

Chaire de recherche  
en fiscalité et  
en finances publiques

---

## **Le financement des dépenses de santé**

### **Fascicule 2 : Le principe de l'assurance**

---

**DOCUMENT DE TRAVAIL 2015-01**

**Gilles LARIN  
Daniel BOUDREAU**

Mars 2015

## Remerciements

La *Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques* de l'Université de Sherbrooke tient à remercier de son appui renouvelé le ministère des Finances du Québec et désire lui exprimer sa reconnaissance pour le soutien financier dont elle bénéficie afin de poursuivre sa mission d'apporter une réflexion libre et indépendante sur des questions touchant la politique économique de la fiscalité et des finances publiques.

## La mission de la Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques

La Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques (CFFP) a été mise sur pied le 15 avril 2003. Au Québec, les lieux communs et officiels où praticiens, cadres de l'État et chercheurs peuvent échanger sur les nouveaux défis touchant la fiscalité et les finances publiques sont rares. De plus, la recherche dans ces domaines est généralement de nature unidisciplinaire et néglige parfois l'aspect multidisciplinaire des relations entre l'État et ses contribuables. La Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques tire sa raison d'être de ces deux réalités. La mission principale de la Chaire est de stimuler la recherche et la formation interdisciplinaires par le regroupement de professeurs et de chercheurs intéressés par la politique économique de la fiscalité. Pour plus de détails sur la Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques, vous pouvez consulter son site officiel à l'adresse suivante : <http://www.usherbrooke.ca/adm/recherche/chairefiscalite/>.

Gilles Larin est titulaire de la CFFP et Daniel Boudreau est professionnel de recherche à la CFFP.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs, ces derniers assument l'entière responsabilité des commentaires et des interprétations figurant dans la présente étude. Les droits d'auteurs appartiennent à la CFFP.

Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques  
Faculté d'administration, Université de Sherbrooke  
2500, boul. de l'Université  
Sherbrooke (Québec) J1K 2R1  
Téléphone : (819) 821-8000, poste 61353  
Courriel : [cffp.adm@usherbrooke.ca](mailto:cffp.adm@usherbrooke.ca)

## Précis

### Les dépenses de santé et leur financement

Depuis des décennies, la santé préoccupe les gouvernements par l'ampleur des sommes en jeu, par leur croissance fulgurante et par les enjeux des prochaines années, particulièrement le vieillissement de la population qui influencera la dynamique des finances publiques. Les années 1990 ont surtout été caractérisées par des efforts marqués de limiter les dépenses ou à tout le moins d'en augmenter l'efficacité. Depuis les années 2000, un intérêt grandissant est démontré en ce qui a trait au financement des services publics.

Le besoin de sources additionnelles de revenus que ce soit par la majoration de certaines contributions ou par l'ajout d'une nouvelle forme d'imposition, une préoccupation croissante envers l'équité intergénérationnelle et même la remise en question pure et simple des modalités actuelles de financement sont autant de questions qui ont été analysées par les commissions d'experts créées par le gouvernement. Dans un contexte où les dépenses de santé croissent à un rythme supérieur à celui de l'économie, que le fardeau fiscal des Québécois est le plus élevé au Canada et que le gouvernement fédéral a déjà annoncé une réduction de ses transferts en matière de santé, conserver le statu quo et l'universalité d'accès aux soins de santé devient dès lors fort complexe sans devoir empiéter sur les budgets des autres programmes ou encore recourir à de nouvelles sources de financement.

Après avoir effectué un rapide survol des conclusions de rapports déposés par des commissions d'experts sur le financement du système de santé, nous poursuivrons notre analyse sur le financement sous l'angle de la responsabilisation de la population et d'une meilleure sensibilisation aux coûts. Est-ce qu'une telle approche de financement peut faire partie intégrante d'un régime public? Plusieurs pays, particulièrement en Europe, recourent à des taxes de sécurité sociale pour parvenir à cet objectif, alors que d'autres utilisent diverses manières de sensibiliser les clientèles à la hausse des coûts et au financement de régimes publics. Le programme de l'assurance médicaments du Québec démontre de façon éloquente la possibilité de créer un régime public d'assurance-maladie établissant un lien entre les coûts que les Québécois doivent supporter pour certains services de santé et les modalités de financement.

Pour alimenter notre réflexion, nous réfèrerons au système d'assurance-maladie aux États-Unis pour illustrer les principes de mutualisation des risques en matière d'assurance-maladie. Ce système repose sur des régimes privés d'assurance pour la grande partie de la population active ayant des revenus supérieurs aux seuils de pauvreté. Nous sommes d'avis que les grands principes de tarification de l'assurance mis en application aux États-Unis apportent un éclairage intéressant concernant la mutualisation des risques et le recouvrement des coûts dans l'établissement des primes et contributions d'assurance devant être versées par les assurés.

## Table des matières

Remerciements.....	i
Précis .....	iii
Mise en contexte .....	1
Chapitre 1 : Un financement responsable sous le principe de l'assurance .....	4
1.1 Définition de l'assurance-maladie .....	4
1.2 L'assurance santé au Québec : un service public mixte .....	5
1.3 Les principes fondamentaux du régime des soins de santé au Québec.....	6
1.3.1 Accessibilité aux services .....	7
1.3.2 Contribution collective : un niveau adéquat de revenus publics pour correspondre à l'évolution des coûts .....	7
1.3.3 Qu'en est-il de la responsabilisation des utilisateurs? .....	9
1.3.3.1 Les rapports soulignent tous l'importance de trouver des méthodes pour sensibiliser la population sur le coût réel du système de santé ..	9
1.3.3.2 Les comptes de la santé ne sensibilisent pas véritablement les citoyens.....	11
1.3.4 Qu'en est-il de l'équité intergénérationnelle?.....	11
1.4 Les axes de financement du régime des soins de santé au Québec pouvant concilier les principes du régime québécois .....	13
1.4.1 Caisses capitalisées.....	15
1.4.2 Contribution santé.....	15
1.4.3 Régime public d'assurance médicaments.....	16
Chapitre 2 : Les axes de financement du régime des soins de santé ailleurs au Canada.....	18
2.1 Alberta.....	18
2.2 Ontario .....	19
2.3 Colombie-Britannique.....	20
Chapitre 3 : Les axes de financement public au niveau international .....	24
Chapitre 4 : Tarification commerciale de l'assurance-maladie selon l'expérience américaine.....	28
4.1 Coût des soins assurés.....	29
4.2 Frais administratifs.....	30
4.3 Réserves financières de solvabilité .....	31
4.4 Rentabilité et gestion des risques .....	31
4.5 Coût d'une prime d'assurance-maladie privée .....	32
Chapitre 5 : Pistes de solution .....	39
5.1 Chaque contribuable doit connaître le montant de sa contribution, ce qui n'est pas le cas dans le cadre du financement général actuel .....	39
5.2 Intégration des principes de l'assurance collective dans le financement du régime public .....	41
5.3 Mode de financement fonction d'une prime d'assurance .....	42
5.3.1 La contribution doit être fonction des coûts .....	42
5.3.2 La contribution d'un ménage doit tenir compte de sa capacité de payer.....	44
5.3.3 La contribution doit tenir compte de l'équité intergénérationnelle .....	46

5.3.4 La prise en compte du risque collectif.....	47
5.4 La contribution d'un ménage doit être clairement identifiée dans sa déclaration de revenus .....	47
Conclusion .....	48
Bibliographie.....	51

## Mise en contexte

Le premier fascicule nous a présenté un portrait de la santé faisant état de besoins financiers considérables et en croissance soutenue au-delà de celle de l'économie. Cette situation n'est pas propre au Québec, elle est généralisée à travers le monde.

Pour aborder cette situation et étudier des avenues de réflexion, le gouvernement du Québec a mandaté trois comités d'experts depuis l'an 2000, qui ont déposé leurs études sur le financement du système de santé. Responsabilisation des acteurs et des clientèles, meilleure efficacité, connaissance des coûts, nouvelles sources de revenus, équité intergénérationnelle, voilà autant de thèmes ayant été abordés par ces études.

Alors que toutes ces analyses réitèrent leur soutien à un financement public axé sur les impôts et les taxes, chacune se montre également préoccupée par le besoin de sensibiliser la population aux coûts réels encourus, notamment par la création d'une caisse autonomie. Il faut également noter que chaque étude adhère au principe de la mutualisation des risques et du financement selon les mécanismes de l'assurance - pour autant que la tarification ne soit pas individualisée selon l'usage lorsque des soins de santé sont requis, comme ce serait le cas si cela était mis en place au moyen d'un ticket modérateur.

Toutes les études recensées insistent sur l'importance de connaître les coûts des services pour mieux responsabiliser les payeurs et les utilisateurs. Le financement sur la base des impôts et des taxes procure plusieurs avantages, en minimisant notamment la contribution des ménages à faible revenu. Cependant, ce type de financement a l'immense désavantage de séparer le financement des coûts, ce qui élimine ainsi la responsabilisation du bénéficiaire du service et insuffle une impression de gratuité aux services reçus. Pour pallier cette lacune, les rapports commandés par le gouvernement du Québec ont tous recommandé la publication d'un compte santé afin de justement faire le lien entre les sommes investies et les services offerts.

L'importance relative des impôts et des taxes au Québec est la plus élevée au Canada, ce qui laisse peu de place à leur augmentation pour répondre à la croissance des coûts tant de la santé que des autres programmes sociaux. Une modernisation du système actuel de financement s'impose pour créer à même les modalités de prélèvement, des incitatifs permettant de rationaliser le comportement des usagers face à la demande de soins médicaux.

Pour conscientiser chaque usager à la hausse de contribution nécessaire pour au moins maintenir les services actuels, chacun doit être en mesure de connaître ce qu'il lui en coûte personnellement pour financer le système de santé et de réaliser qu'au moins une partie des coûts est défrayée par une source de revenus clairement identifiée à cet effet. Une récente étude de l'Institut Fraser souligne également cette lacune :

Canadians often misunderstand the true cost of our public health care system. This occurs partly because Canadians do not incur direct expenses for their use of health care, and partly because Canadians cannot readily determine the value of their contribution to public health care insurance<sup>1</sup>.

Afin d'explorer de nouvelles avenues, nous croyons qu'une approche davantage axée sur les principes de l'assurance lierait plus étroitement le financement de la santé aux coûts. Cette approche permettrait de mieux cibler certaines clientèles plus à risque afin d'accroître leur niveau de responsabilité envers les services demandés.

L'objectif que nous poursuivons dans notre étude est d'orienter collectivement les choix à la manière du régime de l'assurance médicaments, et non pas de restreindre l'accès à certains services ou de pénaliser certaines clientèles à faible revenu. La question n'est donc pas de savoir s'il faut payer davantage, car de toute manière, ce seront ultimement les citoyens qui paieront la facture globale; il s'agit plutôt de trouver une méthode équitable pour permettre que le financement puisse jouer un rôle incitatif, ce qu'un financement global provenant du *Fonds consolidé du revenu* (incluant les impôts et les taxes) ne peut accomplir.

---

<sup>1</sup> Barua, Bacchus et Milagros Palacios, *The Price of Public Health Care Insurance*, Fraser Institute, Fraser Research Bulletin, juillet 2014, à la page 1. En ligne : <<http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/price-of-public-health-care-insurance-2014.pdf>>.



Dans un premier temps, nous discuterons des études commandées par le gouvernement depuis le début des années 2000 en relevant les opinions exprimées quant à la responsabilisation de la clientèle. Dans un deuxième temps, nous survolerons des axes de financement ailleurs au Canada et sur la scène internationale. Dans un troisième temps, nous aborderons le principe de l'assurance et discuterons de son impact comme moyen complémentaire de financement de la santé. Puisque les États-Unis recourent fortement à ce principe, nos observations s'appuieront en partie sur l'approche américaine<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Notons toutefois que le système de santé américain se base principalement sur le secteur privé alors que notre approche s'adresse exclusivement au secteur public.

## **Chapitre 1 : Un financement responsable sous le principe de l'assurance**

La problématique entourant le financement de la santé ne repose pas seulement sur les revenus, mais également sur les coûts et, conséquemment, sur la manière de dépenser les fonds perçus, la productivité et l'efficacité du système et la gamme des services assurés. Ces volets ont fait partie intégrante des études des diverses commissions mandatées par le gouvernement du Québec pour étudier le secteur de la santé.

Examinons plus en détail le cadre général du régime de santé québécois autour duquel le financement public s'articule présentement<sup>3</sup>.

### **1.1 Définition de l'assurance maladie**

De façon générale, une assurance dans le secteur privé est un contrat (une police d'assurance) par lequel l'assureur s'oblige à dédommager l'assuré lorsqu'un risque couvert par la police se réalise, moyennant une prime ou cotisation que l'assuré doit verser à l'assureur. L'assuré se prémunit financièrement face à des dommages dont le coût pourrait excéder sa capacité de payer lorsqu'un dommage assuré se réalise. Ce principe s'applique à tous les types d'assurance, autant à l'assurance automobile et à l'assurance habitation qu'à l'assurance maladie offerte par le privé.

L'assurance-maladie privée porte sur la santé de l'assuré. En principe, ce dernier doit déclarer toutes les circonstances qui, à sa connaissance, peuvent influencer de façon importante un assureur dans l'appréciation du risque, sa décision d'accepter le risque et, le cas échéant, l'établissement de la prime d'assurance. Sous réserve des lois applicables, un assureur pourrait refuser d'émettre une police d'assurance ou encore exclure expressément certaines maladies ou certains soins médicaux de la police<sup>4</sup>. L'assureur fixe la prime d'assurance selon le degré de

---

<sup>3</sup> Comme précisé antérieurement, notre analyse, sans négliger l'importance de la gestion des coûts, se limite au financement.

<sup>4</sup> Voir notamment les articles 2389, 2392, 2408 et 2417 du *Code civil du Québec*.

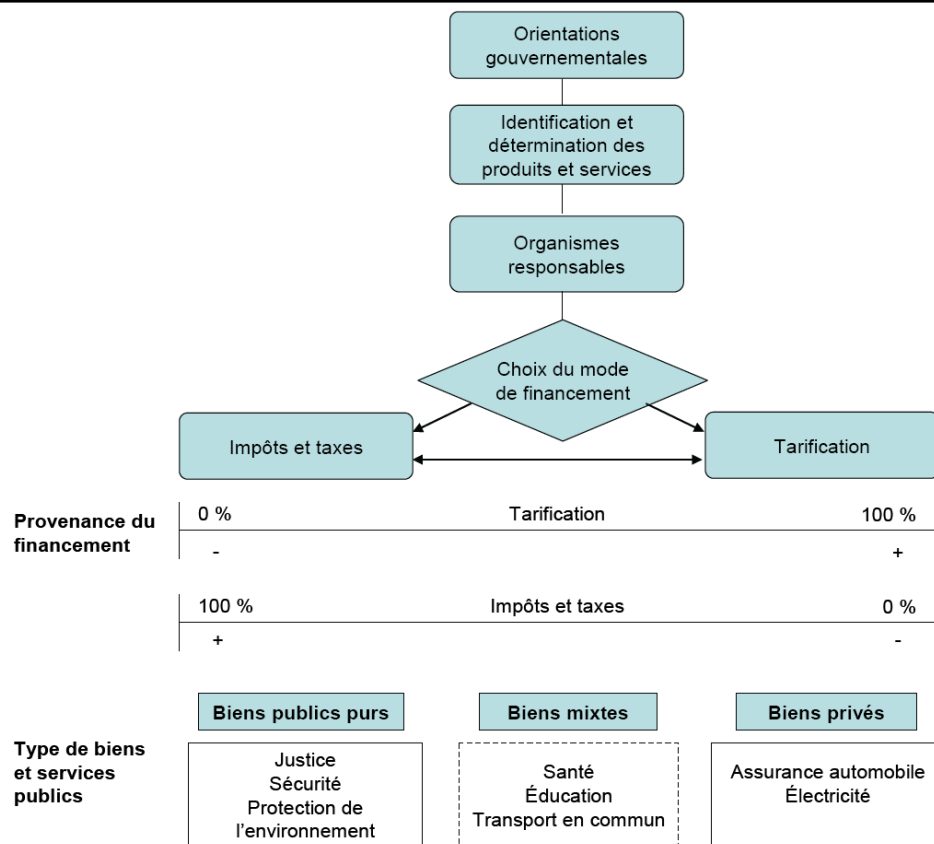
risque que présente l'assuré, et les primes doivent être versées afin que l'assurance demeure en vigueur.

## **1.2 L'assurance santé au Québec : un service public mixte**

Au Québec, l'accès aux soins de santé est considéré comme un service public mixte, soit un service qui bénéficie parfois autant à l'utilisateur qu'à la collectivité, comme c'est le cas avec la vaccination. C'est différent de certains services et biens de nature presque exclusivement publique (comme le système de justice, la sécurité publique et la protection de l'environnement) qui devraient être financés exclusivement par les impôts et taxes, ou des services et des biens qui profitent exclusivement aux usagers (comme la consommation d'électricité et l'assurance-automobile) qui devraient être financés par la tarification à l'utilisateur.

Le schéma suivant illustre sommairement comment l'assurance-maladie se compare face à des biens et services dits exclusivement publics ou privés au Québec.

## Établissement du mode de financement des services publics



Source : Ministère des Finances du Québec, *Assurer la qualité et le financement des services publics*, Budget 2009-2010, p. 6.  
<<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2009-2010/fr/documents/pdf/ServicesPublics.pdf>>

Cette perspective de l'assurance-maladie exerce donc un impact sur le mode de financement des soins de santé au Québec : dans quelle mesure les impôts et taxes devraient-ils financer le régime d'assurance maladie du Québec et quelle devrait être la contribution des usagers, selon les bénéficiaires qu'en retirent respectivement chaque usager et la collectivité?

### 1.3 Les principes fondamentaux du régime des soins de santé au Québec

Nous considérons que le financement des services publics de santé doit s'articuler autour de quatre grands axes soit :

(1) l'accessibilité aux services,

- (2) un niveau adéquat de revenus publics pour correspondre à l'évolution des coûts de la santé,
- (3) la responsabilisation des utilisateurs, et
- (4) l'équité intergénérationnelle.

### **1.3.1 Accessibilité aux services**

L'accessibilité aux services pour l'ensemble de la population, sans égard à son statut socioéconomique ou à ses revenus, est la clé de voûte des régimes québécois et canadiens de santé. Ce principe ne doit pas être compromis au profit d'un financement plus représentatif de la situation de chacun. À maintes reprises, la tarification des actes médicaux a été proposée, notamment sous l'appellation de « ticket modérateur », mais elle a été rejetée à chaque occasion, car ce mécanisme pourrait réduire l'accès aux personnes dont les revenus ne permettent pas de supporter de frais spécifiques au moment où ils doivent bénéficier du service. Le principe de l'utilisateur-payeur est difficilement applicable de manière individuelle dans le contexte du régime québécois compte tenu de la nature du service offert (service public mixte, voir sous-section 1.2) et du fait que certaines personnes indépendamment de leur niveau de richesse ou de leur âge possèdent un état de santé plus déficient que d'autres.

L'accès aux soins de santé devient dès lors l'enjeu premier de toute modification aux présentes modalités de financement.

### **1.3.2 Contribution collective : un niveau adéquat de revenus publics pour correspondre à l'évolution des coûts**

Le financement de la santé au Québec provient principalement des impôts et taxes, des sources qui sont les plus élevées au Canada, laissant ainsi très peu de marge de manœuvre pour en accroître les revenus.

D'ailleurs, dans le sondage réalisé pour le compte de la Commission Clair, la population avait signifié son opposition à l'augmentation des impôts pour assurer le financement des services de

santé (78,5 %)⁵. Déjà, en 2000, cette Commission s'inquiétait de la fragilité du financement public, notamment de sa capacité à résister à des événements majeurs comme une récession économique. Tout en soutenant que la fiscalité doit continuer d'être la principale source de revenus, la Commission suggérait de revenir à la base du régime qui reposait sur un principe d'assurance collective.

L'origine de notre régime de santé et de services sociaux repose sur une notion d'assurance publique contre certains risques graves en rapport avec la maladie... Au fil des ans, le concept « d'assurance publique » s'est estompé au profit d'une notion de « droit individuel au service » et avec elle, est disparue aussi la notion d'un panier défini de services « assurés ». Il y a donc à la base une nécessité évidente de revenir au concept original d'un « système d'assurance collective » administré par l'État et financé par nos taxes et nos impôts⁶.

*(nos soulignements)*

Pour assurer la pérennité du système de santé à long terme, la Commission recommandait donc d'explorer le recours à divers modes d'assurance collective. Toutefois, de manière générale, la création de caisses spéciales et la contribution des usagers ont obtenu des appuis mitigés auprès de la population, car elle craignait que cela réduise l'accessibilité ou entraîne une contribution supplémentaire de l'utilisateur.

Cependant, une structure de financement qui permet de recueillir assez de revenus pour supporter le niveau actuel de dépenses de la santé peut s'avérer inadéquate pour assurer la pérennité du régime à long terme. Pour y parvenir, il faut s'assurer que les revenus publics évoluent au même rythme que les coûts qu'ils doivent payer sans devoir modifier constamment les assiettes ou les taux des sources de financement. Comme le financement provient essentiellement du *Fonds consolidé du revenu*, une croissance insuffisante des revenus attribués à ce Fonds fera en sorte que la partie attribuée à la santé grandira et la part restante aux autres programmes diminuera graduellement.

---

<sup>5</sup> Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Les solutions émergentes*, Commission présidée par M. Michel Clair (ci-après le Rapport Clair), 2000, p. 30. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>.

<sup>6</sup> Rapport Clair, *supra* note 5, p. 134 et 136.

### 1.3.3 Qu'en est-il de la responsabilisation des utilisateurs?

La responsabilisation des utilisateurs est intimement liée à la connaissance du coût qu'ils paient. Il est très difficile de pouvoir responsabiliser les utilisateurs d'un service, que ce soit la santé ou un autre, lorsque ceux-ci ont une perception de gratuité ou une méconnaissance des coûts que leurs actions occasionnent. Dans ce contexte, la possibilité qu'une situation d'utilisation excédentaire des services existe s'avère importante. Tous les rapports déjà mentionnés se sont dits préoccupés par cette situation. Mais avons-nous réellement donné suite à ces rapports?

#### 1.3.3.1 Les rapports soulignent tous l'importance de trouver des méthodes pour sensibiliser la population sur le coût réel du système de santé

Le Rapport Castonguay considérait que le temps était venu pour la population québécoise de s'entendre sur un nouveau contrat social pour 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<sup>7</sup>.

Le Rapport Clair a formellement indiqué qu'il faut faire connaître aux usagers les coûts des services qu'ils reçoivent, un besoin directement aligné avec l'intérêt que les citoyens ont démontré à cet égard<sup>8</sup>. Notamment, ce rapport mentionnait les résultats d'un sondage dont l'une des questions demandait si le rapport d'impôt doit explicitement identifier une partie de l'impôt payé qui va au réseau de la santé : 81 pour cent des répondants se sont dit fortement ou plutôt en accord avec cette approche<sup>9</sup>. Le Rapport Clair suggérait la création d'un fonds propre à la santé pour conscientiser la population quant aux coûts globaux de la santé et des services sociaux<sup>10</sup>. La divulgation de renseignements concernant le coût véritablement payé par les citoyens les

---

<sup>7</sup> Groupe de travail sur le financement du système de santé, *En avoir pour notre argent*, Groupe présidé par M. Claude Castonguay (ci-après, le Rapport Castonguay), 2008, p. 7. En ligne : [http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR\\_FinancementSante.pdf](http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf)

<sup>8</sup> Rapport Clair, *supra* note 5, p. 284 et 287.

<sup>9</sup> Rapport Clair, *supra* note 5, p. 318.

<sup>10</sup> Rapport Clair, *supra* note 5, p. 260.

sensibiliserait davantage au fait que, finalement, ce sont eux qui paient et que ces services ont un coût qu'ils assument indirectement par le biais du financement public<sup>11</sup>.

Le Rapport Ménard a également insisté sur la nécessité de sensibiliser la population aux enjeux urgents auxquels fait face le système de santé et de services sociaux et l'arbitrage que le gouvernement doit faire pour en assurer la survie. Selon le rapport, en raison de l'apparence de gratuité de la grande majorité des soins de santé et des services sociaux, le grand public devrait être davantage informé des difficultés concernant les coûts et le financement du système de santé et des services sociaux et des pressions que ce secteur exerce sur les finances publiques. Cette situation perdurera tant et aussi longtemps que subsistera l'absence de lien systématique entre l'ensemble des dépenses du secteur socio sanitaire et l'ensemble des revenus liés à leur financement, ce qui sera toujours le cas lorsque les crédits budgétaires proviennent d'un seul fonds général<sup>12</sup>.

Pour établir aux yeux de tous la « vérité des coûts », ainsi que les liens entre les dépenses du secteur de la santé et des services sociaux et leurs sources de financement, le rapport a suggéré l'introduction d'une prime santé (ou taxe) dédiée à la santé pour sensibiliser les citoyens aux enjeux liés à l'augmentation des coûts de la santé.

Le rapport a aussi suggéré de répartir l'accroissement du financement sur l'ensemble de la population et non seulement sur les personnes ayant des revenus imposables<sup>13</sup>. Une telle prime responsabiliserait davantage la population face aux coûts du système et à leur augmentation, mais aussi lui garantirait qu'elle en a pour son argent et que tout est mis en œuvre pour rendre le système efficace<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> Rapport Clair, *supra* note 5, p. 287.

<sup>12</sup> Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations* (ci-après le Rapport Ménard), juillet 2005 p. 89-90. En ligne: <[http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/MONO/2005/07/818789/Tome\\_1\\_ex\\_1.pdf](http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/MONO/2005/07/818789/Tome_1_ex_1.pdf)>

<sup>13</sup> Rapport Ménard, *supra* note 12, p. 143.

<sup>14</sup> Rapport Ménard, *supra* note 12, p. 89-90.



### **1.3.3.2 Les comptes de la santé ne sensibilisent pas véritablement les citoyens**

La principale conséquence de cette préoccupation pour sensibiliser les utilisateurs du système quant à son financement a été la création des comptes de la santé à compter de 2009-2010<sup>15</sup>.

Ces comptes permettent maintenant de mieux connaître les dépenses et les revenus reliés à la santé et les composantes de chacun de ces postes. Par contre, ils ne font que refléter les revenus et les dépenses budgétaires qui, en eux-mêmes, ne permettent pas à la population d'identifier les véritables enjeux relatifs au régime des soins de santé.

De plus, ces comptes demeurent des documents administratifs qui, bien que facilement accessibles, ne sont certes pas consultés par un nombre élevé de citoyens. L'objectif de renseigner les gens sur l'évolution des coûts et des revenus du système de santé se trouve alors dilué et limité à ceux qui connaissent l'existence de ces documents et qui prendront le temps de les consulter.

L'usage des comptes de la santé contraste donc avec la sensibilisation immédiate qu'auraient une prime santé ou l'identification dans la déclaration de revenus de la partie de l'impôt payé qui va au financement du secteur de la santé et des services sociaux, telles que suggérées dans les rapports Clair et Ménard.

### **1.3.4 Qu'en est-il de l'équité intergénérationnelle?**

La notion d'équité intergénérationnelle est apparue dans le Rapport Ménard<sup>16</sup>. Selon cette notion, les coûts de la santé encourus aujourd'hui ne doivent pas être refileés aux générations futures, signifiant ainsi la nécessité de disposer d'un financement suffisant pour supporter à long terme le niveau des dépenses annuelles. Pour respecter ce principe, nous croyons cependant qu'il est nécessaire de considérer deux aspects importants du financement :

---

<sup>15</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Comptes de la santé 2009-10 à 2011-12*, à la page 23.  
En ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-614-01F.pdf>>.

<sup>16</sup> Rapport Ménard, *supra* note 12.

- Il faut distinguer les coûts annuels récurrents qui devraient effectivement être payés chaque année par rapport à ceux découlant des immobilisations et qui profiteront aussi aux générations futures;
- Il faut évaluer l'ampleur de l'interfinancement des plus jeunes vers les plus âgés qui, éventuellement, pourrait devenir un problème majeur compte tenu du vieillissement de la population. En effet, le modèle de financement actuel ne tient pas compte pleinement (voire pas du tout) de la croissance des coûts des soins de santé dans les années à venir puisqu'il est axé uniquement sur un financement des dépenses sur une base annuelle.

Il est relativement facile d'isoler la part du financement relatif aux immobilisations. Cependant, l'évaluation de la juste part que devrait payer chaque groupe d'âge au sein de la population s'avère beaucoup plus complexe.

Selon les statistiques de l'Institut canadien d'information sur la santé<sup>17</sup>, le coût moyen des soins pour une personne âgée de 30 à 49 ans en 2011 était d'environ 1 874 \$, alors qu'il était de 2 724 \$ de 50 à 59 ans et de 4 005 \$ de 60 à 64 ans. Le coût moyen augmente ensuite radicalement à partir de 65 ans : 6 473 \$ pour les adultes de 65 à 74 ans, 12 645 \$ pour les adultes de 75 à 84 ans et 25 055 \$ pour les 85 ans et plus. Globalement, en 2011, les 65 ans et plus représentaient 15,7 % de la population totale, mais étaient responsables de 49,3 % des coûts alors que les 30 à 49 ans comptaient pour 38,1 % de la population et leurs coûts de santé n'atteignaient que 15,3 % de l'ensemble. Le groupe des 50 à 64 ans se situe davantage dans la moyenne avec un poids démographique de 21,5 % et un coût de 19,3 %.

Puisque le financement des soins de santé repose sur la capacité de payer des gens, les personnes ayant les revenus les plus élevés contribuent davantage au financement que les autres. Ainsi, le groupe des 65 ans et plus dispose de 17,4 % des revenus totaux<sup>18</sup> (49,3 % des coûts totaux)

---

<sup>17</sup> Le lecteur peut référer à la section 2.1.2 du fascicule 1 pour obtenir plus de détails sur les coûts de la santé selon l'âge. Disponible en ligne : <<http://www.usherbrooke.ca/chaire-fiscalite/fileadmin/sites/chaire-fiscalite/documents/Cahiers-de-recherche/Depenses-sante-fascicule-1.pdf>>.

<sup>18</sup> Ministère des Finances du Québec, *Statistiques fiscales des particuliers*, année d'imposition 2011, mars 2014, tableau 3, p. 51 à 92. En ligne : <[http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Statistiques/fr/STAFR\\_sfp\\_2011.pdf](http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Statistiques/fr/STAFR_sfp_2011.pdf)>.

comparativement à 39,5 % (15,3 % des coûts) pour les 30 à 49 ans et 39,5 % (19,3 % des coûts) pour le groupe des 50 à 64 ans. Le déséquilibre entre les coûts à supporter et les revenus de ces mêmes groupes de personnes s'avère pour le moins inquiétant pour les prochaines années où l'augmentation importante du groupe des 65 ans et plus viendra accentuer ce déséquilibre : alors qu'il y avait 4,0 personnes de 20 à 64 ans par personne de 65 ans et plus en 2011, ce ratio devrait diminuer à 2,1 en 2031<sup>19</sup>.

Dans la mesure où le régime d'assurance-maladie public doit être maintenu dans son intégralité, les travailleurs plus jeunes devront non seulement assumer le financement des soins qu'ils consommeront durant leur vie active et leur retraite, mais devront aussi assumer en partie le coût des soins médicaux des personnes retraitées qui risquent de s'accroître de façon importante. Plus particulièrement, les travailleurs de la génération *baby-boomers* n'auront pas contribué suffisamment durant leur vie active au financement du régime de santé pour couvrir la juste part des soins médicaux qu'ils consommeront durant leur retraite. Selon une étude, les Canadiens nés depuis 1990 pourraient avoir à payer le double des impôts payés par les Canadiens nés en 1960 – cependant, l'étude exclut les impôts des entreprises comme source de financement du régime de santé, alors que nous sommes d'avis que ces impôts contribuent au financement du régime<sup>20</sup>.

#### **1.4 Les axes de financement du régime des soins de santé au Québec pouvant concilier les principes du régime québécois**

Selon une récente étude de la *Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques*, les revenus autonomes du gouvernement du Québec devraient croître de 3,4 % annuellement entre 2015 et 2030 alors que les coûts de la santé augmenteraient de 5,4 % par année durant cette période, créant un manque à gagner annuel de 2 points de pourcentage. Sur une plus longue

---

<sup>19</sup> Institut de la statistique du Québec, *Le bilan démographique du Québec*, édition 2014, décembre 2014, tableau 1,7, p. 40. En ligne : <<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2014.pdf#page=23>>.

<sup>20</sup> Emery, Still and Cottrell, *Can we avoid a sick fiscal future? The non-sustainability of health-care spending in an aging population?*, (2012), Vol. 5, No 31, SPP Research Papers. Disponible en ligne : <<http://www.policyschool.ucalgary.ca/sites/default/files/research/emery-generational-balances-final.pdf>>.

période (2015-2050), l'écart diminue à 1,6 point de pourcentage annuellement<sup>21</sup>. Le Rapport Ménard avait formulé un constat semblable il y a dix ans :

Pour respecter l'équilibre budgétaire sans augmenter le fardeau fiscal, il faudrait réduire progressivement, au fil des ans, la croissance annuelle moyenne des autres dépenses de programmes. À compter de 2026, il faudrait même réduire non plus la croissance, mais le niveau même des autres dépenses de programmes.

Conséquemment, le poids des dépenses de santé et de services sociaux dans les dépenses de programmes augmenterait rapidement. Il s'agit d'une simple question mathématique. D'ici vingt-cinq ans, les dépenses de santé et de services sociaux pourraient représenter les deux tiers des dépenses de programmes du gouvernement du Québec, contre 43 % en 2005-2006<sup>22</sup>.

Cette résultante est insoutenable à moyen et long terme sans compromettre de manière irrémédiable la survie des autres programmes du gouvernement. Elle démontre la nécessité soit de restreindre la croissance des dépenses à celle des revenus, soit de modifier le mode actuel de financement de la santé pour y inclure d'autres sources de revenus dont le rythme de croissance serait supérieur à celui des impôts et des taxes.

Quelles approches le gouvernement québécois pourrait-il adopter pour assurer la pérennité financière du régime québécois d'assurance-maladie tel qu'on le connaît présentement?

Nous nous limiterons dans cette étude à présenter diverses alternatives de financement et à les comparer avec la situation actuelle pour faciliter l'évaluation des impacts sur les différents groupes de payeurs. Notre analyse s'attarde sur l'aspect des revenus tout en gardant à l'esprit que l'étendue des soins assurés de même que celle de la structure administrative représentent également des enjeux majeurs et que toute contraction ou tout élargissement de celles-ci provoque un impact sur le financement. Intitulé *Les solutions émergentes*, le rapport Clair a

---

<sup>21</sup> Godbout, Luc, St-Cerny, Suzie, Arsenault, Matthieu, Dao, Ngoc Ha et Fortin, Pierre, *La soutenabilité budgétaire des finances publiques du gouvernement du Québec*, Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques, 22 janvier 2014, p. 43-45. En ligne : [http://www.usherbrooke.ca/chaire-fiscalite/fileadmin/sites/chaire-fiscalite/documents/Cahiers-de-recherche/la\\_soutenabilite\\_budgetaire\\_du\\_Quebec\\_22janvier2014.pdf](http://www.usherbrooke.ca/chaire-fiscalite/fileadmin/sites/chaire-fiscalite/documents/Cahiers-de-recherche/la_soutenabilite_budgetaire_du_Quebec_22janvier2014.pdf).

<sup>22</sup> Rapport Ménard, *supra* note 12, p. 45.

réalisé un vaste sondage auprès de la population qui a clairement démontré à l'époque sa volonté de ne pas réduire la couverture des soins (71,5 %) <sup>23</sup>.

#### 1.4.1 Caisses capitalisées

Les trois commissions d'études mandatées par le gouvernement québécois durant les années 2000 ont toutes proposé, sous des appellations et des modalités différentes, la création d'une nouvelle source de revenus axée sur une caisse capitalisée :

- Rapport Clair : Instauration d'un régime de caisse capitalisé pour amortir le choc du vieillissement de la population. Ce régime d'assurance contre la perte d'autonomie serait financé par une contribution obligatoire et fiscalisée sur les revenus individuels de toute provenance <sup>24</sup>.
- Rapport Ménard : Création d'un régime partiellement capitalisé qui serait financé par des cotisations obligatoires devant être versées par tous les contribuables, par les revenus d'intérêts accumulés et une participation souhaitable du gouvernement fédéral <sup>25</sup>.
- Rapport Castonguay : Création d'un fonds de stabilisation dédié à la santé pour financer les coûts de santé excédant la croissance des revenus. Ce fonds serait financé par une source de nature fiscale et une autre liée à l'utilisation des soins <sup>26</sup>.

#### 1.4.2 Contribution santé

La contribution santé apparaît comme la réponse gouvernementale à l'appel des différentes commissions afin d'établir une nouvelle source de revenus financée par des cotisations des

---

<sup>23</sup> Ces opinions datent toutefois d'un peu plus d'une décennie, donc bien avant la problématique actuelle entourant les finances publiques du Québec, et il est incertain que les réponses seraient identiques aujourd'hui. Voir Rapport Clair, *supra* note 5, à la page 300.

<sup>24</sup> Rapport Clair, *supra* note 5, p. 191-192.

<sup>25</sup> Rapport Ménard, *supra* note 12, p. 83.

<sup>26</sup> Rapport Castonguay, *supra* note 7, p. 242-243.

contribuables. Toutefois, la partie relative à la capitalisation recommandée par les commissions n'a pas été retenue.

Cette contribution santé a été en forte croissance puisque les cotisations sont passées de 25 \$ par an pour tous lors de son introduction en 2010 à 1 000 \$ pour un revenu supérieur à 151 260 \$ depuis qu'elle est devenue modulée selon le revenu, comme l'indique le tableau 1. Les cotisations sont versées au *Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux*<sup>27</sup> (ci-après FINESSS) et servent à financer des activités précises de la santé sans lien entre le niveau des cotisations et les besoins financiers à combler ou avec l'évolution des coûts de la santé.

**Tableau 1 : Montant de la contribution santé des particuliers au Québec, 2014**

Revenu net		Taux applicable	Contribution annuelle	Contribution mensuelle
supérieur à	sans excéder			
--	18 175 \$	Aucun	Aucune	Aucune
18 175 \$	20 175 \$	5 % de l'excédent de 18 175 \$	0,01 \$ à 100 \$	0,00 \$ à 8,33 \$
20 175 \$	40 390 \$	Montant fixe	100 \$	8,33 \$
40 390 \$	42 390 \$	100 \$ plus 5 % de l'excédent de 40 390 \$	100,01 \$ à 200 \$	8,33 \$ à 16,67 \$
42 390 \$	131 260 \$	Montant fixe	200 \$	16,67 \$
131 260 \$	151 260 \$	200 \$ plus 4 % de l'excédent de 131 260 \$	200,01 \$ à 1 000 \$	16,67 \$ à 83,33 \$
151 260 \$	--	Montant fixe	1 000 \$	83,33 \$

Source : Revenu Québec, Modifications au guide « Formules pour le calcul des retenues à la source et des cotisations » (TP-1015F), 19 novembre 2013, <<http://www.revenuquebec.ca/fr/salle-de-presse/nouvelles-fiscales/2013/2013-11-19%281%29.aspx>>.

### 1.4.3 Régime public d'assurance médicaments

Le régime public d'assurance médicaments du Québec est contributif : les bénéficiaires paient une prime, assument une franchise et contribuent au coût des médicaments. Ce mode de financement crée un lien direct avec le coût du régime. Toutefois, les comptes de la santé mentionnent que la part supportée par les assurés ne représente que 39,6 % des coûts totaux du

<sup>27</sup> Le FINESSS est également financé à partir de la hausse d'impôt des hauts revenus et, à compter de 2014-15, d'une partie des transferts fédéraux en matière de santé. Ministère des Finances du Québec, *Plan budgétaire*, Budget 2014-2015, p. A.32. <<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2014-2015a/fr/documents/Planbudgetaire.pdf>>.

régime, le solde étant assumé par le gouvernement<sup>28</sup>. Cette proportion n'est cependant pas constante puisque certains bénéficiaires comme ceux qui reçoivent une aide de dernier recours et les personnes âgées qui reçoivent au moins 94 % du supplément du revenu garanti maximal sont exemptés de toute contribution. Par contre, les adultes de moins de 65 ans qui ne sont pas assurés par une assurance privée assument 81,2 % des coûts qu'ils occasionnent.

Les exemptions de contributions permettent d'atténuer l'impact de ce mode de financement auprès de certains bénéficiaires et personnes âgées qui pourraient difficilement en absorber le coût. En contrepartie, ces exemptions ajoutent au fardeau des autres contribuables qui doivent assumer les contributions relatives aux médicaments fournis aux personnes exemptées, en sus de leur propre contribution à un régime collectif privé d'assurance médicament. Le rapport Castonguay s'est montré préoccupé par cette situation :

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. Cette mesure aurait pour effet d'établir clairement le principe d'assurance pour ce groupe, en opposition au principe d'assistance qui s'applique aux plus démunis et aux personnes âgées de 65 ans et plus<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Voir *supra* note 15.

<sup>29</sup> Rapport Castonguay, *supra* note 7, à la page 154.

## Chapitre 2 : Les axes de financement du régime des soins de santé ailleurs au Canada

Tous les gouvernements provinciaux cherchent à assurer la pérennité financière de leur régime de soins de santé. Examinons des choix retenus dans certaines provinces. Aux fins de notre étude, nous comparons les axes de financement que les provinces identifiées ont choisis ou privilégiés en matière de financement simplement pour illustrer diverses façons d'aborder le problème du financement de la santé et de sensibiliser davantage les particuliers au coût du régime de santé à l'intérieur du cadre de l'universalité des soins de santé au Canada.

### 2.1 Alberta

Le gouvernement albertain a mis sur pied un groupe de travail pour donner suite au rapport Mazankowski (2001) sur un projet de réforme de la santé<sup>30</sup>. Conscient de la croissance rapide des dépenses de santé et de l'importance de sensibiliser la population aux coûts réels, ce groupe de travail, présidé par Gordon Graydon<sup>31</sup>, a recommandé de mieux lier les revenus et les dépenses. Cette recommandation reflétait celle du Rapport Mazankowski voulant que « Health care premiums should be tied to the overall costs of the health system and the scope of insured services<sup>32</sup> ». Il a suggéré de mettre en place un mécanisme similaire à celui proposé par le rapport Castonguay pour ajuster la croissance des dépenses publiques de santé à celle de la richesse collective de la population. Plus particulièrement, ce groupe suggérait de financer les coûts de la santé selon trois composantes principales :

- 1) Le financement provenant du *Fonds consolidé du revenu* devrait croître à taux annuel maximal de 4 pour cent;
- 2) Les primes annuelles d'assurance maladie devraient être établies de manière à financer 20 pour cent du coût des soins de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé*;

---

<sup>30</sup> Premier's Advisory Council on Health, *A Framework for Reform*, Don Mazankowski, président, Alberta, 2001 (ci-après Rapport Manzankowski). En ligne: <<http://www.health.alberta.ca/documents/Mazankowski-Report-2001.pdf>>.

<sup>31</sup> M.L.A. Task Force on Health Care Funding and Revenue Generation, *A Sustainable Health System for Alberta*, Gordon Graydon, président, 2002, 25 pages (ci-après le Rapport Graydon). En ligne : <<http://www.health.alberta.ca/documents/Sustainable-system-2002.pdf>>.

<sup>32</sup> Rapport Manzankowski, *supra* note 30, à la page 61.



3) Le reste du financement devrait provenir d'une nouvelle approche albertaine axée sur une contribution des utilisateurs<sup>33</sup>.

(*Notre traduction*)

Cette nouvelle approche de financement albertaine aurait été basée soit sur une augmentation des taux d'imposition ou des primes à l'assurance santé, soit sur l'idée que les utilisateurs paieraient davantage pour les soins de santé s'ils avaient eu la capacité financière de le faire. Cette dernière option aborde directement le principe de l'assurance individuelle à l'exception qu'elle prend en considération la capacité de payer des gens – un peu à l'image du financement de l'assurance médicaments du Québec.

Le gouvernement de l'Alberta, considérant que le rapport Gordon était simplement un document de discussion<sup>34</sup>, s'en est complètement distancé et avait choisi d'augmenter la prime de l'assurance santé, mais sans en lier la contribution aux coûts réels de la santé. Depuis janvier 2009, les contributions au régime de l'assurance santé de l'Alberta ont été abolies.

## **2.2 Ontario**

Les Ontariens doivent verser une contribution santé annuelle qui est prélevée, à l'instar du Québec, à même le régime d'impôt sur le revenu des particuliers. La prime est fonction du revenu imposable des particuliers. Ainsi, un particulier ayant un revenu imposable de 20 000 dollars ou moins en 2014 n'a pas à verser la prime. Au-delà de ce seuil, la prime croît selon le revenu, sans excéder 900 dollars si le revenu du particulier excède 200 600 dollars (tableau 2).

---

<sup>33</sup> Rapport Graydon, *supra* note 31, à la page 3.

<sup>34</sup> Government of Alberta, Backgrounder, *MLA Task Force on Health Care Funding and Revenue Generation*, 30 juin 2004, Calgary. En ligne : <http://arts.uwaterloo.ca/~gboychuk/Calgary/Research%20Documents/Gov%20Docs/graydon.pdf>.

**Tableau 2 : Montant de la contribution santé annuelle des particuliers en Ontario, 2014**

Revenu imposable		Taux applicable	Contribution annuelle	Contribution mensuelle
supérieur à	sans excéder			
--	20 000 \$	Aucun	Aucune	Aucune
20 000 \$	25 000 \$	6 % de l'excédent de 20 000 \$	0,01 \$ à 300 \$	0,00 à 25 \$
25 000 \$	36 000 \$	Montant fixe	300 \$	25 \$
36 000 \$	38 500 \$	300 \$ plus 6 % de l'excédent de 36 000 \$	300,01 \$ à 450 \$	25 \$ à 37,50 \$
38 500 \$	48 000 \$	Montant fixe	450 \$	37,50 \$
48 000 \$	48 600 \$	450 \$ plus 25 % de l'excédent de 48 000 \$	450,01 \$ à 600 \$	37,50 \$ à 50 \$
48 600 \$	72 000 \$	Montant fixe	600 \$	50 \$
72 000 \$	72 600 \$	600 \$ plus 25 % de l'excédent de 72 000 \$	600 \$ à 750 \$	50 \$ à 62,50 \$
72 600 \$	200 000 \$	Montant fixe	750 \$	62,50 \$
200 000 \$	200 600 \$	750 \$ plus 25 % de l'excédent de 200 000 \$	750,01 \$ à 900 \$	62,50 \$ à 75,00 \$
200 600 \$		Montant fixe	900 \$	75,00 \$

Source : Revenu Canada, *Impôt de l'Ontario*, T1 Générale, 2014, Formulaire ON428, p. 4.  
<<http://www.cra-arc.gc.ca/F/pbg/tf/5006-c/5106-c-14f.pdf>>.

Les primes prélevées visent à financer le régime ontarien de soins de santé, sans toutefois être affectées à des besoins particuliers ou encore arrimées avec des coûts du régime.

### 2.3 Colombie-Britannique

De manière générale, le régime d'assurance maladie de la Colombie-Britannique est financé à près de 80 pour cent à partir des taxes et impôts provinciaux. Le reste du financement provient de diverses sources comme les transferts fédéraux, les droits et permis et les revenus de loterie.

En vertu du *Medical Services Plan*, les particuliers doivent contribuer au régime d'assurance maladie par le paiement de primes mensuelles dont le montant varie selon la taille et le revenu du ménage. La loi provinciale indique simplement que le plan doit être géré de manière viable à long terme et que les dépenses médicales annuelles ne doivent pas excéder la capacité de payer des contribuables ni compromettre les soins de santé de la génération future, sans spécifier les

critères sur lesquels le montant des primes doit être établi<sup>35</sup>. Une assistance financière est accordée aux ménages ayant un « revenu net ajusté » selon la composition de la famille inférieur à 30 000 \$. De façon sommaire, le revenu net ajusté signifie le revenu net du ménage moins certains ajustements pour tenir compte des 65 ans et plus et de la présence d'enfants dans le ménage.

À titre d'illustration, le tableau 3 indique les montants des primes mensuelles devant être versées par ménage en Colombie-Britannique pour 2014. Nous pouvons constater que le coût d'une prime pour un ménage de trois personnes ou plus tirant un revenu annuel de 30 001 dollars correspond, sur une base annuelle, à approximativement 5,5 pour cent du revenu – le plus haut pourcentage pour l'ensemble des ménages (évidemment, sans tenir compte du coût net en fonction des crédits d'impôt pouvant s'appliquer).

Il est important de noter que le régime de la Colombie-Britannique permet la participation de l'employeur au paiement des primes. Par exemple, le gouvernement fédéral paie la moitié des primes de ses employés assujettis à ce régime<sup>36</sup> ce qui réduit d'autant la contribution directe de ces employés. La participation peut même se poursuivre pour les retraités de ces entreprises comme c'est le cas pour Postes Canada<sup>37</sup>.

---

<sup>35</sup> Voir les articles 5.7 et 8 de la *Medicare Protection Act*, R.S.B.C. 1996, c. 286, et le *Medical and Health Care Services Regulation*, B.C. Reg. 426/97, O.C. 1436/97.

<sup>36</sup> Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, *Régimes provinciaux d'assurance-maladie*, <[http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs\\_pol/hrpubs/tb\\_862/hipriba-apampca01-fra.asp](http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs_pol/hrpubs/tb_862/hipriba-apampca01-fra.asp)>.

<sup>37</sup> Postes Canada, *Remboursement partiel des primes du régime de soins médicaux de la Colombie-Britannique*, <<https://www.canadapostalumni.ca/liens-externes-utiles/remboursement-partiel-des-primes-du-regime-de-soins-medicaux-de-la-colombie-britannique/>>.

**Tableau 3 : Montant mensuel de la contribution santé (*Medical Services Plan*) des particuliers en Colombie-Britannique, selon la taille et le revenu net ajusté du ménage, 2014**

Revenu net ajusté		Contribution		
à partir de	sans excéder	Une personne	Famille de deux personnes	Familles de trois personnes ou plus
0 \$	22 000 \$	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$
22 001 \$	24 000 \$	12,80 \$	23,20 \$	25,60 \$
24 001 \$	26 000 \$	25,60 \$	46,40 \$	51,20 \$
26 001 \$	28 000 \$	38,40 \$	69,60 \$	76,80 \$
28 001 \$	30 000 \$	51,20 \$	92,80 \$	102,40 \$
30 001 \$	-	69,25 \$	125,50 \$	138,50 \$

Source : Ministry of Health of British Columbia, *MSP Premiums*. En ligne : <<http://www.health.gov.bc.ca/msp/infoben/premium.html>>.

Les primes versées à ce volet du régime public servent à défrayer les coûts pour les soins fournis par les médecins et certains autres professionnels de la santé, les soins de maternité, les examens visuels médicalement requis, les services de laboratoires et les procédures de diagnostic tels les radiographies médicalement requises, les soins dentaires en milieu hospitalier et les services d'orthodontie.

En 2013, les dépenses engagées par le gouvernement en vertu du *Medical Services Plan* ont atteint environ 3,8 milliards de dollars. Une partie de ces dépenses a été couverte par les primes d'assurance, soit environ 2 milliards de dollars – ces primes sont versées au *Fonds consolidé du revenu* du gouvernement. Le reste du financement provenait du gouvernement provincial, soit environ 0,8 milliard de dollars relativement à l'aide financière fournie par le gouvernement aux assurés pour défrayer leurs primes, et environ 1 milliard de dollars versés par le gouvernement pour s'assurer que le régime couvre ses frais<sup>38</sup>.

Par ailleurs, les particuliers admissibles au *Medical Services Plan* sont également admissibles au régime public d'assurance médicaments *Pharmacare*, dans la mesure où ils ont produit une déclaration de revenus. De façon générale, les particuliers doivent assumer une franchise, et le régime rembourse 70 pour cent des dépenses excédant la franchise jusqu'à une limite établie par

<sup>38</sup> Voir les états financiers du *Medical Services Commission* pour l'exercice se terminant le 31 mars 2013, disponibles en ligne : <[www.health.gov.bc.ca/msp/legislation/pdf/bluebook2013.pdf](http://www.health.gov.bc.ca/msp/legislation/pdf/bluebook2013.pdf)>.

ménage, et 100 pour cent des dépenses excédant cette limite. Cette structure de paiement a été établie pour s'assurer que le coût annuel des médicaments ne dépasse pas la capacité de payer des ménages. Le montant des franchises et des limites familiales est établi selon un pourcentage du revenu net familial. La contribution gouvernementale est puisée à même le *Fonds consolidé du revenu* du gouvernement de la Colombie-Britannique<sup>39</sup>. Le tableau suivant illustre les modalités du régime *Pharmacare*<sup>40</sup>.

**Tableau 4 : Paramètres des franchises et paiements participatifs selon le revenu familial du régime *Pharmacare*, 2014**

Revenu annuel net familial		Franchise familiale	Pourcentage des coûts assumés par le régime en excédant de la franchise	Limite familiale (au-delà duquel le régime assume la totalité des coûts)
À partir de	Sans excéder			
0 \$	15 000 \$	Aucune	70 %	2 % du revenu net
15 000 \$	30 000 \$	2 % du revenu net	70 %	3 % du revenu net
30 000 \$		3 % du revenu net	70 %	4 % du revenu net

Source : Ministry of Health of British Columbia, *Fair PharmaCare Plan*, <<http://www.health.gov.bc.ca/pharmacare/plani/planiindex.html>>.

Nous pouvons constater que le régime d'assurance médicaments de la Colombie-Britannique exige une contribution financière de tous les ménages jusqu'à ce que les dépenses engagées par un ménage au cours d'une année atteignent une limite en fonction d'un pourcentage du revenu net du ménage. Une telle approche présente l'avantage de sensibiliser les ménages aux coûts du régime tout en respectant la capacité de payer des ménages.

---

<sup>39</sup> Office of the Auditor General of British Columbia, *Health Funding Explained*, 11 janvier 2013. En ligne : <<http://www.bcauditor.com/healthfundingexplained>>.

<sup>40</sup> Ministry of Health of British Columbia, *Fair PharmaCare Plan*. En ligne : <<http://www.health.gov.bc.ca/pharmacare/plani/planiindex.html#1>>.

## Chapitre 3 : Les axes de financement public au niveau international

Nous retrouvons deux catégories de financement public au niveau international : l'une, spécifique, relie le service au coût et l'organisme responsable détermine le prix et les modalités d'obtention des services (tarification et fonds de sécurité sociale) alors que l'autre est générale et n'associe aucunement les bénéficiaires aux coûts (impôts et taxes). La séparation entre les revenus généraux et les cotisations dédiées permet de mieux distinguer la partie des revenus attribuée à la santé de celle des autres missions de l'État. Comme le démontre le tableau 5, nous observons des écarts remarquables entre les pays à l'égard de l'importance de chacun de ces modes de financement.

**Tableau 5 : Financement des dépenses publiques de santé selon le type de financement et le pays, 2000-2010 (données en %)**

Régions	Revenus généraux		Fonds de sécurité sociale	
	2000	2010	2000	2010
Australie	100,0	100,0	0,0	0,0
<b>Canada</b>	<b>98,1</b>	<b>98,1</b>	<b>1,9</b>	<b>1,9</b>
Portugal	98,3	98,2	1,7	1,8
<b>Québec</b>	<b>96,1</b>	<b>96,2</b>	<b>3,9</b>	<b>3,8</b>
Finlande	80,5	80,3	19,5	19,7
États-Unis	16,2	13,4	83,8	86,6
Japon	15,1	12,4	84,9	87,6
Allemagne	12,7	11,4	87,3	88,6
France	5,7	4,7	94,3	95,3

Calculs effectués par les auteurs.

Sources : OECD (2013), *Dépenses de santé et financement, Statistiques de l'OCDE sur la santé* (database). (Accédée le 17 décembre 2013). En ligne : <[http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/data/statistiques-de-l-ocde-sur-la-sante/systeme-des-comptes-de-la-sante-depenses-de-sante-par-fonction\\_data-00349-fr?isPartOf=/content/datacollection/health-data-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/data/statistiques-de-l-ocde-sur-la-sante/systeme-des-comptes-de-la-sante-depenses-de-sante-par-fonction_data-00349-fr?isPartOf=/content/datacollection/health-data-fr)>.

MSSS, *Comptes de la santé 2009-10 à 2011-12*, p. 16. En ligne :

<<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-614-01F.pdf>>.

Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2012*, tableau B 3.1, p. 158. En ligne : <[https://secure.cihi.ca/free\\_products/NHEXTrendsReport2012FR.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport2012FR.pdf)>.

Régie de l'assurance maladie du Québec, *Le régime général d'assurance médicaments*, rapport d'activité 200-2001, à la page 67. En ligne :

<<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappann0001-fr.pdf>>.

Parmi les pays de l'OCDE, la partie du financement attribuable aux revenus généraux a varié de 4,7 % à 100,0 % en 2010. Cette vaste étendue des résultats laisse supposer qu'il n'existe pas de taux idéal et qu'il s'agit plutôt d'une décision qui relève des choix effectués par chaque pays.

D'ailleurs, pour 14 des 31 pays de l'OCDE pour lesquels nous disposons de l'information pertinente au calcul, les revenus généraux représentent plus de 50 % du financement. À l'opposé, pour les 17 autres pays, la part des revenus généraux dans le financement est nettement inférieure à 50 %.

Par contre, ce qui surprend davantage, c'est la polarisation des résultats. Nous retrouvons des concentrations beaucoup plus fortes dans les taux extrêmes et très peu de pays au centre pour 2010 : 13 des 31 pays (41,9 %) ont un taux de financement par les revenus généraux qui se situe au-dessus de 80 % (dont 8 au-dessus de 98 %) alors que 12 (38,7 %) ont un taux de moins de 20 %. Entre ces deux seuils, nous retrouvons seulement 6 pays (19,4 %). La presque totalité des pays a donc choisi un mode de financement qui laisse peu de place à l'autre mode. De plus, sur une base historique, les statistiques de l'année 2000 indiquent que les taux sont relativement stables dans le temps.

Parmi les pays où le taux des revenus généraux est élevé, nous retrouvons les pays scandinaves, le Royaume-Uni, l'Italie, l'Espagne, l'Irlande, le Portugal et le Canada<sup>41</sup>. Les dépenses publiques de santé de ce groupe représentent 24,0 % de celles de l'ensemble des pays de l'OCDE (40,0 % si nous excluons les États-Unis). Globalement, les dépenses publiques de santé de ces pays atteignaient 7,4 % du PIB en 2010.

Les pays ayant un taux faible de financement provenant des revenus généraux comprennent notamment les États-Unis, l'Allemagne, la France et le Japon. Les coûts publics de santé de ce groupe représentent 70,6 % de l'ensemble des dépenses (50,9 % sans les États-Unis). En proportion du PIB, les dépenses publiques de santé dépassaient celles du premier groupe, soit 8,2 % en 2010. Les pays au centre de ces deux groupes (Mexique, Corée, Grèce notamment) ne comptent que pour 5,5 % des dépenses publiques totales de santé et celles-ci ne représentaient que 4,2 % du PIB.

---

<sup>41</sup> Au Canada, ce sont essentiellement le Fonds de l'assurance médicaments du Québec, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (partie) ainsi que la Société de l'assurance automobile du Québec (partie) qui constituent les Fonds de sécurité sociale.

Malgré un ratio par rapport au PIB plus élevé dans les pays du groupe ayant un faible taux provenant de revenus généraux, ceux-ci semblent un peu mieux maîtriser la croissance de leurs dépenses puisqu'elles ont crû à un rythme annuel moyen de 13,5 % entre 2000 et 2010 comparativement à 14,4 % pour l'autre groupe. Si nous excluons les États-Unis dont les dépenses publiques font l'objet d'un rééquilibrage avec celles réalisées dans le privé, l'écart devient encore plus significatif puisque le taux du premier groupe diminue de 13,5 % à 10,7 %. Cette différence annuelle de 3,7 points de pourcentage pourrait-elle être attribuable à un meilleur contrôle des dépenses lorsque celles-ci sont principalement financées à l'aide de sources de revenus dédiées et en lien avec le niveau des dépenses à payer? De plus, la présence de plusieurs pays vivant des difficultés importantes avec leurs finances publiques dans le groupe de pays ayant un taux élevé des dépenses de santé financées par les revenus généraux est-elle significative d'un malaise lié aux modalités de financement des dépenses publiques? Les statistiques ne permettent pas de tirer de conclusions sur ces questions, mais elles ont néanmoins le mérite de soulever une interrogation sérieuse sur les raisons pouvant expliquer cette situation.

Le rapport Castonguay a analysé ces deux types de financement<sup>42</sup>. Il a mis en évidence quelques caractéristiques intrinsèques à chacun.

Les systèmes financés par les impôts :

- capacité plus grande à contrôler la croissance des coûts;
- partage d'emblée du risque universel;
- système moins coûteux à administrer.

Les systèmes financés par les caisses d'assurance sociale :

- système moins politisé;
- satisfaction de la population généralement plus élevée;
- le financement comporte certains défauts, liés essentiellement à l'évolution du marché du travail.

---

<sup>42</sup> Rapport Castonguay, *supra* note 7, p. 237-238.



Selon le rapport Castonguay, la séparation des budgets de santé des autres dépenses du gouvernement, dans les systèmes d'assurance sociale, a la plupart du temps pour résultat d'augmenter les dépenses totales de santé.

Il est rare qu'un pays change brusquement de modèle. Plusieurs réformes de la santé ont été mises en œuvre en Grande-Bretagne, au cours des dernières années, mais jamais le principe du financement par l'impôt n'a été remis en cause. On constate le même phénomène, mais en sens inverse, en Allemagne et en France. Toutefois, l'Espagne et l'Islande ont progressivement délaissé l'assurance sociale pour un financement de nature fiscale, au cours des années soixante-dix et quatre-vingt.

Le groupe de travail ne trouve aucun motif suffisant qui justifierait que l'on remplace notre système, financé principalement par l'impôt, par un système financé par une caisse d'assurance sociale. Pour le groupe de travail, l'impôt doit demeurer la principale source de financement du système de santé québécois. Par contre, au cours des dernières années, plusieurs systèmes de santé financés par l'impôt ont modifié l'organisation des soins et les mécanismes d'allocation et de paiement à l'intérieur du système public, afin de créer des conditions permettant de tirer les mêmes avantages que les systèmes d'assurance sociale – sans pour autant modifier les sources principales de revenu<sup>43</sup>.

Une critique souvent avancée et même reprise par le rapport Castonguay veut que le financement des régimes de sécurité sociale soit fortement axé sur les revenus d'emploi ce qui crée une iniquité face aux autres sources de revenus, principalement le travail autonome qui est en forte progression dans les économies de tous les pays. Toutefois, rien n'empêche les gouvernements de modifier l'assiette de ces sources de revenus pour les étendre à d'autres types de revenus. Les contributions au Fonds des services de santé au Québec en sont un bel exemple puisque l'assiette a été étendue aux revenus d'entreprises individuelles ainsi qu'aux revenus de retraite et de placements.

---

<sup>43</sup> *Ibid.*

## Chapitre 4 : Tarification commerciale de l'assurance-maladie selon l'expérience américaine

Dans le but d'explorer une approche axée sur le principe de l'assurance et devant l'absence d'exemples québécois à cet égard, nous avons choisi de nous tourner vers les États-Unis.

Le régime d'assurance-maladie aux États-Unis repose sur un système mixte dans lequel des régimes publics et privés coexistent. De façon générale, les personnes de 65 ans et plus sont admissibles au régime public *Medicare* et les personnes ayant de faibles revenus peuvent être admissibles au régime public *Medicaid*. Les deux régimes sont financés à même les deniers publics. Par contre, les ménages faisant partie de la population active et ayant des revenus supérieurs à des seuils de pauvreté préétablis doivent souscrire une police d'assurance-maladie auprès d'assureurs privés s'ils veulent se prémunir contre les coûts associés au traitement de maladies.

Dans le secteur privé, le financement de l'assurance repose principalement sur les primes. La prime est établie par l'assureur selon une estimation actuarielle des montants nécessaires pour couvrir quatre aspects des soins médicaux sans égard à la capacité de payer de l'assuré. Alors que les trois premiers aspects sont présents tant dans un régime public que privé, le quatrième aspect ayant trait à la rentabilité ne se trouve que chez les assureurs privés<sup>44</sup> :

1. Coût des soins de santé.
2. Coûts administratifs du régime.
3. Réserves financières de solvabilité.
4. Rentabilité financière.

Les sous-sections suivantes aborderont chacune de ces catégories.

---

<sup>44</sup> Newsom, Mark et Bernadette Fernandez, *Private Health Insurance Premiums and Rate Reviews*, Congressional Research Service, 7-5700, R41588, January 11, 2011. En ligne : [http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1793&context=key\\_workplace](http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1793&context=key_workplace).

#### **4.1 Coût des soins assurés**

Le coût des soins assurés est principalement fonction des variables suivantes :

- le coût des soins fournis, tel que négocié entre l'assureur et les prestataires de soins ainsi que les fournisseurs d'équipements et de médicaments, selon les forces du marché;
- la fréquence d'utilisation des soins assurés.

Un particulier présentant des risques médicaux élevés est davantage susceptible d'avoir besoin de soins plus onéreux et plus fréquents qu'un particulier ne présentant que de faibles risques. En principe, un assureur exigera une prime d'assurance plus élevée pour une personne avec des risques médicaux élevés comparativement à celle exigée auprès d'une personne sans risques médicaux. Pour minimiser une utilisation massive de soins médicaux, les assureurs pourraient alors adopter une panoplie de mesures pour contenir le coût des soins assurés :

- exclusion de personnes avec des risques médicaux élevés;
- exclusion de soins médicaux particulièrement onéreux;
- services assurés fournis par des prestataires sélectionnés par l'assureur;
- plafonnement des prestations sur une base annuelle ou selon le type de soin assuré;
- établissement de franchises et de paiements participatifs devant être versés par un assuré.

Selon le principe de la mutualisation du risque, un assureur peut répartir le risque d'un assuré sur un ensemble d'assurés et établir une prime uniforme pour l'ensemble du groupe. Une mutualisation avantage les personnes avec des risques élevés, car cela a pour effet de réduire la prime qu'ils auraient autrement à verser. En revanche, les assurés présentant de faibles risques médicaux assument une prime plus élevée que celle qu'ils devraient autrement assumer. La proportion d'assurés à risque entraîne donc une répercussion sur le montant des primes de chaque assuré d'un même groupe. Cet extrait du rapport du *Congressional Budget Office* explique ce phénomène :

Because health insurance provides more benefits to people who incur relatively high costs for health care, health insurance coverage generally—or specific health insurance plans—may attract enrollees with above-average costs, a phenomenon known as “adverse selection.” Conversely, people with low expected costs for health care may be reluctant to pay an insurance premium that reflects the average costs of all enrollees, or they might prefer to wait until

they develop a health problem to sign up for coverage. To the extent that such adverse selection occurs, average insurance premiums (or the costs of government subsidies for insurance) would tend to rise to reflect the higher spending per enrollee<sup>45</sup>.

Selon des estimations, 88 pour cent des primes seraient généralement appliqués par les assureurs au paiement des soins assurés<sup>46</sup>. Cependant, comme nous le verrons ci-après, ce pourcentage reflète une moyenne des assureurs commerciaux et des assureurs sans but lucratif, de sorte que certains d'entre eux peuvent consacrer un plus grand pourcentage des primes aux frais administratifs et aux dividendes versés aux actionnaires.

Bien que l'augmentation du coût des soins soit généralement attribuable au vieillissement de la population, d'autres facteurs comme la croissance des coûts des équipements médicaux et des pratiques médicales exercent un impact encore plus important pour les assureurs privés. Ceci s'explique notamment par le fait que les personnes de 65 ans et plus sont couvertes par le régime public *Medicare* et ne font donc pas partie du bassin d'assurés couverts par les assureurs privés.

## **4.2 Frais administratifs**

L'assureur doit accomplir diverses tâches administratives dans le cadre de ses activités commerciales. Ces tâches peuvent être regroupées en quatre catégories :

- Service à la clientèle et gestion des réclamations;
- Gestion des programmes de contrôle de la qualité et de prévention;
- Services des ventes;
- Services de l'évaluation du risque, des affaires juridiques et d'administration.

Selon des estimations, plus de 45 pour cent des assurés ayant souscrit une police individuelle font partie d'un régime d'assurance où les frais administratifs comptent pour plus de 25 pour cent des primes<sup>47</sup>.

---

<sup>45</sup> Congressional Budget Office, *Key Issues in Analyzing Major Health Insurance Proposals*, December 2008, 196 pages, p. 4. En ligne : <<http://www.cbo.gov/sites/default/files/12-18-keyissues.pdf>>.

<sup>46</sup> *Supra*, note 44, p. 5.

<sup>47</sup> Centers for Medicare & Medicaid Services, *Medical Loss Ratio: Getting Your Money's Worth on Health Insurance*, 22 novembre 2010. En ligne : <<http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Fact-Sheets-and-FAQs/medical-loss-ratio.html>>.

### **4.3 Réserves financières de solvabilité**

La législation américaine impose aux assureurs de maintenir des réserves financières afin qu'ils soient en mesure de remplir leurs obligations auprès de leurs assurés à court et à long terme<sup>48</sup>. Ainsi, la valeur des liquidités et du capital de chaque assureur doit en tout temps excéder son passif à court et à long terme.

### **4.4 Rentabilité et gestion des risques**

La rentabilité des assureurs dépend de leurs stratégies commerciales et varie selon qu'ils sont des entreprises commerciales ou des organisations sans but lucratif. Selon des estimations, la marge bénéficiaire nette des assureurs américains était d'environ 2,5 pour cent en 2009. Cependant, la marge bénéficiaire des assureurs dotés d'actifs d'au moins 1 milliard de dollars avoisinait plutôt 10 pour cent<sup>49</sup>.

En général, les assureurs génèrent du revenu de placement à même les primes versées ou à être versées par les assurés, et leur profit correspond alors au total de leurs revenus moins les dépenses de fonctionnement et les prestations d'assurance versées et à venir. Comme nous l'avons mentionné précédemment à la sous-section 4.1, rappelons que les assureurs pourraient adopter une panoplie de mesures pour contenir le coût des soins assurés afin de réduire le versement des prestations et ainsi augmenter leur marge bénéficiaire.

Les assureurs transfèrent une partie des risques aux assurés en leur imposant des franchises ou des paiements participatifs pour l'ensemble des soins assurés ou pour certains soins déterminés selon leur utilisation. Un tel transfert de risque peut faire en sorte de limiter les hausses des primes d'assurance. Toutefois, non seulement les primes d'assurance ont augmenté au fil des années, mais le coût des franchises et autres paiements participatifs ont aussi augmenté. Par conséquent, des particuliers peuvent ne pas être en mesure de défrayer le coût des soins requis

---

<sup>48</sup> À titre d'illustration, voir le modèle développé par le National Association of Insurance Commissioners intitulé *Health Insurance Reserves Model Regulation* (MDL-10), disponible en ligne : <<http://www.naic.org/store/free/MDL-10.pdf>>. Voir aussi une ébauche préparée par le *American Academy of Actuaries* concernant les réserves actuarielles pour les grandes sociétés d'assurance-maladie, disponible en ligne : <[http://www.actuary.org/files/Draft\\_Large\\_Group\\_Medical\\_Business\\_Practice\\_Note\\_Jan\\_2013.pdf](http://www.actuary.org/files/Draft_Large_Group_Medical_Business_Practice_Note_Jan_2013.pdf)>.

<sup>49</sup> *Supra*, note 44, p. 11-13.

selon leur état de santé en dépit du fait qu'ils tirent avantage d'une couverture d'assurance, un phénomène communément appelé « sous-assurance » (*underinsurance*)<sup>50</sup>.

#### **4.5 Coût d'une prime d'assurance-maladie privée**

De façon générale, les employés obtiennent leur couverture d'assurance auprès de leurs employeurs. Cela s'explique par le fait que le régime fiscal américain n'impose pas dans les mains des employés la valeur de la contribution de leurs employeurs au régime collectif d'assurance, et que la valeur n'est pas non plus assujettie aux charges sociales. De surcroît, les particuliers peuvent obtenir un allégement fiscal sous la forme d'un crédit d'impôt concernant les primes d'assurance qu'ils versent eux-mêmes<sup>51</sup>.

Les employés et les employeurs versent un pourcentage des primes d'assurance exigées par les assureurs, l'employeur assumant une large partie des coûts.

Au cours de la période 1999-2013, le coût moyen d'une prime pour une couverture familiale est passé de 5 791 dollars à 16 351 dollars, une hausse de 282 pour cent. L'employeur a assumé approximativement 74 pour cent des primes annuelles durant cette période. Pour l'année 2013, la portion employeur s'établissait en moyenne à 11 966 dollars comparativement à 4 565 dollars pour celle de l'employé<sup>52</sup>. Pour illustrer le poids de cette prime sur le revenu d'une famille, une prime de 16 351 dollars (en dollars canadiens) correspondrait à environ 18,6 pourcent du revenu total annuel médian des familles biparentales avec enfants au Québec qui est de 87 600 \$<sup>53</sup>. Près des trois quarts de ce montant seraient assumés par l'employeur.

---

<sup>50</sup> *Supra*, note 44, p. 23.

<sup>51</sup> Ce traitement fiscal a pour effet de réduire le coût net d'une prime d'assurance-maladie d'environ 30 pour cent pour l'employé. Cette dynamique est bien expliquée par le rapport du *Congressional Budget Office, Key Issues in Analyzing Major Health Insurance Proposals*, (Décembre 2008), 196 pages, aux pages 4-12.

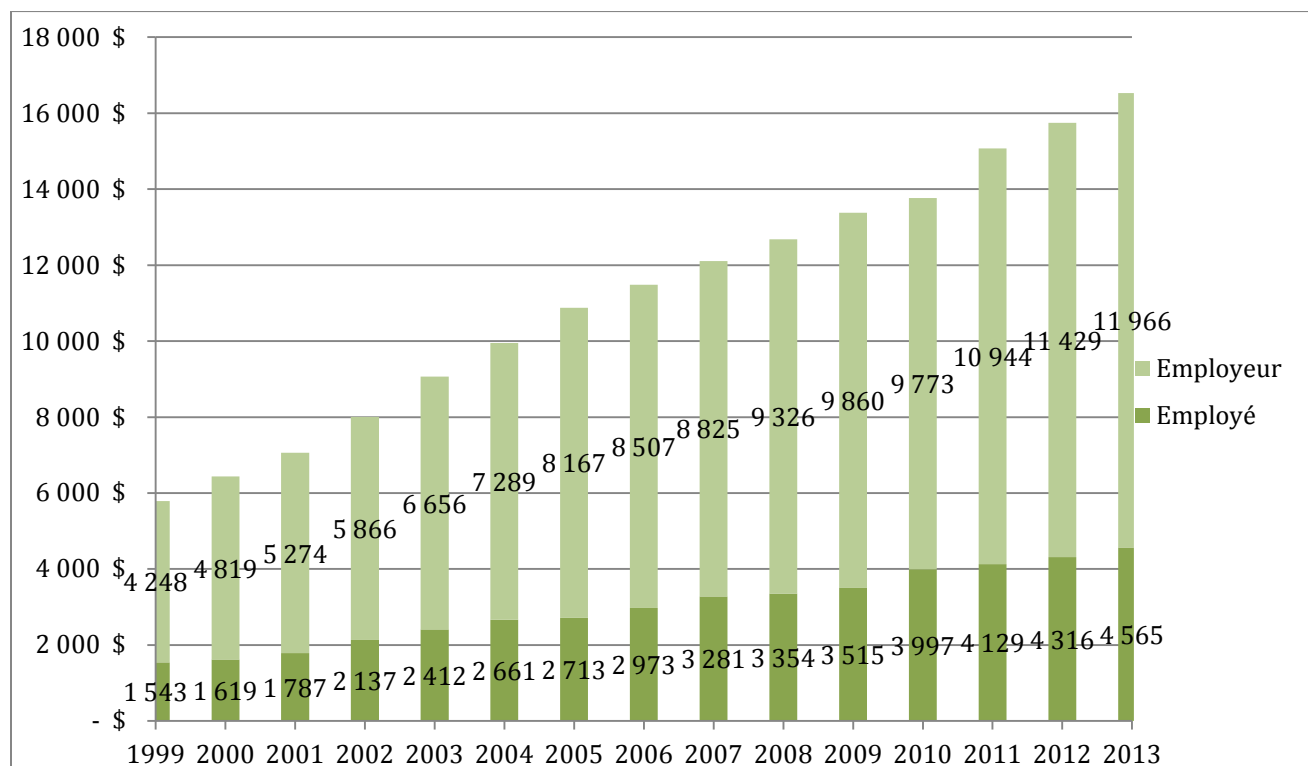
<sup>52</sup> Congressional Budget Office, *supra* note 45, p. 4-12.

<sup>53</sup> Ce montant est celui de 2012, le plus récent disponible. Le revenu total est le revenu de toute provenance (y compris les transferts gouvernementaux) avant déduction des impôts fédéral et provincial (une autre appellation du revenu total est le revenu avant impôt, mais après transfert). Statistique Canada, *Enquête canadienne sur le revenu (ECR), revenu du marché, transferts gouvernementaux, revenu total, impôt sur le revenu et revenu après impôt, selon le type de famille économique, Canada et provinces*, Cansim tableau 206-0001, consulté le 19 janvier 2015. En ligne :

<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&retrLang=fra&id=2060001&paSer=&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=31&tabMode=dataTable&csid>.

Le graphique 1 illustre la hausse d'une prime d'assurance familiale pour la période allant de 1999 à 2013, ainsi que les portions de la prime annuelle payées par l'employeur et par l'employé.

**Graphique 1 : Montant d'une prime pour une couverture familiale, fonction de la portion des primes de l'employeur et de l'employé pour la période 1999-2013 (en dollars américains)**



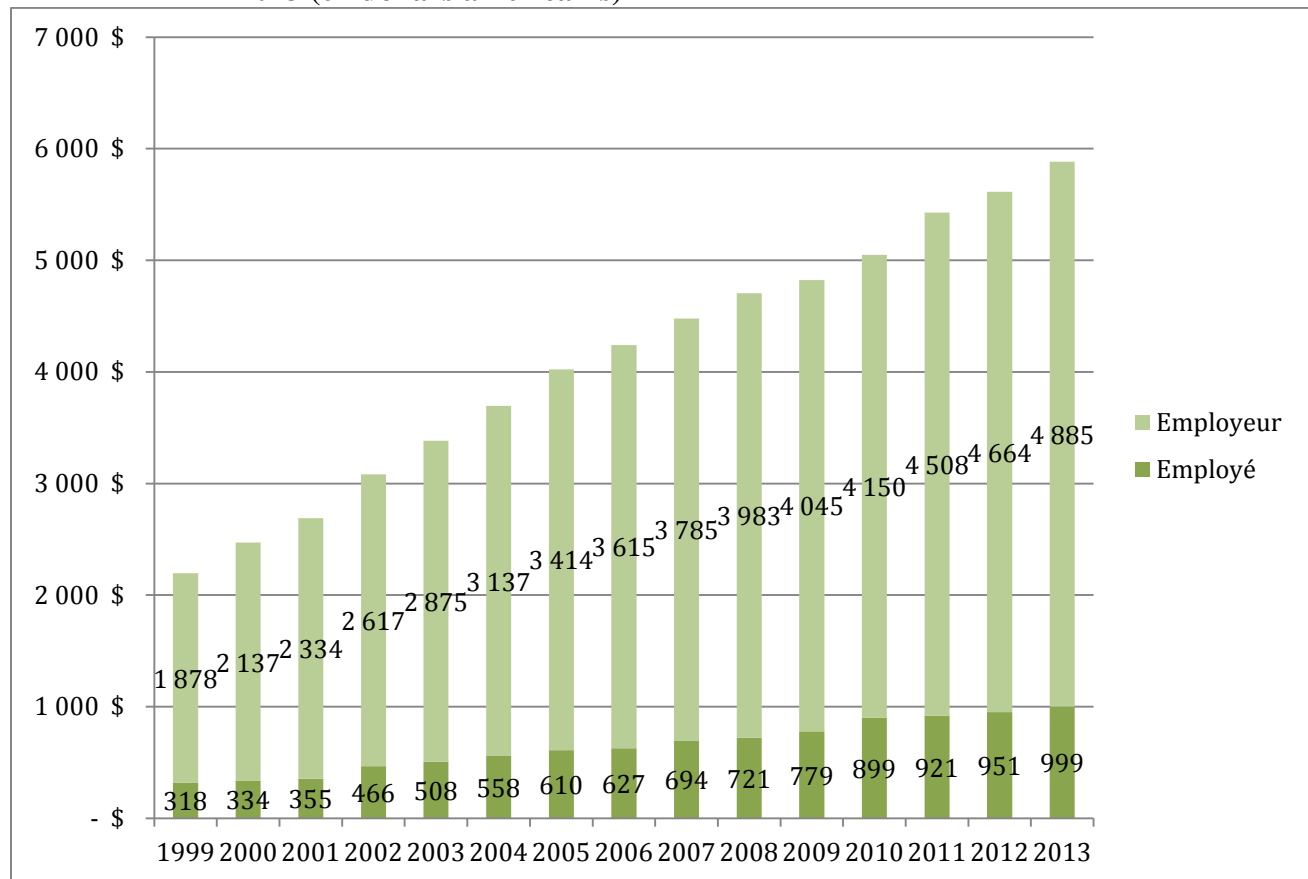
Sources: Kaiser Family Foundation, <<http://kff.org/interactive/premiums-and-worker-contributions/>>. Kaiser Family Foundation, *Health Care Cost: A Primer* (1<sup>er</sup> mai 2012). En ligne: <<http://kff.org/health-costs/issue-brief/health-care-costs-a-primer/>>. Kaiser Family Foundation, Annual Employer Health Benefit Surveys. En ligne: <<http://kff.org/health-costs/report/employer-health-benefits-annual-survey-archives/>>.

Durant cette période, le coût moyen d'une prime pour une couverture individuelle souscrite par le biais de l'employeur est passé de 2 196 dollars à 5 884 dollars, une hausse de 268 pour cent. L'employeur a assumé approximativement 84 pour cent des primes annuelles durant cette période. En 2013, la portion de l'employeur s'établissait à 4 885 dollars alors que celle de l'employé n'atteignait que 999 dollars. Pour illustrer le poids de cette prime sur le revenu d'un ménage, une prime de 5 884 dollars (en dollars canadiens) correspondrait à environ 20,4 pour

cent du revenu annuel médian des personnes seules au Québec qui est de 28 900 \$<sup>54</sup>. Plus de 80 pour cent de ce montant seraient assumés par l'employeur.

Le graphique 2 illustre la hausse du coût total d'une prime d'assurance individuelle pour la période allant de 1999 à 2013, ainsi que les portions de la prime annuelle payées par l'employeur et par l'employé.

**Graphique 2 : Montant d'une prime pour une couverture individuelle, fonction de la portion des primes de l'employeur et de l'employé pour la période 1999-2013 (en dollars américains)**



Source: Kaiser Family Foundation, *Premiums and Worker Contributions Among Workers Covered by Employer-Sponsored, 1999-2014*. En ligne <<http://kff.org/interactive/premiums-and-worker-contributions/>>.

<sup>54</sup> Statistique Canada, *supra* note 53.



Les particuliers américains n'étant pas admissibles à un régime d'assurance-maladie public (Medicare ou Medicaid) ou à un régime privé par l'entremise d'un employeur doivent alors souscrire eux-mêmes une police auprès d'assureurs privés. Selon des estimations, le coût moyen d'une prime mensuelle d'assurance individuelle s'établissait à 215 dollars en 2010 (soit 2 580 dollars sur une année civile)<sup>55</sup>. Ce coût semble moins élevé que celle d'une prime individuelle souscrite auprès d'un employeur, cependant, la couverture d'une telle police est généralement nettement moins étendue qu'une police individuelle souscrite auprès d'un employeur puisque les assureurs pouvaient, avant la réforme de l'assurance-maladie de 2010, prendre des mesures pour soit exclure des personnes ayant des conditions préexistantes, soit imposer des franchises et paiements participatifs exorbitants en contrepartie de primes relativement faibles. Plus précisément, les particuliers pouvaient carrément être inadmissibles à une police en raison de leur état de santé ou de conditions préexistantes, ou devaient faire face à des primes exorbitantes les rendant inabordables en raison de mesures prises par les assureurs pour contenir le coût des soins assurés (voir section 4.1).

Dans la cadre de la réforme américaine du régime d'assurance maladie, les particuliers n'étant admissibles ni à un régime public, ni à un régime d'employeur doivent souscrire une police d'assurance maladie individuelle ou familiale auprès d'assureurs privés par l'intermédiaire de marchés de l'assurance mis en place par le gouvernement américain ou par des organismes sans but lucratif (marché connu sous le vocable *Health Insurance Exchange*). Ces marchés ont été mis en place pour rendre les primes d'assurance maladie plus abordables pour les personnes ne bénéficiant pas du bénéfice de la mutualisation des risques avec d'autres particuliers.

De façon sommaire, ces régimes offrent 4 catégories de contrats d'assurance qui incluent une couverture raisonnable de soins médicaux et dont le remboursement des coûts des soins couverts est de 60 pour cent, 70 pour cent, 80 pour cent ou 90 pour cent (lesquels plans sont désignés respectivement sous les vocables bronze, argent, or et platine). Le régime fiscal américain offre

---

<sup>55</sup> Kaiser Family Foundation, *Mapping Premium Variation in the Individual Market*, août 2011. <<http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/8214.pdf>>.

des crédits d'impôt pour les ménages ayant des revenus se situant entre 100 pour cent et 400 pour cent du seuil fédéral de pauvreté.

Les tableaux 6 et 7 indiquent respectivement les seuils fédéraux de pauvreté en 2013 selon la taille du ménage – ces seuils sont utilisés pour déterminer l'admissibilité aux crédits d'impôt pour l'année d'imposition 2014 – et le coût mensuel moyen brut et net (après crédit pour primes) d'une prime selon les 4 principales catégories de contrats offerts sur les marchés de l'assurance.

**Tableau 6 : Seuils fédéraux de pauvreté selon la taille du ménage, 2013 (en dollars américains)**

Taille du ménage	100 % du seuil de pauvreté (\$)	400 % du seuil de pauvreté (\$)
1 personne	11 490	45 960
2 personnes	15 510	62 040
3 personnes	19 530	78 120
4 personnes	23 550	94 200

Source : U.S. Department of Health & Human Services, *Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation*, consulté le 5 février 2015. En ligne : <<http://aspe.hhs.gov/poverty/13poverty.cfm>>.

**Tableau 7 : Coût mensuel moyen des primes avant et après crédit pour les particuliers ayant souscrit une police individuelle sur le marché fédéral de l'assurance, 2014**

Type de plans	Coût moyen d'une prime avant crédit d'impôt (mensuel)	Montant moyen du crédit mensuel d'impôt	Coût net moyen d'une prime après crédit d'impôt (mensuel)	Taux moyen de réduction des primes après crédit d'impôt (mensuel)
Bronze	289 \$	221 \$	68 \$	76 %
Argent	345 \$	276 \$	69 \$	80 %
Or	428 \$	220 \$	208 \$	51 %
Platine	452 \$	232 \$	220 \$	51 %
Tous les plans	346 \$	264 \$	82 \$	76 %

Source: Burke, Amy, Arpit Misra et Steven Sheingold, Premium Affordability, Competition and Choice in the Health Insurance Marketplace, ASPE Research Brief, 2014, p. 6. En ligne : <<http://aspe.hhs.gov/health/reports/2014/Premiums/2014MktPlacePremBrf.pdf>>.

Comme illustré par le tableau 8, le taux du crédit pour primes a été établi pour faire en sorte que le coût net d'une prime pour un particulier se qualifiant au crédit selon le seuil de pauvreté

n'excède pas un pourcentage prédéterminé de son revenu<sup>56</sup>, en fonction du coût d'un contrat d'assurance de catégorie « argent » parmi les moins dispendieux (soit le contrat de référence).

**Tableau 8 : Prime mensuelle maximale pour une police de référence pour un adulte, selon le revenu, 2014**

Revenu de l'adulte	Pourcentage du revenu fonction du seuil fédéral de pauvreté	Pourcentage maximal du revenu fonction de la police de référence	Coût net moyen d'une prime (après crédit d'impôt)
11 490 \$	100 %	2,0 %	19 \$
17 235 \$	150 %	4,0 %	57 \$
22 980 \$	200 %	6,3 %	121 \$
28 725 \$	250 %	8,0 %	193 \$
34 470 \$	300 %	9,5 %	273 \$
40 215 \$	350 %	9,5 %	318 \$
46 075 \$	401 %	n/a	n/a

Source : Burke, Amy, Arpit Misra et Steven Sheingold, *Premium Affordability, Competition and Choice in the Health Insurance Marketplace*, ASPE Research Brief, 2014, p. 4. En ligne : <<http://aspe.hhs.gov/health/reports/2014/Premiums/2014MktPlacePremBrf.pdf>>.

Notons que le crédit pour primes fait en sorte qu'un ménage ayant un revenu égal à 350 pour cent du seuil fédéral de pauvreté consacre moins de 10 pour cent de son revenu à son plan d'assurance. Or, aux États-Unis, un particulier est considéré se trouver dans une situation de sous-assurance (*underinsured*) s'il doit consacrer 10 pour cent ou plus de son revenu aux soins de santé (excluant les primes)<sup>57</sup>. À titre d'illustration, environ 30 pour cent des ménages ayant un membre atteint du cancer ont assumé des coûts de traitement excédant 10 pour cent de leur revenu familial, incluant les ménages ayant un régime d'assurance maladie<sup>58</sup>. Dans la mesure où le contrat d'assurance de référence couvre les frais médicaux pour les soins essentiels de façon

<sup>56</sup> En termes généraux, le revenu du particulier consiste en son revenu imposable comme des salaires, des revenus d'entreprise, des revenus de retraite, des revenus de location et des prestations alimentaires, mais à l'exclusion de prestation alimentaire pour enfants, de suppléments au titre de la sécurité du revenu, des prestations d'accidents de travail. Pour une explication et des exemples du concept de revenu aux fins des marchés américains de l'assurance, voir <<https://www.healthcare.gov/income-and-household-information/income/>>.

<sup>57</sup> Shoen, Cathy et al., *America's Underinsured: A State-by-State Look at Health Insurance Affordability Prior to the New Coverage Expansions*, mars 2014. En ligne : <[http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2014/Mar/1736\\_Schoen\\_americas\\_underinsured.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2014/Mar/1736_Schoen_americas_underinsured.pdf)>.

<sup>58</sup> American Cancer Society, *Cancer Facts and Figures 2008*, à la page 27. En ligne : <<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/2008caffinalsecuredpdf.pdf>>.

substantielle et minimise également les franchises et paiements participatifs, le nombre de particuliers sous-assurés sera en toute vraisemblance significativement réduit<sup>59</sup>.

---

<sup>59</sup> Shoen, Cathy et al., *Affordable Care Act Reforms Could Reduce The Number Of Underinsured US Adults by 70 Percent*, Vol. 30 No. 9 *Health Affairs* (Septembre 2011), 1762-71.

## Chapitre 5 : Pistes de solution

À la lumière des principes de l'assurance, des différents rapports sur le financement du système de santé québécois et des approches adoptées par d'autres pays ou provinces, nous sommes d'avis que les pistes de solution à explorer devraient s'articuler autour d'une meilleure intégration des pratiques de l'assurance aux modes de financement du régime public québécois d'assurance maladie tout en s'assurant que les ménages soient sensibilisés aux coûts de l'assurance et que le régime public prenne en considération la capacité de payer des ménages.

### **5.1 Chaque contribuable doit connaître le montant de sa contribution, ce qui n'est pas le cas dans le cadre du financement général actuel**

Présentement, les impôts et taxes constituent les principales sources de revenus du secteur de la santé. Comme illustré dans le fascicule 1 de cette étude, ces revenus sont versés au *Fonds consolidé du revenu* au même titre que ceux provenant d'autres sources comme les pénalités, les revenus des sociétés d'État et la péréquation. Puiser des montants de ce Fonds pour les attribuer aux besoins spécifiques de la santé rend impossible pour la population de relier les montants qu'elle a payés à son utilisation des services de santé. Non seulement le niveau des revenus perçus n'est pas lié, mais les modalités d'application de ces sources de revenus générales n'ont aucun lien avec les besoins financiers de la santé. Il s'agit de prélèvements effectués pour financer les dépenses générales du gouvernement sans égard aux caractéristiques spécifiques liées à la santé telles que la qualité et la quantité des avantages reçus.

L'approche suggérée par le Rapport Castonguay quant à l'utilisation du *Fonds consolidé du revenu* est une piste de solution à explorer. Selon cette approche, les taxes et impôts versés au *Fonds consolidé du revenu* continueraient de financer la santé, mais à l'intérieur de certaines balises de croissance reliées à l'augmentation de la richesse collective. Seul l'excédent des dépenses serait payé par le fonds de stabilisation qu'il propose. Il faut donc comprendre que ce fonds disposerait d'un financement souple qui pourrait faire varier l'assiette et les taux des sources de revenus qui l'alimenteraient. Le financement de l'excédent des dépenses de santé par

rapport à celui accordé par le gouvernement en provenance du *Fonds consolidé du revenu* pourrait s'inspirer des règles de tarification de l'assurance collective.

Si nous analysons plus spécifiquement les revenus de fonds spécifiques dédiés à la santé comme le *Fonds des services de santé* (FSS) et le *Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux* (FINESSS), le lien entre les coûts et le financement demeure absent.

Le FSS est une taxe perçue principalement auprès des employeurs. Il serait intéressant de connaître le nombre d'employés connaissant l'existence de cette forme de taxation et encore plus de savoir combien ont une idée de son importance financière. Puisque cette taxe influe sur la compétitivité des entreprises en augmentant le montant réel versé pour les salaires, il devient difficile d'en modifier les taux applicables au risque de pénaliser les entreprises. Il s'agit donc d'une taxe méconnue sans lien réel avec les coûts des salaires des médecins qu'elle est censée payer puisque tout excédent est payé à même les revenus puisés du *Fonds consolidé du revenu*. En ce qui a trait à la partie du FSS prélevée sur les revenus de placements, de retraite et d'entreprise, elle est relativement faible par rapport à sa contrepartie payée sur les salaires. Elle est effectivement plus visible pour les personnes tenues de payer cette taxe, mais à part son nom, rien ne permet au contribuable de la relier à la santé et aux coûts qu'elle est censée supporter.

Quant au FINESSS, son lien avec la santé est clairement établi et le nom de la taxe qui l'alimente soit la « contribution santé » l'est également. Ce qui est plus obscur, ce sont les activités qui sont couvertes par ce fonds : peu de personnes pourraient les nommer. De plus, cette taxe, d'abord prélevée sur une base par personne puis modulée selon le revenu, n'évolue nullement selon les besoins financiers des activités du FINESSS. Tout comme pour le FSS, ces prélèvements sont versés à des activités spécifiques reliées à la santé, mais simplement à titre de renforcement pour accroître la fréquence de certaines d'entre elles ou pour réaliser d'autres activités qui, autrement, ne pourraient être effectuées. Ce mécanisme ne permet aucune responsabilisation des citoyens.

Le gouvernement fédéral contribue également de manière importante au financement de la santé. Il le fait toutefois par le truchement de transferts aux provinces, lesquelles allouent ces sommes

aux dépenses générales en santé. Tout comme c'était le cas pour les montants puisés dans le *Fonds consolidé du revenu*, le contribuable ne connaît généralement pas les montants versés par le gouvernement fédéral, n'a aucune idée de la croissance de ces montants par rapport aux dépenses réelles de la santé et ne peut déterminer les activités qu'ils défraient puisqu'ils sont versés pour l'ensemble des dépenses et qu'ils sont invisibles pour le contribuable. L'annonce du gouvernement fédéral faite le 19 décembre 2011<sup>60</sup> visant à réduire l'augmentation de ces transferts à la croissance de l'économie à compter de 2017-2018 n'a donc pas l'impact qu'elle devrait avoir auprès des citoyens compte tenu des mécanismes obscurs qui prévalent quant à leur répartition entre les provinces et à leur utilisation.

Ainsi, puisque le régime public d'assurance maladie repose sur le principe de l'universalité des soins de santé dont le financement provient principalement de fonds généraux, aucun paramètre relatif au niveau de contribution des particuliers n'a été véritablement émis ou discuté par le passé.

## **5.2 Intégration des principes de l'assurance collective dans le financement du régime public**

Nous sommes d'avis que les principales pistes de solution à explorer pour le financement du système de santé pourraient reposer sur les principes de l'assurance collective. Comme nous l'avons mentionné précédemment, le Rapport Clair suggérait de revenir à la base du régime d'assurance maladie, qui reposait sur un principe d'assurance collective et recommandait d'explorer ces principes de financement pour assurer la pérennité du système de santé à long terme.

Le principe de l'assurance se fonde sur la mise en commun de risques qui sont ensuite assumés par un organisme qui en répartit les coûts sur un ensemble de bénéficiaires. Dans certains cas, l'ensemble des bénéficiaires peut faire l'objet d'un fractionnement selon différents critères qui établiront des probabilités distinctes face aux risques, ce qui peut alors conduire à des

---

<sup>60</sup> Ministère des Finances du Canada, *Fiche d'information sur le renouvellement des principaux transferts*, Information archivée, 19 décembre 2011. En ligne : <[http://www.fin.gc.ca/n11/data/11-141\\_1-fra.asp](http://www.fin.gc.ca/n11/data/11-141_1-fra.asp)>.

tarifications spécifiques selon le groupe. Le régime de l'assurance médicaments du Québec est en partie inspiré de ce mécanisme.

### **5.3 Mode de financement en fonction d'une prime d'assurance**

Un régime d'assurance est financé par les primes versées par les assurés. Chacun d'entre eux doit verser une prime qui est déterminée par l'assureur selon divers facteurs de risques individuels et collectifs. Dans le cadre d'un régime public, quel mode de financement permettrait de déterminer le montant de la prime que chaque contribuable doit verser? Nous sommes d'avis que cette prime doit d'abord être déterminée en fonction des coûts des soins médicaux offerts et, subséquemment, être répartie sur l'ensemble de la population tout en prenant en considération la capacité de payer des ménages et l'équité intergénérationnelle. De manière complémentaire, l'intégration d'une partie des risques collectifs au financement public permettrait de relier plus adéquatement certains coûts aux usagers.

#### **5.3.1 La contribution doit être en fonction des coûts**

Comme nous l'avons vu précédemment, les fonds généraux et dédiés actuels qui sont utilisés pour financer le système de santé ne sont pas véritablement reliés aux coûts du système. Les seules sources de revenus qui font le lien avec les coûts sont l'assurance médicaments, la tarification directe de certains services comme les suppléments pour chambres à un lit ou à deux lits, les contributions pour adultes hébergés et les remboursements de dépenses effectués par les organismes publics comme la SAAQ ou la CSST pour les services médicaux que les bénéficiaires de ces organismes ont reçus dans le réseau public de santé.

Quels sont alors les coûts du système de santé qui devraient faire l'objet d'une mutualisation des risques et être défrayés par chaque contribuable?

Comme le régime américain le démontre, le principe de l'assurance appliqué par le secteur privé vise le plein recouvrement des coûts et conduit à une tarification individualisée selon le risque encouru par la personne, quoique tempérée par la mutualisation. Le principe de l'assurance est



alors pleinement axé sur le risque et vise à assurer la pérennité de l'assureur, et chaque assuré en assume inévitablement les frais.

Dans le contexte québécois, les risques en matière de santé ne devraient pas s'étendre à l'ensemble des dépenses de ce secteur puisque certaines personnes ayant un état de santé plus vulnérable seraient obligées de payer des coûts supplémentaires, indépendamment de leur niveau de richesse, allant ainsi à l'encontre des principes poursuivis par un régime public de santé.

Cependant, avec l'illusion de la gratuité, l'utilisateur n'a aucun incitatif pécuniaire à choisir un endroit offrant un service plutôt qu'un autre, même s'il sait pertinemment que l'autre occasionne un coût beaucoup plus élevé au système de santé.

Il serait possible de mieux circonscrire le type de dépenses là où le principe de l'assurance pourrait davantage s'appliquer en fractionnant les coûts globaux de la santé. Un tel fractionnement pourrait se faire en distinguant les services qui sont de proximité de ceux qui n'en sont pas. Par exemple, l'utilisateur qui désire obtenir un service de santé de première ligne peut se présenter dans une clinique privée, un CLSC ou à l'urgence. Il est évident que le coût d'un même service à l'urgence est plus élevé notamment à cause de l'infrastructure qui permet à l'équipe médicale d'offrir un service beaucoup plus spécialisé. Mais cela est-il toujours nécessaire? Une multitude de services peuvent être rendus dans une clinique privée ou un CLSC à un coût inférieur, pourvu que l'accès en soit largement accessible. Bien sûr, il s'agit d'une question qui dépasse le financement et qui s'adresse simultanément à la question des modes de prestation et de gestion des services.

Une responsabilisation des utilisateurs par le financement pourrait orienter les usagers vers le service approprié à un coût moindre ou, si le service n'est pas disponible, pourrait ajouter de la pression sur l'administration pour que l'offre soit modifiée. Évidemment, pour les services qui ne sont pas du ressort de l'utilisateur, comme une hospitalisation qui découle toujours du choix du médecin, le financement par l'entremise des taxes et impôts puisés à même le *Fonds*

*consolidé du revenu* s'avère un choix logique puisque l'utilisateur n'a aucune possibilité de modifier la nature du service.

Entre ces deux extrêmes, il y a toute une panoplie de services qui devraient être analysés au cas par cas pour évaluer, d'une part, la responsabilité de l'utilisateur à l'égard du choix de ce service et, d'autre part, l'influence que pourrait apporter le mode de financement sur les choix qui s'offrent à l'utilisateur pour obtenir ce service.

Plus ces facteurs seront significatifs, plus la visibilité du financement devrait être importante et s'éloigner des sources anonymes traditionnelles que sont les impôts et taxes. La partie des services de santé couverte par le régime québécois qui excède le régime minimal établi par la *Loi canadienne sur la santé* pourrait également être considérée comme pouvant faire l'objet d'un financement plus visible et spécifique axé sur le principe de l'assurance.

### **5.3.2 La contribution d'un ménage doit tenir compte de sa capacité de payer**

Les déficiences dans l'universalité d'accès aux services de santé ainsi que les modalités de la contribution des ménages pour financer ces services soulèvent inévitablement des discussions houleuses entre les intervenants. Le fait que le financement des services publics provienne essentiellement du *Fonds consolidé du revenu* biaise les raisonnements et empêche la tenue d'un débat constructif reposant sur un portrait clair de la contribution des utilisateurs de services et de la population en général.

Dans le fascicule 1, nous avons déterminé la contribution réelle de chaque quintile de ménages au financement du régime public de santé du Québec. Contrairement à l'idée généralement véhiculée, le premier quintile supporte environ 3,4 % des dépenses publiques de santé, pour atteindre 4,8 % lorsque l'on inclut les dépenses privées. À l'opposé, les ménages les plus fortunés (quintile 5) supportent 37,3 % des dépenses publiques et sont responsables de 34,7 % des dépenses totales.

Pouvons-nous qualifier ces taux de contribution de satisfaisants, d'inéquitables ou simplement de disproportionnés? Jusqu'à quel point pouvons-nous considérer que le mode actuel de financement des soins de santé est équitable et proportionnel pour l'ensemble des ménages afin de satisfaire l'universalité de l'accès aux soins de santé?

Au-delà du taux effectif de contribution des divers quintiles, nous devrions aussi porter notre attention sur la part du revenu des gens qui est affectée au financement de la santé pour que ces derniers prennent conscience du montant de leur contribution personnelle au financement de la santé.

Selon nous, l'utilisation d'un pourcentage maximal du revenu pour déterminer la contribution d'un ménage québécois au régime de santé pourrait s'inscrire dans les principes du régime public québécois, car cela empêcherait d'imposer un fardeau fiscal excessif aux ménages à faible et moyen revenus, tout en les conscientisant au financement du régime public de santé.

Quelle devrait être la proportion du revenu d'un ménage devant être consacrée à la santé? Comme nous l'avons constaté, les régimes de la Colombie-Britannique et des États-Unis comportent des volets fondés sur une contribution des ménages à la hauteur d'un pourcentage maximal variant de 2 à 10 pour cent de leur revenu. Dans le cas du régime d'assurance américain, les crédits pour primes d'assurance font en sorte que les primes qu'un particulier doit assumer n'excèdent pas un pourcentage allant de 2 à 10 pour cent selon que son revenu se situe entre le seuil de revenu fédéral et 400 pour cent de ce revenu.

Dans le contexte québécois, l'un des défis réside alors à déterminer un pourcentage maximal du revenu des ménages qui concilierait le besoin de conscientiser les usagers et leur capacité de payer de façon équitable. À titre d'illustration, selon Statistique Canada notamment, les frais de soins de santé non remboursés encourus par un ménage représenteraient un fardeau financier

excessif pour le ménage si ces frais composent plus de 5 pourcent de son revenu après impôt<sup>61</sup>. Pour l'année 2009, selon une étude de Statistiques Canada, le tiers des ménages se situant dans les trois premiers quintiles de revenu ont dû assumer des frais de soins de santé non remboursés excédant ce seuil<sup>62</sup>.

Le régime québécois pourrait envisager des plafonds de contributions des ménages en fonction d'un pourcentage maximal de leur revenu avant impôt, avec un pourcentage plus élevé pour les revenus se situant dans les quatrième et cinquième quintiles, ou pour des seuils de revenus exprimés en fonction d'un seuil de pauvreté québécois<sup>63</sup>.

### 5.3.3 La contribution doit tenir compte de l'équité intergénérationnelle

Le mode de financement actuel du régime public de santé axé sur les dépenses annuelles et non sur les dépenses futures, combiné à la situation démographique, fait en sorte que les Québécois nés à partir de 1990 devront assumer non seulement leur part du financement du régime de santé, mais aussi celle des générations antérieures et plus particulièrement la génération des baby-boomers (soit les personnes nées entre 1946 et 1964). Le taux de contribution des générations précédentes devrait-il être augmenté pour que les personnes contribuent au financement des soins qu'elles consommeront lors de leur retraite au lieu de faire reposer ce fardeau sur les générations les plus jeunes? Le principe de la mutualisation globale des risques d'assurance maladie favorise déjà les personnes plus âgées puisqu'elles bénéficient de la participation des générations plus jeunes dans le bassin d'assurés.

---

<sup>61</sup> Sammartin, Claudi, Hennessy, Deirdre, Lu, Yukian et Law, Michael Roberts, *Tendances des frais de soins de santé non remboursés au Canada, selon le revenu du ménage, de 1997 à 2009*, Rapports sur la santé, Vol. 25, No 4 (Avril 2014), p. 12-17. En ligne : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2014004/article/11924-fra.pdf>>.

<sup>62</sup> *Ibid.*

<sup>63</sup> Aucun seuil de pauvreté n'est universellement accepté au Canada. Par conséquent, les seuils de faible revenu sont fréquemment utilisés pour établir un seuil de pauvreté, représentant alors la meilleure unité de mesure pour déterminer la capacité des ménages de contribuer au financement du régime de santé. Voir Ivan P. Fellegi, statisticien en chef du Canada, « À propos de la pauvreté et du faible revenu » (septembre 1997), Document 13F0027XIF : « Faute d'un consensus social, sanctionné par l'appareil politique, sur les personnes qu'il y aurait lieu d'appeler « pauvres », certains groupes et individus utilisent les seuils de faible revenu de Statistique Canada comme une définition de facto de la pauvreté. Nous n'avons rien à redire tant et aussi longtemps que cela représente leur propre opinion de la façon dont la pauvreté devrait être définie au Canada : tout le monde a droit à ses idées. Mais cela ne représente certainement pas le point de vue de Statistique Canada sur la façon dont il conviendrait de définir la pauvreté. » En ligne, site de Statistique Canada : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/13f0027x/13f0027x1999001-fra.htm>>.

### **5.3.4 La prise en compte du risque collectif**

Le principe de la mutualisation implique que les risques de chaque assuré soient répartis uniformément sur l'ensemble des assurés faisant partie d'un même groupe d'assurés – dans le cadre d'un régime public universel, la population du Québec composant alors un seul groupe d'assurés. Ces risques collectifs dépendent principalement de l'âge et de l'état de santé de chaque assuré. Ces facteurs auront un impact sur les probabilités qu'un groupe restreint ou élargi d'assurés ait recours à l'un ou l'autre des soins médicaux devant être couverts par le régime d'assurance et, par conséquent, sur les coûts d'assurance. Alors que certains soins peuvent être généralement utilisés par un groupe d'assurés particuliers (comme les personnes âgées), d'autres soins impliquant des traitements dispendieux (comme les traitements contre le cancer) peuvent être nécessaires pour un nombre plus restreint de personnes, mais pouvant se trouver dans tous les groupes d'assurés selon les probabilités d'une maladie particulière.

### **5.4 *La contribution d'un ménage doit être clairement identifiée dans sa déclaration de revenus***

Les différents rapports sur la santé ont recommandé que les contribuables puissent connaître leur contribution réelle au financement du régime de santé. À cet égard, une contribution au régime de santé calculée sur la base du revenu des gens et dont les calculs s'effectueraient sur la déclaration de revenus annuelle, par exemple dans une nouvelle annexe, permettrait d'accroître cette visibilité pour chaque contribuable et concilierait les principes de responsabilisation, de mutualisation et d'équité qui font partie intégrante du régime public québécois. Un tel mécanisme permettrait ainsi de déterminer la portion de l'impôt sur le revenu payé par un particulier servant à financer le régime de santé, et serait notamment conforme à l'une des recommandations du Rapport Clair.

## Conclusion

La vaste majorité des propositions visant à accroître les ressources financières dans le domaine de la santé ne sont nullement reliées aux coûts et n'ont donc aucun impact régulateur auprès des utilisateurs du système de santé. Nous croyons qu'il faut aller au-delà des sources traditionnelles et s'interroger sur le mode de financement actuel sur la base de son aspect incitatif à l'autolimitation des coûts sans restreindre l'accessibilité aux soins à ceux qui en ont besoin, mais qui ne peuvent supporter une contribution liée à leur utilisation.

Le financement ne doit pas rester général comme l'est la contribution santé puisque les activités qu'elle supporte sont inconnues de la population qui la considère alors comme une simple source de revenus comme le sont les impôts et taxes. Des fonds spécifiques dans lesquels les contribuables versent leurs primes doivent être davantage utilisés pour financer des activités précises qui sont près des utilisateurs. Ainsi, la population pourra mieux apprécier si la qualité des services est adéquate par rapport aux montants qu'elle paie.

L'urgence de mieux financer le système de santé fait en sorte qu'il faut agir sur tous les fronts que ce soit les revenus ou les dépenses. Entre des sources de revenus générales et d'autres plus spécifiques qui viendraient responsabiliser la population quant à ses choix pour obtenir des services de santé, le gouvernement doit privilégier cette dernière forme, s'il veut maximiser les incitatifs à réduire les coûts du système de santé. Nous sommes d'avis que la population serait davantage responsabilisée si le financement du système de santé se rapprochait davantage des services dont elle bénéficie.

Le principe de l'assurance doit être vu comme un facteur complémentaire au financement public qui permettrait à la population d'être mieux informée de sa contribution aux coûts globaux et ainsi être en mesure d'intervenir davantage par ses actions sur la demande de soins et même d'influencer l'organisation de l'offre. Le principe de l'assurance devrait être davantage pris en considération par le secteur public; toutefois, rien ne l'oblige à adopter les mêmes critères que ceux applicables aux États-Unis, par exemple. D'ailleurs, pour le régime d'assurance

médicaments du Québec, environ 60 % des coûts sont absorbés par le gouvernement et seul l'excédent est payé par les usagers et même cette proportion varie selon la capacité de payer des bénéficiaires, certains d'entre eux étant complètement exemptés. L'approche mixte de la Colombie-Britannique illustre la possibilité d'intégrer des principes de l'assurance dans le cadre d'un régime public, où tant les primes et franchises d'assurance que les montants provenant du *Fonds consolidé du revenu* provincial viennent financer la prestation de soins médicaux par les professionnels de la santé et les médicaments.

Les impôts et taxes devraient servir à financer les services de soins plus importants (hôpitaux, soins spécialisés, traitements et examens complexes et onéreux) que la majorité des gens n'aurait pas la possibilité de s'offrir autrement. De cette manière, les risques liés à cette catégorie de soins sont mutualisés et, par conséquent, le principe d'accès universel aux soins est maintenu pour les gens à faible et moyen revenus. Toutefois, pour les services de santé courants (visite à son médecin de famille ou à un CLSC), un financement plus spécifique basé sur le principe de l'assurance permettrait de sensibiliser la population aux coûts réels de ces services et de répartir sur un vaste ensemble les coûts, ce qui éviterait de pénaliser les personnes qui ont une santé plus précaire comme le ferait un ticket modérateur ou une franchise.

Le fractionnement de l'ensemble des assurés en groupes aux fins de détermination des primes, le type de services qui seraient couverts et même les modalités de financement demeurent un choix politique qui dépasse le cadre de cette analyse. Nous entendons proposer des balises qui s'offrent au législateur selon des critères objectifs. Selon nous, une telle approche permettrait d'atteindre un juste équilibre entre la nécessité de responsabiliser les particuliers face au financement du régime de santé et la préservation de l'accessibilité aux soins de santé.

Les caractéristiques mentionnées précédemment nous permettent de les relier à la proposition faite par le comité Graydon de l'Alberta à l'effet de définir au départ la contribution globale que le gouvernement convient de puiser à même le *Fonds consolidé du revenu* et de fixer ensuite les paramètres d'une contribution santé dont les modalités seraient reliées aux coûts qu'ils doivent supporter. Soulignons que dans leurs contextes respectifs, tant la Colombie-Britannique et

l'Ontario, voire même les États-Unis, ont établi une cotisation santé (ou prime d'assurance) tout en visant à atténuer ce coût pour les particuliers ayant des revenus faibles ou moyens. Plus particulièrement, la Colombie-Britannique et les États-Unis déterminent la contribution des ménages (et celle de l'État) selon un pourcentage du revenu des ménages variant de 2 à 10 pour cent. Dans le cas des États-Unis, ce pourcentage est fonction d'un multiple du seuil de pauvreté fédéral. Une approche axée sur un seuil de pauvreté permettrait notamment de mieux prendre en considération la capacité de payer des ménages à faible et moyen revenus tout en les sensibilisant aux coûts de l'assurance maladie et de l'assurance médicaments.

Le fascicule 3 concrétisera les concepts présentés dans ce fascicule et proposera une stratégie d'implantation graduelle qui évitera de créer un choc brutal au système actuel, risquant de faire déraiper entièrement toute tentative de réforme. Le système de santé est complexe et lourd, et la population est réticente à tout changement brusque. Il faut donc procéder de manière graduelle et s'assurer de l'adhésion de tous les intervenants autant ceux à l'intérieur du réseau de la santé que des utilisateurs et des payeurs.



## Bibliographie

Autorité des marchés financiers, *Rapport sur les assurances 2011*, 2012. 110 p.

<<http://www.lautorite.qc.ca/files/pdf/publications/autorite/rapports-annuels/assurances/rapp-annuel-assur-2011.pdf>>

Barer, M. L., R.G. Evans et C. Hertzman. *Avalanche or Glacier? Health care and the demographic rhetoric*, Canadian Journal on Aging, Vol. 14, No 2, 1995, p. 193-224.

<<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=7790010>>

Barua, Bacchus et Milagros Palacios, *The Price of Public Health Care*, Fraser Institute, Fraser Research Bulletin, juillet 2014, 9 p.

<<http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/price-of-public-health-care-insurance-2014.pdf>>

Boothe, Paul et Mary Carson, *What Happened to Health Reform*, draft document, 2003, 30 p.

<[http://www.arts.uwaterloo.ca/~gboychuk/Calgary/Research%20Documents%27/Articles/booth\\_e.pdf](http://www.arts.uwaterloo.ca/~gboychuk/Calgary/Research%20Documents%27/Articles/booth_e.pdf)>

Bureau du directeur parlementaire du budget, *Renouvellement du Transfert canadien en matière de santé : conséquences pour la viabilité financière aux niveaux fédéral et provincial-territorial*, Ottawa, 2012. 10 p.

<[http://www.pbo-dpb.gc.ca/files/files/Publications/Renewing\\_CHT\\_FR.pdf](http://www.pbo-dpb.gc.ca/files/files/Publications/Renewing_CHT_FR.pdf)>

Busby, Colin et William B.P. Robson, *La gestion des coûts des soins de santé pour une population vieillissante : le défi fiscal que le Québec n'a pas encore relevé*, Institut C.D. Howe, février 2013. 12 p.

<[http://www.cdhowe.org/pdf/e-brief\\_149\\_QC\\_F.pdf](http://www.cdhowe.org/pdf/e-brief_149_QC_F.pdf)>

Clavet, Nicholas-James, Jean-Yves Duclos, Bernard Fortin, Steeve Marchand, Pierre-Carl Michaud, *Les dépenses en santé du gouvernement du Québec, 2013-2030 : projections et déterminants*, CIRANO, Série scientifique no. 2013s-45, Montréal, décembre 2013. 14 p.

<<http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2013s-45.pdf>>

Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations*, Comité présidé par M. L Jacques Ménard Québec, 2005, 155 p.

<[http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/MONO/2005/07/818789/Tome\\_1\\_ex\\_1.pdf](http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/MONO/2005/07/818789/Tome_1_ex_1.pdf)>

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Les solutions émergentes*, Commission présidée par M. Michel Clair, Québec, 2000, 454 p.

<<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>>

Congressional Budget Office, *Growth in Health Care Costs*, CBO Testimony of Peter R. Orszag, Director, before the Committee on the Budget, United States Senate, January 31, 2008. 20 p.

<<http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/ftpdocs/89xx/doc8948/01-31-healthtestimony.pdf>>

Drummond, Don et Derek Burleton, *Charting a Path for Sustainable Healthcare in Ontario: 10 Proposals to Restrain Costs Without Compromising Quality of Care*, Rapport spécial de TD Economics, Toronto, mai 2010. 34 p.

<<http://www.td.com/document/PDF/economics/special/td-economics-special-db0510-health-care.pdf>>

Emery, J.C. Herbert, David Still et Tom Cottrell, *Can We Avoid a Sick Fiscal Future? The Non-Sustainability of Health-Care Spending with an Aging Population*, SPP Research Papers, Vol. 5, No 31, octobre 2012. 23 p.

<<http://www.policyschool.ucalgary.ca/sites/default/files/research/emery-generational-balances-final.pdf>>

Evans, Robert G., Kimberlyn M. McGrail, Steven G. Morgan, Morris L. Barer et Clyde Hertzman, *Apocalypse No : Population Aging and the Future of Health Care Systems*, Canadian Journal of Aging, 2001, Vol. 20, suppl. 1, p. 160-191.

<<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=7805661>>

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, *À bas les mythes*, 22 février 2011. 4 p.

<<http://www.fcass-cfhi.ca/publicationsandresources/Mythbusters/ArticleView/11-02-22/f20f6cb8-bfd0-453e-b470-6fb63c93a629.aspx>>

Gouin, Pierre et Gabriel Ste-Marie, *Les services publics : un véritable actif pour les ménages québécois*, Institut de recherche en économie contemporaine, février 2012, 43 p.

<[http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CFUQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.irec.net%2Fupload%2Ffile%2Fservicespublics260212.pdf&ei=5O8HUbLwNcGW0QH\\_goHICQ&usg=AFQjCNHP\\_E91tAMhbjAevC8YYmaZoG4tyg&bvm=bv.41524429,d.dmQ&cad=rja](http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CFUQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.irec.net%2Fupload%2Ffile%2Fservicespublics260212.pdf&ei=5O8HUbLwNcGW0QH_goHICQ&usg=AFQjCNHP_E91tAMhbjAevC8YYmaZoG4tyg&bvm=bv.41524429,d.dmQ&cad=rja)>

Groupe de travail présidé par M. Claude Castonguay, *Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé, En avoir pour notre argent*, Québec, 2008, 338 p.

<[http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR\\_FinancementSante.pdf](http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf)>

Harris, Benjamin, H. Corporate Tax Incidence and Its Implications for Progressivity, Tax Policy Center, Urban Institute and Brookings Institution, November 2009.

<[http://www.urban.org/UploadedPDF/1001349\\_corporate\\_tax\\_incidence.pdf](http://www.urban.org/UploadedPDF/1001349_corporate_tax_incidence.pdf)>

Institut Historica Dominion, *L'encyclopédie canadienne*, 2012.

<<http://www.thecanadianencyclopedia.com/articles/fr/babyboom>>

Ministère des Finances du Québec, *Assurer la qualité et le financement des services publics*, Budget 2009-2010, 128 p.

<<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2009-2010/fr/documents/pdf/ServicesPublics.pdf>>

Ministère des Finances du Québec, *Vers un système de santé plus performant et mieux financé*, document budgétaire 2009-2010, Québec. 68 p.

<<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2010-2011/fr/documents/VersSystemeSante.pdf>>

OCDE, *Base de données de l'OCDE sur la santé 2012 : Liste des indicateurs*, Paris, 2012.

<<http://www.oecd.org/fr/els/politiquesetdonneesurlasante/basededonneesdelocdesurlasante2011/listedesindicateurs.htm>>

OECD (2012), *OECD Health Data: Economic references*, OECD Health Statistics (database).

<[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/depenses-de-sante-et-financement/financement-des-depenses-de-sante\\_data-00680-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/depenses-de-sante-et-financement/financement-des-depenses-de-sante_data-00680-fr)> (Accédé le 04 janvier 2013)

OECD (2011), *Health expenditure*, in OECD Factbook 2011-2012: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing.

<<http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2011-112-en>>

OCDE, *Liste des variables dans la base de données de l'OCDE sur la santé 2012*, juin 2012.

<[http://www.oecd.org/fr/els/politiquesetdonneesurlasante/Liste%20des%20variables\\_Base%20de%20donn%C3%A9es%20de%20l%27OCDE%20sur%20la%20sant%C3%A9%202012\\_Fran%C3%A7ais.pdf](http://www.oecd.org/fr/els/politiquesetdonneesurlasante/Liste%20des%20variables_Base%20de%20donn%C3%A9es%20de%20l%27OCDE%20sur%20la%20sant%C3%A9%202012_Fran%C3%A7ais.pdf)>

OMC, *Health expenditure: Health expenditure ratios*, Global Health Observatory Data Repository,

<<http://apps.who.int/gho/data/?vid=1901#>>

Postes Canada, Remboursement partiel des primes du régime de soins médicaux de la Colombie-Britannique.

<<https://www.canadapostalumni.ca/liens-externes-utiles/remboursement-partiel-des-primes-du-regime-de-soins-medicaux-de-la-colombie-britannique/>>

Robson, William, *The Glacier Grinds closer : How Demographics Will Change Canada's Fiscal Landscape*, E-brief, Institut C.D. Howe, janvier 2010. 6 p.

<[http://www.cdhowe.org/pdf/ebrief\\_106\\_Robson.pdf](http://www.cdhowe.org/pdf/ebrief_106_Robson.pdf)>

Ruggeri, G.C., D. Van Wart et R. Howard, « The Redistributive Impact of Taxation in Canada », *Canadian Tax Journal*, Vol. 42, No 2, 1994. P. 417 à 451.

<<https://www.ctf.ca/ctfweb/CMDownload.aspx?ContentKey=d06844ed-bba6-4fe7-ab24-6d6965d40995&ContentItemKey=953e041b-5bec-444c-84f1-a2154034194a>>

Sammartin, Claudi, Hennessy, Deirdre, Lu, Yukian et Law, Michael Roberts, *Tendances des frais de soins de santé non remboursés au Canada, selon le revenu du ménage, de 1997 à 2009*, Statistique Canada, Rapports sur la santé, Vol. 25, No 4 (avril 2014). 8 p.

<<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2014004/article/11924-fra.pdf>>

Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, *Régimes provinciaux d'assurance-maladie*.

<[http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs\\_pol/hrpubs/tb\\_862/hipriba-apampca01-fra.asp](http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs_pol/hrpubs/tb_862/hipriba-apampca01-fra.asp)>

U.S. Department of Health & Human Services, *Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation*, janvier 2013, Washington.

<<http://aspe.hhs.gov/poverty/13poverty.cfm>>

Willemé, Peter et Michel Dumont, *Machines that go « ping »: medical technology and health expenditures in OECD countries*, working paper 2-13, Federal Planning Bureau, janvier 2013. 20 p.

<[http://www.plan.be/admin/uploaded/201302120728090.WP\\_1302\\_10422\\_E.pdf](http://www.plan.be/admin/uploaded/201302120728090.WP_1302_10422_E.pdf)>