout à fait réalistes, et il veut souligner ainsi qu'une voie existe permettant d'assurer la pérennité de notre système de santé – tout en améliorant l'accès aux soins et la qualité des services.

■ Une meilleure information, grâce au compte santé

Avec le **chapitre 16**, le groupe de travail répond à l'un des points précis mentionnés par le gouvernement dans son mandat en présentant ce que pourrait être un compte santé, vu comme un instrument de transparence dans la gestion des fonds publics, permettant aux citoyens de disposer d'une meilleure information sur le financement de la santé.

Le groupe de travail réfléchit donc à ce que pourrait être le compte santé auquel le gouvernement fait référence, en s'interrogeant successivement :

- sur les objectifs ainsi poursuivis,
- sur les informations qui y seraient présentées,
- sur la façon dont le compte santé pourrait être utilisé en tant qu'outil de reddition de comptes.

De façon très concrète, le groupe de travail élabore ensuite un exemple des différents tableaux qui constitueraient le compte santé rendu public par le gouvernement.

■ Une loi inadaptée : la *Loi canadienne sur la santé*

Le **chapitre 17** correspond à un autre point spécifique du mandat confié par le gouvernement. Le groupe de travail analyse la nature et les impacts de la Loi canadienne sur la santé, une loi à caractère financier énonçant certains principes à respecter – à défaut de quoi les provinces sont sanctionnées quant aux transferts fédéraux qu'elles reçoivent au titre de la santé.

Contestée par le gouvernement du Québec, la *Loi canadienne sur la santé* gêne en fait l'évolution dans la définition des systèmes publics de santé des provinces canadiennes. Le groupe de travail est d'avis que cette loi devra, tôt ou tard, être adaptée aux réalités d'aujourd'hui.

□ Conclusion

Au terme de son rapport, le groupe de travail revient sur la nature des orientations qu'il propose et sur l'esprit avec lequel sont formulées les différentes recommandations et propositions transmises au gouvernement.

- Le groupe de travail ne remet en cause aucun des principes fondamentaux du régime actuel. Dans le cadre du contrat social qu'il propose, le groupe de travail identifie ainsi des changements qui s'inscrivent, sur le plan des principes, dans la continuité d'efforts déjà entrepris et de virages déjà engagés.

- Ces changements sont cependant majeurs. Le groupe de travail trace la voie à des transformations profondes, par rapport à nos façons de faire actuelles et aux obligations de chacun des citoyens vis-à-vis le système de santé. Elles s’inspirent des meilleures pratiques observées à travers le monde. Le groupe de travail recommande qu’elles soient mises en œuvre de façon ordonnée et progressive, en retenant à cette fin un horizon de cinq à sept ans.
- Pour le groupe de travail, le principal défi que nous avons à relever collectivement est d’adapter notre système de santé aux réalités et au contexte du XXI^e siècle, en tenant compte des évolutions démographiques en cours, des changements technologiques présents et à venir, ainsi que des réalités politiques et sociales caractérisant notre collectivité et notre environnement. La mondialisation est l’une de ces réalités nouvelles que nous devons intégrer dans notre vision du système de santé, comme dans la plupart des secteurs de l’activité humaine.
- La vision que le groupe de travail propose est stimulante et motivante, mais elle suppose des engagements nouveaux pour chacun des acteurs de la société. Le groupe de travail est persuadé que dans le secteur de la santé comme dans bien d’autres domaines, nous avons des droits et des obligations. Un équilibre doit être atteint entre ce que nous demandons à la collectivité et ce que nous souhaitons en recevoir. Le groupe de travail souhaite que la vision qu’il dessine et les orientations qu’il propose respectent cet équilibre.
- Le groupe de travail est enfin persuadé que dans le secteur de la santé, il y a urgence d’agir. Le Québec est confronté à un défi qui interpelle également les autres pays développés. Nous avons cependant tardé à introduire certaines innovations, à engager certains changements, en courant le risque d’être acculés bientôt à des remises en cause beaucoup plus radicales, que nous serions contraints d’opérer contre notre volonté.

Nous pouvons maintenir un système de santé qui traduit notre vision de la vie en société et les principes auxquels nous sommes attachés, à condition d’agir vite et avec détermination.

Cet effort collectif ne pourra cependant être entrepris que dans la mesure où les citoyens y adhèrent et partagent cette même vision des choses. Le groupe de travail espère que ce rapport et les réflexions dont il est l’aboutissement y contribueront directement.

LES RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

Définir un objectif central

Le groupe de travail considère que le Québec doit assurer la pérennité du système public de santé en augmentant sa productivité et en ajustant la croissance des dépenses publiques de santé au taux de croissance de la richesse collective, et cela, tout en améliorant l'accès aux soins et la qualité des services.

La cible proposée

Recommandation

Le groupe de travail recommande que le gouvernement se fixe comme objectif, sur un horizon de cinq à sept ans, de réduire la croissance des dépenses publiques de santé de manière à ce que celle-ci n'excède pas le taux de croissance de la richesse collective.

La révision de la couverture actuelle du système public

Recommandation

Le groupe de travail recommande au gouvernement de procéder à une révision systématique et structurée de la couverture publique sur une base continue, en se dotant à cette fin d'un mécanisme permanent, crédible et légitime.

Vivre en santé et réduire les coûts grâce à la prévention

Proposition

Le groupe de travail encourage le gouvernement à poursuivre les efforts engagés dans la prévention de la maladie et la promotion de la santé.

Une clinique de santé de première ligne pour tous au Québec

Recommandation

Le groupe de travail recommande que le gouvernement accélère le déploiement de cliniques de santé, de façon à assurer à chaque Québécois l'accès à un médecin de famille.

Ce déploiement devrait être réalisé sur un horizon de cinq ans.

Recommandation

Le groupe de travail recommande au gouvernement de donner aux cliniques de santé ayant conclu une entente avec l'agence régionale le droit de percevoir annuellement une cotisation auprès des patients inscrits.

Des innovations pour l'accès aux soins

Recommandation

Le groupe de travail recommande qu'un médecin puisse être autorisé à exercer selon une pratique mixte, à l'intérieur des limites prescrites et sous condition d'une entente avec son établissement⁸.

Proposition

Le groupe de travail propose que la loi autorise le recours à l'assurance privée pour des services déjà couverts par le régime public⁹.

Proposition

Le groupe de travail propose que les initiatives relativement au rôle du secteur privé et celles découlant des gestes déjà posés par le gouvernement soient évaluées sur un horizon de cinq ans.

⁸ Cette recommandation fait l'objet d'une position dissidente de M. Michel Venne. Voir l'annexe.

⁹ Cette proposition fait l'objet d'une position dissidente de M. Michel Venne. Voir l'annexe.

Le vieillissement de la population

Recommandation

Le groupe de travail recommande que soit engagée une réflexion collective sur les répercussions du vieillissement de la population, sur le moyen et le long terme.

La perte d'autonomie et le maintien à domicile

Recommandation

Le groupe de travail recommande :

- que, à l'égard des personnes âgées en perte d'autonomie, le gouvernement accorde la priorité au maintien à domicile et qu'à cette fin, il soutienne dans ce secteur un niveau élevé d'investissement;
- que les soins médicaux, infirmiers et spécialisés couverts à domicile le soient de manière universelle par le régime public et que les autres services de maintien à domicile, pour l'assistance à la vie quotidienne et l'aide domestique, soient l'objet d'une couverture graduée en fonction du degré de dépendance, de la nature du service et de la capacité de payer (dans tous les cas, les plus démunis devraient être protégés).
- que l'admissibilité à un crédit d'impôt fasse l'objet d'un test de revenus.

Recommandation

Le groupe de travail recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux confie en concession, aux ressources appropriées, l'opération des CHSLD à l'intérieur d'un horizon de cinq ans.

Des médicaments mieux utilisés dont le coût est contrôlé

Proposition

Le groupe de travail propose au gouvernement de resserrer les règles relatives à l'application des mesures d'exception prévues au Régime général d'assurance médicaments en tenant compte impérativement des avis du Conseil du médicament.

Le groupe de travail propose également que soit confiée à un seul organisme l'autorité sur l'ensemble des avis émis au sein du système de santé sur la valeur thérapeutique et le rapport coût-efficacité des médicaments.

Recommandation

Le groupe de travail recommande de modifier les paramètres du Régime public d'assurance médicaments de manière à ce que les adhérents assument l'intégralité du coût du régime pour leur groupe d'assurés.

La gouvernance : des changements à poursuivre, une nouvelle culture à implanter

Recommandations

Le groupe de travail recommande que la mission du ministère de la Santé et des Services sociaux soit recentrée sur l'établissement de la politique et des objectifs de santé, la définition des services assurés, l'établissement de standards nationaux, l'allocation des ressources aux fins d'immobilisation et de fonctionnement entre les agences régionales, l'établissement des indicateurs de performance, et l'évaluation et l'agrément par l'intermédiaire des organismes désignés.

Le groupe de travail recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux se désengage de la production des soins proprement dite.

Recommandation

Le groupe de travail recommande au gouvernement que les agences régionales aient pour mission de traduire la politique et les priorités nationales en stratégies d'implantation sur leurs territoires, en tant qu'acheteurs de services auprès des fournisseurs de soins et de services, et qu'elles bénéficient à cette fin d'une large autonomie.

Recommandation

Le groupe de travail recommande que les CSSS et les autres établissements bénéficient d'un large degré d'autonomie et des moyens d'assumer leurs responsabilités, et qu'en contrepartie, ils soient pleinement responsables de leur gestion.

Recommandation

Le groupe de travail recommande que les cliniques de santé soient pleinement responsables de leurs ressources financières et de leur personnel professionnel et technique et qu'en contrepartie, elles soient entièrement imputables de leur gestion.

Recommandation

Le groupe de travail recommande que le système de santé soit fondé sur les droits et obligations de tous les intervenants, y compris les médecins, au moyen d'ententes contractuelles.

Recommandations

Le groupe de travail recommande que chaque agence régionale et chaque établissement soit chapeauté par un conseil d'administration, dont la responsabilité est d'assurer une gestion efficace des ressources qui leur sont confiées.

À cette fin, le groupe de travail recommande que les conseils d'administration soient composés d'un nombre limité de membres indépendants, choisis en raison de leur compétence, et qu'ils soient rémunérés.

Recommandations

Le groupe de travail recommande qu'un programme bien structuré, complet et systématique soit mis en place afin d'évaluer la performance des établissements par rapport aux objectifs de santé ainsi qu'aux points de vue clinique et économique – ce programme évaluant également la satisfaction des patients.

Le groupe de travail recommande de plus que les résultats des évaluations soient publicisés périodiquement.

Proposition

Le groupe de travail considère que la mise en œuvre de projets de démonstration visant à tester d'autres modes de gestion d'hôpitaux permettrait d'identifier de nouvelles voies fructueuses et d'effectuer d'intéressantes comparaisons au niveau de l'efficacité et de la performance à différents niveaux¹⁰.

Une allocation des ressources incitative et stratégique

Recommandation

Le groupe de travail recommande que pour le financement des établissements, la méthode des budgets historiques soit remplacée par la méthode de l'achat de services.

Proposition

Le groupe de travail propose que l'implantation de la méthode de l'achat de services soit effectuée de manière progressive, en commençant par une région pilote, afin de laisser un temps suffisant à la formation et à l'acquisition des outils d'information nécessaires.

¹⁰ Cette proposition fait l'objet d'une position dissidente de M. Michel Venne. Voir l'annexe.

Une organisation du travail dynamique et efficace

Recommandations

Le groupe de travail recommande que le gouvernement incite et encourage les établissements du secteur de la santé à remplacer la culture bureaucratique et centralisée actuelle par une organisation du travail dynamique.

Le groupe de travail recommande que le gouvernement octroie un budget dédié à tout établissement qui présente un programme de renouveau de l'organisation du travail.

L'implantation de cette nouvelle organisation du travail pourrait être soutenue par les fondations et fonds d'investissement intervenant dans le domaine de la santé.

Recommandation

Le groupe de travail recommande qu'en dépit de l'appel récemment porté contre le jugement de la Cour supérieure sur la loi 30, le gouvernement et les syndicats engagent un dialogue dans le but de créer à tous les niveaux une dynamique positive des relations de travail, fondée sur le respect mutuel des parties en cause.

Un organisme crédible et indépendant pour assumer un rôle stratégique : l'Institut national d'excellence en santé

Recommandation

Le groupe de travail recommande le regroupement, au sein d'un Institut national d'excellence en santé, du Conseil du médicament du Québec, de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et du Commissaire à la santé et au bien-être, afin de confier à un organisme indépendant et crédible un rôle stratégique à l'égard de la pertinence et de la qualité des services de santé.

L'Institut devrait notamment :

- Formuler périodiquement des recommandations sur la composition du panier des services assurés par le régime public.
- Évaluer les nouvelles technologies de la santé, incluant les médicaments, pour en recommander l'inclusion sur la Liste des médicaments ou dans le panier des services assurés.
- Réviser la pertinence de conserver dans la Liste et dans le panier des services assurés les technologies et les médicaments actuellement couverts.
- Assurer une vigie des nouvelles technologies et des nouveaux modes d'intervention apparaissant sur le marché afin d'identifier les plus pertinents.
- Produire des protocoles cliniques et des guides de pratique.

Proposition

Le groupe de travail propose au gouvernement de prendre des mesures appropriées afin de favoriser l'émergence de la discipline de l'économie de la santé, par le soutien à des centres ou des chaires de recherche spécialisés dans ce domaine.

Les nouvelles technologies de l'information, au service du patient et du gestionnaire

Recommandation

Le groupe de travail recommande que le Dossier de santé du Québec ne soit déployé qu'une fois que l'expérience pilote aura été effectuée dans une région du Québec et ses résultats analysés. Il importe qu'une attention particulière ait été portée à la gestion du changement.

Recommandation

Le groupe de travail appuie la démarche engagée par le gouvernement afin de ne plus réclamer le consentement explicite du patient (l'« opting in ») et de le remplacer par un mécanisme explicite d'exclusion (l'« opting out »). Il recommande que cette démarche soit menée à terme.

Recommandation

Le groupe de travail recommande que la priorité soit placée sur le déploiement du dossier patient électronique dans chacun des établissements et dans les cliniques de santé.

Recommandation

Le groupe de travail recommande la création, au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la fonction de responsable de la planification, de l'établissement des normes et des standards et du déploiement des technologies de l'information dans l'ensemble du système de santé, y compris la Régie de l'assurance maladie du Québec et les établissements.

Des sources de revenus durables et diversifiées

Recommandation

Le groupe de travail recommande de combler l'écart entre la hausse des dépenses publiques de santé et la croissance de la richesse collective par de nouvelles sources de revenus dédiées à la santé, et cela dès l'exercice 2008-2009.

Le groupe de travail recommande qu'à cette fin, le gouvernement crée, à compter de l'exercice 2008-2009, un Fonds de stabilisation dédié à la santé, alimenté à partir de sources de revenus elles-mêmes dédiées, soit :

- le produit d'une franchise modulée en fonction de l'utilisation des services médicaux et du revenu familial;
- un pourcentage de la taxe de vente du Québec.

Recommandation

Le groupe de travail recommande la mise en place d'une franchise à compter de l'exercice 2009-2010, dont le montant dépendrait du nombre de visites médicales effectuées durant l'année précédente. La franchise serait calculée et plafonnée en fonction du revenu des ménages. Les familles à faible revenu en seraient exemptées.

La franchise serait utilisée pour orienter l'utilisation des services médicaux dans la direction considérée comme la plus appropriée. À cette fin, le gouvernement définirait les critères retenus concernant la nature des visites médicales prises en compte dans la franchise ainsi que le coût de chaque visite médicale imputé dans le calcul de la franchise.

Recommandation

Le groupe de travail recommande au gouvernement d'augmenter la taxe de vente du Québec d'un demi-point ou d'un point de pourcentage, et de verser le montant ainsi obtenu au Fonds de stabilisation dédié à la santé.

Recommandation

Le groupe de travail recommande de résoudre la question des frais accessoires de la façon suivante :

- Les frais accessoires pour les cliniques de santé de première ligne devraient être supprimés, dans le cadre d'une entente entre la Fédération des médecins omnipraticiens et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Dans les cliniques médicales associées, les frais entourant la dispensation des services devraient être inclus dans les ententes négociées entre l'établissement et la clinique médicale.
- Dans les cliniques médicales spécialisées, les frais accessoires actuels devraient être remplacés par un régime de tarification établi conjointement par le gouvernement et par les fédérations médicales.

Recommandation

Le groupe de travail recommande la mise en œuvre d'un programme permanent de réévaluation des frais administratifs et de révision de la tarification des services.

Le compte santé

Proposition

Le groupe de travail propose donc :

- que le ministère de la Santé et des Services sociaux produise chaque année un compte santé,
- que ce compte santé soit déposé par le ministre de la Santé et des Services sociaux à l'Assemblée nationale,
- qu'une séance spéciale d'une commission parlementaire de l'Assemblée nationale porte exclusivement sur le compte santé.

ANNEXE

Le Groupe de travail sur le financement du système de santé n'a pu faire l'unanimité sur l'ensemble des recommandations et propositions présentées dans le rapport. Une position dissidente a été enregistrée par M. Michel Venne sur trois points précisément identifiés dans le rapport. Cette position est expliquée dans l'annexe 3 du rapport, aux pages 297 à 303. Il est important de noter que le sommaire ne présente qu'un extrait de la position dissidente. Le lecteur est invité à se référer au rapport pour prendre connaissance de son contenu intégral.

Concentrer nos efforts sur le système public

Au terme du mandat du Groupe de travail sur le financement du système de santé, je me sens l'obligation d'exprimer mon désaccord avec trois points précis du rapport, tous reliés au rôle du secteur privé.

Après plusieurs mois de recherche, de débats et de réflexions au sein du groupe de travail, j'en suis arrivé en effet à la conclusion qu'il est inopportun de permettre, en ce moment, de plus larges ouvertures au secteur privé que celles déjà prévues dans les services de santé au Québec.

J'exprime ainsi ma dissidence à l'endroit d'une recommandation et de deux propositions.

- Je m'oppose à la levée de l'interdiction qui est faite aux médecins de pratiquer à la fois dans le système public et dans le système privé, ce que l'on appelle le décroisement de la pratique médicale¹¹.
- Je suis également en désaccord avec une ouverture plus grande sur l'assurance privée¹².
- Enfin, je me prononce contre l'idée de confier à des sociétés privées spécialisées en gestion l'administration d'hôpitaux¹³.

Les raisons qui motivent cette opinion sont sérieuses et bien réfléchies.

- Les trois points sur lesquels j'exprime ma dissidence constituent, à mes yeux, des accrocs à la logique d'ensemble du rapport. Ils créent une diversion et suscitent des interprétations contradictoires.

¹¹ Ma dissidence porte sur toute la section 7.2.2 qui commence à la page 101 du rapport.

¹² Ma dissidence porte sur toute la section 7.2.3 qui commence à la page 103 du rapport.

¹³ Ma dissidence porte sur toute la section 10.4.2 qui commence à la page 187 du rapport.

- L'interdiction faite aux médecins de pratiquer à la fois dans le système public et dans le système privé ainsi que la prohibition de l'assurance duplicative sont deux moyens importants mis à la disposition du ministre de la Santé et des Services sociaux pour contrôler le rapport entre le système public et les fournisseurs privés. Ce serait une erreur de lui enlever l'usage.
- Enfin, la résolution des problèmes de notre système de santé passe par la mobilisation des acteurs du système. Pour que cette mobilisation soit réussie, le gouvernement doit établir sans équivoque et sans arrière-pensée qu'il donne la priorité au système public. Ces trois mesures risquent d'être perçues comme un désaveu par un grand nombre d'intervenants du système public et de nuire à la mise en œuvre des solutions identifiées par le groupe de travail pour améliorer et assurer sa pérennité.

Extrait de l'annexe 3 du rapport portant sur la position dissidente exprimée par :

M. Michel Venne,
Vice-président du Groupe de travail sur le financement du système de santé,
Montréal, le 8 février 2008



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

