

**Mémoire déposé à la
Commission
sur le déséquilibre fiscal**

Septembre 2001



LA MISSION DE L'AHQ

L'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) regroupe quelque 120 membres actifs, à savoir des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, des centres universitaires, des centres hospitaliers de soins psychiatriques, des centres d'hébergement et de soins de longue durée, des centres de santé et des établissements ayant une mission en réadaptation. Plus de 110 000 personnes travaillent dans ces établissements.

L'Association compte aussi une dizaine d'autres établissements et organismes reliés au domaine de la santé et des services sociaux, ainsi qu'une quarantaine d'entreprises et de sociétés offrant des biens et services aux établissements du réseau.

L'Association a pour mission de représenter et de promouvoir les intérêts de ses membres et de leur fournir une gamme de services qui répondent à leurs besoins.

Le site Web de l'AHQ est l'outil par excellence pour obtenir de l'information sur l'ensemble de ses services.

L'Association des hôpitaux du Québec et ses membres croient à l'importance de développer et de maintenir l'accessibilité à des soins et des services de haute qualité pour l'ensemble de la population.

© Association des hôpitaux du Québec, 2001

Distribution :

Association des hôpitaux du Québec

Publications de l'AHQ

505, boul. de Maisonneuve Ouest

Bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2

Téléphone : (514) 282-4228

Site Web : <http://www.ahq.org>

Dépôt légal – 3^e trimestre 2001

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.
Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1. LE DÉSÉQUILIBRE FISCAL ET SES CONSÉQUENCES	2
1.1 Le déséquilibre fiscal.....	2
1.2 Le financement des soins de santé.....	4
1.3 Les facteurs de croissance des dépenses de santé.....	5
1.3.1 Le vieillissement de la population.....	5
1.3.2 Les nouvelles technologies	6
1.4 Les technologies de l'information	7
1.5 Le parc immobilier	8
2. LA DÉFINITION DES SERVICES ASSURÉS.....	8
3. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	9

INTRODUCTION

Tous les paliers de gouvernement cherchent à assurer que le système de santé soit adéquat et suffisant pour répondre aux besoins des Québécois et de l'ensemble des Canadiens, et le financement du système de santé prend une place prépondérante au cœur des discussions sur le partage des responsabilités financières entre le gouvernement fédéral et les provinces. L'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) reconnaît d'emblée la diminution des transferts en provenance du gouvernement fédéral et entend apporter sa contribution au débat qui est engagé sur la question. La mission de l'Association étant de représenter et de promouvoir l'intérêt de ses membres qui sont des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, le présent mémoire déposé à la Commission ne vise pas à faire la démonstration complète du déséquilibre fiscal, mais il s'intéressera plutôt à ses conséquences, ainsi qu'aux solutions à envisager pour le secteur de la santé.

Le réseau hospitalier a été fortement ébranlé par les compressions budgétaires successives des dernières années, et l'AHQ, à titre de porte-parole des établissements du réseau de la santé et des services sociaux qu'elle représente, doit veiller à ce que notre système québécois puisse répondre adéquatement aux besoins des malades. Malgré des budgets réduits, les gestionnaires et les professionnels oeuvrant au sein des établissements ont contribué de façon exceptionnelle à maintenir un accès à des soins et à des services de qualité. Mais l'accessibilité aux services demeure difficile, et il est urgent d'investir en santé. Un rattrapage s'impose !

Depuis le début des années 90, les compressions importantes apportées aux transferts fédéraux dans le secteur de la santé, à l'intérieur des divers mécanismes de transferts de fonds fédéraux, ont contribué à fragiliser le système de santé. D'autre part, le gouvernement québécois, soucieux de réduire son déficit et d'atteindre l'équilibre budgétaire, a décidé de restreindre les budgets consacrés à la santé.

Même après avoir rétabli les transferts sociaux au même niveau qu'en 1994, en dollars courants, les gouvernements provinciaux continuent de réclamer une participation financière accrue du gouvernement central. Les rôles et responsabilités des divers paliers de gouvernement dans le domaine de la politique sociale ne semblent pas clairement définis, et il devient de plus en plus difficile, pour le gouvernement fédéral, de préconiser le respect des cinq principes qui servent d'assise à la Loi canadienne sur la santé. Puisque le gouvernement reconnaît la validité de ces principes, il doit assurer au système de santé un financement durable et suffisant qui en permette une application conforme à ses attentes.

L'économie canadienne se porte bien, et s'il est reconnu que le financement du système de santé doit être suffisant, il faut toutefois considérer notre capacité de payer et garder un juste équilibre entre la réduction des impôts, le remboursement de la dette nationale et les investissements dans la santé. Nous connaissons actuellement une période de surplus budgétaires, mais les dettes nationale et provinciales demeurent élevées. Certes, la santé doit être considérée comme un enjeu prioritaire, mais nous devons également prévoir des modalités de remboursement des dettes collectives afin d'éviter d'imposer cette obligation aux générations futures.

Nous présentons les conséquences du déséquilibre en examinant d'abord la situation du financement des soins de santé et l'impact financier des multiples compressions budgétaires imposées au réseau de la santé québécois au cours des dernières années. Nous analysons ensuite les principaux facteurs de croissance des dépenses de santé, plus spécifiquement le vieillissement de la population et les nouvelles technologies. Nous insistons sur l'importance de doter le système de santé d'installations qui répondent adéquatement aux besoins de soins, ainsi que de technologies de l'information qui reflètent les progrès technologiques. Nous soulignons également la nécessité de revoir l'article sur l'intégralité de la Loi canadienne sur la santé, qui définit les services assurés comme étant les services *médicalement requis*, et nous concluons en suggérant quelques pistes de recommandations.

1. LE DÉSÉQUILIBRE FISCAL ET SES CONSÉQUENCES

La structure de financement actuelle influence grandement l'évolution de l'offre par rapport à la demande de soins. Le financement des soins de santé étant décidé à l'intérieur d'un processus d'arbitrage des priorités gouvernementales, le secteur de la santé et des services sociaux est ainsi en concurrence avec les autres secteurs d'activité comme l'éducation ou la sécurité publique. Lorsque le niveau de financement est décidé, il s'ensuit que la gestion du système est avant tout une gestion de l'offre de service face à une demande qui s'exprime sans restriction¹. Les compressions apportées aux transferts fédéraux ont réduit la capacité du système de santé d'absorber l'accroissement de la demande de soins et l'augmentation des coûts, limitant l'accessibilité et menaçant la qualité des soins.

1.1 LE DÉSÉQUILIBRE FISCAL

Entre 1982-1983 et 1996-1997, l'ensemble des mesures de compression imposées par le gouvernement fédéral, dans le cadre du « Financement des programmes établis » (FPE), s'est traduit pour le Québec par un manque à gagner cumulatif de l'ordre de 9,0 milliards de dollars pour la santé. En 1996-1997, le FPE et le « Régime d'assistance publique du Canada » furent

¹ Bédard, Denis, *Le financement des soins socio-sanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, ENAP, janvier 2000.

intégrés dans un programme unique de subventions : le « Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux » (TCSPS). Les compressions imposées au Québec dans ce dernier programme ont entraîné, en rapport au financement des dépenses de santé, des pertes estimées variant de 310 M\$ à 590 M\$ par année entre 1996-1997 et 1999-2000².

Le montant du TCSPS versé aux provinces étant discrétionnaire, il n'est fonction d'aucune variable économique, ni du coût réel des programmes des provinces qui bénéficient de ces transferts, et aucun mécanisme d'indexation n'est prévu. En raison de toutes ces compressions fédérales, la part des transferts fédéraux dans le financement des dépenses publiques de santé au Québec a chuté de 39 % à la fin des années 90 à 30 % au cours des dernières années. Le programme de péréquation doit avoir pour but de réduire les inégalités financières entre les provinces en augmentant les revenus des gouvernements des provinces moins bien nanties. Tel que le fait ressortir le document d'information de la Commission sur le déséquilibre fiscal, l'analyse du fonctionnement du programme nous permet d'identifier plusieurs éléments de péréquation fortement défavorables pour le Québec.

La norme fiscale utilisée pour la détermination du manque à gagner *per capita* étant calculée à partir de la capacité fiscale de seulement cinq provinces, elle ne compense pas entièrement les écarts de capacité fiscale entre les provinces. Il en est de même pour le plafonnement des droits de péréquation, qui a privé les provinces de revenus totalisant 3 milliards de dollars depuis 1982, dont plus de 50 % pour le Québec. De plus, les versements de péréquation qu'une province reçoit durant une année financière dépendent non seulement du calcul des droits pour l'année en cours, mais également des révisions aux droits pour les années précédentes. Il s'ensuit des fluctuations importantes qui complexifient tout processus de planification de revenus pour les provinces.

Les analyses de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), portant sur les pays du G-7 et sur les provinces canadiennes, indiquent qu'à part l'Italie, seul le Québec a connu une diminution de la part de ses dépenses de santé dans son produit intérieur brut. Entre 1992 et 1997, pendant que cinq pays augmentaient leurs dépenses de santé (France et Allemagne 5 %, États-Unis 11 %, Royaume-Uni 12 % et Japon 14 %), l'Italie diminuait les siennes de 6 % et le Québec de 11 %. Toujours selon l'ICIS, le Québec est bon dernier dans les dépenses publiques de santé par habitant au pays, puisqu'en 1999, il était prévu que les provinces canadiennes investissent en moyenne 1 958 \$ par habitant, mais seulement 1 728 \$ pour le Québec.

² Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Les efforts budgétaires demandés au secteur de la santé et des services sociaux*, Groupe de travail pour la consultation d'automne, septembre 1997.

1.2 LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

Malgré un redressement partiel des montants transférés aux provinces, les fonds versés dans le cadre du TCSPS et de la péréquation sont insuffisants pour compenser la croissance des coûts de santé, et les budgets provinciaux en sont largement affectés.

Au cours des dernières années, les dépenses financées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour les établissements de santé québécois ont connu d'importantes fluctuations. Après avoir connu des augmentations annuelles variant de 6,3 % à 9,5 % entre 1985-1986 et 1991-1992, le rythme de croissance a ralenti à 3 % en 1992-1993, puis à 0,9 % en 1994-1995. Par la suite, le budget du Ministère a diminué de 0,3 % en 1995-1996, de 1,3 % en 1996-1997 et de 3,2 % en 1997-1998. Entre 1995-1996 et 1997-1998, le changement dans l'évolution des dépenses a nécessité un effort budgétaire total de 1,9 milliard de dollars pour le seul secteur de la santé et des services sociaux³.

Le gouvernement provincial s'étant lui-même fixé comme objectif d'atteindre l'équilibre budgétaire, la réduction des transferts fédéraux s'est traduite par des compressions majeures dans le secteur de la santé. Ainsi, en plus de subir des compressions budgétaires importantes, les établissements du réseau ont été contraints d'absorber, à même des budgets réduits, l'accroissement de la demande de services dû au vieillissement de la population, les coûts des nouvelles technologies et l'augmentation générale des prix à la consommation.

Plusieurs études récentes font mention d'un accroissement annuel des coûts de 3 %, en dollars constants, au seul titre des pressions structurelles qui s'exercent sur les dépenses de santé et de services sociaux. Sauf pour l'exercice 2000-2001, où le MSSS a reconnu l'augmentation des volumes de services cliniques, les ajustements budgétaires versés aux établissements ne tiennent pas compte de ces contraintes. Pour stabiliser le niveau de financement du système, il faut établir un taux d'accroissement annuel qui tienne compte adéquatement des besoins actuels, des nouveaux besoins, des nouvelles technologies et de l'inflation.

Depuis trois ans, le gouvernement du Québec rembourse la majorité des déficits encourus par les établissements du réseau. Cet effort dénote l'importance de la santé dans les priorités gouvernementales, mais les ajouts récents consentis à la santé sont insuffisants pour couvrir l'ensemble des facteurs d'accroissement des coûts que les établissements doivent assumer.

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Les efforts budgétaires demandés au secteur de la santé et des services sociaux*, Groupe de travail pour la consultation d'automne, septembre 1997.

1.3 LES FACTEURS DE CROISSANCE DES DÉPENSES DE SANTÉ

Pour maintenir notre système public de soins de santé et de services sociaux, nous devons trouver un point d'équilibre entre la préservation des acquis essentiels et les pressions sur la hausse des coûts. La viabilité de notre système de santé dépend en grande partie de notre capacité à comprendre et à gérer les diverses causes d'accroissement des dépenses de santé. Parmi ces causes, les changements démographiques, et plus spécifiquement la hausse de la proportion des personnes de 65 ans et plus reliée au vieillissement et à l'augmentation de l'espérance de vie, affectent déjà la demande de soins et, conséquemment, les coûts de santé.

L'évolution des besoins de soins de santé peut également affecter la croissance des coûts. D'une part, de nouvelles maladies peuvent apparaître, comme le sida, ou encore l'incidence de maladies existantes peut s'accroître, comme certaines formes de cancer. D'autre part, la satisfaction de certains besoins peut être en croissance grâce à de nouvelles pratiques médicales ou à de nouvelles technologies⁴. Dans ce dernier cas, la population étant de plus en plus instruite, elle est au courant des possibilités de traitement et elle attend davantage du système.

1.3.1 Le vieillissement de la population

Au moment du dernier recensement de la population au Québec en 1996, on comptait 7 274 019 habitants et, selon les projections démographiques, la population du Québec atteindra 7 782 416 personnes en 2021. Cette faible augmentation prévue d'un demi-million d'habitants en vingt-cinq ans serait le résultat d'une augmentation de 46 % des personnes de 65 ans et plus et de 3,5 % des adultes, combinée à une diminution de 28 % du nombre de jeunes de moins de 20 ans⁵.

Ainsi, depuis plusieurs années, la proportion des personnes de 65 ans et plus dans la population totale du Québec progresse rapidement. En 1976 et en 1986, ce groupe représentait 8 % de l'ensemble de la population. En 1996, cette proportion est passée à 12 %, et les projections révèlent qu'elle sera de 21 % en 2021. Cela signifie que sur une période de près de quarante ans, la population de plus de 65 ans aura augmenté de 163 %, soit deux fois plus rapidement que dans l'ensemble des pays industrialisés.

Jusqu'à présent, les facteurs démographiques n'ont pas exercé de pression trop importante sur l'augmentation des dépenses, mais la pression sera à la hausse dans les prochaines années du fait

⁴ Bédard, Denis, *Le financement des soins socio-sanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, ENAP, janvier 2000.

⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Financement et organisation des services de santé et des services sociaux, Santé au Québec : quelques indicateurs*, juin 2000.

que la croissance de la population sera beaucoup plus forte dans le groupe des personnes très âgées, soit le groupe des 85 ans et plus.

Par ailleurs, les conséquences à long terme des changements démographiques sur le financement des soins de santé sont amplifiées par la baisse de fécondité en même temps qu'il y a hausse de l'espérance de vie. La pyramide d'âge vieillit donc par les deux bouts⁶. Ceci implique que les consommateurs de soins auront des demandes supérieures à la moyenne actuelle et que le nombre d'individus contribuant au financement du système diminuera.

Nous ne pouvons prévoir l'impact exact de ce phénomène, à savoir si le vieillissement de la population fera grimper considérablement les coûts totaux de la santé, si cette augmentation sera compensée par une augmentation correspondante du PIB ou si elle sera atténuée par l'amélioration de l'état de santé de la population. Mais, nous sommes assurés que le vieillissement de la population jouera un rôle déterminant dans la définition des besoins futurs de soins et de services de santé.

1.3.2 Les nouvelles technologies

L'expansion des technologies peut être considérée comme une des principales causes de la croissance des dépenses de santé. Malgré cela, nous devons répondre aux besoins de la population en assurant une prestation de soins cliniques qui reflète constamment les progrès technologiques.

Pour améliorer la qualité des soins et l'efficacité du système, l'accès rapide aux technologies de diagnostics et de traitements joue un rôle essentiel dans le dépistage rapide de plusieurs maladies. La population doit donc avoir accès à des technologies qui permettent de diagnostiquer et de traiter efficacement les maladies.

Les systèmes d'information dont nous disposons actuellement ne nous permettent pas d'évaluer de façon précise l'impact spécifique des nouvelles technologies sur les coûts de santé, d'autant plus que cet impact peut entraîner des effets économiques à plusieurs niveaux. L'incidence des besoins peut être moindre, la convalescence peut être écourtée, mais ces économies profitent à l'ensemble de la société, tandis que les coûts afférents doivent être assumés exclusivement par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Au cours des dernières années, les contraintes budgétaires qu'a connues notre réseau hospitalier ont incité les établissements à adopter des modes de prestation des soins leur permettant de

⁶ Bédard, Denis, *Le financement des soins socio-sanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, ENAP, janvier 2000.

réduire les coûts d'hospitalisation, telle la chirurgie d'un jour. Mais même si tous reconnaissent que ces changements n'auraient pu se réaliser sans le recours aux nouvelles technologies, le financement accordé à ce titre a été largement insuffisant pour en couvrir les coûts, puisque les établissements ont souvent dû financer ces coûts à partir de leur budget d'opération, réduisant d'autant les fonds consentis aux soins directs à la population.

1.4 LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

Le développement des ressources informationnelles représente une clé essentielle pour les changements que nous voulons induire dans le système de santé⁷. Dans le contexte d'un système de prestation intégré de soins de santé, il devient essentiel d'assurer la circulation interne et externe des informations relatives au patient, puisqu'il s'agit d'un excellent moyen d'assurer la continuité des soins en aidant les prestataires de soins de santé.

Les ressources informationnelles doivent rapidement évoluer vers des systèmes clinico-administratifs pour soutenir les activités cliniques, la pratique médicale et les soins infirmiers. L'acquisition ou le développement de systèmes dans le domaine des ressources informationnelles doivent aussi s'intégrer en vue de soutenir un système de coût par cas ou par épisode de soins⁸ qui englobe les activités de l'ensemble des dispensateurs de soins.

Pour améliorer la gestion des soins de santé et permettre une utilisation optimale des ressources limitées dont nous disposons, les gestionnaires et les professionnels de la santé doivent disposer d'informations appropriées pour prendre des décisions éclairées. Dans une démarche de gestion globale, nous devons pouvoir introduire une perspective clinique dans le processus de planification budgétaire et ainsi déplacer l'approche de la performance financière vers une approche de performance clinico-administrative.

Dans son plan stratégique 2001-2004, le MSSS a reconnu l'importance de se doter de systèmes d'information efficaces et sécurisés et, au cours de l'exercice 2000-2001, le gouvernement du Canada s'est engagé à investir un demi-milliard de dollars pour les technologies de l'information sur la santé, dont 120 millions pour le Québec. Nous avons beaucoup de rattrapage à faire dans ce domaine, et les technologies évoluent constamment. Les gouvernements doivent donc prévoir un financement récurrent suffisant et distinct des budgets d'opération des établissements pour assurer une prestation de soins cliniques qui reflète constamment les progrès techniques fondés sur des données probantes.

⁷ Association des hôpitaux du Québec, *Mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, septembre 2000.

⁸ Association des hôpitaux du Québec, *Mémoire sur les ressources informationnelles du réseau de la santé et des services sociaux*, avril 2000.

1.5 LE PARC IMMOBILIER

Le parc immobilier du réseau de la santé et des services sociaux représente un actif important pour la société québécoise. La réduction des budgets de fonctionnement a forcé les établissements à restreindre les dépenses en entretien et en réparation des bâtiments et des équipements, dans le but de consacrer une portion plus importante des budgets aux soins à la population.

Cette situation a privé les installations d'un entretien convenable et a favorisé l'accumulation de déficits d'entretien⁹. Il en découle des déficiences importantes se rapportant à la vétusté et au manque de sécurité des installations requérant des travaux majeurs. Il faut donc investir rapidement afin d'éviter que les immeubles se détériorent au point de ne plus répondre aux besoins de services.

2. LA DÉFINITION DES SERVICES ASSURÉS

À plusieurs reprises dans le passé, l'Association des hôpitaux du Québec a préconisé le respect des conditions qui servent d'assise à la Loi canadienne sur la santé : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. Mais ces grands principes sont issus des concepts d'assurance-hospitalisation instaurée dans les années 60 et ils ne tiennent aucunement compte des nouveaux modes de prestation de services. Au cours des trente dernières années, le panier de services assurés n'a fait l'objet d'aucun processus d'évaluation continue et il n'a pas suivi l'évolution sociale, démographique, épidémiologique et technologique que le Canada a connu pendant cette période. Aussi, ces grands principes doivent être révisés et modernisés, sans toutefois remettre en cause les valeurs qui les sous-tendent.

Déjà en 1997, lors d'un sondage réalisé pour le journal *Artère* de l'AHQ sur l'accessibilité des services, 71 % des personnes interrogées avaient répondu qu'il était plus difficile d'obtenir des services sociaux et de santé¹⁰. Depuis, les délais d'attente pour des soins urgents comme la chirurgie cardiaque ou l'oncologie ne cessent d'allonger, ce qui démontre la difficulté de maintenir une accessibilité adéquate aux services cliniques.

Nous reprenons ici quelques propos publiés à ce sujet dans notre mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, présidé par M. Michel Clair. « Il faut rappeler que dans la Loi canadienne sur la santé, l'article sur l'intégralité définit les

⁹ Le Vérificateur général du Québec, *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 1999-2000, Gestion des immeubles dans le réseau de la santé et des services sociaux*.

¹⁰ Marcil, François, La population n'est pas dupe de l'effritement du système, *Artère*, Association des hôpitaux du Québec, janvier 1997, vol. 15, n° 1, p.1.

services assurés comme étant les services *médicalement requis*, lesquels sont essentiellement associés aux services médicaux et aux services rendus en milieu hospitalier. Cela signifie que les solutions alternatives à l'hospitalisation ne sont pas nécessairement des services assurés au sens de la Loi. La définition du principe de l'intégralité n'est pas adaptée aux pratiques cliniques modernes et pour apporter des changements véritables au financement du système et à l'organisation des services, il faudra revoir cette définition qui ne devrait pas s'appuyer sur les services *médicalement requis*, mais plus globalement sur les services *cliniquement requis*, nécessitant une intervention thérapeutique qui peut être dispensée hors des murs de l'hôpital et par des cliniciens autres que des médecins »¹¹.

3. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le financement des soins de santé a lourdement été affecté par les réductions des fonds fédéraux. Nous souscrivons aux initiatives de réduction des impôts des particuliers et des compagnies, de remboursement de la dette, mais nous nous préoccupons également des investissements nécessaires et suffisants dans les services et les soins de santé.

Si l'État entend préserver le financement public du système de santé, il doit se préparer à faire des choix et se doter de mécanismes qui permettront d'établir, en toute transparence, les objectifs et les priorités de la population dans le domaine de la santé et de dresser la liste des services qui seront assurés par l'État.

RECOMMANDATION 1

Que soit mis en place un mécanisme afin d'évaluer et de réviser sur une base continue le panier de services assurés et les nouvelles technologies médicales.

L'Association des hôpitaux du Québec souhaite que le gouvernement fédéral, qui limite aux autres paliers de gouvernement l'accès à d'autres sources de revenus pour financer leurs programmes de santé, se responsabilise pour faire en sorte que chaque province dispose des revenus nécessaires pour offrir des services d'accès et de qualité comparables.

Pour maintenir la qualité du système de santé, il faut lui assurer un financement durable et à long terme, et établir un taux d'accroissement annuel qui tienne compte adéquatement des besoins actuels et futurs, des nouvelles technologies, et surtout, de l'inflation spécifique à la santé. Nous devons également nous doter de systèmes d'information appropriés pour supporter la prise de décisions éclairées, améliorer la gestion des soins de santé et permettre une utilisation optimale

¹¹ Association des hôpitaux du Québec, *Mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, septembre 2000.

des ressources. Les pressions sur les coûts du système de santé sont telles qu'il faut rapidement rétablir les bases de financement qui ont été réduites au cours des dernières années pour permettre d'atteindre l'équilibre budgétaire des gouvernements. Les besoins financiers se sont accrus au cours de ces années de ralentissement. Les immobilisations souffrent du retard dans leur entretien, le remplacement repoussé des équipements occasionne une vétusté avancée qu'il faut corriger rapidement. Tout budget consenti pour les immobilisations doit également être accompagné d'un financement récurrent suffisant pour en supporter les coûts annuels d'opération et d'entretien.

RECOMMANDATION 2

- A) Que le gouvernement fédéral revoie ses bases d'allocation budgétaire en fonction des priorités, de façon à allouer à la santé la juste part qui lui revient pour s'assurer d'un système public fort et adéquatement financé respectant les principes de la Loi canadienne sur la santé;
- B) Que des enveloppes non récurrentes en provenance des surplus budgétaires du gouvernement fédéral soient affectées à une mise à niveau du parc technologique et immobilier du réseau de la santé (technologies de l'information et des communications, équipements médicaux, équipements de support et maintien des actifs immobiliers);
- C) Que les budgets non récurrents affectés à des programmes qui commandent des dépenses de fonctionnement soient automatiquement assortis d'un budget d'opération en conséquence.

La transformation des réseaux de services et de soins, l'évolution des technologies, l'évolution des modes d'intervention et des pratiques médicales nous invitent à redéfinir les principes à la base de l'assurance-hospitalisation. Nous pressons donc l'État de réaffirmer sa volonté de maintenir un système de santé public fort et adéquatement financé, et de préciser la place qu'il y accorde parmi l'ensemble de ses priorités gouvernementales. Tout en souscrivant aux valeurs qui sous-tendent les principes de la Loi canadienne sur la santé, nous lui demandons également de redéfinir le concept de services assurés pour retenir une définition non plus de services *médicalement requis* ou dispensés à l'hôpital, mais plutôt de services *cliniquement requis*, donc nécessitant une intervention thérapeutique qui peut être dispensée hors des murs de l'hôpital et par des cliniciens autres que les médecins.

RECOMMANDATION 3

Que soit modernisée la Loi canadienne sur la santé, principalement en ce qui a trait au principe de l'intégralité des services.

Nous demeurons convaincus que ces solutions passent également par la contribution exceptionnelle des gestionnaires du réseau de la santé, par leurs équipes de direction et par la contribution du personnel et des professionnels qui y pratiquent. Le déséquilibre fiscal et les

impacts que cette situation a pu générer ont été largement bien contrôlés par la responsabilisation des gestionnaires en place. Ils ont contribué à la réalisation de la transformation du réseau, au virage ambulatoire et à l'amélioration de la performance afin de compenser les pertes de revenus tout en offrant des services et des soins continus et de qualité. Ils ont été amenés à faire des choix difficiles, mais toujours orientés vers le maintien de l'accessibilité aux services et aux soins et le souci de la qualité de cette offre. On peut s'en remettre à ces mêmes gestionnaires et à leurs équipes de gestion pour assurer la qualité et améliorer les services et les soins de santé en leur offrant des ressources à la hauteur des besoins à combler.



Résumé du mémoire de l'Association des hôpitaux du Québec déposé à la Commission sur le déséquilibre fiscal

Tous les paliers de gouvernements cherchent à assurer que le système de santé soit adéquat et suffisant pour répondre aux besoins des Québécois et de l'ensemble des Canadiens et le financement du système de santé prend une place prépondérante au cœur des discussions sur le partage des responsabilités entre le gouvernement fédéral et les provinces. L'Association des hôpitaux du Québec reconnaît d'emblée la diminution des transferts en provenance du gouvernement fédéral et entend apporter sa contribution au débat qui est engagé sur la question. La mission de l'Association étant de représenter et de promouvoir l'intérêt de ses membres qui sont des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, le présent mémoire déposé à la Commission ne vise pas à faire la démonstration complète du déséquilibre fiscal, mais il s'intéressera plutôt à ses conséquences, ainsi qu'aux solutions à envisager pour le secteur de la santé.

Les conséquences du déséquilibre fiscal

Depuis le début des années 90, les compressions importantes apportées aux transferts fédéraux au titre du secteur de la santé, à l'intérieur des divers mécanismes de transferts de fonds fédéraux, ont contribué à fragiliser le système de santé. D'autre part, le gouvernement québécois, soucieux de réduire son déficit et d'atteindre l'équilibre budgétaire, a décidé de restreindre les budgets consacrés à la santé.

De ce fait, les établissements du réseau ont été obligés d'absorber, à même des budgets réduits, l'accroissement de la demande de services due au vieillissement de la population, les coûts des nouvelles technologies (technologies médicales et technologies de l'information) et l'augmentation générale des prix à la consommation. Quant au parc immobilier, la réduction des budgets de fonctionnement a forcé les établissements à restreindre les dépenses en entretien et réparation des bâtiments et des équipements, dans le but de consacrer une portion plus importante des budgets aux soins à la population. Cette situation a privé les installations d'un entretien convenable et a favorisé l'accumulation de déficits d'entretien. Il en découle des déficiences importantes se rapportant à la vétusté et au manque de sécurité des installations requérant des travaux majeurs.

Ainsi, le financement des soins de santé a lourdement été affecté par les réductions des fonds fédéraux. Nous souscrivons aux initiatives de réduction des impôts des particuliers et des compagnies, de remboursement de la dette, mais nous nous préoccupons également des investissements nécessaires et suffisants dans les services et les soins de santé.

Nos recommandations

Si l'État entend préserver le financement public du système de santé, il doit se préparer à faire des choix et se doter de mécanismes qui permettront d'établir, en toute transparence, les objectifs et les priorités de la population dans le domaine de la santé et de dresser la liste des services qui seront assurés par l'État.

RECOMMANDATION 1

Que soit mis en place un mécanisme afin d'évaluer et de réviser sur une base continue le panier de services assurés et les nouvelles technologies médicales.

L'Association des hôpitaux du Québec souhaite que le gouvernement fédéral, qui limite aux autres paliers de gouvernement l'accès à d'autres sources de revenus pour financer leurs programmes de santé, se responsabilise pour faire en sorte que chaque province dispose des revenus nécessaires pour offrir des services d'accès et de qualité comparables.

Pour maintenir la qualité du système de santé, il faut lui assurer un financement durable et à long terme et établir un taux d'accroissement annuel qui tient compte adéquatement des besoins actuels et futurs, des nouvelles technologies, et surtout, de l'inflation spécifique à la santé. Nous devons également nous doter de systèmes d'information appropriés pour supporter la prise de décisions éclairées, améliorer la gestion des soins de santé et permettre une utilisation optimale des ressources. Les pressions sur les coûts du système de santé sont telles qu'il faut rapidement rétablir les bases de financement qui ont été réduites au cours des dernières années pour permettre d'atteindre l'équilibre budgétaire des gouvernements. Les immobilisations souffrent du retard dans leur entretien et nécessitent un rattrapage majeur. De plus, tout budget consenti pour les immobilisations doit également être accompagné d'un financement récurrent suffisant pour en supporter les coûts annuels d'opération et d'entretien.

RECOMMANDATION 2

- A) Que le gouvernement fédéral revoit ses bases d'allocation budgétaire en fonction des priorités, de façon à allouer à la santé la juste part qui lui revient pour s'assurer d'un système public fort et adéquatement financé respectant les principes de la Loi canadienne sur la santé;**

- B) Que des enveloppes non récurrentes en provenance des surplus budgétaires du gouvernement fédéral soient affectées à une mise à niveau du parc technologique et immobilier du réseau de la santé (technologies de l'information et des communications, équipements médicaux, équipements de support et maintien des actifs immobiliers);**
- C) Que les budgets non récurrents affectés à des programmes qui commandent des dépenses de fonctionnement soient automatiquement assortis d'un budget d'opération en conséquence.**

La transformation des réseaux de services et de soins, l'évolution des technologies et leur recours, l'évolution des modes d'intervention et des pratiques médicales nous invitent à redéfinir les principes à la base de l'assurance hospitalisation. Nous pressons donc l'État de réaffirmer sa volonté de maintenir un système de santé public fort et adéquatement financé et de préciser la place qu'il y accorde parmi l'ensemble de ses priorités gouvernementales. Tout en souscrivant aux valeurs qui sous-tendent les principes de la Loi canadienne sur la santé, nous lui demandons également de redéfinir le concept de services assurés pour retenir une définition non plus de services *médicalement requis* ou dispensés à l'hôpital, mais plutôt de services *cliniquement requis*, donc nécessitant une intervention thérapeutique qui peut être dispensée hors des murs de l'hôpital et par des cliniciens autres que les médecins.

RECOMMANDATION 3

Que soit modernisée la Loi canadienne sur la santé, principalement en ce qui a trait au principe de l'intégralité des services.

Nous demeurons convaincus que ces solutions passent également par la contribution exceptionnelle des gestionnaires du réseau de la santé, par leurs équipes de direction et par la contribution du personnel et des professionnels qui y pratiquent. Le déséquilibre fiscal et les impacts que cette situation a pu générer ont été largement bien contrôlés par la responsabilisation des gestionnaires en place. Ils ont contribué à la réalisation de la transformation du réseau, au virage ambulatoire et à l'amélioration de la performance afin de compenser les pertes de revenus tout en offrant des services et des soins continus et de qualité. Ils ont été amenés à faire des choix difficiles mais toujours orientés vers le maintien de l'accessibilité aux services et aux soins et le souci de la qualité de cette offre. On peut s'en remettre à ces mêmes gestionnaires et à leurs équipes de gestion pour assurer la qualité et améliorer les services et les soins de santé en leur offrant des ressources à la hauteur des besoins à combler.