

Cette présentation a été effectuée le 26 novembre 2012, au cours de la plénière « Les dépenses de santé et le vieillissement : qu'est-ce qui compte? » dans le cadre des 16es Journées annuelles de santé publique (JASP 2012). L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP à la section Archives au : <http://jasp.inspq.qc.ca/>.



## Les dépenses de santé et le vieillissement : qu'est-ce qui compte?

**François Béland, PhD**

Professeur titulaire  
Département d'administration de la santé  
Université de Montréal

Co-Directeur, SOLIDAGE  
Groupe de recherche Université de Montréal et McGill sur  
les services intégrés aux personnes âgées.

JASP, Montréal, 26 novembre 2012




Hôpital général juif  
Jewish General Hospital  
Solidage,  
Institut Lady Davis

Université  
de Montréal  
Département d'administration  
de la santé  
Groupe de recherche Interdisciplinaire en  
santé (GRIS)

McGill  
Service de gériatrie  
Faculté de médecine

## Ce dont nous allons nous entretenir: la viabilité financière du système public de services de santé

- ✦ En santé publique, on aime bien les contextes:
  - Le contexte des dépenses gouvernementales en santé;
  - Pour mieux saisir les défis du vieillissement.
- ✦ Projections et prédictions;
- ✦ L'illusion des taux de dépendance;
- ✦ Périmètre comptable et p'tits trucs;
- ✦ Les contextes:
  - Le PIB, les revenus gouvernementaux et les dépenses de santé;
  - D'où vient l'oseille?
- ✦ C'est à n'y rien comprendre?



## Qui a écrit?

✦ « ...l'effet du vieillissement sur les coûts de la santé est susceptible de demeurer relativement stable, durant la prochaine décennie...Les projections démographiques démontrent que l'effet du vieillissement ne se fera sentir en conséquence que graduellement, et sur un horizon d'une trentaine d'années. »



## Qui a écrit?

✦ « ...l'effet du vieillissement sur les coûts de la santé est susceptible de demeurer relativement stable, durant la prochaine décennie...Les projections démographiques démontrent que l'effet du vieillissement ne se fera sentir en conséquence que graduellement, et sur un horizon d'une trentaine d'années. »

- Castonguay C, Marcotte J, Venne M, *En avoir pour notre argent*, Québec, Finances Québec, Groupe de travail sur le financement du système de santé, Février 2008, page 111



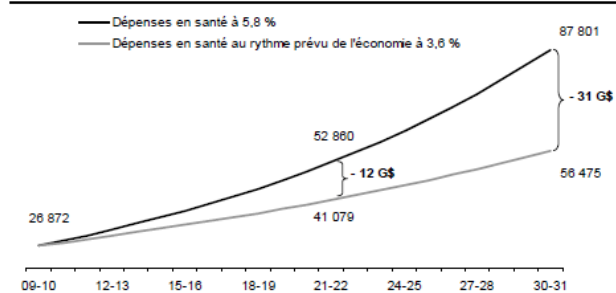


# Projections et prédictions

## Projections des dépenses de santé Québec 2009-2030

GRAPHIQUE 19

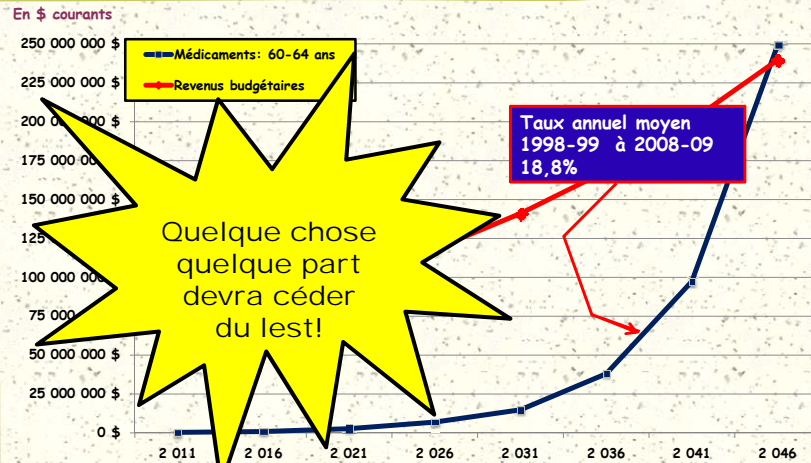
Projection des dépenses de santé et des services sociaux  
(en milliards de dollars courants)



Sources : Ministère des Finances du Québec, Plan budgétaire, budget 2009-2010 et projection du ministère des Finances du Québec.



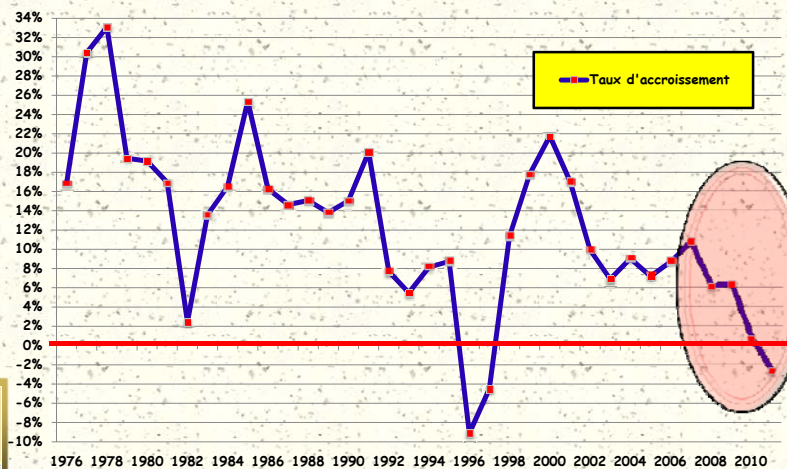
## En quelle année tous les revenus budgétaires iront-ils aux dépenses en médicaments des 60-64 ans?



Source: Utilisation des formules de projections des dépenses de santé et des revenus budgétaires dans: Comité consultatif sur l'économie et les finances publiques, Fascicule 1, page 42, graphique 19 et Fascicule 3, page 40, Tableau 11, Finances Québec, Gouvernement du Québec, 2009.

7

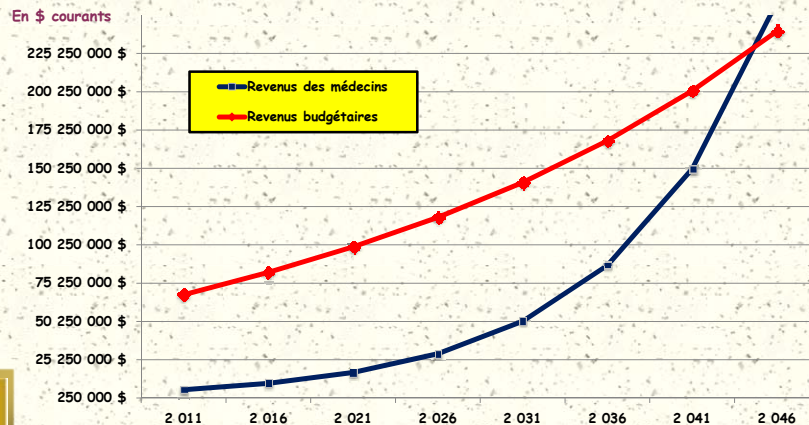
## « Quelque chose » a déjà lâché Les taux de croissance des dépenses en médicaments





## Et puisqu'on a parlé des MD:

En quelle année tous les revenus budgétaires iront-ils aux honoraires médicaux (Taux de 2009: 10,91%)?



Source: Utilisation des formules de projections des dépenses de santé et des revenus budgétaires dans: Comité consultatif sur l'économie et les finances publiques, Fascicule 1, page 42, graphique 19 et Fascicule 3, page 40, Tableau 11, Finances Québec, Gouvernement du Québec, 2009.

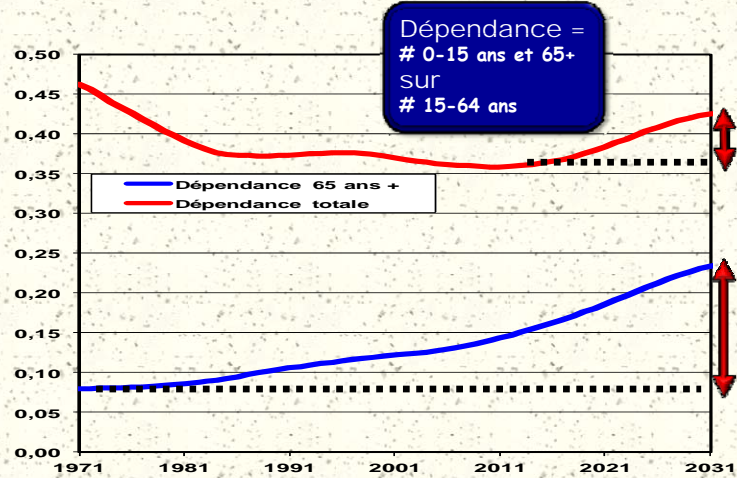
9

## À retenir

- # Ne pas prendre des projections pour des prédictions;
- # Des techniques de projection plus raffinées que celles utilisées par Finances Québec existent!
- # Pourquoi s'acharner sur ce qui n'arrivera manifestement pas?
- # Les projections sont utiles:
  - Elles identifient les lieux de tension;
  - Elles laissent le choix:
    - Ou bien ne rien faire et prendre le risque qu'une crise se développe;
    - Entreprendre des actions rationnelles pour affronter le problème.

# Se méfier des taux de dépendance

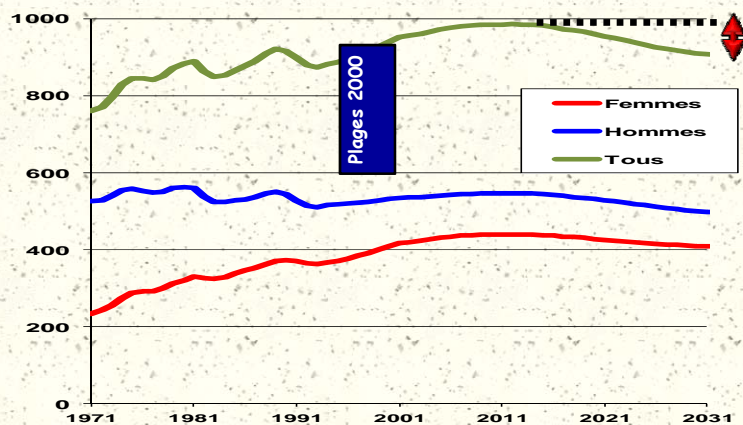
## Les taux de dépendance démographique au Canada





## Une autre perspective sur le « fardeau » du vieillissement...

Nombre d'heures travaillées par habitants au Canada



Source: M. Wolfson, Programme Lifepath, Statistique Canada

## Heures travaillées per capita dans différents pays de l'OCDE (~2000)

	# Heures annuelles	Participation au marché	# heures per capita = H*P
Italie	1614	37,2	600
Belgique	1529	39,5	604
France	1561	40,1	627
Allemagne	1474	44,7	659
Pays-Bas	1364	49,4	674
Espagne	1815	39,6	719
Suède	1614	47,7	769
Royaume-Uni	1710	47,4	810
Canada	1787	48,5	867
États-Unis	1828	47,4	867



Source: M. Wolfson, Programme Lifepath, Statistique Canada

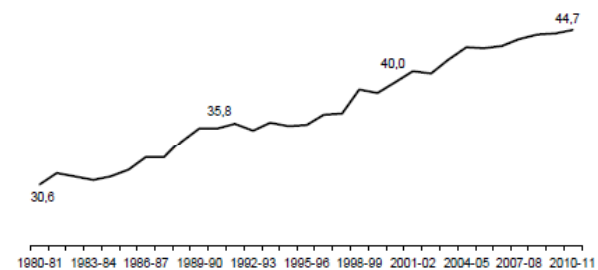
# Périmètre comptable et p'tits trucs

## Deux historiettes

### Dépenses en santé et services sociaux en % des dépenses de programme Québec: 1980-81 à 2010-11

GRAPHIQUE 4

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



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

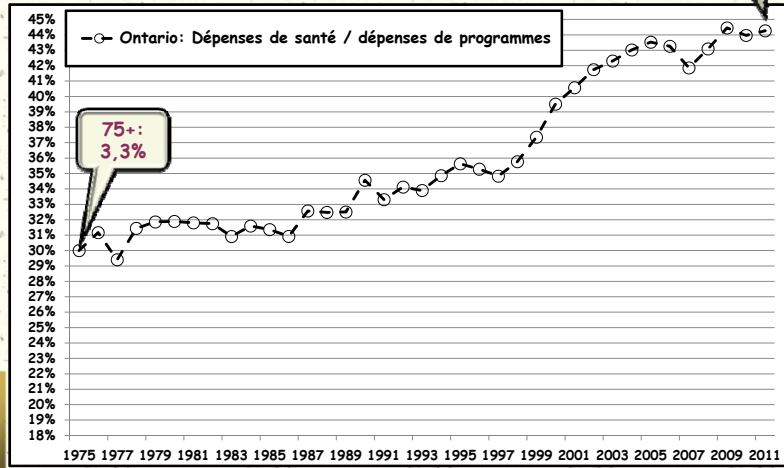


Finances Québec, Vers un système de santé mieux financé et plus performant, Page 7, Québec, Gouvernement du Québec, Québec, 2010



## Ontario:

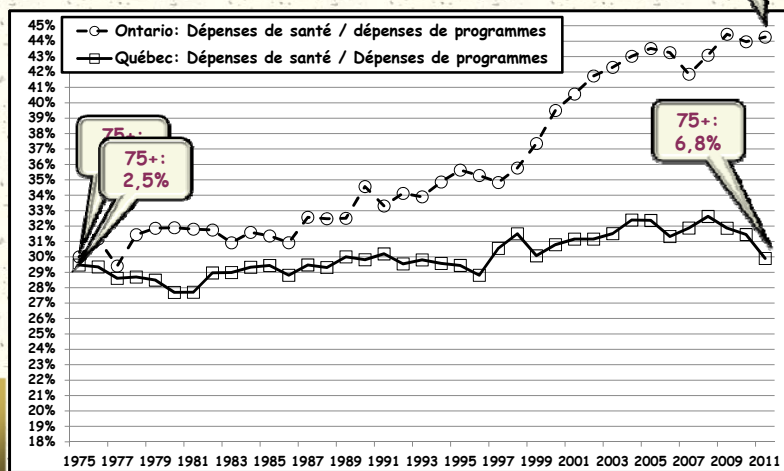
Dépenses de santé en % des dépenses de programme



ICIS, Tendances nationales de santé, 1975 à 2011, Tableau B.4.1; Annexes C et D; CANSIM tableau 051-0001

## Québec et Ontario:

Dépenses de santé en % des dépenses de programme



ICIS, Tendances nationales de santé, 1975 à 2011, Tableau B.4.1; Annexes C et D; CANSIM tableau 051-0001

## Un pourcentage (%): numérateur et dénominateur

- # % =  $\frac{\text{Numérateur}}{\text{Dénominateur}}$
- # Les différences d'estimation entre Finances Québec et l'ICIS pourraient provenir:
  - Des numérateurs:
    - Dépenses en MD et hôpitaux seulement?
    - Dépenses totales de santé?
    - Dépenses de santé et de services sociaux?
  - Des dénominateurs:
    - Tous les ministères?
    - + fonds et autres organisations gouvernementales?
    - + universités, établissements de santé?
    - + Régime des rentes, SAAQ, CSST, etc.?
    - + les entreprises de l'État: Hydro-Québec, etc?



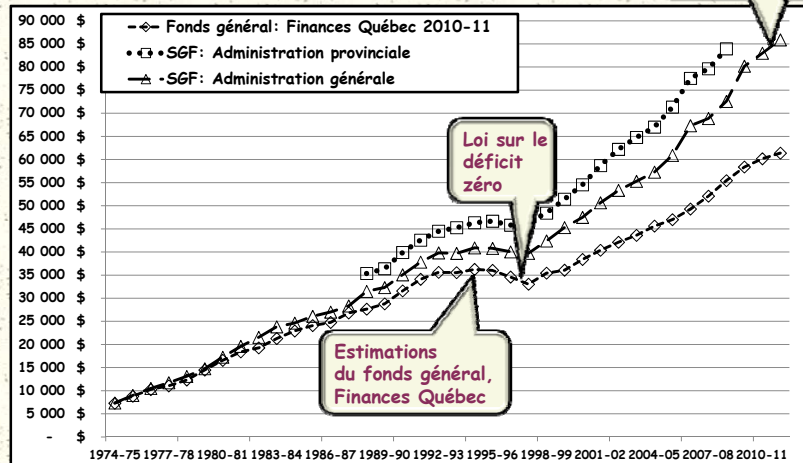
## Le déficit zéro?

- # « Malgré l'atteinte du déficit zéro, la dette totale du Québec a continué à progresser: de 97,7 milliards en 1997-1998 à 111,5 milliards en 2003-2004 »
  - Dutrisac R. *Début des consultations prébudgétaires. Séguin lance un appel au réalisme. Des manifestants accueilleront le ministre des Finances à Montréal.* Le Devoir, mardi 27 janvier 2004, p. A3
- # « ...dans son analyse des états financiers consolidés 2008-2009, le gouvernement stipule que « l'équilibre budgétaire » a été maintenu en 2008-2009. Pourtant, les états financiers vérifiés présentent un déficit annuel de 1,3 milliard de dollars pour cette année. »
  - *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2009-2010, Québec, 2010, page 1-5*





## Dépenses de programmes: Trois estimations en \$ courants

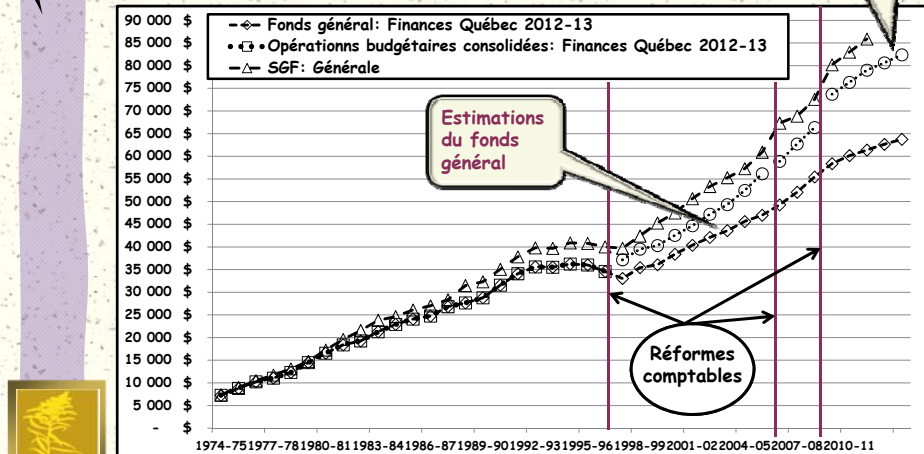


## % des dépenses de programme: documents budgétaires des ministères des finances sur SGF-générale et SGF-provinciale (2009)

Groupes	Provinces	Documents budgétaires/ SGF Générale	Documents budgétaires/ SGF Provinciale
Cas à part	Québec	76,4%	66,0%
% < 95%	Terre-Neuve	93,0%	87,6%
	Île du P-É	93,8%	85,9%
	Saskatchewan	93,9%	86,2%
	Alberta	94,8%	87,9%
95% < % < 100%	Nouvelle-Écosse	97,1%	85,9%
	Colombie-brit.	99,6%	88,6%
	Ontario	97,5%	87,9%
% > 100%	N.-Brunswick	100,5%	87,7%
	Manitoba	110,9%	100,8%

Sources: Statistiques Canada, CANSIM, Tables 380-0001 & 380-0002; Finances Canada, Tableaux de référence financiers, <http://www.fin.gc.ca/frt-trf/2011/frt-trf-11-fra.asp>, téléchargées 27 juillet 2012.

## Dépenses de programmes: Deux estimations de Finances Québec et SGF - général



SOLIDAGE

Sources: Statistiques Canada, CANSIM, Tables 380-0001 & 380-0002;  
Finances Québec, Budget 2012-2013; Données historiques, pages 7 et 15, Québec, Gouvernement du Québec, 2012.

## À retenir

- # On ne peut utiliser les données de Finances Québec sur les dépenses de programmes, les dépenses totales ou les revenus pour établir le poids des dépenses de santé sur les finances publiques;
- # En conséquence:
  - Si, effectivement, « la santé accapare près de la moitié des dépenses de programme [du] gouvernement [du Québec] \* » en utilisant les données des dépenses de programme du « Fonds général », obtenues depuis documents budgétaires de Finances Québec;
  - Il est **faux** d'affirmer que la santé absorbe la moitié des ressources financières de l'État;
  - Le 29,9% de l'ICIS - pour 2011, est plus proche de la vérité;
  - Les MD et hôpitaux, seules composantes publiques et universelles du régime, comptent pour 19%.

SOLIDAGE

\* Source: Castonguay C., Un sommet sur le système de santé, Le Devoir, 13 novembre 2012, page A7



## Le PIB, les revenus gouvernementaux et les dépenses de santé

### □□ 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.

Castonguay C, Marcotte J, Venne M, *En avoir pour notre argent*, Québec, Finances Québec, Groupe de travail sur le financement du système de santé, Février 2008, page 285.

## La viabilité financière du système de santé public

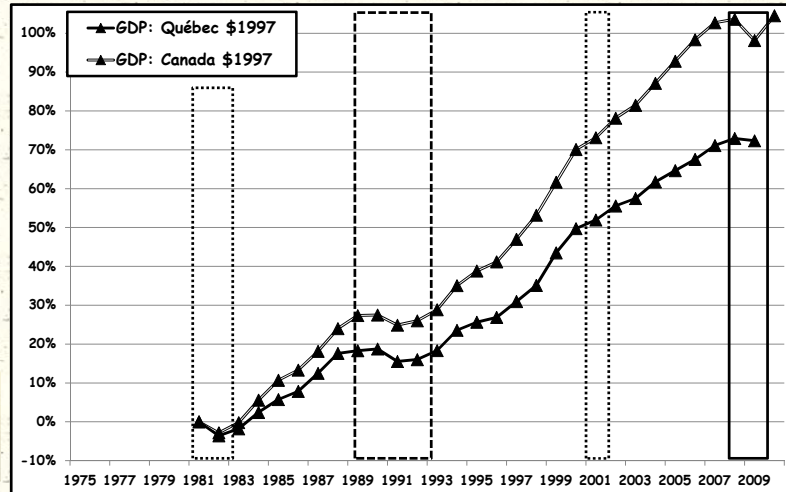
- ✦ La viabilité financière des systèmes de santé se définit comme un rapport entre taux de croissance des dépenses de santé et des indicateurs de ressources sur une période\*:
  - le PIB;
  - les revenus d'une entité gouvernementale;
  - ses dépenses totales;
  - des dépenses de programmes;
  - sa capacité de soutenir les paiements sur sa dette.
- ✦ Nous utiliserons comme indicateur des taux de croissance cumulée [TCC].



\* Sources: Evans & Vujicic 2009; Di Matteo and Di Matteo 2011

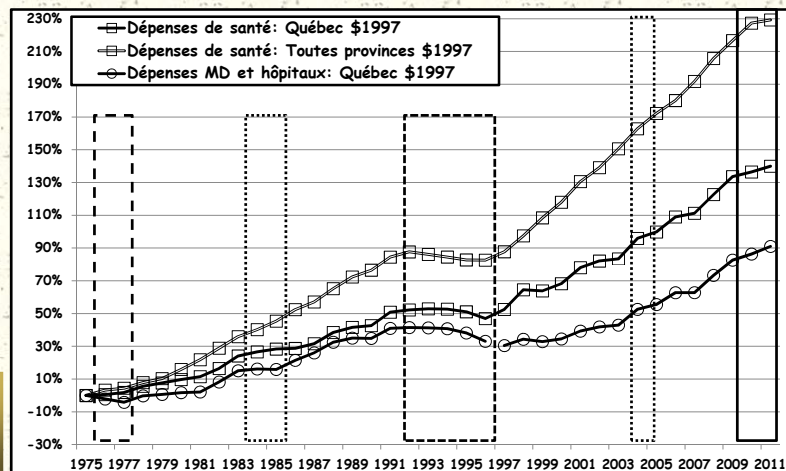
## Quelle croissance de la richesse?

Taux de croissance cumulés [TCC] \$1997  
[Série des récessions]



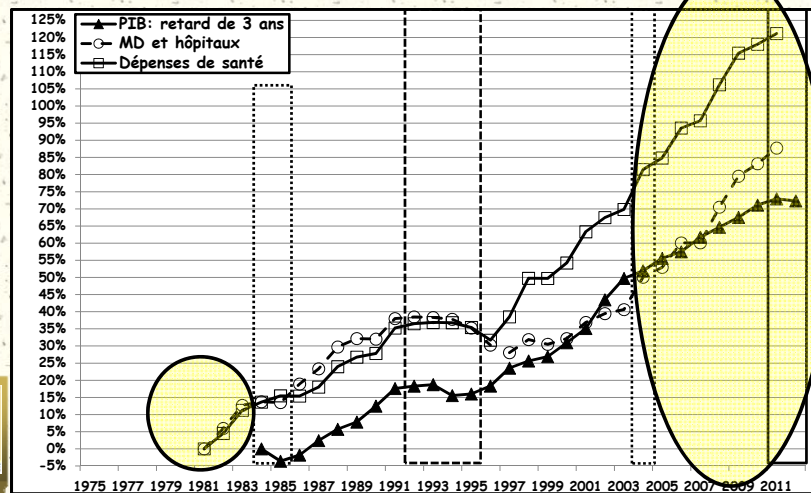
## Dépenses de santé: TCC \$1997

[Impact des récessions économiques]





## PIB, dépenses de santé, MD et hôpitaux TCC \$1997: donne-moi 2 à 3 ans! [Séries des récessions économiques]



## À retenir

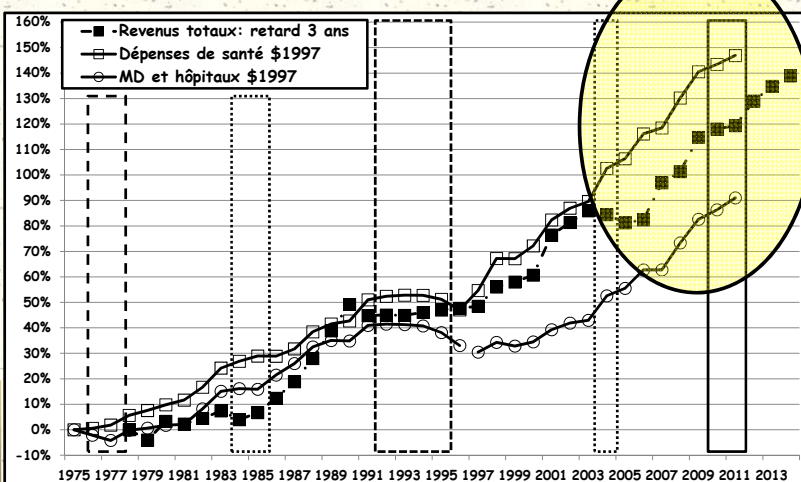
- # Le taux cumulé de croissance économique [1981-2011] du Québec en 2011 est inférieur de 30% de celui du Canada;
- # La croissance des dépenses de santé gouvernementales au Québec est considérablement plus faible qu'au Canada;
- # Et celui des dépenses du régime d'assurance maladie - MD et hôpitaux - est encore plus faible;
  - Ces deux secteurs sont les seuls inclus dans le régime public et universel de santé, sans contribution des utilisateurs au point de service;
- # La croissance des dépenses totales de santé suit de près la croissance du PIB - avec retard de 3 ans, sauf à partir de 2004.

# D'où vient l'oseille?



## Revenu de l'État et dépenses en santé: donne-moi 2 à 3 ans!

TCC \$1997: [Séries des récessions économiques]

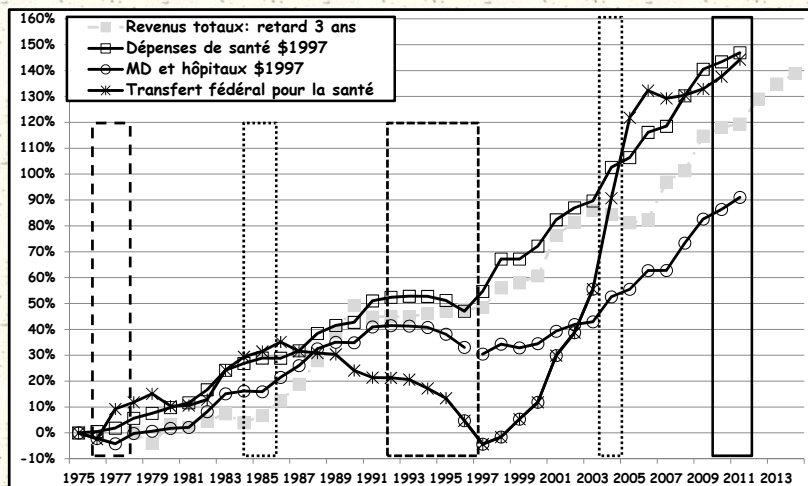




## Transferts fédéraux pour la santé

TCC \$1997

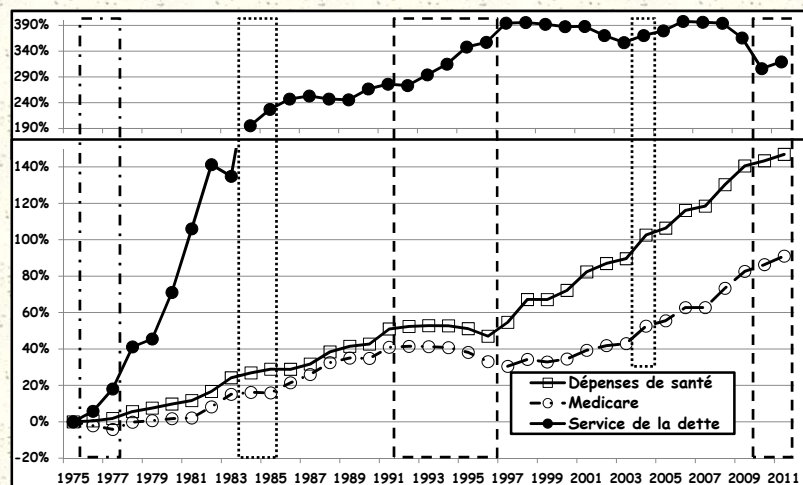
[Impact des récessions économiques]



## Service de la dette, dépenses de santé

TTC \$1997

[Impact des récessions économiques]



## À retenir

- # La chute dramatique des transferts fédéraux des années '90, combinée à la récession de 1989-92, amènent le Québec et les autres provinces à imposer des restrictions radicales aux dépenses de santé;
- # Le taux de croissance cumulé des revenus totaux du gouvernement du Québec suit de près celui de ses dépenses de santé jusqu'en 2003;
- # En 2003, avec l'accord fédéral-provincial, les transferts fédéraux pour la santé prennent le relais de la diminution de la croissance du PIB et des revenus totaux pour financer les services de santé;
- # Le service de la dette, et les déficits, ont un impact majeur sur l'évolution de la croissance de dépenses de santé.



C'est à n'y rien  
comprendre?





## Un modèle de base?

- 1) On peut fixer le point d'entrée: une récession;
- 2) Avec son effet sur les revenus de l'État;
- 3) Les dépenses dans les domaines hors services de santé s'accroissent;
- 4) Les transferts fédéraux, en particulier ceux pour la santé, diminuent;
- 5) Conséquences: le déficit suit rapidement le même chemin, et le service de la dette augmente;
- 6) Il y a réduction, avec retard de 2 à 3 ans, de la croissance des dépenses de santé, sinon une réduction réelle;
- 7) La croissance économique revient, et les transferts fédéraux aussi;
- 8) Les déficits et service de la dette sont en décroissance;
- 9) Les dépenses de santé s'accroissent de nouveau, et la croissance des dépenses hors santé diminue, pour se stabiliser.



## Exemple: la récession 1989-92

- ✦ Le PIB et les revenus gouvernementaux totaux évoluent dans la même direction: ils diminuent en termes réels;
- ✦ Pour faire face à la récession, les gouvernements augmentent les dépenses hors santé;
- ✦ La dette augmente, et le service de la dette suit;
- ✦ Les dépenses de santé décroissent en termes réels, même au-delà de la récession;
- ✦ Les transferts fédéraux, en particulier ceux pour la santé, diminuent radicalement;
- ✦ Conséquences:
  - Le gouvernement du Québec est pris dans un étau - il engage des mesures radicales, en particulier envers les dépenses du régime public et universel: MD et hôpitaux.





## Exemple: la croissance de 1997-2008

- # De 1997-2001, les PIB et revenus gouvernementaux, le service de la dette et les transferts pour la santé prennent une direction favorable, chacun dans son domaine;
- # Les taux de croissance des dépenses de santé s'installent sur une courbe positive;
- # Mais, un léger vent contraire se lève en 2001:
  - Le ralentissement économique de 2001 dure, les revenus totaux diminuent. Conséquence aussi des diminutions d'impôts de 1999 et 2003;
- # Le service de la dette se stabilise;
- # Mais, les transferts fédéraux pour la santé ont de l'élan, ils permettent et contraignent à la fois le gouvernement du Québec à dépenser en santé!



## Ce qui donne deux bonnes raisons de prédire un cataclysme en tout temps

- # En période de récession, **à cause des restrictions budgétaires**, on affirmera que le régime public ne peut répondre aux besoins de soins de la population:
  - Propositions de contribution financière directe des utilisateurs du système public;
  - Ouverture vers le financement privé - les assurances - et une prestation privée conséquente;
  - Exemple: Affaire Chaoulli.
- # En période de croissance économique, **à cause de l'expansion budgétaire**, on se persuadera que la croissance de dépenses de santé de l'État est insoutenable à long terme, qu'il est nécessaire d'y mettre un frein par:
  - La contribution financière des utilisateurs du système public;
  - L'ouverture vers le financement privé - les assurances - et une prestation privée conséquente.



## Ce qu'on comprend mal

- # À l'intérieur d'un groupe d'assurés - la population du Québec - les dépenses de santé varient en fonction de la santé des individus, donc associées à l'âge;
  - Les variables de prédiction (vieillesse, technologie, intensité des soins) servent à comprendre et projeter l'allocation des dépenses entre patients, professionnels de la santé ou secteurs d'activité;
- # Mais, prises globalement, pour un groupe - la population du Québec - les dépenses moyennes de santé vont varier en fonction des budgets alloués à la santé par les instances décisionnelles, d'autant plus vrai s'il n'y a qu'un payeur:
  - Les variables de prédiction n'arrivent pas, ou arrivent mal, à projeter les dépenses totales;



\*Source: Getzen 2000; 2006.

## Ce qu'on comprend mal

- # L'effet de l'âge s'atténue au point de disparaître;
- # Historiquement, l'évolution des dépenses de santé dans les sociétés modernes suit la richesse nationale;
- # Dans une collectivité, ce sont des facteurs budgétaires qui déterminent les sommes disponibles aux services de santé, l'évolution des dépenses de santé dépendra donc des facteurs qui expliquent l'évolution des budgets.
- # Dans le cas du Québec, les finances et politiques des gouvernements fédéral et provincial:
  - « Ainsi, peu importent les augmentations de coûts auxquelles les provinces doivent faire face, le gouvernement fédéral en fait fi en établissant les paramètres des transferts aux provinces en fonction de sa propre situation financière et de ses choix politiques » \*\*



\*source: Getzen 2000; 2006; \*\*Finances Québec, Budget 2013-2014. Plan budgétaire, Québec, page E:28.



## À retenir

- # On réussit mal à faire le pont, à comprendre comment s'articule ce qui se passe à l'intérieur d'un groupe d'assurés, comme individus, avec ce qui se arrive au groupe des assurés comme collectivité.



\*Source: Getzen 2000; 2006.

## Où allons-nous?

- # Le service de la dette des gouvernements s'accroît dû aux déficits associés à la récession de 2008;
- # Une croissance économique lente, surtout au Québec;
- # Une promesse de ne pas accroître les impôts, mais oui, la tarification des services - frais de scolarité [????];
- # Une croissance conséquente lente des revenus de l'État;
- # Une réduction du taux de croissance des transferts fédéraux pour la santé ajustée à celui du PIB, ou limité à 3%, à partir de 2016-17, en remplacement de la clause ascenseur de 6% de l'accord de 2003:
  - « Pour la période 2017-2018 à 2024-2025, la baisse de la croissance du TCS entraînera pour le Québec des pertes substantielles évaluées à 792 millions de dollars en moyenne par année, pour un total de 6,3 milliards de dollars » \*



\*Finances Québec, Budget 2013-2014. Plan budgétaire, Québec, page E.24.