

# Erreurs de calcul et notice nécrologique : l'assurance-maladie universelle au Canada

François Béland PhD

La viabilité de l'assurance-maladie universelle au Canada préoccupe depuis sa création. Une recherche portant sur les mots «sustainability» et «unsustainability» effectuée sur le site web du *JAMC* a produit quelque 40 éditoriaux, articles, lettres, résumés et critiques. Les arguments pour ou contre la viabilité s'appuient habituellement sur des données de divers types sur les soins de santé, comme les coûts<sup>1</sup> et leurs pourcentages en fonction du produit intérieur brut (PIB)<sup>2-4</sup> et des dépenses des gouvernements provinciaux<sup>5</sup>.

McKinnon<sup>5</sup>, par exemple, a soutenu que l'assurance-maladie n'était pas viable en se fondant sur le ratio des dépenses consacrées aux soins de santé sur les recettes de l'État. On peut résumer son argumentation en trois points : les dépenses des gouvernements en soins de santé représentent un pourcentage croissant du total de leurs dépenses de programme; ce pourcentage augmente plus rapidement que les recettes de l'État; une projection en pourcentage des recettes pour les 20 prochaines années indique que la tendance ne semble pas viable.

Le rapport Ménard<sup>6</sup> sur la viabilité des dépenses publiques consacrées à la santé et aux services sociaux au Québec utilise plus ou moins les mêmes critères. Ce rapport a jeté les bases d'une partie du récent Livre blanc<sup>7</sup> du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec sur le jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli.

J'examine les trois points de McKinnon dans l'optique des données du Québec.

## Dépenses gouvernementales en soins de santé

*Point 1* — Les données du ministère des Finances du Québec (Figure 1)<sup>8,9</sup> montrent que de l'exercice 1975-1976 à celui de 1994-1995, les dépenses gouvernementales consacrées aux soins de santé sont demeurées stables à environ 32 % des dépenses de programme (c.-à-d. dépenses budgétaires gouvernementales moins les frais de service de la dette publique). Depuis, les dépenses gouvernementales consacrées aux soins de santé sont passées de 33,1 % en 1994-1995 à 38,3 % en 2004-2005. Les augmentations de la proportion des dépenses gouvernementales consacrées aux soins de santé par rapport aux dépenses de programme ne remontent pas à plus de dix ans.

Il faudrait évaluer la viabilité de l'assurance-maladie — véritable passe-temps national au Canada, si l'on en croit un éditorial publié par le *JAMC* en 2000<sup>10</sup> — au moyen de don-

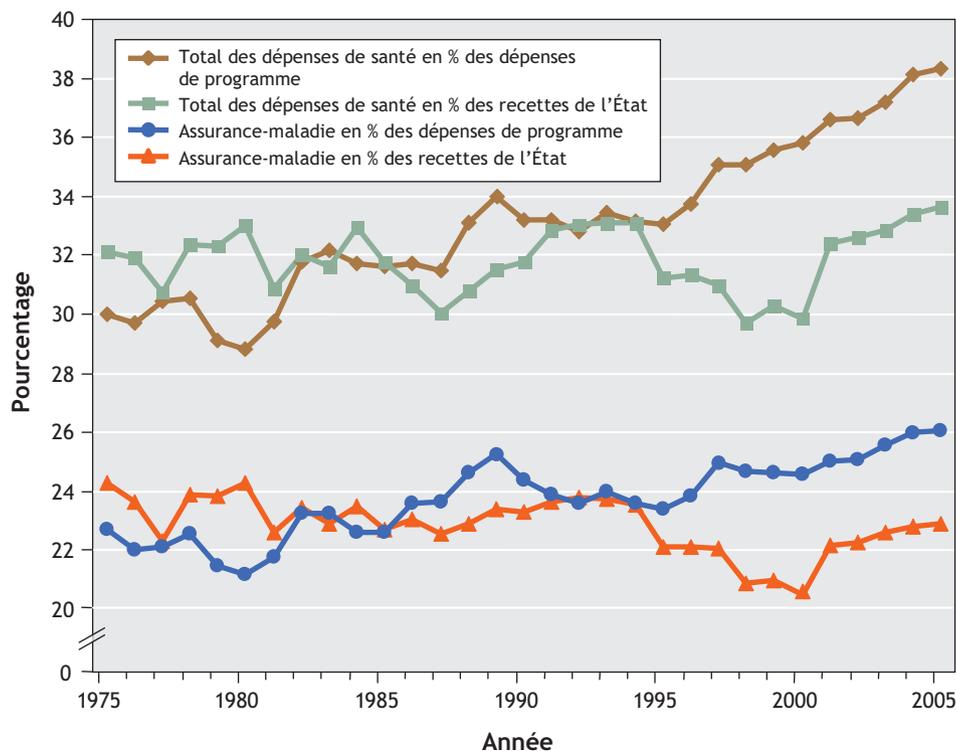
nées non pas sur le total des dépenses gouvernementales consacrées aux soins de santé, mais sur les dépenses du régime d'assurance-maladie. Les gouvernements provinciaux financent des services reliés à la santé autres que ceux des hôpitaux et des médecins. Ces services ont été financés à la fois par les fonds de l'État, par des paiements directs des utilisateurs et par des copaiements de compagnies d'assurance privées. Ainsi, les dépenses du régime d'assurance-maladie au Québec<sup>8</sup>, qui représentaient 22,7 % des dépenses de programme en 1975-1976, ont atteint 26,1 % en 2005-2006. En pourcentage des recettes de l'État, elles ont toutefois reculé de 24,3 % à 23,9 % au cours de la même période (Figure 1).

*Point 2* — De 1975-1976 à 2005-2006, les dépenses gouvernementales consacrées aux soins de santé ont varié de 28,8 % à 33,8 % des revenus du gouvernement du Québec (Figure 1). L'augmentation annuelle moyenne entre 1997 et 2005 s'est établie à 5,6 %, période pendant laquelle les recettes de l'État ont augmenté en moyenne de 4,4 % par année. À plus long terme, ces dépenses ont augmenté en moyenne de 6,8 % par année depuis 30 ans, ce qui dépasse à peine le taux d'augmentation des recettes de l'État au cours de la même période, soit 6,6 %. Les dépenses gouvernementales consacrées aux soins de santé et les recettes de l'État ont diminué relativement au cours des huit dernières années de la période de 30 ans — les recettes reculant un peu plus que les dépenses consacrées aux soins de santé, parallèlement aux réductions de l'impôt sur le revenu mises en œuvre à la fin des années 1990 par le gouvernement Landry. En 2005-2006, ces réductions représentaient quelque 5 milliards de dollars en manque à gagner.

*Point 3* — Pour calculer des projections de dépenses futures, il faut des données complètes et fiables. Par exemple, les projections relatives aux taux d'augmentation des dépenses gouvernementales en soins de santé par rapport aux recettes reposent en général sur des données des ministères provinciaux des Finances. Les budgets gouvernementaux sont toutefois construits à partir d'un éventail de règles compta-

François Béland est professeur titulaire au Département d'administration de la santé et co-directeur de SOLIDAGE, le Groupe de recherche Université de Montréal-Université McGill sur les services intégrés pour les personnes âgées, Centre d'épidémiologie clinique et de recherche en santé publique, Institut Lady-Davis pour la recherche médicale, Hôpital général juif, Montréal (Québec).

The original English version of this article is available at [www.cmaj.ca/cgi/content/full/177/1/54](http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/177/1/54)



**Figure 1 :** Dépenses consacrées à l'assurance-maladie et dépenses totales consacrées aux soins de santé par le gouvernement du Québec au cours des exercices 1975 à 2006, en pourcentage des dépenses de programme (les dépenses budgétaires du gouvernement moins les coûts du service de la dette publique) et des recettes du gouvernement. Les points de données sont axés sur les exercices, qui se terminent le 31 mars. Sources : ministère des Finances du Québec, *Plan budgétaire 2006–2007*, Tableau 3,1.1<sup>9</sup>; Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2006*, tableau B.4.4<sup>8</sup>.

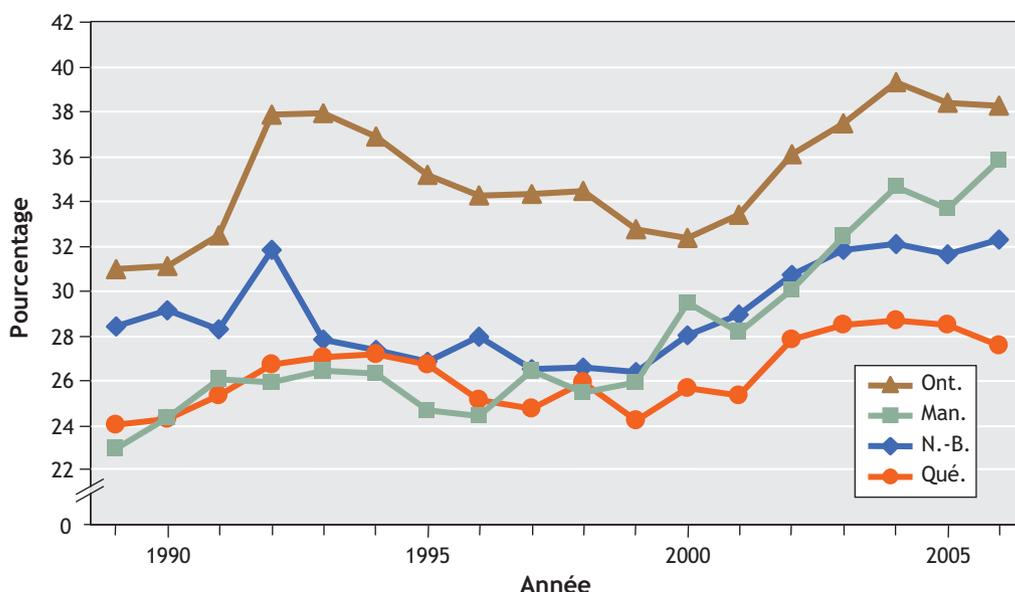
bles et d'énoncés de politiques sur des questions financières. Dans leur budget annuel, les gouvernements provinciaux n'indiquent ni les dépenses totales ni les dépenses totales consacrées aux soins de santé. L'estimation établie par l'Institut canadien d'information sur la santé quant au pourcentage des dépenses que le gouvernement du Québec a consacrées aux soins de santé par rapport aux dépenses de programme en 2003–2004 s'établissait à 32 %, comparativement à 37 % selon les estimations du ministère des Finances du Québec. Les tendances à long terme peuvent différer énormément selon la source des données.

Le Système de gestion financière de Statistique Canada produit des données comparatives sur les recettes et les dépenses des gouvernements provinciaux<sup>11</sup>. Ces données comprennent les dépenses de tous les ministères, des organisations autonomes, des fonds spéciaux, des caisses de retraite non autonomes, des universités, des collèges et des organismes de soins de santé. Ainsi, compte tenu du cadre analytique de Statistique Canada<sup>11</sup>, toutes les dépenses en soins de santé qui découlent des politiques, des programmes et des organismes de prestation de soins de santé sont incluses. On tient compte aussi de toutes les recettes des gouvernements provinciaux, peu importe leurs sources. Ce sont des données de cette nature qui peuvent servir à évaluer intégralement l'engagement financier d'un gouvernement à l'égard des soins de santé.

Selon les données du Système de gestion financière portant sur les dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux, les dépenses consacrées aux soins de santé au Québec et en Ontario au cours des années 1990 sont demeurées constantes ou ont diminué par rapport aux recettes des gouvernements. Les dépenses relatives ont ensuite augmenté en Ontario, mais ont ralenti de nouveau à compter de 2004. Au Québec et au Nouveau-Brunswick, les taux d'augmentation ont ralenti par rapport à 2002. La tendance au Manitoba est à la hausse depuis 1999. La comparaison des données dans le cas du Québec (Figure 1 et Figure 2) révèle d'importantes différences au niveau tant des tendances que des valeurs absolues.

## Conclusion

Pour évaluer des tendances, il faut disposer de définitions exactes et uniformes des dépenses gouvernementales consacrées aux soins de santé. Il faut choisir autant les numérateurs que les dénominateurs en fonction des domaines des soins de santé visés par l'évaluation. Pour évaluer l'assurance-maladie, il faut des données sur les dépenses afférentes à celle-ci comme numérateur et des données sur les recettes totales que le gouvernement tire de toutes les sources, comme dénominateur. De plus, l'en-



**Figure 2 :** Tendances des dépenses gouvernementales consacrées aux soins de santé en Ontario, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick et au Québec, 1989–2006 (chiffres tirés du Système de gestion financière)<sup>11</sup>. Les données sur ces provinces proviennent de Statistique Canada, tableau 385-0001 : Recettes et dépenses consolidées de l'administration publique fédérale, des administrations publiques provinciales, territoriales et locales, données annuelles (2056 séries). Disponible : [http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgui.exe?regtk=&c2sub=&arrayid=3850001&c2db=&vec=&lang=f&sddsloc=&rootdir=cii/&resulttemplate=cii/cii\\_pick&array\\_pick=1&sddsid=&sddsdesc=](http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgui.exe?regtk=&c2sub=&arrayid=3850001&c2db=&vec=&lang=f&sddsloc=&rootdir=cii/&resulttemplate=cii/cii_pick&array_pick=1&sddsid=&sddsdesc=) (consulté le 5 juillet).

gagement total du gouvernement à l'égard du financement des soins de santé inclut les dépenses des provinces, du fédéral et des municipalités. Le dénominateur approprié dans ce cas devrait donc reposer sur les recettes de ces trois niveaux administratifs.

Les données n'appuient pas les énoncés de MacKinnon (selon qui les dépenses consacrées par les gouvernements aux soins de santé par rapport à leurs recettes auraient augmenté dans toutes les administrations)<sup>5,12</sup> ni celles du *ministère de la Santé et des Services sociaux* consignées dans le Livre blanc sur le jugement rendu dans l'affaire Chaoulli<sup>7</sup>, ni celles du rapport Ménard<sup>6</sup>. Elles ne soutiennent pas non plus l'argument<sup>13</sup> selon lequel le problème se situe au niveau du numérateur (c.-à-d. des dépenses consacrées par les gouvernements aux soins de santé).

Il est clair que l'on obtient de sources de données différentes des chiffres différents sur les dépenses publiques consacrées aux soins de santé et sur leurs tendances. Or, il faudrait des données fiables et valides sur les dépenses gouvernementales totales consacrées aux soins de santé, sur les dépenses consacrées à l'assurance-maladie et sur les dépenses totales de programme, ainsi que sur les recettes de l'État. On ne peut prendre pour acquis que les données des ministères provinciaux des Finances, que MacKinnon<sup>13</sup> et les auteurs du rapport Ménard<sup>6</sup> ont utilisées, conviennent pour estimer les dépenses reliées aux politiques provinciales sur les soins de santé.

Cet article a fait l'objet d'un examen par les pairs.

Intérêts concurrents : aucuns déclarés.

**Remerciements :** Les commentaires des P<sup>rs</sup> Greg Stoddard et Robert Evans ont été précieux dans la préparation de ce commentaire. Ils ne sont toutefois responsables en rien des erreurs qui s'y seraient glissées.

## RÉFÉRENCES

1. Barer ML, Evans RG, McGrail KM, et al. Beneath the calm surface: the changing face of physician-service use in British Columbia, 1985/86 versus 1996/97. *JAMC* 2004;170:803-7.
2. L'assurance-maladie et la campagne électorale [éditorial]. *JAMC* 2004;170:1639.
3. Deber R, Swan B. Canadian health expenditures: Where do we really stand internationally? *JAMC* 1999;160:1730-4.
4. Guyatt G, Yalnzayan A, Devereaux PJ. Solving the public health care sustainability puzzle. *JAMC* 2002;167:36-8.
5. MacKinnon JC. The arithmetic of health care. *JAMC* 2004;171:603-4.
6. Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec. *Pour sortir de l'impasse: la solidarité entre nos générations*. Available: [www.brillier.gouv.qc.ca/documentation/publications/rapport\\_sante.pdf](http://www.brillier.gouv.qc.ca/documentation/publications/rapport_sante.pdf) (accessed 2007 Mai 9).
7. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficacité et de qualité. Available: <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/ffr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b6985256aa0064b01c/e90f534d23147785852571150053f04e?OpenDocument> (accessed 2007 Mai 9).
8. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2006. Ottawa: ICIS; 2006. Available: <http://dsp-psd.tpsgc.gc.ca/Collection/H118-2-2006F.pdf> (accessed: 2007 Juin 14).
9. Ministère des Finances du Québec. *Budget 2006-2007: Plan budgétaire*. Available: [www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2006-2007/fr/pdf/PlanBudgetaire.pdf](http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2006-2007/fr/pdf/PlanBudgetaire.pdf) (accessed 2007 Mai 9).
10. Une nouvelle Loi canadienne sur la santé s'impose [éditorial]. *JAMC* 2000;163:691.
11. Statistique Canada. *Système de gestion financière*. Ottawa : Le ministère; 2006.
12. Evans RG, Vujcic M. *Political wolves and economic sheep: the sustainability of public health insurance in Canada*. In: Maynard A, editor. *The public-private mix for health care*. Vancouver: Working Paper CHSPR03:16W, Center for Health Services and Policy Research, University of British Columbia; January 2005.
13. MacKinnon J. More arithmetic of health care [letter]. *JAMC* 2005;172:730.

**Correspondance :** Dr François Béland, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, CP 6128, succ. Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3J7; télécopieur : 514 343-2207; [francois.beland@umontreal.ca](mailto:francois.beland@umontreal.ca)