

Chaire de recherche
en fiscalité et
en finances publiques

Le financement des dépenses de santé
Fascicule 3 : Les propositions de changement

DOCUMENT DE TRAVAIL 2015-02

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.

Précis

Les propositions de changement

Ce dernier fascicule de notre étude sur le financement de la santé au Québec se tourne vers les solutions et présente des propositions de changement ou plutôt un cheminement progressif vers un nouveau mode de financement davantage axé sur la visibilité et la responsabilisation. Il vise, d'une part, à assurer la pérennité du régime de santé tel que nous le connaissons aujourd'hui et, d'autre part, à sauvegarder les autres programmes publics qu'une croissance trop rapide des fonds affectés à la santé pourrait mettre en péril.

Nous poursuivrons notre réflexion sous l'angle de l'assurance en intégrant la notion de risque collectif à la tarification. La prise en considération de cette notion constituerait un changement profond dans la manière de financer la santé, susciterait certes beaucoup de controverses et nécessiterait aussi un soutien politique indéfectible pour en assurer l'acceptation à terme.

Notre cheminement s'échelonne de la création d'un fonds dédié à la santé, première étape du processus, à l'établissement d'un financement spécifique pour les activités de première ligne. D'abord axée sur des sources de revenus prélevées auprès de la population en général et sans égard au risque que chacun représente en matière de santé, notre réflexion nous amènera à varier graduellement la contribution de catégories de certaines clientèles selon le niveau de risque qu'elles représentent.

Afin de mieux évaluer les impacts de ces propositions sur les différents ménages, nous répartirons l'effort exigé des différents contribuables selon le type de ménage et le quintile de revenus auquel il appartient.

Table des matières

Remerciements.....	i
Précis.....	ii
Mise en contexte.....	1
Chapitre 1 : Le cadre général.....	2
1.1 Les objectifs poursuivis.....	2
1.2 Les contraintes.....	4
1.3 Le scénario d'implantation.....	4
1.4 Les risques associés à la réforme.....	5
Chapitre 2 : Les étapes de la réforme.....	7
2.1 La création du Fonds de la santé et son financement de base.....	7
2.1.1 Les actions à poser.....	7
2.1.2 Quelques évaluations.....	11
2.1.3 Conclusion sur la première étape.....	18
2.2 Un financement sélectif selon les activités et des revenus dédiés.....	20
2.2.1 La sélection d'activités à financer par le <i>Fonds spécifique</i>	21
2.2.2 Le financement des activités de première ligne.....	25
2.2.3 Quelques évaluations.....	29
2.2.3.1 Les coûts.....	29
2.2.3.2 Les revenus.....	30
2.2.4 Conclusion sur la deuxième étape.....	41
2.3 La prise en compte des risques collectifs et personnels selon le principe de l'assurance.....	42
2.3.1 Une couverture complète des coûts.....	42
2.3.2 Un financement davantage relié au risque collectif.....	46
2.3.3 Quelques évaluations.....	47
2.3.3.1 L'inclusion de l'âge comme facteur de risque.....	47
2.3.3.2 Le financement des frais administratifs.....	56
2.3.3.3 Le financement du droit d'accès aux services de santé spécialisés..	58
2.3.3.4 Le sommaire du financement.....	61
2.3.3.5 La pertinence de l'âge comme facteur de risque sur une durée de vie.....	64
2.3.4 Conclusion sur la troisième étape.....	67
Conclusion.....	69
Bibliographie.....	71

Mise en contexte

La croissance des coûts de la santé au-delà de celle des revenus perçus par les gouvernements est un problème qui affecte toutes les administrations publiques depuis nombre d'années et les prévisions pour les années à venir ne permettent pas d'envisager une trêve à cet égard.

Cette situation crée une pression de plus en plus forte sur les finances publiques comme nous l'avons vu dans les fascicules précédents. Notre approche de réforme ne vise pas à ajouter de nouveaux revenus pour la santé, mais plutôt à réorganiser les sources actuelles de financement de manière à les rendre plus visibles pour les utilisateurs qui pourront alors obtenir une meilleure connaissance des coûts véritables du système et de manière plus concrète, de leur contribution personnelle.

Peu importe la manière dont les sources de revenus seront structurées pour financer la santé, il y a une réalité implacable qui en ressort : en fin de compte, les coûts seront absorbés par la population qui n'aura d'autres choix que de les assumer. Dans ces conditions, aussi bien maximiser les retombées du financement afin qu'elles permettent ultimement de conscientiser les utilisateurs aux efforts financiers qu'ils consacrent au régime.

Ce fascicule présente donc un cheminement graduel vers un nouveau mode de financement axé sur la visibilité et une réflexion sur l'intégration du principe de l'assurance. Ainsi, nous nous appliquerons d'abord à cerner les activités devant faire l'objet d'un financement spécifique puis nous explorerons les sources de revenus disponibles afin de répartir le coût de ces activités de manière responsable et ultimement selon le risque associé à la clientèle qui en bénéficie.

Comme nous l'avons maintes fois souligné, l'objectif de nos propositions vise d'abord à assurer un accès universel aux soins de santé, ce qui exclut à la fois l'introduction des frais individuels pour obtenir des soins et la pénalisation de certaines clientèles qui, pour diverses raisons, ne peuvent accroître leur contribution financière, particulièrement au moment d'obtenir le service.

Chapitre 1 : Le cadre général

Ce dernier fascicule intègre à la fois nos conclusions sur la répartition du financement de la santé entre les ménages, les non-résidents et les générations futures ainsi que les principes de financement décrits dans le second fascicule, afin de permettre l'évaluation des impacts des pistes de modifications suggérées sur la contribution des différents groupes de ménages. Plutôt que de présenter simplement une situation finale et définitive où le financement serait très différent de la situation actuelle, ce fascicule propose un cheminement graduel qui permettrait à la population de mieux s'adapter aux modifications proposées.

Voyons plus en détail le cadre général dans lequel devrait évoluer le projet de réforme que nous proposons.

1.1 Les objectifs poursuivis

Le but premier recherché par notre projet de réforme est de mieux responsabiliser la population aux enjeux entourant le financement de la santé. Pour ce faire, nous proposons d'accroître la visibilité du financement et de le lier de manière plus directe au coût de certains services sans pour autant introduire sur une base individuelle le concept de l'utilisateur-payeur qui a souvent fait l'objet de critiques sévères dans les études antérieures dans le domaine de la santé.

La santé n'est pas un service public comme les autres et son financement doit tenir compte de cette réalité si l'on veut que la population adhère à tout projet de réforme. Exiger une contribution au moment où l'utilisateur obtient des soins de santé risquerait de priver certaines personnes d'un service de base qui se doit d'être disponible à l'ensemble des résidents. En refiler le coût à la fin de l'année sur la déclaration de revenus pourrait certes permettre d'atténuer ce choc, mais il ne rend pas l'utilisateur plus riche pour autant. La prise en considération de sa capacité de payer doit demeurer un élément essentiel au financement. Toutefois, compte tenu de la nature du service, une contribution, aussi minimale soit-elle, nous apparaît nécessaire et souhaitable pour responsabiliser l'ensemble de la population aux coûts de la santé.

Le second objectif que nous poursuivons vise à accroître l'équité intergénérationnelle en finançant annuellement la totalité des coûts de santé opérationnels courants pour ainsi éviter de reporter une partie de ce fardeau aux générations futures et en assumant la juste part des dépenses d'immobilisations en répartissant leur coût d'acquisition selon leur durée de vie utile.

Tel que nous l'avons mentionné précédemment, le fait de baser le financement de la santé sur la capacité de payer des gens engendre une deuxième forme de transfert intergénérationnel exigeant des groupes plus jeunes, et dont les revenus sont en général supérieurs aux plus âgés, une contribution supérieure aux coûts qu'ils occasionnent alors que c'est l'inverse pour la génération plus âgée. Ce volet s'avère plus complexe à résoudre, mais il ouvre la voie à une réflexion plus globale sur le financement général de la santé en suggérant des avenues de financement différentes.

Le troisième objectif vise à assurer au système de santé un financement adéquat dont l'évolution des revenus dans le temps s'arrimerait à celle des coûts de sorte que le secteur de la santé connaîtrait à l'avance les revenus dont il disposerait pour les prochaines années alors que les dépenses des autres secteurs financés par les deniers publics n'auraient plus à subir l'empiètement occasionné par une hausse relativement plus grande des coûts de la santé. Ce mécanisme permettrait également d'apparier les coûts de santé à la capacité de payer de l'État. Advenant que les sources affectées à la santé s'avèrent insuffisantes au fil des années, le manque à gagner pourrait alors être absorbé par une réduction des services offerts ou par la population elle-même, par l'entremise d'une contribution directe variable dont les barèmes de contribution tiendraient compte des besoins financiers totaux à supporter.

Dans le but de relier davantage les coûts et les revenus, nous compléterons le projet de réforme en introduisant une réflexion sur le principe de l'assurance dans le mécanisme de financement. Sans vouloir restreindre l'accessibilité aux soins, le recours à ce principe permettrait de mutualiser les risques associés à un groupe de personnes présentant des caractéristiques communes et de moduler la contribution de ce groupe selon le risque qu'il représente.

1.2 Les contraintes

Plusieurs contraintes doivent être considérées pour bien encadrer ce projet majeur de réforme. La première est d'assurer l'universalité d'accès aux soins et d'apporter des ajustements pour permettre aux personnes ayant une capacité de payer moindre ou un état de santé qui requiert plus de soins qu'en moyenne de bénéficier du système sans subir un préjudice quelconque qui pourrait ultimement priver l'utilisateur d'obtenir les soins requis.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, ces ajustements ne doivent cependant pas signifier que la contribution sera nulle pour certaines clientèles. Nous croyons que la santé constitue un service de base essentiel où chacun doit, selon ses ressources, contribuer à son financement.

La seconde contrainte est à l'effet que la totalité du projet de réforme doit se faire à coût nul, c'est-à-dire qu'il ne vise pas à augmenter les ressources consacrées au domaine de la santé, mais plutôt à les percevoir différemment afin d'accroître la visibilité du financement et de rapprocher la population des activités en santé dont elle bénéficie.

Une dernière contrainte provient de la *Loi canadienne sur la santé*¹. En vertu de cette loi, le gouvernement peut réduire ses paiements de transferts lorsqu'une province introduit un ticket modérateur en vue de faire payer un service de santé assuré. Le remaniement du financement doit donc se réaliser à l'intérieur des balises établies par cette loi afin de ne pas réduire les versements que le Québec est en droit de recevoir du gouvernement fédéral.

1.3 Le scénario d'implantation

Dès le début, il est nécessaire de créer des conditions favorables à l'acceptation de la réforme en expliquant clairement à la population les enjeux liés au financement du système de santé au Québec. Comment pourrait-on demander à des personnes d'accepter de modifier en profondeur

¹ Ministère de la Justice du Canada, *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. (1985), ch. C-6. <<http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/page-1.html#docCont>>.

un mode de financement ou de remettre en cause cette impression de gratuité des services de santé quand ils ne sont pas pleinement conscients de la situation actuelle et prévisible au cours des prochaines années?

Suite à ce travail pédagogique essentiel, il nous apparaît préférable de procéder de manière graduelle selon le rythme d'acceptation de la population plutôt que d'imposer des changements drastiques immédiats. Nous suggérons donc une implantation en trois étapes dont la première, transparente pour la population mais essentielle pour la poursuite de la réforme, conduirait à l'établissement d'un fonds dédié à la santé. Dans la seconde étape, un lien plus direct serait établi entre certaines activités du système de santé et l'affectation de revenus spécifiques au *Fonds de la santé*. La dernière partie de la réforme est davantage présentée sur la base d'une réflexion quant à l'introduction du principe de l'assurance comme modulateur des contributions à payer.

1.4 Les risques associés à la réforme

Les risques associés à tout projet de réforme sont multiples et lorsqu'il s'agit d'un domaine essentiel comme celui de la santé qui interpelle chaque individu et où des milliards de dollars sont investis annuellement, ces risques deviennent encore plus élevés. En voici quelques-uns qu'il serait nécessaire de maîtriser.

Dans un premier temps, le risque le plus important provient de la population elle-même qui pourrait juger le projet inadéquat, inadapté ou beaucoup trop ambitieux. Il est important que la population puisse détecter rapidement des résultats tangibles et visibles. Tout retard pourrait être interprété comme étant un échec du projet et ses détracteurs s'empressaient alors d'exploiter ces manquements pour le faire déraiser et ultimement forcer le gouvernement à y mettre un terme.

Un second risque, associé au premier, a trait à la durée d'implantation de la réforme. Plus le projet s'échelonne sur une longue période, plus les risques seraient élevés qu'il ne se rende jamais à terme. Que ce soit à cause de changements profonds de l'économie, de l'état des finances publiques, de la démographie, de gouvernement et de ses valeurs, de l'opinion publique

en cours d'implantation, de modifications apportées par le gouvernement fédéral dans ses transferts ou pour toute autre raison, l'environnement général sera certes différent à la fin du projet qu'il ne le sera au moment du lancement. Ainsi, c'est du devoir du gouvernement de maintenir la mobilisation tout au long de l'implantation et d'informer constamment la population des changements apportés et des bénéfices qui en ont résulté grâce à une reddition de compte simple, efficace et basée sur des éléments factuels facilement compréhensibles.

Un dernier facteur qu'il faudrait constamment garder à l'œil est l'impact de la réforme sur différents types de ménage. Bien que la réforme soit globalement à coût nul, il est évident que la modification de certaines sources de revenus, comme la contribution santé, pourrait pénaliser, même de manière très indirecte, des individus au bénéfice d'autres. Ces personnes se sentiraient alors piégées par la réforme et pourraient en profiter pour lancer un mouvement qui pourrait aller jusqu'à mettre en péril l'essence et la réussite mêmes de la réforme.

Chapitre 2 : Les étapes de la réforme

Sans être en mesure de préciser la durée pendant laquelle devrait s'échelonner le projet de réforme, celui-ci comprendrait deux étapes distinctes :

- La création du *Fonds de la santé* et son financement de base;
- Un financement sélectif selon les activités et des revenus dédiés.

Une troisième partie, davantage axée sur une base réflexive, viendrait compléter le projet en prenant en compte des risques collectifs et personnels selon le principe de l'assurance.

La présente section nous permettra d'analyser plus en détail chacune de ces étapes.

2.1 *La création du Fonds de la santé et son financement de base*

Au départ, la population ne doit pas se sentir piégée par les modifications. Elle doit y adhérer en comprenant bien les tenants et aboutissements de la réforme. Pour cela, un travail important d'information doit précéder et accompagner chaque étape. Analysons le premier jalon que le gouvernement devrait poser.

2.1.1 Les actions à poser

La première étape consiste à créer le *Fonds de la santé*. Ce geste constitue le fondement de nos propositions puisqu'il permet d'assurer au secteur de la santé un financement distinct des autres programmes publics. En établissant des balises de financement connues à l'avance, il est plus facile aux intervenants du réseau d'organiser leurs activités puisqu'ils peuvent alors estimer avec plus de certitude les montants dont ils disposeront et utiliser une période de planification pluriannuelle. En corolaire, ce mécanisme assure également aux autres programmes publics un cadre de financement distinct dont la séparation avec le secteur de la santé pourrait leur éviter de subir un empiètement graduel.

Présentement, les crédits budgétaires alloués au secteur de la santé et des services sociaux émergent entièrement au Fonds consolidé du gouvernement (incluant le « Fonds des services de santé »). [...] Dans la mesure où ils

proviennent d'un seul fonds général, il n'existe aucun lien systématique entre l'ensemble des dépenses du secteur sociosanitaire et l'ensemble des revenus liés à leur financement. Cette absence de liens entraîne des conséquences importantes.

En n'établissant pas 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 cadre actuel de financement rend difficiles la sensibilisation de la population aux enjeux urgents auxquels fait face le système de santé et de services sociaux et les arbitrages que doit faire le gouvernement pour en assurer la survie².

Initialement, au moment de sa création, le *Fonds de la santé* devrait disposer de revenus totaux identiques à ceux actuellement versés par le gouvernement à l'ensemble du domaine de la santé. Pour assurer un passage plus harmonieux vers de nouvelles modalités de financement, nous suggérons également de conserver les mêmes sources de revenus qu'actuellement. À court terme, les effets que pourrait entraîner l'instauration d'un fonds dédié devraient donc être transparents et ses impacts financiers globaux nuls pour la population.

La création de ce fonds doit s'accompagner d'une deuxième partie qui vise plus précisément les modalités de financement. Même si globalement le *Fonds de la santé* disposait à court terme du même montant de revenus que le secteur de la santé et des services sociaux obtient actuellement, il devient cependant nécessaire de créer une distinction entre les revenus considérés comme généraux provenant du *Fonds consolidé du revenu* et ceux plus spécifiques davantage identifiés à la santé et à l'utilisation des services.

Ainsi, les revenus généraux provenant du *Fonds consolidé du revenu*, des transferts fédéraux pour la santé, de la partie payée par les employeurs au *Fonds des services de santé* (FSS) et des diverses contributions à des fonds dédiés comme le *Fonds pour la promotion de saines habitudes de vie* ou le *Fonds de recherche du Québec*, par exemple, continueraient de financer le secteur de

² Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations*, Rapport et recommandations, Comité présidé par Jacques Ménard, 2005, p. 89. En ligne : http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/MONO/2005/07/818789/Tome_1_ex_1.pdf.

la santé, mais ils seraient désormais regroupés dans une entité distincte appelée le *Fonds public attribué* et formeraient l'une des deux composantes du *Fonds de la santé*.

Le solde des revenus relatifs à la santé serait versé au *Fonds spécifique* et constituerait la deuxième composante du *Fonds de la santé*. Il s'agit des sources de revenus que la population peut facilement identifier à la santé comme une contribution directement inscrite sur la déclaration de revenus annuelle, mais sans que les sommes qui en découlent soient reliées aux coûts réels d'un programme spécifique comme c'est le cas pour le régime d'assurance médicaments, par exemple. Ces sources qui alimenteraient le *Fonds spécifique* se composent essentiellement de :

- la contribution santé³;
- la partie du *Fonds des services de santé* payée par les particuliers sur leurs revenus de placements, de pension et de travail autonome.

Aux fins de notre analyse, nous considérerons que la contribution directe des usagers⁴ représente simplement un remboursement des dépenses encourues. Nous réduirons donc ce montant du budget total de la santé.

À court terme, ce partage des revenus publics en deux regroupements distincts au sein du *Fonds de la santé* n'a aucun impact tangible pour la population et serait donc transparent. Cependant, à plus long terme, il permet de distinguer l'effort consenti par l'État à la santé à même ses revenus généraux de celui que la population doit supporter de manière directe. Il permettrait au

³ À compter du 1^{er} janvier 2013, la contribution santé a été modulée en fonction du revenu et une hausse d'impôt pour les hauts revenus s'est ajoutée. Aux fins de notre analyse et pour être plus représentatif de la situation actuelle, nous utiliserons les montants de cotisation pour 2012-13, mais selon les barèmes de contribution de 2013 (parties contribution et hausses d'impôt) en ce qui a trait à la répartition entre les quintiles de revenus des ménages. Aux fins du *Fonds spécifique*, seule la partie relative à la contribution sera incluse alors que celle relevant de la hausse d'impôt sera inscrite au *Fonds public attribué*, étant donné qu'il n'y a pas de lien direct pour la population avec le secteur de la santé.

⁴ La contribution directe des usagers comprend les contributions pour les adultes hébergés, les suppléments pour chambres privées et semi-privées, les contributions parentales pour enfants placés en famille d'accueil et les autres contributions des usagers. Sont également considérés dans ce groupe, les paiements faits en vertu des ententes réciproques avec les autres provinces (Régie de l'assurance maladie du Québec) ainsi que la partie des soins de santé de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et du Fonds d'assurance automobile du Québec.

gouvernement de fixer des balises précises aux revenus qu'il décide d'assigner à la santé. Tout excédent des coûts réels par rapport à ce montant deviendrait alors une charge directe auprès de la population qui serait ainsi plus apte à évaluer la qualité des soins qu'elle reçoit en fonction de sa propre contribution.

Le public est prêt à investir plus d'argent dans son réseau public de la santé, mais pas pour des taxes qui se retrouvent dans les recettes générales. C'est une question de confiance. Le bilan des administrations gouvernementales qui imposent le revenu des gens, puis garantissent que l'argent recueilli sera consacré à certains services désignés n'est pas reluisant — tout au moins c'est la perception. Le lien de confiance a été rompu. Les gens ne veulent pas donner de l'argent aux pouvoirs publics et constater que celui-ci ne fait que disparaître. Ils sont prêts à le faire si on les rassure sur le fait que l'argent ira aux soins de santé, et surtout aux soins de santé locaux⁵.

Depuis son instauration, le montant à payer pour la contribution santé a crû rapidement et les modalités de financement ont subi un changement radical à compter de 2013 sans que la population perçoive de changement réel dans la qualité ou la disponibilité des soins. Le *Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux* (FINESSS) qui est financé à l'aide de la contribution santé a un rôle obscur pour la population puisqu'il vise en fait à bonifier diverses activités dont l'essentiel est déjà assumé par les dépenses de programmes comme un accès accru à la chirurgie, l'évolution de pratiques en chirurgie ou l'accès à des soins oncologiques. Ces quelques exemples, même s'il s'agit d'activités de première importance, créent un impact pratiquement invisible au sein de la population. À ses yeux, il s'agit simplement d'une façon additionnelle pour le gouvernement de puiser des fonds sans lien direct avec des services précis dont elle pourrait apprécier l'amélioration.

Pour responsabiliser la population aux coûts réels de la santé, il est nécessaire de lier des coûts spécifiques à leur financement et d'identifier clairement les services qui sont ainsi financés.

⁵ Parlement du Canada, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*, Rapport final du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie présidé par l'honorable Michael J. L. Kirby, Vol. VII : Financer la réforme, chap.14, 2002, p. 11.
<<http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/372/SOCI/rep/repoc02vol6part6-f.htm#CHAPITRE%20QUINZE>>.

2.1.2 Quelques évaluations

Voyons maintenant de manière plus concrète comment les deux composantes du *Fonds de la santé* se répartiraient. Aux fins des évaluations, nous utiliserons les statistiques de 2012-13, l'année la plus récente pour laquelle nous disposons de données réelles. Pour connaître les impacts au sein des ménages, nous recourrons cependant aux répartitions estimées de 2010-11⁶, plus détaillées que celles de 2011-12 ainsi qu'aux revenus de 2011, dernière année disponible. Rappelons que pour obtenir des évaluations plus réalistes, nous avons modifié les barèmes relatifs à la contribution santé pour adopter ceux de 2013⁷.

Selon le tableau 1, le *Fonds de la santé* aurait atteint 32 596 M\$ en 2012-13, soit 91,2 % du montant total dévolu au financement public de la santé. Pour cette même année, la contribution des usagers se chiffrait à 3 154 M\$ (8,8 %). De son côté, le *Fonds spécifique* aurait représenté 2,7 % (871/32 596) du *Fonds de la santé*, soit en moyenne 133 \$ par personne de 18 ans et plus alors que le *Fonds public attribué* est beaucoup plus important et aurait représenté 4 832 \$ par personne de 18 ans et plus. L'ensemble du *Fonds de la santé* se serait accaparé de 49,6 % des revenus budgétaires du gouvernement⁸ et dépassé légèrement le montant des dépenses de programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et du FINESSS (31 175 M\$⁹).

⁶ Ces répartitions ont été présentées dans le fascicule 1 de cette étude et s'appuient sur la constitution du fichier des ménages à partir des statistiques fiscales des particuliers au Québec et les dépenses des ménages selon les quintiles de revenus.

⁷ La contribution santé était fixée à 100 \$ par personne en 2011 et à 200 \$ en 2012 (revenus de 1 002 M\$ pour 2012-13). En 2013, les barèmes de cotisation ont été réaménagés selon le revenu des personnes et une hausse d'impôt pour les hauts revenus a été instaurée pour compléter le montant total.

⁸ Les revenus budgétaires de 2012-13 sont de 65 690 M\$. Ce montant tient compte de pertes exceptionnelles de la Société générale de financement du Québec de 91 M\$ en 2011-12, de 339 M\$ en 2012-13 et de 358 M\$ en 2013-14 ainsi que la perte exceptionnelle d'Hydro-Québec de 1 876 M\$ découlant de la fermeture de la centrale nucléaire de Gentilly-2 en 2012-13. Si nous ne voulons pas biaiser les résultats de l'analyse et que nous ajoutons ces montants aux revenus de 2012-13 les portant ainsi à 68 354 M\$, le taux devient 47,7 %.

⁹ Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Comptes de la santé 2011-12, 2012-13, 2013-14*, p. 27. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/12-614-02F.pdf>>.

Tableau 1 : Montant des revenus du *Fonds de la santé*, de ses composantes et de la contribution des usagers selon les sources de revenus, 2012-13

Données en millions \$	Fonds de la santé			Contribution des usagers	Total de la santé
	Fonds public attribué	Fonds spécifique	Total		
Fonds des services de santé et Fonds pour la promotion de saines habitudes de vie	6 398	219	6 617		6 617
Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux	350	652	1 002		1 002
Fonds consolidé	16 644		16 644		16 644
Transferts fédéraux	7 050		7 050		7 050
Régime public d'assurance médicaments					
Primes				884	884
Coassurances et franchises				760	760
Autres contribution des usagers				1 005	1 005
Autres revenus	1 283		1 283	505	1 788
Total des montants publics versés à la santé	31 725	871	32 596	3 154	35 750
Proportions du total	88,7 %	2,4 %	91,2 %	8,8 %	100,0 %
Part des revenus budgétaires du gouvernement	48,3 %	1,3 %	49,6 %	--	--
Par personne de 18 ans et plus	4 832 \$	133 \$	4 965 \$	--	--

Calculs effectués par les auteurs.

^a: Le montant de 2012-13 est réparti selon les proportions applicables entre la contribution santé et la hausse d'impôt des hauts revenus pour l'année 2013-14 (698/(698+374)X1002=652), soit la première année complète d'application de ces nouvelles modalités.

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Comptes de la santé 2011-12, 2012-13, 2013-14*, p. 9-18. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/12-614-02F.pdf>>.

Ministère des Finances du Québec, *Plan budgétaire*, Budget 2014-2015, p. I.18.

<<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2014-2015a/fr/documents/Planbudgetaire.pdf>>.

Institut de la statistique du Québec, *Estimation de la population du Québec, par année d'âge et sexe, au 1^{er} juillet 2001 à 2014*.

<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/QC_age_et_sexe.xls>.

Le tableau 2 détaille chaque composante du *Fonds de la santé* selon les différents groupes de payeurs.

- Le *Fonds public attribué* : En plus de la contribution des ménages (80,5 % du total), ce fonds bénéficie également de la participation des non-résidents (16,3 %) et des générations futures (3,2 %). La contribution imputée¹⁰ (63,7 % du total) y est nettement supérieure à celle de la contribution directe (36,3 %). En proportion de leurs revenus¹¹, le

¹⁰ Le lecteur peut obtenir plus d'information sur la contribution directe (comme la contribution santé et l'impôt sur le revenu des particuliers) et la contribution imputée (comme l'impôt sur les sociétés et les dividendes des sociétés d'État) en référant au chapitre 3 du fascicule 1 (page 32).

¹¹ Le revenu est celui de l'année 2011 soit l'année la plus récente disponible.

montant payé par les ménages progresse de manière continue à mesure que le revenu augmente soit de 3,3 % pour les ménages du quintile 1 à 8,8 % pour ceux du quintile 5.

- Le *Fonds spécifique* : La totalité de ce fonds provient de la contribution directe des ménages et est clairement identifiée à la santé (*Contribution santé* et *Fonds des services de santé des particuliers*). Cela témoigne de la visibilité nettement supérieure de cette partie du *Fonds de la santé* comparativement à celle provenant des fonds généraux du gouvernement. En proportion du revenu, le taux du *Fonds spécifique* se situe à 0,3 % pour tous les quintiles de revenus à l'exception du quintile 1 où il se situe à 0,2 %.

Tableau 2 : Répartition du *Fonds de la santé* et de ses composantes selon les quintiles de revenus des ménages québécois, 2012-13

(Données en millions \$)	Total	Quintiles de revenus des ménages québécois					Non-résidents	Génération futures
		1	2	3	4	5		
<i>Fonds public attribué</i>								
Montant	31 725	744	2 113	3 878	6 170	12 637	5 162	1 021
Proportion (%)	100,0	2,3	6,7	12,2	19,4	39,8	16,3	3,2
En proportion du revenu total (%)		3,3	5,4	6,9	7,7	8,8	--	--
Contribution directe	10 551	186	740	1 429	2 391	5 696	109	n.a.
Contribution imputée	20 153	558	1 373	2 448	3 779	6 941	5 054	n.a.
<i>Fonds spécifique</i>								
Montant	871	37	103	145	204	382	--	--
Proportion (%)	100,0	4,2	11,9	16,7	23,4	43,9	--	--
En proportion du revenu (%)		0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	--	--
Contribution directe	871	37	103	145	204	382	--	n.a.
Contribution imputée	--	--	--	--	--	--	--	n.a.
<i>Fonds de la santé</i>								
Montant	32 596	781	2 216	4 023	6 374	13 019	5 162	1 021
Proportion (%)	100,0	2,4	6,8	12,3	19,6	39,9	15,8	3,1
En proportion du revenu total (%)		3,5	5,6	7,2	7,9	9,0	--	--
Contribution directe	11 422	223	843	1 574	2 595	6 078	109	--
Contribution imputée	20 330	558	1 373	2 448	3 779	6 941	5 054	--

Calculs effectués par les auteurs.

Note : Le total des contributions directe et imputée est inférieur au total de chaque fonds car la partie relative aux générations futures n'est pas distribuée.

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'intérêt de ce fractionnement des sources de financement en deux groupes distincts réside dans le fait que le gouvernement peut déterminer la part qu'il choisit d'accorder à la santé à même ses fonds généraux et refiler la facture résiduelle à la

population d'une manière visible et compatible avec la capacité de payer de celle-ci. Voyons, à partir de simulations sommaires, comment cela pourrait se traduire pour les ménages et le gouvernement après 4 années d'application¹².

Selon le budget 2014-15 du ministère des Finances, les dépenses de programmes pour la santé et les services sociaux devraient atteindre 34 216 M\$ en 2016-17 desquelles il nous faut soustraire les mesures additionnelles de contrôle des dépenses relatives à la santé¹³ portant le montant estimé à 33 814 M\$. Il nous faut ensuite ajouter la partie des dépenses de santé financée par le FINESSS soit 1 545 M\$ pour cette même année, ce qui fait un total de 35 359 M\$, en hausse de 3,2 % en moyenne annuelle depuis 2012-13.

Pendant cette période, les revenus budgétaires du gouvernement devraient croître au taux annuel moyen de 3,8 %¹⁴. Le contrôle serré des dépenses prévu pour les prochaines années pourrait ainsi permettre aux dépenses publiques de santé de diminuer par rapport aux revenus budgétaires de l'État. De leur côté, l'ensemble des autres dépenses de programmes devrait augmenter à un rythme annualisé de seulement 1,3 % durant cette période¹⁵. À ce rythme, les dépenses de programmes en santé et services sociaux (à l'exclusion de la partie financée par le FINESSS) seront identiques à l'ensemble des autres dépenses de programme du gouvernement en 2016-17 soit 33,8 G\$.

¹² Le choix de 4 années est dicté par les informations les plus éloignées que le gouvernement a publiées concernant l'évolution de ses dépenses de santé dans le budget de juin 2014, soit 2016-17.

¹³ Les mesures additionnelles de contrôle des dépenses annoncées le 24 avril 2014 ainsi que le contrôle de la rémunération par le gel global des effectifs devraient réduire les dépenses de programmes totales de 805 M\$ en 2016-17. En utilisant la proportion que représentent les dépenses en santé et services sociaux par rapport à l'ensemble des dépenses de programmes, nous obtenons un montant de 402 M\$ pour le secteur de la santé et des services sociaux.

¹⁴ Le total des revenus budgétaires pour 2012-2013 est de 65 690 M\$. Ce montant devrait croître à 76 318 M\$ en 2016-2017 selon le ministère des Finances.

Ministère des Finances du Québec, *Plan budgétaire*, Budget 2014-2015, p. A.25 et I.3.

<<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2014-2015a/fr/documents/Planbudgetaire.pdf>>.

¹⁵ Pour les fins du calcul, nous avons réparti les mesures additionnelles de contrôle des dépenses au prorata des dépenses de programmes de la santé et des services sociaux sur l'ensemble des dépenses de programme.

Ministère des Finances du Québec, *Plan budgétaire*, Budget 2014-2015, juin 2014, p. A25, A32 et I.9
<<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2014-2015a/fr/documents/Planbudgetaire.pdf>>.

Pour payer ces dépenses de santé, le gouvernement pourrait choisir de financer le *Fonds de la santé* de différentes manières comme, par exemple :

- Financer la totalité de l'augmentation des dépenses de santé à partir des revenus budgétaires (*Fonds public attribué*) et laisser intacte la partie relevant du *Fonds spécifique*. Cette solution nécessite un effort très important pour le gouvernement¹⁶ et ne permet pas de responsabiliser la population à la réalité des coûts de la santé. Ce mode de financement ne sera pas retenu aux fins de notre analyse.
- Déterminer l'accroissement des dépenses de santé que le gouvernement choisit de financer à même ses revenus généraux. Pour minimiser l'implication politique, le taux retenu devrait faire l'objet de calculs objectifs faisant intervenir différentes variables comme le niveau de croissance de la richesse collective (PIB), le taux de vieillissement de la population, l'inflation dans le secteur de la santé, l'évolution des transferts relatifs à la santé du gouvernement fédéral et les coûts technologiques. Établi sur une base prévisionnelle pour des fins d'allocation budgétaire, ce taux devrait être révisé périodiquement pour mieux refléter la réalité. Les recommandations des rapports des Commissions Clair, Ménard et Castonguay au Québec étaient favorables à une limite de financement provenant du *Fonds consolidé*.

Aux fins de notre simulation, nous supposerons que le gouvernement aurait financé une augmentation annuelle des dépenses de santé de 2,7 % via le *Fonds public attribué*. Il soutiendrait ainsi une croissance deux fois supérieure à celle des autres dépenses de programmes, reconnaissant par le fait même l'importance de ce secteur pour la population. L'accroissement résiduel de 0,5 % (incluant la partie relative au FINESSS) serait assumé par le *Fonds spécifique*. Selon cette approche, advenant une contraction des revenus du gouvernement, par exemple lors d'une récession, ce serait les dépenses allouées aux autres programmes sociaux qui en

¹⁶ Selon les modalités actuelles de financement, le gouvernement n'a pas retenu cette option puisqu'il a continué d'augmenter la partie relative au FINESSS.

subiraient les contrecoups. Nous retiendrons cette approche comme la simulation 1 (tableau 3).

- Allouer une proportion déterminée des revenus budgétaires au *Fonds public attribué* comme le proposait le rapport Graydon en Alberta. Pour l'année de référence 2012-13, cette part était de 47,0 %¹⁷. Selon la part des revenus que le gouvernement choisirait d'allouer à ce Fonds au fil des années, l'écart entre les revenus que recevrait ainsi le *Fonds public attribué* et le montant des dépenses dévolues au *Fonds de la santé* devrait être absorbé par le *Fonds spécifique*.

Ce mode de fonctionnement a l'avantage de lier les dépenses de santé payées par le gouvernement à sa capacité de payer. Toutefois, advenant une récession¹⁸, ce mécanisme pourrait créer une réduction des sommes allouées à la santé ce qui forcerait alors le gouvernement à compenser cette baisse en majorant la partie attribuable au *Fonds spécifique*, en coupant dans les services offerts ou en reportant aux générations futures une partie des dépenses.

Aux fins de notre exemple et dans la foulée des compressions budgétaires entreprises par le gouvernement, nous considèrerons que le gouvernement financerait le *Fonds public attribué* à concurrence de 45,0 % de ses revenus budgétaires. Cette approche constituera la simulation 2.

Les simulations nous démontrent que le *Fonds spécifique*, compte tenu de sa faible taille par rapport au *Fonds public attribué*, peut varier de manière importante selon les choix que le gouvernement effectuera. Toutefois, l'impact ultime sur la redistribution des montants entre les

¹⁷ Ce taux s'applique sur les revenus budgétaires (65 690 M\$) de l'année 2012-13 corrigés des postes exceptionnels (perte exceptionnelle d'Hydro-Québec, 1 876 M\$) affectant cette même année.

¹⁸ Dans le cas où des corrections comptables ponctuelles, comme la prise en compte de postes exceptionnels en 2012-13, des redressements temporaires devraient être effectués pour maintenir une stabilité des versements dans le temps.

ménages est relativement faible¹⁹. En comparaison avec le montant dont devrait disposer le FINESSS en 2016-17 selon les modalités actuelles du financement (1 545 M\$), la simulation 1 nécessiterait que le *Fonds spécifique* dispose de 169 M\$ supplémentaires alors que ce montant atteindrait 1 078 M\$ selon la simulation 2. Par rapport à 2012-13, la hausse du *Fonds spécifique* serait de 10,9 % (2,6 % au taux annuel composé) selon la proposition 1 et de 69,8 % (14,1 %) pour la deuxième.

Rappelons que ces montants ne représentent pas des hausses directes d'impôts et de taxes pour les contribuables, mais plutôt une réorganisation des sources de revenus servant à financer la santé en vue de les rendre plus visibles. Les deux Fonds composant le *Fonds de la santé* agissent comme des vases communicants, le manque à gagner de l'un étant compensé par une augmentation de l'autre fonds.

Tableau 3 : Simulations du financement du fonds de la santé et de ses composantes selon les quintiles de revenus des ménages québécois, 2016-17

(Millions \$)	Total	Quintiles de revenus des ménages québécois					Non-résidents
		1	2	3	4	5	
Projection 2016-17 selon les modalités actuelles							
Dépenses de programmes ajustées*	33 814	907	2 475	4 446	7 028	13 553	5 405
FINESSS	1 545	41	114	171	252	916	53
Autres	1 607	43	118	211	334	644	257
Fonds de la santé**	36 966	991	2 706	4 829	7 614	15 113	5 715
Proportion (%)	100,0	2,7	7,3	13,1	20,6	40,9	15,5
Simulation 1 : le gouvernement finance les coûts selon un rythme de croissance de 2,7 %							
<i>Fonds public attribué</i>	35 251	854	2 426	4 452	7 085	14 509	5 927
<i>Fonds spécifique</i>	1 714	72	203	285	401	752	--
Fonds de la santé	36 966	926	2 629	4 737	7 486	15 261	5 927
Proportion (%)	100,0	2,5	7,1	12,8	20,2	41,3	16,0
Simulation 2 : le gouvernement finance les coûts jusqu'à concurrence de 45,0 % de ses revenus budgétaires							
<i>Fonds public attribué</i>	34 343	832	2 363	4 337	6 902	14 135	5 774
<i>Fonds spécifique</i>	2 623	111	311	437	613	1 151	--
Fonds de la santé	36 966	1 033	2 678	4 692	7 384	14 916	4 658
Proportion (%)	100,0	2,8	7,2	12,7	20,0	40,4	12,6

Calculs effectués par les auteurs.

* : L'ajustement vise à tenir compte des mesures additionnelles de contrôle des dépenses appliquées au prorata des programmes de la santé par rapport à l'ensemble des programmes.

¹⁹ Ces conclusions sont possibles dans la mesure où les barèmes de cotisation aux différentes sources de revenus alimentant le *Fonds spécifique* varient dans les mêmes proportions que celles qui existent présentement.

** : Pour obtenir l'évaluation du *Fonds de la santé* 2016-17, nous avons appliqué le taux d'accroissement prévu pour le total des dépenses de programmes ajustées et le FINESSS entre 2012-13 et 2016-17 (3,3 % au taux annuel composé) au *Fonds de la santé* de 2012-13.

Note : La répartition par quintile de revenus est celle de 2010-11

Source : Ministère des Finances du Québec, *Plan budgétaire*, Budget 2014-2015, p. A.31.

<<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2014-2015a/fr/documents/Planbudgetaire.pdf>>.

Selon ces alternatives, le gouvernement continue de financer dans une très large proportion le système de santé québécois à partir des impôts et des taxes qu'il prélève. Toutefois, lorsqu'il introduit certaines balises préétablies, soit en fonction du taux de croissance des dépenses qu'il accepte de financer ou de la proportion de ses revenus qu'il choisit d'affecter à la santé, il prend également un engagement pour une période déterminée à l'égard des ressources qu'il accordera à la santé, ce qui est de nature à accroître la stabilité dans le secteur et à dépolitiser certaines décisions : « le fait d'affecter des impôts à des fins particulières rigidifie le processus budgétaire du gouvernement, car les dépenses affectées au programme visé sont déterminées par les recettes réalisées et non pas par des décisions stratégiques²⁰ ».

Dans l'ensemble, les mécanismes proposés dans les simulations s'apparentent beaucoup à la situation actuelle puisqu'au cours de la période des simulations, un montant supplémentaire de 300 M\$ en provenance des transferts fédéraux pour la santé doit être injecté au FINESSS à compter de 2014-15 afin de combler l'écart de financement. Malheureusement, la façon retenue par le gouvernement ne permet pas de lier davantage les coûts au financement sans compter qu'il a utilisé une source de revenus qui n'est aucunement visible pour la population (transferts fédéraux pour la santé) pour combler le manque à gagner du FINESSS.

2.1.3 Conclusion sur la première étape

Cette première étape permet de mettre en place les jalons nécessaires pour réformer le financement public de la santé au Québec sur les bases de la responsabilisation et de la visibilité.

²⁰ Parlement du Canada, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*, Rapport final du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie présidé par l'honorable Michael J. L. Kirby, Vol. VII : Financer la réforme, chap.14, 2002, p. 11.
<<http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/372/SOCI/rep/repoc02vol6part6-f.htm#CHAPITRE%20QUINZE>>.

La transition se veut d'abord transparente pour la population, mais elle intègre la création d'un fonds dédié pour la santé, pierre angulaire du nouveau mode de financement.

Actuellement, aucun des impôts directs et indirects qui sont à la source des recettes fiscales générales du gouvernement (...) ne fait ressortir le lien entre les impôts payés et les services reçus. C'est d'ailleurs en grande partie pour cette raison que tant de Canadiens considèrent leur système de soins de santé comme gratuit (...) malgré le fait qu'une importante part des recettes gouvernementales sert à payer les soins de santé. Ce régime diffère grandement de l'imposition spécifique, où les recettes fiscales destinées au service visé sont versées dans un fonds particulier réservé à cette fin²¹.

Sans modifier de manière structurelle les sources de revenus qui financent actuellement la santé, cette première étape nous permet d'ajouter un élément de visibilité supplémentaire qui vient sensibiliser la population aux coûts réels de la santé. Que le financement provienne de revenus généraux ou de sources dédiées, de toute manière, la population devra assumer la pleine facture de la santé. Mais un fonds dédié qui varie en fonction des besoins financiers réels qui excèdent la capacité de payer du gouvernement est certes plus incitatif pour la population parce qu'il la force :

- à prendre conscience que les services médicaux ne sont pas gratuits, même s'ils sont offerts par le gouvernement;
- à réclamer un meilleur contrôle des coûts ou même à se discipliner elle-même en réclamant des services de santé aux endroits où ils sont les moins onéreux, à la condition, évidemment, que ces soins y soient accessibles au moment où ils sont requis.

Dans le but de maximiser la visibilité du financement de la santé particulièrement pour la partie relative au *Fonds spécifique*, il serait opportun de créer une nouvelle annexe « Santé » dans la déclaration annuelle de revenus des particuliers et d'y inclure les sources de revenus dont les montants seraient versés à ce Fonds : le Fonds des services de santé, partie des particuliers, et la contribution santé. Le contribuable pourrait ainsi visualiser de manière plus concrète sa contribution personnelle aux soins de santé. En ce sens, nous rejoignons la proposition du groupe

²¹ *Ibid.*, section 15.3, impôts généraux.

de travail présidé par Michel Clair où il soutenait que « la contribution fiscale, par l'entremise des impôts sur le revenu, devrait figurer clairement sur la déclaration de revenus des particuliers (...) afin de sensibiliser le citoyen au coût des services²² ». Dans le cas où le gouvernement choisirait de conserver la hausse d'impôt des hauts revenus et d'en verser le montant au *Fonds spécifique*, il serait alors nécessaire d'ajouter le montant sur cette annexe santé afin que le contribuable puisse connaître sa contribution directe totale aux soins de santé.

Sans que cette première étape puisse mettre en pratique les principes de l'assurance reliés au risque, elle constitue néanmoins un pas vers cette direction puisqu'elle permet de lier les coûts globaux de santé à leur financement et d'en transmettre, du moins partiellement, le fardeau de manière plus directe sur les épaules de la population. Cependant, l'assiette des services couverts par ce financement ainsi que le risque associé à l'utilisation de ceux-ci ne sont nullement pris en compte.

Il devient donc nécessaire, une fois cette première étape assumée par la population, que le gouvernement enclenche le deuxième volet de la réforme afin de mieux cibler des activités spécifiques à financer, ce qui ajoutera une dimension plus concrète pour la population. De plus, nous avons soulevé à diverses reprises le besoin de financer le *Fonds spécifique* à partir de sources de revenus visibles pour la population. La deuxième étape doit permettre d'élargir cette avenue et d'élaborer une nouvelle approche plus structurée.

2.2 Un financement sélectif selon les activités et des revenus dédiés

Le principe de l'assurance nécessite d'abord de bien définir les activités à assurer et d'estimer les revenus nécessaires pour les payer. En matière de finances publiques, nous pouvons ajouter une composante additionnelle soit le type de revenus à prélever, par exemple, un impôt ou une taxe générale, une contribution spécifique ou une prime à un programme déterminé.

²² Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, Québec, 2000, p. 172.
<<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>>.

Dans ce contexte, notre deuxième proposition vise à raffiner la première étape que nous venons de décrire en sélectionnant d'abord des activités précises à financer à partir du *Fonds spécifique*, plutôt que de simplement participer, de manière générale, au financement global comme c'est le cas actuellement, puis en choisissant des sources de revenus visibles pour la population et clairement identifiées à la santé qui permettraient de prélever des revenus suffisants à leur financement au fil des années. Le fait de mieux définir le rôle du *Fonds spécifique* et de lui allouer des sources de revenus dédiées permettrait au gouvernement de concentrer son attention sur le *Fonds public attribué* où il devra alors assumer pleinement la facture sans en refiler une partie au *Fonds spécifique* comme cela était le cas à l'étape précédente.

2.2.1 La sélection d'activités à financer par le *Fonds spécifique*

Les activités réalisées dans le domaine de la santé sont étendues et variées, allant de la simple visite à son médecin de famille, au CLSC ou à l'urgence jusqu'aux examens spécialisés, les hospitalisations en passant par le domaine de la santé publique, l'administration générale et la gestion des immobilisations pour en nommer quelques-uns.

Choisir certaines d'entre elles qui pourraient faire l'objet d'un financement distinct et visible pour responsabiliser la population représente un exercice complexe et variable selon les personnes. L'Organisation mondiale de la santé fractionne l'ensemble des activités de la santé en deux grandes catégories distinctes soit les soins de santé primaires et les activités spécialisées.

L'organisme international définit les soins de santé primaires comme étant

Des soins essentiels reposant sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent supporter à tous les stades de leur développement, dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. (...) Ils représentent le premier

niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé²³.

Dans son rapport intitulé « Les solutions émergentes », Michel Clair avait aussi reconnu et soutenu l'importance des activités de première ligne dans le réseau de la santé : « la mise en place d'un réseau de services de première ligne fort est prioritaire et il faudra le financer adéquatement²⁴ ».

Aux fins de notre analyse, nous avons donc choisi de poursuivre dans cette voie et basé notre approche sur la proximité de l'activité pour la population ainsi que sur l'influence que l'utilisateur du service peut exercer principalement en ce qui a trait à l'endroit et au moment où il peut obtenir ce service dans le réseau.

C'est ainsi que nous avons divisé les activités en trois groupes principaux : les activités communément appelées de première ligne, ou de proximité, celles plus spécialisées qui ne peuvent se réaliser sans une recommandation du personnel médical et les autres qui regroupent notamment les activités dites administratives ainsi que la santé publique.

De manière plus détaillée, mais non exhaustive, ces regroupements comprennent les activités suivantes :

- Première ligne : toutes les activités où l'utilisateur peut se présenter (avec ou sans rendez-vous) avec sa carte d'assurance-maladie pour obtenir sans frais des soins médicaux sans devoir obtenir au préalable une référence d'un autre membre du personnel médical ou une attestation pour des services spécifiques. C'est en quelque sorte la porte d'entrée au système de santé.

²³ Organisation mondiale de la santé, *Les soins de santé primaires*, Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, 6-8 sept. 1978, Genève, p. 17.
<<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21370fr/s21370fr.pdf>>.

²⁴ Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, Québec, 2000, p. 271.
<<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>>.

Comme critère secondaire pour qu'une activité soit considérée dans ce bloc, aux fins de notre analyse, il faut que l'utilisateur puisse disposer d'un choix quant à l'endroit où il peut obtenir ce service. Ainsi, une personne malade pourrait choisir, selon son état, de se présenter à l'urgence ou dans une clinique de médecine familiale pour obtenir un service. Dans le cas d'un examen dentaire pour un enfant de moins de 10 ans, par exemple, les dentistes en pratique privée ou en milieu hospitalier, selon le cas, sont admissibles pour offrir le service. Les activités de première ligne peuvent donc consister notamment à :

- des visites à son médecin de famille ou à une clinique pour un examen ou un acte diagnostique ou thérapeutique;
 - des visites au CLSC pour des services médicaux assurés;
 - des visites à l'urgence d'un centre hospitalier;
 - des soins dentaires et ophtalmologiques pour les personnes admissibles.
- Services spécialisés : les activités qui ne peuvent se classer dans celles de première ligne puisque leur utilisation nécessite au préalable une référence, une prescription ou une ordonnance, individuelle ou collective, d'un membre du personnel médical autorisé. L'annexe du règlement 25 sur les traitements médicaux spécialisés dans un centre médical spécialisé présente une liste non exhaustive de ces services²⁵. Il peut aussi s'agir par exemple :
 - d'examens spécialisés comme la radiologie, l'imagerie par résonance magnétique, une biopsie, un électrocardiogramme et un scanner;
 - de traitements spécialisés comme la chimiothérapie, la radiothérapie et l'endoscopie interventionnelle;
 - d'interventions chirurgicales et d'hospitalisations;
 - de visites chez des médecins spécialistes comme des psychiatres.
 - Les services connexes : en plus des services de santé qui sont dispensés directement auprès des citoyens, d'autres services s'effectuent de manière plus impersonnelle ou sont

²⁵ Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé, chapitre S-4.2, r. 25, *Loi sur les services de santé et de services sociaux*, c. S-4.2, a. 333.1. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/documents/lr/S_4_2/S4_2R25.htm>.

simplement moins reliés à la santé immédiate des usagers. Il s'agit notamment de l'administration générale, de la gestion des immeubles, du volet relatif à la santé publique, des services alimentaires et de buanderie, de la gestion des déchets biomédicaux.

Cette diversité des services offerts nous permet de justifier un financement distinct, du moins pour certains d'entre eux. En ce qui a trait plus particulièrement aux activités de première ligne, comme elles sont près des utilisateurs et que ces derniers ont, jusqu'à un certain point, la possibilité de choisir eux-mêmes l'endroit où ils peuvent obtenir un service de santé et même le moment selon l'urgence que leur situation exige, le financement devrait provenir de manière directe et visible de la population elle-même pour que celle-ci puisse le relier directement aux services qu'elle obtient et ainsi être en mesure d'en apprécier la qualité compte tenu du montant qu'elle paie. Ces activités de première ligne devraient donc être financées entièrement par le *Fonds spécifique*.

Par contre, pour ce qui est des activités spécialisées, la situation est bien différente puisque le contrôle est déplacé de l'utilisateur vers le personnel médical qui décide des prochains traitements. De plus, le coût de ces soins devient souvent beaucoup plus élevé que pour les services de première ligne et parfois leur imprévisibilité fait en sorte que nombre de Québécois ne pourraient plus bénéficier de ces soins s'ils devaient en financer directement les coûts. Il devient alors évident que le regroupement des risques (mutualisation en termes d'assurance) et un financement selon la capacité de payer à même les fonds généraux du gouvernement sans égard à la visibilité deviennent souhaitables.

Du côté de la santé publique, l'action vise directement le bien-être général de la population que ce soit par des campagnes d'information, de prévention, de vaccination ou autre. Dans leur compréhension des soins de première ligne, le rapport Clair et Santé Canada incluent la prévention et la promotion de la santé²⁶. Dans ce contexte, les activités découlant de la santé

²⁶ Santé Canada, *Le système des soins de santé au Canada*, 2011. <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-fra.php#a9>>.

publique devraient être payées à même le *Fonds spécifique*. Par contre, les activités de la santé publique sont déterminées centralement et ne laissent pas véritablement de choix à la population quant à l'offre de services de sorte qu'aux fins de notre analyse, nous excluons ces activités de celles de première ligne.

Le dernier poste que nous incluons dans les activités de première ligne est celui d'Info-santé. Il s'agit d'une source d'information que la population peut utiliser à n'importe quel moment pour obtenir des informations pertinentes et rapides sur des situations relatives à leur santé ou celle de leurs proches.

2.2.2 Le financement des activités de première ligne

Le financement public de la santé doit répondre adéquatement à certains critères fondamentaux dont notamment :

- Des sources de revenus qui permettent d'assurer un financement suffisant, stable et adéquat dans le temps, même en période de récession économique;
- Des sources qui minimisent les impacts économiques négatifs qui réduiraient la création de richesse collective, un élément essentiel à la survie du système de santé à long terme;
- Des sources qui assurent l'équité d'abord entre les ménages selon leur niveau de revenus, mais aussi entre les générations et l'état de santé général de la population.

Selon les experts qui ont analysé la question²⁷, la taxe de vente s'avère le mode de financement préféré pour répondre à ces critères. Il s'agit d'un mode de prélèvement qui minimise les impacts négatifs sur l'économie et qui permet une contribution généralisée de la population sans pénaliser indument les ménages à faible revenu puisque les crédits d'impôt et les exemptions permettent d'en réduire grandement la régressivité. En complément, la participation des non-résidents permet de réduire une partie des coûts autrement supportés par la population locale.

²⁷ Pour obtenir plus de détails sur les sources de financement de la santé et de leurs impacts, le lecteur peut lire le chapitre 4 du volume VI du *Rapport du comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie* présidé par l'honorable Michael J. L. Kirby, 2002. *Supra*, note 17.

En ce qui a trait plus spécifiquement au financement des activités de première ligne, nous devons cependant ajouter deux critères supplémentaires soit, comme nous l'avons mentionné précédemment, d'accroître la visibilité des sources de revenus ainsi que la proximité des prélèvements de la population afin de maximiser la responsabilisation de celle-ci. L'ajout de ces critères rend alors plus difficile l'utilisation de la taxe de vente pour financer le *Fonds spécifique*.

Toutefois, la taxe de vente pourrait s'avérer un moyen de financement pertinent pendant la période de transition en permettant un passage plus graduel vers un mode de financement axé sur la responsabilisation de la population. Elle pourrait ensuite servir de financement accessoire pour éviter de devoir exiger une participation trop importante de la population relativement à une contribution directe ou devenir une source de revenus très appropriée pour le *Fonds public attribué*.

Selon les sources de financement actuelles, la *Contribution santé* et les cotisations au *Fonds des services de santé* applicables aux revenus de retraite, de placement et de travail autonome répondent adéquatement aux critères de visibilité et de proximité. Toutefois, l'ajout de la hausse d'impôt des hauts salariés et l'utilisation d'une partie des transferts fédéraux pour la santé dérogent à ces critères et nous croyons que ces sources ne devraient pas être utilisées pour financer le *Fonds spécifique*, mais de préférence être versées au *Fonds public attribué*.

La cotisation payée par les employeurs au FSS constitue une forme de contribution qu'il est plus difficile de classifier : elle constitue une source de revenus clairement identifiée par son nom à la santé, mais comme elle est payée par l'employeur sans référence aucune sur le talon de paie de l'employé, sur le relevé de fin d'année ou la déclaration de revenus, elle ne représente pas une source visible de financement de la santé.

De plus, le taux de cotisation payé par les employeurs varie selon la taille de l'entreprise et certaines d'entre elles peuvent même bénéficier d'une exemption totale de sorte que des ménages ayant gagné un même salaire pourraient avoir contribué de manière indirecte via leur employeur

des montants différents au financement de la santé. Selon nous, le FSS a davantage les allures d'une taxe imposée aux entreprises qu'une véritable contribution aux coûts des soins de santé.

Politiquement, il est toujours bien vu d'imposer les entreprises et comme elles tirent également des bénéfices d'un bon système de santé, il est normal qu'elles contribuent à son financement. « Il est plus économique pour les employeurs de payer des impôts pour financer le système de santé que d'être obligés de contracter des assurances privées pour leurs employés²⁸ ». Toutefois, le FSS, dans sa forme actuelle, ne saurait être une source de revenus adéquate pour le financement du *Fonds spécifique* et devrait plutôt servir à alimenter le *Fonds public attribué*.

Pour accroître la visibilité de cette source de revenus, il serait préférable qu'elle soit perçue directement auprès des individus comme l'est la partie relative aux revenus de pension, de placement et de travail autonome. Toutefois, procéder à un tel transfert serait certes perçu comme une augmentation de la charge fiscale par les salariés même si, dans le meilleur des cas, tous les employeurs choisissaient de compenser entièrement les montants payés en augmentant de manière identique leur salaire, ce qui est fort peu probable.

Nous suggérons donc de « maquiller » cette contribution des employeurs afin de la rendre conforme aux critères que nous avons précédemment retenus. Cette façon de faire permettrait d'éviter de modifier trop profondément les sources actuelles de financement tout en assurant la visibilité requise à ce mode de financement. Ainsi, sur l'annexe santé de la déclaration de revenus annuelle des particuliers, nous insérerions une ligne que nous nommerions *Contribution santé de l'employeur*²⁹. Le calcul de cette ligne correspondrait au montant de salaire reçu par l'employé multiplié par un taux de contribution qui assurerait une participation maximale des employeurs au *Fonds spécifique* de 50 %³⁰.

²⁸ Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs*, Commission présidée par Roy J. Romanow, rapport final, 2002, p. 43. <<http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>>.

²⁹ La contribution santé de l'employeur est fictive, car certains d'entre eux en sont exemptés. Le taux applicable serait basé sur les données de 2013 et tiendrait ainsi compte d'une partie des hausses consenties aux médecins par le gouvernement au titre du rattrapage salarial lors de la dernière ronde de négociation.

³⁰ Le taux de 50 % est arbitraire, mais un taux supérieur laisserait l'impression que le financement des soins de santé relève principalement des employeurs alors qu'au contraire, nous voulons accroître l'implication des résidents.

Le fait de plafonner la participation des employeurs permet de lier une partie de la croissance du fonds à leur capacité de payer. L'excédent du manque à gagner devrait alors être absorbé par d'autres sources de revenus près des individus. Le solde du FSS payé par les employeurs servirait à financer le *Fonds public attribué*.

Cette visibilité accrue de la contribution de l'employeur au financement de la santé permettrait à la population d'une part de prendre conscience que l'employeur injecte des montants pour la santé comme bénéficiaire du régime puisque des employés en santé sont plus productifs et d'autre part, de situer l'importance de cette contribution par rapport à celle qu'ils doivent eux-mêmes assumer.

Parmi les autres sources de revenus pouvant financer les coûts de santé, certaines provinces, comme le Québec, perçoivent des contributions directes auprès des résidents. Ainsi, l'Ontario et la Colombie-Britannique recourent à une prime d'assurance-santé. Celles-ci pourraient remplacer l'actuelle cotisation santé, mais les avis sont partagés sur l'utilisation de ce type de contribution. Pour certains, il s'agit d'un mode de financement qui est trop similaire à l'impôt sur le revenu et ajouter une telle contribution accroîtrait les effets négatifs de cette forme de taxation, sans compter que de telles primes sont régressives et font porter aux ménages de la classe moyenne un fardeau inutilement élevé. À l'opposé, un Comité sénatorial présidé par l'Honorable Michael Kirby a analysé la possibilité d'instaurer un régime pancanadien de primes à l'assurance santé et leurs conclusions sont plus nuancées :

la prime variable nationale d'assurance-santé a l'avantage d'être progressive puisqu'elle augmente par paliers en fonction du revenu. Une telle prime nationale correspondrait en plus à la manière dont les particuliers achètent normalement de l'assurance, c'est-à-dire en versant une prime annuelle. Cependant, plus on trouve de paliers dans la structure de la prime, plus elle risque d'être assimilée à une surtaxe sur le revenu; or, pour les raisons déjà énoncées, le Comité réprovoque toute augmentation de l'impôt sur le revenu³¹.

³¹ Parlement du Canada, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*, Rapport final du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie présidé par l'honorable Michael J. L. Kirby, Vol. VII : Financer la réforme, chap. 14, 2002.
<<http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/372/SOCI/rep/repoct02vol6part6-f.htm#CHAPITRE%20QUINZE>>.

Pour notre part, il nous apparaît que la prime d'assurance-santé répond adéquatement aux objectifs de financement du *Fonds spécifique*. Contrairement à la franchise préconisée dans le rapport Castonguay où l'individualisation du montant à payer exerce un coût élevé au système afin d'être en mesure de comptabiliser le montant des soins reçus, la prime d'assurance-santé est d'application générale. De plus, la mutualisation de l'assurance-santé permet de regrouper les risques et de les répartir sur un plus grand nombre de personnes ce qui évite de pénaliser des personnes ayant une santé plus fragile ou ayant des revenus moins élevés.

2.2.3 Quelques évaluations

Pour obtenir un portrait plus précis des modifications proposées, nous évaluerons la taille que pourrait atteindre le *Fonds spécifique* pour être en mesure de payer les activités de première ligne que nous avons retenues. Nous analyserons ensuite diverses sources de revenus susceptibles de générer des montants suffisants, puis nous analyserons les impacts de celles-ci sur les ménages.

2.2.3.1 Les coûts

Il n'existe pas d'évaluation relative au coût total des activités de première ligne. Puisque la définition de ce groupe d'activités diffère selon les études analysées, c'est certes l'une des raisons pour lesquelles il nous faut procéder à notre propre évaluation, et ce, malgré le manque d'informations statistiques détaillées qui nous permettraient d'obtenir un montant précis.

Dans le but de simplifier l'évaluation et de nous en tenir à des statistiques fiables, nous nous limiterons à un minimum d'activités³². Pour 2012-13, nous retiendrons un montant d'activités correspondant à 5,3 G\$:

	<u>(Données en M\$)</u>	
Budget du MSSS		3 126,0
Centre locaux de services communautaires (CLSC) :	2 462,8 ³³	
Coût des urgences dans les centres hospitaliers :	621,9 ³⁴	
Info-santé :	41,3 ³⁵	
Rémunération versée aux omnipraticiens :		2 198,2 ³⁶
Total des activités de première ligne sélectionnées :		5 324,2

2.2.3.2 Les revenus

En plus des sources de revenus que nous avons déjà identifiées pour le financement du *Fonds spécifique*, soit le FSS des particuliers et la contribution santé, l'ampleur des sommes nécessaires au paiement des activités de première ligne nécessite soit des augmentations de taux ou le réaménagement des sources actuelles de revenus en vue de lui allouer des revenus supplémentaires. Comme il s'agit d'une réforme à coût nul, toute source de revenus qui serait désormais dédiée au *Fonds spécifique* réduirait d'autant la contribution du gouvernement au *Fonds public attribué* ce qui permettrait alors d'allouer ces sommes à d'autres programmes publics. Examinons plus en détail les principales sources de revenus qui pourraient alimenter le Fonds spécifique.

³² Ces quatre activités nous apparaissent comme fondamentales pour décrire la base des activités de première ligne. Il est certain que si nous approfondissions les activités du domaine de la santé, nous pourrions en ajouter d'autres, mais nous croyons que le manque d'information statistique fiable et l'ajout d'activités plus marginales, bien que potentiellement importantes, ne permettraient pas de modifier l'essence et les conclusions de notre analyse.

³³ Institut de la statistique du Québec, *Coûts direct bruts liés aux activités principales des établissements du réseau socio-sanitaire du Québec, selon la mission exclusive, quel que soit l'établissement qui l'assume, Québec*, Banque de données des statistiques officielles sur le Québec, 15 août 2014.
<http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/Ken213_Afich_Tabl.page_tabl?p_iden=REPERG5TFXU2346629644916,F~k^&p_lang=1&P_ID_SECTR=469&p_id_raprt=2509>.

³⁴ Santé et Services sociaux, *Contour financier – Dépenses par programme et par centre d'activités – 2012-2013*, C/A 6240 – L'urgence, 11 février 2014.
<<http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=Vq/14XU6tw0=>>>.

³⁵ *Ibid.*, C/A 6090 – Info-santé.

³⁶ Régie de l'assurance maladie du Québec, *Rapport annuel de gestion 2013-14*, p. 51.
<<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappann1314.pdf>>.

A. Le Fonds des services de santé

La partie du FSS payée directement par les contribuables sur leurs revenus de placements, de retraite et d'entreprise a atteint 219,2 M\$ en 2012-13³⁷. Ce mode de prélèvement est très progressif puisque 53,9 % du montant total provient des ménages du quintile 5 alors que ceux des quintiles 1 et 2 ne contribuent qu'à hauteur de 0,7 % et 6,8 % respectivement.

En ce qui a trait à la partie payée par les employeurs, les montants sont beaucoup plus importants et ont atteint 6 377,6 M\$ en 2012-13³⁸. Comme mentionné précédemment, si nous voulons limiter la participation des employeurs à 50 % du *Fonds spécifique*, le montant maximal qui devrait y être versé pour 2012-13 se situerait à 2 662,1 M\$. En proportion des salaires déclarés par les contribuables, soit 162 094 M\$ en 2012³⁹, nous obtenons alors un taux de 1,64 %. Aux fins de notre analyse, nous arrondirons ce taux à la décimale supérieure, soit 1,7 %, ce qui portera la contribution des employeurs à 2 755,6 M\$.

Considérée comme une contribution imputée, elle est néanmoins très progressive puisque les ménages du quintile 5 supportent 44,4 % des sommes versées comparativement à seulement 2,1 % et 9,1 % pour les ménages des quintiles 1 et 2 respectivement⁴⁰.

Globalement, le FSS permettrait de financer un montant de 2 974,8 M\$.

³⁷ Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2012-2013*, Vol. 2, p. 221.

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol2-2012-2013.pdf>.

³⁸ *Ibidem*.

³⁹ Les données fiscales les plus récentes sont celles de 2011. Sur une base historique moyenne, les salaires déclarés par les contribuables sur leur déclaration de revenus du Québec correspondent à 102,1 % de ceux déclarés dans les comptes économiques du Québec. En utilisant cette majoration, les salaires déclarés pour 2012 sur la déclaration de revenus devraient atteindre 162 094,0 M\$.

Institut de la Statistique du Québec, *Produit intérieur brut selon les revenus, données désaisonnalisées au taux annuel, Québec, 2012-2014*, ligne 02 Salaires et traitements, données en date du 26 septembre 2014. <<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/economie/comptes-economiques/comptes-revenus-depenses/tabint01.htm>>.

⁴⁰ Pour obtenir le détail de cette répartition, le lecteur peut référer à la section 3.1.1.1.1 du fascicule 1 de cette étude.

B. La contribution santé

La contribution santé du Québec a rapporté 1 002 M\$ en 2012-13⁴¹. Les modifications apportées à compter de l'année 2013 ont eu pour effet d'accroître la progressivité en modulant les barèmes de cotisation selon le revenu et en ajoutant une hausse d'impôt pour les hauts revenus. En utilisant ces nouvelles modalités pour 2012-13, nous aurions obtenu des montants de 692 M\$ pour la partie de la contribution santé et de 310 M\$ pour la hausse d'impôt.

Au chapitre de la répartition de la contribution santé uniquement (692 M\$) entre les quintiles de revenus des ménages, ceux des quintiles 1 et 2 contribuent pour 5,0 % et 12,7 %, respectivement, du total alors que le taux grimpe à 41,0 % pour les ménages du quintile 5. En ajoutant la hausse d'impôt et comme celle-ci ne concerne que les plus fortunés, la part globale assumée par les ménages du quintile 5 croît à 59,6 %, un taux légèrement supérieur à celui de 58,6 % observé à l'impôt sur le revenu des particuliers pour ce groupe. Pendant ce temps, la contribution des quintiles 1 et 2 diminue respectivement à 6,5 % et 8,7 % du total.

Cette progressivité nous semble beaucoup trop élevée pour le financement d'un service public spécifique comme la santé. En effet, comme les ménages à faible revenu ont tendance à utiliser davantage les services de santé que ceux dont le revenu est plus élevé, il y a déjà une première forme de répartition du revenu⁴². Quant au financement, la progressivité de la seule contribution santé nous apparaît suffisante sans que l'on doive y ajouter la hausse d'impôt. Dans ce contexte, nous croyons que les barèmes de la contribution santé devraient être majorés pour permettre de récolter en sus des montants actuels, l'équivalent de la hausse d'impôt des hauts revenus, mais sans ajouter à la progressivité. Il va de soi que la hausse d'impôt des hauts revenus devrait alors être abolie ou le produit versé au *Fonds consolidé* pour le financement de l'ensemble des dépenses gouvernementales.

⁴¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Comptes de la santé 2011-12, 2012-13, 2013-14*, p. 9. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/12-614-02F.pdf>>.

⁴² Une partie de l'explication se situe dans le fait que les personnes âgées, grandes consommatrices de soins, se situent principalement dans les quintiles inférieurs. Institut canadien d'information sur la santé, *Effets redistributifs du financement public des soins de santé au Canada : analyse sur une durée de vie*, mai 2013, p. 2. <https://secure.cihi.ca/free_products/Lifetime_Distributional_Effects_AiB_FR.pdf>.

Dans le but d'élargir notre champ d'analyse, nous avons évalué les revenus que pourrait percevoir le Québec s'il adoptait un programme d'assurance santé comme celui de l'Ontario ou de la Colombie-Britannique⁴³. Nous avons aussi ajouté le modèle proposé par le comité sénatorial concernant l'instauration d'une prime santé pancanadienne visant à récolter 5 G\$ de nouveaux revenus pour assurer la pérennité du régime.

- Le calcul du programme de l'Ontario repose sur des paliers établis en fonction du revenu imposable de chaque individu dans le ménage⁴⁴. La distribution du montant des primes payées par les ménages selon les quintiles de revenus s'échelonne de 2,8 % de l'ensemble pour le quintile 1 à 40,5 % pour le quintile 5. En proportion du revenu des ménages, le ratio grimpe de 0,2 % pour le quintile 1 à 0,5 % pour les quintiles 3 et 4 pour ensuite redescendre à 0,4 % pour les ménages du quintile 5. Le graphique 1 présente la distribution relative des montants pour chaque quintile de revenus.

Nous évaluons à 1,5 G\$ les sommes que percevrait le Québec s'il adoptait cette forme de prélèvement avec les mêmes barèmes de cotisation.

- Les primes du programme de la Colombie-Britannique sont beaucoup plus élevées que celles de l'Ontario : 1 179 \$ par ménage comparativement à 442 \$ en moyenne pour l'autre province. Le programme est axé sur le revenu du ménage et se base sur le revenu net duquel sont soustraits des redressements pour tenir compte des plus de 65 ans et de la présence d'enfants dans le ménage⁴⁵. Contrairement à l'Ontario, la prime annuelle ne varie pas en fonction du revenu lorsque celui-ci dépasse 30 000 \$: pour 2014, elle est fixée à 831 \$ pour les ménages d'une seule personne, 1 506 \$ pour ceux de 2 personnes et 1 662 \$ pour les familles de 3 personnes et plus. Les modalités de calcul font en sorte que

⁴³ Les évaluations ont été réalisées à partir du fichier des ménages 2010 que nous avons construit pour les évaluations du fascicule 1 et sur lequel nous avons appliqué les montants des primes à l'assurance-santé.

⁴⁴ Le lecteur peut obtenir plus d'information sur les barèmes en vigueur en Ontario en référant à la section 2.2, tableau 2, du fascicule 2.

⁴⁵ Le lecteur peut obtenir plus d'information sur les barèmes de la Colombie-Britannique en référant à la section 2.3, tableau 3, du fascicule 2.

la prime qui représente 5,0 % d'un revenu de 30 000 \$ diminuée à 1,5 % lorsque celui-ci atteint 100 000 \$.

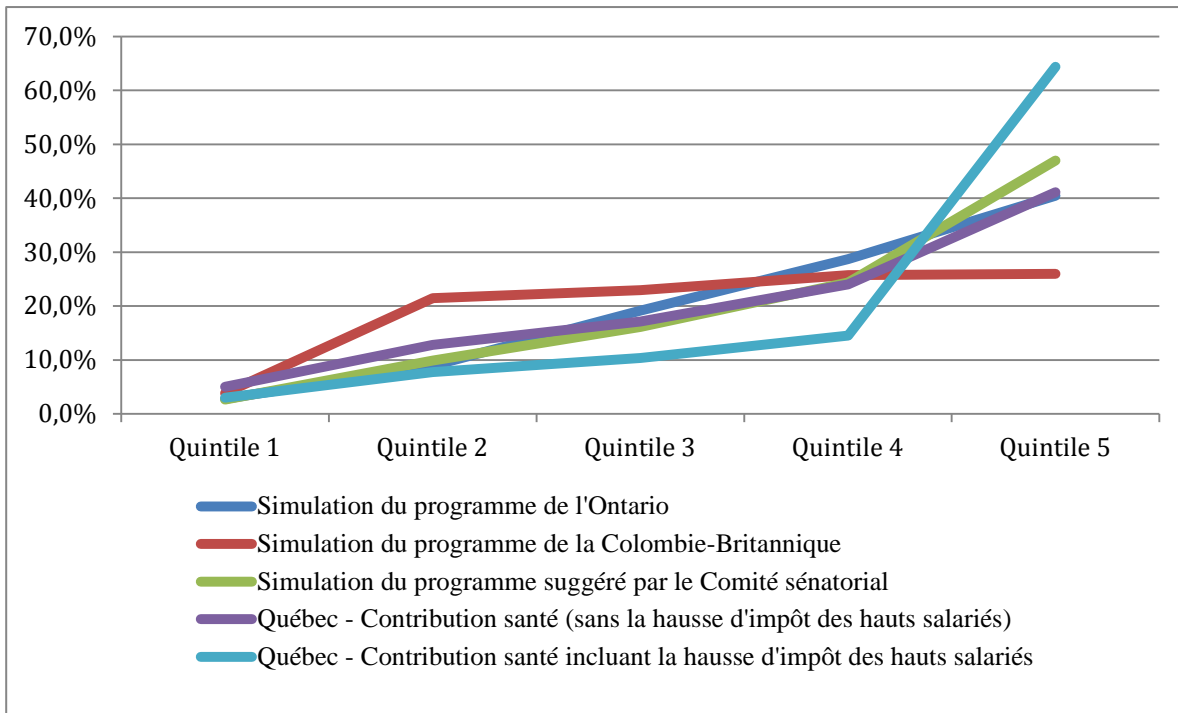
Nous évaluons à 4,0 G\$ les sommes que percevrait le Québec s'il adoptait cette forme de prélèvement et les mêmes barèmes de cotisation.

- Le comité sénatorial proposait quant à lui une prime santé individuelle comparable à celle de l'Ontario. D'ailleurs la prime moyenne se compare très bien à celle de l'Ontario, soit 439 \$ comparativement à 442 \$ pour l'Ontario. Le montant de la prime est modulé selon les paliers d'imposition, soit 185 \$ pour ceux imposés au taux de 16 %, 370 \$ pour le palier suivant, 740 \$ pour ceux dont le revenu imposable varie entre 63 355 \$ et 103 000 \$ et 1 400 \$ par année pour les plus fortunés. Au niveau de la distribution, le quintile 5 s'accaparerait de 47,0 % de l'ensemble des primes, ce qui dépasse le seuil de l'Ontario (40,5 %). Par rapport au revenu, la contribution représente 0,2 % pour les ménages du quintile 1, 0,4 % pour ceux des quintiles 2 à 4 et 0,5 % pour le quintile 5.

Nous évaluons à 1,5 G\$ les sommes que percevrait le Québec s'il adoptait cette forme de prélèvement.

Comme l'indique le graphique 1, la répartition du programme de la Colombie-Britannique fluctue à l'intérieur d'une fourchette relativement réduite à l'exception des ménages du quintile 1. Le programme de l'Ontario et le projet du comité sénatorial ont une distribution beaucoup plus progressive qui se compare à la contribution santé du Québec sans la hausse d'impôt des hauts revenus. Par contre, l'ajout de cette hausse augmente fortement la progressivité de la contribution santé du Québec qui devient alors nettement supérieure à celle exigée selon les autres programmes d'assurance santé étudiés.

Graphique 1 : Évaluation de la répartition de la prime santé de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et du comité sénatorial en comparaison de la contribution santé au Québec avec et sans la hausse d'impôt des hauts revenus selon les quintiles de revenus



Calculs effectués par les auteurs.

Compte tenu du faible revenu des ménages du premier quintile et même d'une partie de ceux du deuxième, il est normal d'apporter des ajustements qui réduiront leur contribution et d'en reporter la facture aux plus fortunés, soit plus particulièrement les ménages du cinquième quintile.

Il appartient toutefois au domaine politique de déterminer l'ampleur de ces ajustements. Nous considérons qu'il est impératif de se rappeler que la contribution santé (ou la prime santé) ne doit pas s'avérer une autre forme d'impôt sur le revenu avec les effets économiques négatifs que ce dernier occasionne. L'objectif de la contribution santé ou de l'assurance santé en est un de financement d'un service public de première nécessité et non de redistribution. Cette dernière est plutôt atteinte par les autres formes de financement des services de santé et par l'écart entre les montants payés pour la santé par chacune des personnes et les bénéficiaires qu'elles en retirent.

Ainsi, si ceux qui ont une plus grande capacité de payer doivent contribuer davantage que ceux qui en ont moins les moyens, ces derniers ne peuvent pas non plus être entièrement dispensés de contribution – dans la mesure bien sûr où cette contribution est calibrée à la hauteur de leurs capacités⁴⁶.

Dans le but d'éviter une augmentation trop importante de la charge fiscale pour la population, nous retiendrons un montant provenant de la contribution santé de 1 G\$, soit le même montant que celui de l'année 2012-13. Au tableau 4, nous présentons la répartition des montants que devraient supporter les ménages des différents quintiles de revenus selon que nous adoptons les modalités actuelles de la contribution santé (contribution santé plus la hausse d'impôt des hauts revenus, mais excluant la partie relative aux transferts fédéraux) ou simplement les barèmes de la contribution santé ou l'un des régimes d'assurance santé que nous avons décrits précédemment.

À la lumière de ces répartitions, si nous recherchons un programme qui offre un ratio de contribution relativement fixe par rapport au revenu sans exiger une contribution excessive de la part du quintile supérieur ni un fardeau démesuré sur les épaules des quintiles les moins riches, c'est la proposition du comité sénatorial qui répond le mieux à ces critères. Ce programme offrirait une progressivité légèrement supérieure à celle de la contribution santé du Québec, excluant la hausse des hauts revenus, mais nettement moindre que la contribution actuelle incluant cette hausse d'impôt. Quant aux ménages du quintile 1, c'est la proposition sénatoriale qui minimise le plus leur participation financière.

Devant ces avantages, nous retiendrons la proposition sénatoriale comme l'un des modes de financement du *Fonds spécifique* pour une valeur de 1,0 G\$⁴⁷.

⁴⁶ Groupe de travail sur le financement du système de santé, *En avoir pour notre argent*, Rapport du groupe de travail présidé par M. Claude Castonguay, février 2008, p. 10.

<http://www.grouper.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf>.

⁴⁷ Aux fins des évaluations subséquentes, nous majorerons la contribution santé d'un montant équivalent à la hausse d'impôt des hauts revenus (350 M\$) et nous éliminerons celle-ci que nous jugeons trop progressive. L'impact global de ces deux modifications est nul sur le financement général de la santé, mais il entraînera des changements sur la répartition des montants payés par les ménages des différents quintiles de revenus.

Tableau 4 : Répartition de la contribution santé selon les quintiles de revenus des ménages et les modalités d'application, 2012-13

Source de revenus	Quintiles de revenus des ménages					Total
	1	2	3	4	5	
Contribution santé du Québec						
Avec hausse d'impôt (millions \$)	32,7	83,4	111,2	155,8	616,9	1 000,0
Proportion du total (%)	3,3	8,3	11,1	15,6	61,7	100,0
Coût moyen (en \$)	48	123	164	230	910	295
En prop. du revenu total (%)	0,2	0,3	0,3	0,3	0,6	0,4
Sans hausse d'impôt (millions \$)	50,3	128,4	171,0	239,7	410,5	1 000,0
Proportion du total (%)	5,0	12,8	17,1	24,0	41,1	100,0
Coût moyen (en \$)	74	189	252	354	606	295
En prop. du revenu total (%)	0,3	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
Programme de l'Ontario						
Montants (millions \$)	27,6	89,3	191,6	286,9	404,6	1 000,0
Proportion du total (%)	2,8	8,9	19,2	28,7	40,5	100,0
Coût moyen (en \$)	41	132	283	423	597	295
En prop. du revenu total (%)	0,2	0,3	0,5	0,5	0,4	0,4
Programme de la Colombie-Britannique						
Montants (millions \$)	38,6	214,6	229,6	257,4	259,8	1 000,0
Proportion du total (%)	3,9	21,5	23,0	25,7	26,0	100,0
Coût moyen (en \$)	57	316	339	380	383	295
En prop. du revenu total (%)	0,3	0,8	0,6	0,5	0,3	0,4
Proposition du Comité sénatorial						
Montants (millions \$)	26,2	98,9	161,2	243,7	470,0	1 000,0
Proportion du total (%)	2,6	9,9	16,1	24,4	47,0	100,0
Coût moyen (en \$)	39	146	238	359	693	295
En prop. du revenu total (%)	0,2	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4

Calculs effectués par les auteurs.

C. La taxe de vente du Québec

Nous avons mentionné que cette source de revenus représente aux yeux de plusieurs spécialistes la meilleure forme de financement des soins de la santé. Toutefois, son manque de lien avec le financement de la santé nous avait incités à la prudence quant à son utilisation pour financer le *Fonds spécifique*. Cependant, pour éviter une transition trop brusque entre la situation actuelle et celle projetée, à terme, nous croyons qu'il serait ainsi justifié d'y avoir recours sur une base dégressive durant cette période.

En 2012-13, la TVQ a rapporté 12 542 M\$. Afin de ne pas modifier trop rapidement les moyens de financement actuels, nous croyons qu'un montant équivalent à 1 point de taxation devrait être alloué au *Fonds spécifique*, ce qui signifie un montant d'environ 1 350,0 M\$⁴⁸.

Ce montant pourrait notamment venir remplacer celui relatif aux transferts fédéraux pour la santé qui a été ajouté dans le dernier budget du Québec (430 M\$). Celui-ci qui sert déjà à alimenter le FINESSS pourrait alors être versé directement au *Fonds public attribué* en vue du financement des activités spécialisées en santé. Au fil des années et selon la capacité de payer des utilisateurs, cette contribution de la TVQ pourrait être réduite et le fardeau, reporté sur d'autres sources de revenus dédiées comme la contribution santé, par exemple, afin d'accroître la visibilité des coûts de la santé.

D. Le sommaire des revenus

La combinaison des trois sources de revenus que nous venons de présenter atteint 5 324,8 M\$ et permet au *Fonds spécifique* de payer l'ensemble des dépenses qui lui sont octroyées. En ce qui a trait à la répartition du fardeau entre les ménages des différents quintiles de revenus, le tableau 5 en présente un sommaire.

Ainsi, le quintile 5 supporterait 42,5 % des coûts comparativement à 3,5 % et 10,0 % pour les quintiles 1 et 2 respectivement. L'inclusion de la TVQ permettrait aux résidents de bénéficier d'un apport de 107,5 M\$ provenant des dépenses des visiteurs étrangers au Québec, soit 2,0 % de l'ensemble des revenus du *Fonds spécifique*.

Sur la base des ménages pris individuellement, ceux du quintile 1 supporteraient en moyenne 266 \$, soit 1,2 % de leur revenu moyen. Par contre, comme une partie de leur contribution serait payée par leur employeur et qu'une autre le serait par la TVQ qu'ils auraient payée en cours

⁴⁸ Au moment d'annoncer la hausse du taux de la TVQ de 8,5 % à 9,5 % à compter du 1^{er} janvier 2012, le gouvernement anticipait des revenus supplémentaires de 1,5 G\$. Par contre, en utilisant les revenus de l'année 2012-13 pour la TVQ, un simple prorata nous conduit plutôt à un montant de 1,2 G\$. Nous choisissons donc de retenir le montant moyen de ces évaluations soit 1 350 M\$.

d'année⁴⁹, leur contribution réelle à verser en fin d'année, soit la partie visible et tangible pour leur porte-monnaie, se limiterait à la contribution santé et au FSS, partie des particuliers, soit 45 \$ en moyenne (16,9 % de leur contribution moyenne)⁵⁰. À l'opposé, les ménages du quintile 5 supporterait un coût beaucoup plus élevé à 3 340 \$ (2,3 % de leur revenu) et leur montant à verser à la fin de l'année atteindrait 862 \$ en moyenne (25,8 % de leur contribution). En proportion de leur revenu, ce serait les ménages du quintile 4 qui auraient le taux le plus élevé, soit 2,5 %.

Tableau 5 : Répartition du financement du *Fonds spécifique* de la santé selon les quintiles de revenus des ménages, 2012-13

Source de revenus (données en millions \$)	Quintiles de revenus des ménages					Non-résidents	Total*
	1	2	3	4	5		
Fonds des services de santé	63,4	270,5	497,8	804,2	1 338,8	--	2 974,8
Partie employeur	58,8	251,2	465,0	756,4	1 224,2	--	2 755,6
Partie particulier	4,6	19,3	32,8	47,9	114,6	--	219,2
Contribution santé	26,2	98,9	161,2	243,7	470,0	--	1 000,0
TVQ	91,1	162,6	232,8	300,5	455,5	107,5	1 350,0
Total	180,7	532,0	891,8	1 348,4	2 264,4	107,5	5 324,8
Proportion du total	3,4 %	10,0 %	16,7 %	25,3 %	42,5 %	2,0 %	100,0 %
Coût moyen (en \$)	266	785	1 315	1 989	3 340	--	1 539
En prop. du revenu total moyen	1,2 %	2,0 %	2,3%	2,5 %	2,3 %		2,2 %
Montant à déboursé moyen (\$)	45	174	286	430	862	--	360

Calculs effectués par les auteurs.

*: Les calculs pour le coût moyen, la proportion par rapport au revenu et le montant à déboursé se limitent seulement aux ménages et excluent les non-résidents.

Afin de compléter le financement de la santé, il est utile de présenter la répartition du financement du *Fonds public attribué* (tableau 6). Comme le montant total du financement demeure identique à celui qui existe actuellement, la population dans son ensemble ne supporte pas de fardeau supplémentaire. Les nouvelles modalités visent simplement à accroître la visibilité du financement, mais elles peuvent néanmoins entraîner des changements au sein des ménages des différents quintiles de revenus.

⁴⁹ Pour les quintiles 1 et 2, la partie relative à la TVQ est réduite compte tenu du crédit de taxe applicable. Ce montant est maintenant intégré au crédit pour solidarité.

⁵⁰ Le montant effectif à payer en fin d'année sur la déclaration de revenus pourrait être inférieur étant donné qu'il pourrait avoir été payé en cours d'année dans les retenues à la source et les acomptes provisionnels.

Tableau 6 : Répartition du financement du *Fonds public attribué* et du *Fonds de la santé* selon les quintiles de revenus des ménages, 2012-13

Source de revenus	Quintiles de revenus des ménages					Non-résidents	Génération futures	Total*
	1	2	3	4	5			
Fonds public attribué								
Montant total (millions \$)	629,5	1 751,3	3 240,7	5 166,8	10 604,6	4 914,1	964,1	27 271,2
Proportion du total	2,3 %	6,4 %	11,9 %	18,9 %	38,9 %	18,0 %	3,5 %	100,0 %
Coût moyen (en \$)	928	2 583	4 780	7 621	15 641	--	--	6 311
En prop. du revenu total moyen	4,1 %	6,6 %	8,5 %	9,5 %	10,9 %			9,2 %
Fonds de la santé								
Montant total (millions \$)	810,2	2 283,4	4 132,6	6 515,2	12 868,9	5 021,7	964,1	32 596,0
Proportion du total	2,5 %	7,0 %	12,7 %	20,0 %	39,5 %	15,4 %	3,0%	100,0 %
Coût moyen (en \$)	1 195	3 368	6 095	9 609	18 981	--	--	7 850
En prop. du revenu total moyen	5,3 %	8,5 %	10,9 %	12,0 %	13,2 %	--	--	11,5 %

Calculs effectués par les auteurs

*: Les calculs pour le coût moyen et la proportion par rapport au revenu se limitent seulement aux ménages et excluent les non-résidents et les générations futures.

Lorsque nous comparons la distribution du financement du *Fonds spécifique* et du *Fonds public attribué*, nous constatons d'abord que ce dernier percevrait 18,0 % de ses revenus des non-résidents comparativement à seulement 2,0 % pour le *Fonds spécifique*. De plus, 3,5 % du financement du *Fonds public attribué* serait refilé aux générations futures. Proportionnellement au total, il en résulterait donc une contribution moindre des ménages pour le *Fonds public attribué*⁵¹. En termes financiers, elle atteindrait 6 311 \$ comparativement à 1 539 \$ pour le *Fonds spécifique*.

En ce qui a trait à l'impact des modifications sur les ménages de chaque quintile par rapport à la situation initiale (tableau 2), la baisse de la participation des non-résidents et la réduction du report aux générations futures ont comme conséquences d'accroître légèrement la part dévolue aux ménages, plus particulièrement ceux des quintiles inférieurs, alors que celui des plus nantis bénéficie d'une faible réduction.

⁵¹ La contribution des ménages représente 98,0 % de l'ensemble pour le *Fonds spécifique* comparativement à 78,4 % pour le *Fonds public attribué*. En considérant uniquement la contribution des ménages, la répartition entre les quintiles de revenus devient la suivante :

	Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5
<i>Fonds spécifique</i>	3,5 %	10,2 %	17,1 %	25,8 %	43,4 %
<i>Fonds public attribué</i>	2,9 %	8,2 %	15,1 %	24,2 %	49,6 %

2.2.4 Conclusion sur la deuxième étape

Cette deuxième étape permettrait de structurer davantage le financement de la santé en reliant le financement à certaines activités. De plus, en sélectionnant des activités à portée directe des utilisateurs et en retenant des moyens de financement davantage visibles pour la population, cette dernière serait alors mieux outillée pour juger de la qualité des soins reçus par rapport au coût qu'elle assumerait.

Devant l'ampleur des montants que devrait assumer le *Fonds spécifique*, il est évident que le seul recours à des sources de revenus dédiées comme la contribution santé ou l'introduction d'un programme d'assurance-santé devient difficilement réalisable sans modifier de manière importante d'autres aspects de la fiscalité et la manière dont les services publics sont financés actuellement. Pour éviter d'alourdir la ponction globale du gouvernement dans l'économie, une augmentation de la contribution directe auprès de la population devrait alors être accompagnée d'une réduction similaire des autres sources de revenus.

Malgré notre objectif de réaliser une réforme sans modifications du budget global, les changements proposés entraîneraient inexorablement des impacts au sein de la population alors que certains ménages bénéficieraient de réductions de leur contribution à la santé au détriment de d'autres, mais ces gains seraient plutôt illusoire dans l'ensemble puisqu'ils se traduiraient par des pertes identiques pour le financement des autres programmes sociaux conduisant ainsi à un impact nul au total du financement des programmes du gouvernement.

Tout comme l'était la première, cette étape marque un jalon important dans le processus de responsabilisation de la population aux coûts de la santé. Toutefois, elle demeure encore liée aux méthodes traditionnelles de financement. Si nous voulons poursuivre dans une voie de renouvellement des modes de financement, nous devons réfléchir à une nouvelle approche. Dans la prochaine section, nous proposons d'explorer une avenue qui s'appuierait cette fois sur le concept de l'assurance.

2.3 La prise en compte des risques collectifs et personnels selon le principe de l'assurance

Selon les principes généraux de l'assurance, la détermination de la prime à payer par chaque assuré est notamment fonction : de l'étendue des services à couvrir; de l'évaluation du risque collectif que ces services puissent être utilisés par les assurés; et de la répartition des coûts selon le risque associé aux personnes regroupées selon des caractéristiques communes comme l'âge, le sexe ou autres facteurs qui influent sur le risque encouru. L'objectif est de faire payer à chacun de ces groupes la partie des coûts qui leur est attribuable.

La dernière étape de notre cheminement vers un financement plus visible et responsable cherchera donc à réfléchir sur une manière d'introduire ce concept de l'assurance dans le financement public de la santé en considérant des facteurs liés au risque, qu'ils soient collectifs ou personnels. Puisque nous proposons de financer le *Fonds public attribué* par les revenus généraux provenant principalement du fonds consolidé, nous limiterons donc l'application du principe de l'assurance au seul *Fonds spécifique*.

2.3.1 Une couverture complète des coûts

Pour répartir adéquatement les coûts, il est essentiel de bien les comptabiliser en s'assurant de couvrir l'entièreté de ceux-ci incluant les frais connexes. À cet égard, analysons plus à fond l'aspect des coûts administratifs afin de mieux les intégrer au coût de chaque activité et examinons ensuite la possibilité de facturer sur la base d'une assurance l'avantage dont disposent les résidents du Québec de pouvoir accéder, sans frais supplémentaires, à l'ensemble des services spécialisés de santé.

A. Les coûts administratifs

Selon notre découpage initial des activités, nous avons séparé les frais reliés aux services médicaux, qu'ils soient de première ligne ou spécialisés, des autres. Des frais connexes, comme les coûts administratifs, de financement, de gestion des immeubles, pour n'en nommer que

quelques-uns, s'avèrent nécessaires pour soutenir les services médicaux. Leur intégration aux coûts des activités strictement médicales permettrait d'obtenir un portrait plus complet et réaliste des coûts réels à supporter pour chacun des fonds.

Alors que les coûts administratifs et de gestion peuvent s'appliquer à chaque activité au prorata du coût de chaque individu par rapport à celui de l'ensemble de la population, il en va autrement des frais de financement ou de gestion des immeubles qui devraient être limités aux seules dépenses reliées aux immobilisations comme celles des CLSC et des hôpitaux, par exemple.

À l'égard des coûts administratifs, définissons d'abord leur étendue. Selon les dépenses par programme et par centre de responsabilité du MSSS, nous pouvons répartir ces coûts en deux volets distincts : l'administration générale et le soutien aux services. Nous ne conserverons que les postes généraux reliés à l'administration des ressources financières et humaines ainsi que les services informatiques et techniques d'application générale. Nous excluons donc les services de buanderie, d'alimentation, d'archivage... que nous considérons davantage reliés aux services hospitaliers de plus longue durée.

Du côté de la gestion des bâtiments, nous retiendrons la totalité des postes étant donné notre choix de considérer les CLSC et les activités de l'urgence des centres hospitaliers dans les activités de première ligne.

Une fois l'étendue des frais administratifs délimitée, il convient de préciser les modalités permettant d'attribuer aux activités de première ligne la juste part qui leur revient. Pour les frais administratifs et le soutien aux services, leur financement devrait consister à ajouter aux coûts totaux des activités de première ligne et aux services spécialisés la partie des frais administratifs applicables selon la proportion qu'ils représentent sur l'ensemble des coûts de santé. Sans que cette façon de procéder traduise exactement les frais réels applicables à chacun de ces types d'activité, elle permet néanmoins d'en répartir les coûts de manière simple et peu coûteuse sur l'ensemble des activités selon leur importance relative. Au sein des frais d'administration, la partie relative aux emprunts pour financer des actifs à long terme devrait préférentiellement être

attribuée aux activités spécialisées étant donné l'ampleur des infrastructures nécessaires pour ce groupe d'activités.

Pour les frais reliés à la gestion des bâtiments, nous utiliserons la même méthode de répartition à l'exception que nous excluons du calcul, aux fins de la répartition, la rémunération versée aux omnipraticiens puisque l'infrastructure utilisée par les médecins ne relève pas du gouvernement.

En ce qui a trait aux frais administratifs relatifs à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), nous considérerons que la partie que devrait supporter le *Fonds spécifique* doit correspondre à la part que représente la rémunération des omnipraticiens sur l'ensemble des dépenses de programmes de la RAMQ excluant le régime d'assurance médicaments.

B. Droit d'accès aux services spécialisés

Le fait de disposer d'un accès « gratuit » à toute une panoplie de services de santé spécialisés de haut niveau représente un complément extraordinaire aux services de première ligne. Nous considérons que cet accès pourrait faire l'objet d'une tarification globale basée sur le principe de l'assurance⁵² ce qui permettrait de mieux responsabiliser les gens à leurs coûts. Il ne s'agit pas ici de récupérer le coût total de ces activités spécialisées, mais plutôt d'accroître leur visibilité en exigeant comme une forme de droit d'accès à cette deuxième zone de services médicaux sans en restreindre pour autant l'accessibilité à ceux dont les ressources sont insuffisantes ou dont l'état de santé requiert un volume plus important de soins.

Pour certains, l'instauration d'un tel droit peut paraître inutile ou même abusive étant donné qu'il s'agit de collecter des sommes dans un fonds pour le reporter dans un autre, mais il faut se rappeler que l'un des objectifs poursuivis par notre étude est d'utiliser le financement comme moyen privilégié de sensibilisation de la population aux coûts de la santé. Le fait de percevoir

⁵² Il s'agit de transposer au domaine de la santé le principe des frais de garantie relatifs aux titres d'emprunt que le gouvernement du Québec impose aux Sociétés d'État et qui leur permettent d'emprunter sur les marchés de capitaux en bénéficiant de taux d'intérêt plus avantageux puisque leurs titres sont garantis par le gouvernement. Pour l'année 2013, Hydro-Québec a payé un montant de 200 M\$ à cet égard.

des sommes selon une tarification variable en fonction des coûts des soins spécialisés permet d'accroître la sensibilisation des gens en réduisant d'autant la partie des soins de santé financée de manière « obscure » par les impôts et taxes généraux. Rappelons que l'objectif de notre analyse n'est pas d'accroître le fardeau fiscal de la population puisque l'exercice s'effectue à coût nul.

L'enjeu de ce droit d'accès réside donc dans la manière de le financer. Une première façon consiste à répartir le montant total sur l'ensemble des résidents de sorte que chacun paie une part égale de ce privilège. Cette façon de faire s'avère toutefois régressive et pénaliserait davantage les ménages à faible revenu. Par contre, en matière de soins de santé, peut-on prétendre que même les ménages à faible revenu ne peuvent consentir le moindre dollar pour contribuer au financement d'un réseau de santé solide?

Advenant que le gouvernement choisisse d'apporter des ajustements pour prendre en considération la faible capacité de payer des plus démunis, une modulation des frais en fonction du revenu permettrait d'ajuster le montant payable pour ces personnes les moins fortunées. Nous croyons cependant que la modulation devrait être minime compte tenu de l'importance relativement faible des montants individuels en cause.

Une deuxième manière d'aborder le financement serait de limiter le paiement aux seuls utilisateurs des services spécialisés. Cette façon de faire se rapprocherait davantage de la notion de franchise préconisée dans le rapport Castonguay. Il va de soi que le coût par utilisateur deviendrait alors plus élevé que s'il était réparti sur l'ensemble de la population. De plus, un mécanisme devrait être implanté afin de connaître les bénéficiaires de ces services spécialisés afin de percevoir auprès d'eux ce droit dans la déclaration de revenus annuelle. Les personnes âgées et ceux dont l'état de santé est plus précaire devraient être les personnes les plus touchées par un tel mécanisme de financement.

Une combinaison de ces deux modes de financement pourrait également être retenue, mais compte tenu de l'ampleur des montants en cause, nous croyons que cela n'est pas souhaitable.

Un dernier aspect à traiter concernant le financement de l'accès aux services spécialisés est celui de déterminer si celui-ci doit se faire à partir d'une source spécifique ou s'il est préférable de l'intégrer dans une autre comme la contribution santé ou la prime à un régime d'assurance santé. Utiliser une source distincte alourdirait la perception des sommes auprès de la population, mais permettrait d'accroître sa visibilité alors que l'intégration à une autre source éliminerait le sens même de ce prélèvement à moins que le calcul de la cotisation à payer ne permette d'intégrer le droit d'accès de manière visible⁵³.

2.3.2 Un financement davantage relié au risque collectif

Parmi les critères visant à mieux cibler les clientèles à risque, et donc plus susceptibles de bénéficier davantage que d'autres des soins médicaux, nous retenons celui de l'âge. Les statistiques démontrent clairement que plus les personnes vieillissent et plus leur utilisation des services médicaux augmente. Il nous apparaît donc normal qu'une personne disposant d'un même revenu qu'une autre plus jeune présente un risque plus élevé et en conséquence, doive payer une prime supérieure.

Il y a plusieurs façons de tenir compte d'un risque additionnel pour certaines catégories de personnes. Une première consiste à répartir le risque en fractionnant la prime globale selon une partie relative au niveau de revenu de la personne et l'autre partie selon le risque que son groupe d'âge représente. Ainsi, nous pourrions déterminer que 50 % ou 75 % de la prime, selon le choix du législateur, seraient répartis selon le revenu des gens alors que le solde serait fonction du risque associé au groupe d'âge de la personne. Ce mode de financement pourrait s'avérer intéressant pendant la période transitoire où le risque selon l'âge pourrait être assumé de manière plus graduelle et complète au fil des années.

⁵³ Ce pourrait être le cas, par exemple, sur une annexe de la déclaration de revenus dédiée à la santé où le calcul de la contribution santé ou de la prime à un régime d'assurance-santé permettrait d'ajouter de manière distincte une ligne où apparaîtrait le montant relatif à ce droit d'accès.

Une autre façon serait de considérer comme fixe la prime moyenne de chaque quintile, mais de répartir différemment le montant attribuable à chaque personne constituant ce quintile en majorant ou minorant chaque montant selon le risque attribuable à son groupe d'âge. Par exemple, le coût des soins de santé pour une personne âgée de moins de 45 ans représente moins de la moitié du coût moyen pour l'ensemble de la population. Il serait alors normal que ce groupe paie une prime inférieure à la prime moyenne du quintile de revenus auquel il appartient.

Selon le principe de l'assurance, cette mutualisation des risques permet d'éviter que des personnes ne puissent profiter de certains services de santé dus à leur imprévisibilité ou à leur coût trop élevé. C'est cet aspect collectif de l'assurance qui permet de partager les risques et de bénéficier de services qui, autrement, ne seraient pas accessibles à l'ensemble de la population.

La dernière étape vers un financement plus visible et responsable viserait ainsi à intégrer le principe de l'assurance en ciblant des clientèles plus à risque dont la contribution devrait être supérieure à celle d'autres personnes, moins susceptibles d'utiliser les services de santé.

2.3.3 Quelques évaluations

Nous traiterons d'abord du financement du *Fonds spécifique* sur la base des montants utilisés à l'étape précédente, mais en intégrant cette fois le critère de l'âge comme facteur de risque. En utilisant une base commune, cela nous permettra de mieux apprécier l'impact de ce nouveau facteur. Par la suite, nous poursuivrons l'évaluation en ajoutant les frais d'administration ainsi que le droit d'accès aux services spécialisés.

2.3.3.1 L'inclusion de l'âge comme facteur de risque

Avant d'évaluer des modalités de contributions, il est important de bien connaître notre population. Aux fins de notre analyse, nous nous limiterons à 3 groupes d'âge soit les adultes de

moins de 45 ans⁵⁴ où le coût moyen annuel par personne pour les soins de santé relevant du gouvernement du Québec pour 2011 oscillait entre 1 272 \$ et 1 892 \$ selon les sous-groupes d'âge, les 45 à 64 ans où ces coûts augmentent entre 2 024 \$ et 4 005 \$ et enfin les plus de 65 ans où ils excèdent les 5 500 \$. De manière globale, les coûts annuels moyens par habitant de ces groupes sont respectivement de 1 704 \$, 2 812 \$ et 10 742 \$⁵⁵ (tableau 7).

Ce tableau met en lumière l'importance des coûts attribuables aux personnes de 65 ans et plus. Alors que ce groupe représente 19,4 % des personnes de 18 ans et plus, les coûts de santé qui leur sont attribuables atteignent 53,9 % de l'ensemble. Inversement, la proportion des adultes de moins de 45 ans atteint 44,2 %, mais les coûts qu'ils occasionnent ne constituent que 19,5 % du total. Il s'agit là d'un inter financement des plus jeunes vers les plus vieux qui crée un déséquilibre au sein de la population et qui doit être considéré, de manière complète ou partielle, selon les choix qui pourraient être retenus, dans le financement des coûts de la santé.

Tableau 7 : Distribution de la population et des coûts publics de santé au Québec selon l'âge, 2011

Groupes d'âge	Coût moyen (\$)	Personnes			Coût total		
		Nombre	P/r total	P/r 18 ans et plus	(M\$)	P/r total	P/r 18 ans et plus
			(%)	(%)		(%)	(%)
Moins de 18 ans	1 590	1 520 195	19,0	n/a	2 416,8	8,8	n/a
18 à 44 ans	1 704	2 870 359	35,8	44,2	4 891,9	17,8	19,5
45 à 64 ans	2 812	2 361 000	29,5	36,4	6 640,0	24,2	26,5
65 ans et plus	10 742	1 256 102	15,7	19,4	13 492,5	49,2	53,9
18 ans et plus	3 857	6 487 461	81,0	100,0	25 024,3	91,2	100,0
Total	3 427	8 007 656	100,0	n/a	27 441,1	100,0	n/a

Calculs effectués par les auteurs.

Sources : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales sur la santé, 1975-2013*, tableau E.1.1, p. 171. <https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport_FR.pdf>. Institut de la Statistique du Québec, *Estimation de la population du Québec par âge et sexe au 1^{er} juillet, 2001-2014*, mis à jour le 26 septembre 2014. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/QC_age_et_sexe.xls>.

⁵⁴ Puisque nous excluons les enfants dans le calcul de la prime, nous considérerons uniquement les personnes de 18 ans et plus dans le partage du risque. Ils représentent 81,0 % de la population et sont responsables de 91,2 % de l'ensemble des coûts publics de santé.

⁵⁵ Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales sur la santé, 1975-2013*, tableau E.1.1, p. 171. <https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport_FR.pdf>.

Un deuxième facteur qu'il nous faut étudier est celui de la distribution des groupes d'âge au sein des différents quintiles de revenus. Le tableau 8 nous indique que cette répartition n'est pas uniforme et que les personnes âgées se situent davantage dans les quintiles inférieurs (ils représentent respectivement 32,1 % et 36,2 % des quintiles 1 et 2 comparativement à seulement 7,5 % du quintile 5) alors que les plus jeunes se retrouvent dans les quintiles plus élevés : les personnes de 18 à 44 ans constituent plus de 50 % des quintiles 4 et 5.

Cette distribution complexifie l'introduction du facteur « âge » dans les modalités de tarification puisque les personnes qui ont un risque plus élevé et donc les coûts les plus élevés sont aussi celles qui ont la plus faible capacité de payer alors que c'est l'inverse pour les personnes plus jeunes. Nous avons déjà démontré la faiblesse de la contribution globale des personnes de 65 ans et plus aux coûts publics de santé⁵⁶. Cette contribution est nettement inférieure à celle qu'elles devraient normalement supporter compte tenu des coûts dont elles sont responsables et le vieillissement de la population qui augmentera le nombre de personnes âgées au détriment de celles plus jeunes viendra accroître ce déséquilibre puisque moins de personnes devront payer les coûts d'un nombre grandissant d'utilisateurs.

⁵⁶ Le lecteur peut référer à la section 2.1.4 du fascicule 1 pour plus d'information. Nous y avons notamment mentionné que seulement 3,7 % des contributions au FSS provenaient des gens de 65 ans et plus.

Tableau 8 : Distribution de la population selon l'âge et les quintiles de revenus au Québec, 2011

	Quintiles de revenus des ménages					Total
	1	2	3	4	5	
Nombre de personnes						
Moins de 18 ans	80 309	162 196	313 462	409 177	541 063	1 506 207
18 à 44 ans	258 396	394 377	577 351	743 614	838 364	2 812 102
45 à 64 ans	295 407	335 560	442 804	543 820	707 242	2 324 833
65 ans et plus	262 001	413 309	229 521	169 150	124 640	1 198 621
Total	896 113	1 305 442	1 563 138	1 865 761	2 211 309	7 841 763
Personnes/ménage	1,3	1,9	2,3	2,8	3,3	2,3
Pers 18+/ménage	1,2	1,7	1,8	2,1	2,5	1,9
En proportion des personnes de 18 ans et plus (%)						
18 à 44 ans	31,7	34,5	46,2	51,1	50,2	44,4
45 à 64 ans	36,2	29,4	35,4	37,3	42,3	36,7
65 ans et plus	32,1	36,2	18,4	11,6	7,5	18,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Calculs effectués par les auteurs.

Source : Extraction spéciale de l'ISQ, novembre 2014.

Dans ce contexte, il nous apparaît normal d'introduire au sein du financement de la santé, une composante qui prendra en compte ce déséquilibre en venant réduire cet interfinancement des plus jeunes vers les plus âgés. La contribution au régime de santé nous apparaît comme le moyen privilégié pour atteindre ce but sans occasionner une augmentation indue des primes pour ces personnes qui, au total de l'ensemble de leur contribution, continueront de bénéficier d'un avantage important par rapport aux plus jeunes.

Aux fins de nos simulations, notre évaluation de la contribution au régime de santé, telle que présentée à l'étape 2 (tableau 5), atteint 1 G\$, soit 18,8 % des revenus du *Fonds spécifique*. Comme nous l'avons mentionné précédemment, pour intégrer le facteur de risque qu'est l'âge au calcul de la contribution au régime de santé, nous pouvons utiliser diverses méthodes.

La première consiste à diviser le montant global de la contribution au régime de santé en deux parties dont l'une continuerait d'être financée selon une contribution variable en fonction du revenu. La seconde introduirait le concept de l'âge en utilisant le coût moyen de santé pour chaque groupe d'âge comme indice de répartition. Selon les choix que nous exercerons, l'importance relative de chacune de ces parties pourrait varier. La somme de ces deux parties

constitue la contribution réelle que les résidents devraient payer au régime. Aux fins de notre exemple, nous utiliserons une pondération de 90 % à l'égard du revenu et de 10 % pour le facteur de l'âge. Les résultats sont présentés au tableau 9 sous l'appellation « simulation 1, proportion pondérée ».

Dans la première partie de ce tableau sous le regroupement « prime moyenne », on remarque que globalement la prime moyenne serait de 294,90 \$, soit le même montant que nous avons déterminé pour la répartition basée sur le revenu seulement. Toutefois, selon les groupes d'âge, la prime moyenne varierait de 277,30 \$ pour les adultes de moins de 45 ans à 346,11 \$ pour les 65 ans et plus. Si nous poursuivons notre analyse selon les quintiles de revenus, nous observons des écarts significatifs particulièrement pour les ménages les moins fortunés.

Ainsi, pour le quintile 1, le groupe des 65 ans et plus contribuerait, pour la simulation 1, pour un montant moyen de 116,37 \$ comparativement à 47,56 \$ pour les adultes de moins de 45 ans. Cet écart de 68,81 \$ entre les 2 groupes se répercute pour tous les quintiles suivants. Compte tenu d'une contribution moyenne plus élevée pour ces quintiles, l'écart des primes entre les plus âgés et les plus jeunes est proportionnellement moins important : alors que les 65 ans et plus paieraient 144,7 % de plus que les adultes de moins de 45 ans dans le quintile 1, ce taux diminuerait à 10,8 % pour les ménages du quintile 5. Cette situation est due au fait que la partie de la contribution relative à l'âge est identique pour un même groupe d'âge, peu importe le revenu du ménage. La forte concentration des personnes âgées dans le quintile 1 fait d'ailleurs en sorte que la prime moyenne pour ce quintile, qui était de 38,59 \$ selon le scénario de base, augmenterait à 78,89 \$, alors que c'est la situation inverse qui se produirait pour le quintile 5 où la prime moyenne diminuerait de 693,08 \$ à 642,91 \$ sous l'impulsion des adultes de moins de 45 ans.

Selon ce scénario, la contribution des personnes de 65 ans et plus (section « prime totale » du tableau 9), qui était de 189,2 M\$ initialement, augmenterait à 228,2 M\$ alors que les plus jeunes verraient leur participation réduite de 443,9 M\$ à 416,6 M\$. C'est dans le quintile 1 que l'effet

serait le plus marqué principalement pour les personnes âgées où leur contribution augmenterait de 8,4 M\$ à 25,3 M\$.

Cette méthode est intéressante lorsqu'il s'agit d'introduire une nouvelle tarification en partie basée sur un élément de risque additionnel puisqu'elle permet de moduler graduellement le rythme de prise en compte de ce facteur dans la tarification globale. Toutefois, les impacts importants auprès des clientèles âgées les moins fortunées, le faible avantage consenti aux autres groupes d'âge et l'effet minime sur la participation globale relative de chacun des groupes d'âge ne rendent pas attrayante l'utilisation de cette méthode ce qui nous force à la rejeter.

La deuxième méthode (scénario 2 dans le tableau 9) consiste à considérer la prime moyenne payée par les ménages de chaque quintile comme base de calcul et à ajuster à l'intérieur de chacun des quintiles celle de chaque groupe d'âge selon le coût moyen qu'il représente par rapport au coût total moyen des personnes de 18 ans et plus, soit 3 857 \$. À titre d'exemple, examinons la situation pour les ménages qui se situent dans le quintile 1. La prime moyenne y est de 38,59 \$ dans la situation initiale. Puisque pour l'ensemble de la population, le coût moyen des soins de santé des adultes de moins de 45 ans représente 44,2 % de celui pour l'ensemble des ménages ($1\,704/3\,857$), leur prime diminuerait à 17,05 \$.

Tableau 9 : Simulations de financement du *Fonds spécifique* selon l'âge des personnes et les quintiles de revenus des ménages, 2012-13

	Quintiles de revenus des ménages					Total	
	1	2	3	4	5		
Prime moyenne (\$)							
Situation initiale à l'étape 2							
Moyenne	38,59	145,87	237,64	359,32	693,08	294,90	
Simulation 1 : proportion pondérée (90 % - 10 %)							
Moins de 45 ans	47,56	143,72	225,98	335,04	634,20	277,30	
45 à 64	56,00	152,16	234,41	343,48	642,64	285,74	
65 ans et plus	116,37	212,53	294,79	403,85	703,01	346,11	
Moyenne	72,72	171,07	241,61	346,18	642,91	294,90	
Simulation 2 : ratio par quintile							
Moins de 45 ans	19,51	73,75	120,14	181,66	350,40	149,09	
45 à 64	32,19	121,7	198,26	299,77	578,22	246,03	
65 ans et plus	122,95	464,8	757,22	1 144,95	2 208,45	939,67	
Moyenne	57,32	229,20	264,83	337,62	585,52	294,90	
Simulation 3 : ratio par quintile ajusté							
Moins de 45 ans	24,05	90,93	148,13	223,98	432,03	183,82	
45 à 64	36,08	136,39	222,19	335,97	648,04	275,73	
65 ans et plus	96,21	363,70	592,52	895,91	1 728,10	735,29	
Moyenne	51,58	202,89	255,99	343,82	620,21	294,90	
Prime totale (M\$)							
Situation initiale à l'étape 2							
Moins de 45 ans	8,3	34,1	74,5	124,4	235,9	443,9	
45 à 64	9,5	29,0	57,1	91,0	199,0	367,0	
65 ans et plus	8,4	35,8	29,6	28,3	35,1	189,2	
Total	26,2	98,9	161,2	243,7	470,0	1 000,0	
Simulation 1 : proportion pondérée (90 % - 10 %)							
Moins de 45 ans	10,2	33,6	70,8	116,0	215,9	416,6	
45 à 64	13,8	30,3	56,3	87,0	184,5	355,1	
65 ans et plus	25,3	52,1	36,7	31,8	35,6	228,2	
Total	49,3	116,0	163,9	234,8	436,0	1 000,0	
Simulation 2 : ratio par quintile							
Moins de 45 ans	4,2	17,3	37,6	62,9	119,3	241,3	
45 à 64	7,9	24,2	47,6	75,9	116,1	321,7	
65 ans et plus	26,8	114,0	94,3	90,2	11,8	437,0	
Total	38,9	155,4	179,6	229,0	397,1	1 000,0	
Simulation 3 : ratio par quintile ajusté							
Moins de 45 ans	5,2	21,3	46,4	77,5	147,1	297,5	
45 à 64	8,9	27,1	53,4	85,1	186,1	360,6	
65 ans et plus	21,0	89,2	73,8	70,6	87,5	342,0	
Total	35,0	137,6	173,6	233,2	420,6	1 000,0	

Calculs effectués par les auteurs.

Pour qu'un tel calcul appliqué à tous les groupes d'âge puisse générer, au total, les mêmes revenus que ceux obtenus dans la situation initiale, il est nécessaire que la répartition de ces groupes d'âge au sein de chacun des quintiles soit similaire. Or, comme nous l'avons vu

précédemment (tableau 8), les personnes âgées se concentrent davantage dans les quintiles inférieurs alors que les plus jeunes se retrouvent dans les quintiles supérieurs. Dans le cas présent, l'application de cette méthodologie à l'ensemble des sous-groupes conduirait à un revenu total de 873,9 M\$ comparativement à 1 G\$ dans la situation initiale, un écart de 14,4 %. Cette situation nécessite donc de majorer la prime moyenne de chaque sous-groupe (âge et quintile) de 14,4 % pour que globalement le montant obtenu corresponde toujours à celui de la situation initiale. Ainsi, la prime pour le quintile 1 deviendrait 19,51 \$ pour les adultes de moins de 45 ans, 32,19 \$ pour les 45 à 64 ans et augmenterait à 122,95 \$ pour ceux de 65 ans et plus. Le tableau 9, sous les regroupements « simulation 2, ratio par quintile », présente plus de détails pour l'ensemble des ménages.

Comparativement à la situation initiale, cette deuxième méthode entraîne des modifications significatives à la tarification de la contribution à l'assurance santé. D'abord, la contribution moyenne des quintiles 1 à 3 augmenterait alors qu'elle diminuerait pour les quintiles 4 et 5. Cette situation est similaire à ce que nous avons observé pour la méthode 1, mais de manière plus significative pour les ménages des quintiles de revenus 2 à 5.

De plus, l'écart entre la contribution moyenne des 65 ans et plus et celle des adultes de moins de 45 ans, qui était de 68,81 \$ dans la méthode 1, passerait alors à un ratio qui représente 6,3 fois la prime des plus jeunes. Cette situation ferait en sorte que les personnes de 65 ans et plus devraient payer une prime qui équivaldrait à 3,77 fois la prime moyenne du quintile de revenus auquel elles appartiennent. Globalement, l'apport des plus âgés représenterait 43,7 % de la contribution totale comparativement à 24,1 % pour les plus jeunes.

Ces ratios, bien qu'encore inappropriés par rapport aux coûts supportés par ces groupes d'âge (53,9 % pour les personnes âgées et 19,5 % pour les adultes de moins de 45 ans), sont néanmoins plus réalistes que ceux obtenus initialement (18,9 % et 44,4 % respectivement) ou selon la première méthode (22,8 % et 41,7 %). Toutefois, l'effort demandé aux personnes âgées nous apparaît trop élevé pour justifier l'utilisation de cette méthode.

Jusqu'à maintenant, les coûts utilisés pour répartir la contribution au régime de santé sont globaux et comprennent des dépenses qui vont bien au-delà des activités de première ligne visées par le *Fonds spécifique*. Or, ces activités peuvent faire l'objet d'une distribution des coûts selon les groupes d'âge différente de celle des coûts totaux. Par exemple, une composante importante de ces derniers est constituée des coûts d'hospitalisation qui ne relèvent pas du *Fonds spécifique*, mais dont l'utilisation est fortement concentrée chez les personnes âgées⁵⁷. Comme nous ne disposons pas d'information permettant de connaître la distribution selon les groupes d'âge de l'utilisation des activités de première ligne que nous avons sélectionnées, il est difficile d'apporter des correctifs sur une base statistique.

Il est cependant évident que les coûts que nous avons attribués aux personnes âgées sont nettement supérieurs à ceux qui devraient normalement découler de l'utilisation des activités de première ligne. Dans notre prochaine simulation au tableau 9, que nous regrouperons sous l'appellation « simulation 3, ratios ajustés », nous ajusterons la prime moyenne selon des taux de 50 % pour les adultes de moins de 45 ans, de 75 % pour les 45 à 64 ans et, afin de réduire l'impact des coûts d'hospitalisation, de 200 % pour les 65 ans et plus.

Nous croyons que ces taux permettront d'obtenir des proportions de financement plus adaptées à la réalité du *Fonds spécifique* :

- Le groupe des 18 à 44 ans : il financerait ainsi 29,7 % du total, soit une proportion nettement inférieure à son poids démographique (44,4 %). Par rapport aux coûts (19,5 %), sa contribution demeurerait supérieure, mais en réduisant la partie supportée par les 65 ans et plus pour éliminer une partie des frais attribuables aux frais d'hospitalisation. Cette proportion pourrait s'avérer acceptable.

⁵⁷ Selon des données canadiennes excluant le Québec, pour 2004-05, les journées d'hospitalisation des plus de 60 ans représentaient 60 % de l'ensemble, bien que leur poids démographique ne fût que de 17,2 %. Nous croyons que la situation au Québec est similaire.

Institut canadien d'information sur la santé, *Tendance des hospitalisations et de la durée moyenne du séjour au Canada, 2003-2004 et 2004-2005*, 30 novembre 2005, figure 6, page 14.

<https://secure.cihi.ca/free_products/hmdb_analysis_in_brief_f.pdf>.

Statistique Canada, *Estimation de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1^{er} juillet, Canada, provinces et territoires*, accédé le 4 décembre 2014.

<<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&retrLang=fra&id=0510001&paSer=&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=37&tabMode=dataTable&csid>>.

- Le groupe des 45 à 64 ans : sa part du financement (36,1 %) s'apparenterait beaucoup à celle de son poids démographique (36,7 %) et dépasserait quelque peu les coûts totaux de santé dont il est responsable (26,5 %).
- Le groupe des 65 ans et plus : sa proportion du financement à 34,2 % du total se situerait à près de 2 fois son poids démographique, mais elle demeurerait nettement inférieure à celle des coûts (53,9 %). Cependant, en prenant en considération une réduction des coûts due aux frais d'hospitalisation qui ne sont pas du ressort du *Fonds spécifique*, le taux deviendrait lui aussi très acceptable.

Comme cela était le cas avec les 2 autres méthodes, celle-ci, comparativement à la situation initiale, augmenterait légèrement le fardeau des ménages des quintiles inférieurs au profit de ceux des quintiles supérieurs. Nous croyons cependant que la distribution obtenue permettrait de répartir le financement de manière plus adéquate à l'égard de chaque groupe d'âge. Nous retiendrons donc la méthode 3 comme façon de financer la contribution pour le régime de santé.

Dans cette section, nous avons traité d'un seul facteur de risque soit celui de l'âge. D'autres pourraient être pris en considération comme le sexe ou le fait de fumer, par exemple. Il faut cependant être conscient que la multiplication des facteurs de risque complexifierait l'établissement de la prime pour les individus et pourrait entraîner des problèmes importants auprès de clientèles dont la capacité de payer est réduite ou dont l'état de santé nécessite plus de soins que la moyenne. Dans le cadre de la *Loi canadienne sur la santé*, il faudrait également s'assurer de ne pas introduire de facteurs qui pourraient réduire les versements fédéraux, ce qui pénaliserait le système de santé du Québec.

2.3.3.2 Le financement des frais administratifs

En ce qui a trait aux frais administratifs, évaluons d'abord le montant qu'ils représentent. À cet égard, nous sélectionnerons les centres d'activité 7210 à 7350 du contour financier⁵⁸, ce qui

⁵⁸ Ces numéros correspondent à des activités comme les frais pour l'administration du personnel, pour l'administration des services professionnels, pour les services de vérification interne et pour l'administration des services techniques.

constitue la meilleure approximation des frais administratifs pouvant s'appliquer à des activités de première ligne. Le montant total de ces frais a atteint 1 311,7 M\$ en 2012-13. Puisque les activités de première ligne que nous avons retenues du MSSS représentent 20,3 % du total des dépenses de programme de ce ministère excluant les coûts de l'administration et du soutien aux services ainsi que les frais de gestion des bâtiments, nous estimons un montant de 266,3 M\$ au titre des frais administratifs que devrait supporter le *Fonds spécifique*.

Pour ce qui est de la gestion des bâtiments, un calcul similaire conduit à un montant de 324,7 M\$. En plus de la partie qui relève du MSSS, la RAMQ doit également être ajoutée à la partie relative à la rémunération des omnipraticiens. Dans ce cas, les frais administratifs que nous inclurons atteignent 56,7 M\$⁵⁹, ce qui porte le total des postes administratifs à 647,7 M\$.

Le financement de ces frais ne devrait pas faire l'objet d'un prélèvement spécifique puisqu'ils touchent l'ensemble des activités du fonds. Ils devraient plutôt être ajoutés aux autres montants devant être financés par le *Fonds spécifique*. Aux fins de notre analyse, nous choisissons de faire porter le coût de ces frais sur deux sources de revenus du fonds soit la partie employeur du FSS, puisque nous avons préalablement établi que celle-ci pourrait atteindre jusqu'à 50 % du financement du *Fonds spécifique* ce qui n'entraînera pas de modifications aux modalités de prélèvement de cette source de revenus et la contribution santé qui s'avère la partie la plus visible du financement de la santé.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Contour financier – Dépenses par programme et par centre d'activités – 2012-2013*, 11 février 2014.

<<http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=Vq/14XU6tw0>>.

⁵⁹ En 2012-13, les frais administratifs de la RAMQ excluant ceux relatifs au régime d'assurance médicaments atteignaient 167,7 M\$. Au prorata que représente la rémunération des omnipraticiens sur l'ensemble des dépenses de programmes de la RAMQ excluant la partie relative à l'assurance médicaments, la part que devrait supporter le *Fonds spécifique* atteindrait 56,7 M\$ ($167,7 * (2\,198\,169\ \$ / 6\,505\,251\ \$)$).

Régie de l'assurance maladie du Québec, *Rapport annuel de gestion 2013-14*, p. 51 et 54.

<<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappann1314.pdf>>.

2.3.3.3 Le financement du droit d'accès aux services de santé spécialisés

Enfin, examinons le droit d'accès aux services spécialisés. Il n'existe pas de comparable dans d'autres pays pour évaluer le prix de ce droit d'accès. Aussi, nous utiliserons un taux tout à fait arbitraire de 1 % du *Fonds public attribué*, ce qui représente un montant de l'ordre de 300 M\$ que devrait engranger le *Fonds spécifique* à cet égard, soit environ 60 \$ par personne ayant payé un montant à la contribution santé⁶⁰. Ce mode de détermination du droit exigé ferait en sorte que la valeur globale à financer varierait annuellement selon les coûts encourus pour les activités spécialisées.

Advenant que le gouvernement choisisse de réduire la contribution exigée des ménages moins nantis, nous proposons de limiter cette réduction aux contribuables gagnant moins de 15 000 \$ annuellement afin de conserver auprès de la population un impact suffisant à l'égard des coûts importants que ce secteur requiert.

Dans ces conditions, une prime de 65 \$ pourrait être exigée de chaque contribuable ayant un revenu total supérieur à 15 000 \$; une contribution réduite de moitié à 32,50 \$ pourrait être réclamée de ceux ayant un revenu compris entre 10 000 \$ et 15 000 \$. Les contribuables dont le revenu est inférieur seraient exemptés tout comme les enfants de moins de 18 ans à la charge de leurs parents. Sur la base des statistiques fiscales de 2011, la dernière année disponible, ce barème permettrait de recueillir 299,0 M\$⁶¹.

Une deuxième façon de financer ce montant consisterait à inclure l'âge des gens comme facteur de risque. Puisque les activités spécialisées sont fortement utilisées par les personnes plus âgées,

⁶⁰ Puisque la réforme doit se faire à coût nul, l'ajout de ce droit ou la comptabilisation des frais administratifs au point précédent n'augmente pas le fardeau fiscal global des gens puisque l'augmentation des montants perçus par le *Fonds spécifique* signifie une réduction équivalente du *Fonds public attribué*.

⁶¹ 4 709 605 contribuables gagnant plus de 10 000 \$ ont payé une contribution santé alors que 220 395 d'entre eux ont gagné entre 10 000 \$ et 15 000 \$.

Ministère des Finances du Québec, *Statistiques fiscales des particuliers*, année d'imposition 2011, mars 2014, Tableau 4, p. 93 et suivantes.

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Statistiques/fr/STAFR_sfp_2011.pdf>.

ce mode de tarification permettrait de recueillir les montants nécessaires auprès des personnes les plus susceptibles de bénéficier de ces services.

Sur la base des contribuables qui ont payé un montant à la contribution santé en 2011, la contribution moyenne de 65,24 \$ payée par les personnes qui ont un revenu supérieur à 15 000 \$ atteindrait 159,80 \$ pour les personnes de 65 ans et plus⁶² (tableau 10). Une contribution réduite à 79,90 \$ serait payée par les 177 864 personnes de 65 ans et plus qui ont un revenu entre 10 000 \$ et 15 000 \$.

À l'inverse, les personnes de moins de 45 ans bénéficieraient d'un allègement puisque leur contribution diminuerait à 34,07 \$ (17,04 \$ pour la contribution réduite). Globalement, ils paieraient donc 58,6 M\$ de ce droit d'accès, comparativement à 161,8 M\$ pour les gens de 65 ans et plus.

Tableau 10 : Tarification du droit d'accès aux services spécialisés en utilisant l'âge comme facteur de risque, 2011

	Nombre de contribuables ayant payé une contribution santé			Coût des soins de santé	Cotisation			
					Partielle	Complète	Totale	Individuelle complète
	Moins de 10 000 \$	10 000 à 15 000 \$	Plus de 15 000 \$	Proportion %	(M\$)			\$
Moins de 45 ans	143 582	28 354	1 707 106	19,5	0,5	58,2	58,6	34,07
45 à 64 ans	71 790	14 177	1 858 141	26,5	0,3	79,3	79,6	42,68
65 ans et plus	53 409	177 864	923 310	53,9	14,2	147,5	161,8	159,80
Total	268 781	220 395	4 488 557	100,0	15,0	285,0	300,0	65,24

Calculs effectués par les auteurs.

Source : Ministère des Finances du Québec, *Statistiques fiscales des particuliers*, année d'imposition 2011, mars 2014, tableaux 3 et 4, p. 51 à 98.

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Statistiques/fr/STAFR_sfp_2011.pdf>.

⁶² Les statistiques fiscales des particuliers ne publient pas d'information relativement à l'âge et au revenu des personnes. Il faut donc faire une estimation. Selon ces statistiques, 268 781 personnes ont un revenu inférieur à 10 000 \$. 53 409 d'entre elles ont reçu un montant pour la sécurité de la vieillesse. Nous considérons que toutes ces personnes ont plus de 65 ans. Pour les 215 372 restantes, nous avons considéré que les deux tiers se situaient dans le groupe des moins de 45 ans (souvent des jeunes qui travaillent à temps partiel) et le solde dans celui des 45 à 64 ans. Un calcul similaire a été fait pour les personnes gagnant entre 10 000 et 15 000 \$ et qui doivent payer une contribution réduite.

Ministère des Finances du Québec, *Statistiques fiscales des particuliers*, année d'imposition 2011, mars 2014, tableaux 3 et 4, p. 51 à 98. <http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Statistiques/fr/STAFR_sfp_2011.pdf>.

Ces résultats démontrent l'importance des coûts que les personnes âgées auraient à supporter si nous voulions introduire l'âge comme facteur de risque au financement de la santé. Ce groupe bénéficie selon les critères actuels d'un subside important provenant des plus jeunes qui se trouvent ainsi à supporter un poids trop important du financement par rapport aux coûts réels qu'ils engendrent.

Une troisième façon de financer le droit d'accès aux services spécialisés est de restreindre le financement aux seuls utilisateurs de services spécialisés. Cette méthode augmenterait le coût moyen puisque le nombre de personnes sur lesquelles le montant total est amorti serait nettement moins élevé. Malheureusement, les statistiques disponibles ne permettent pas d'évaluer avec précision le nombre de personnes distinctes qui utilisent ces services spécialisés et celles disponibles datent parfois de plusieurs années. Il nous faut donc procéder de manière indirecte et appliquer quelques hypothèses.

Le nombre de personnes qui ont consulté un médecin spécialiste en 2009-2010 représentait 33,4 % de la population des 12 ans et plus⁶³, soit environ 2,3 millions de personnes. Par ailleurs, le nombre de chirurgies d'un jour et d'hospitalisations a atteint 1,2 million en 2005-06, un nombre relativement stable entre 1998-99 et 2005-06⁶⁴. Il est cependant impossible de jumeler ces statistiques puisque les années concernées diffèrent et qu'un nombre important de chirurgies et d'hospitalisation ont certes été précédées d'une visite chez un médecin spécialiste. Aucune statistique pertinente concernant des examens ou des traitements spécialisés n'a pu être recensée.

⁶³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*, tableau sur le type de ressources en santé consultées, 2012.
<<http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Type-de-ressources-en-sante-consultees-selon-le-sexe>>.

⁶⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Nombre de chirurgies d'un jour et d'hospitalisations pour des soins de courte durée au Québec, 1998-1999 à 2005-2006, 2007.

Dans ce contexte, il s'avère difficile d'évaluer avec précision le nombre de personnes qui auraient à payer le montant donnant accès à ce vaste réseau de soins spécialisés. À titre indicatif, voici quelques exemples de frais potentiels selon le nombre d'utilisateurs :

<u>Nombre de personnes visées de 18 ans et plus</u>	<u>Coût moyen du droit d'accès</u>
2 000 000	150 \$
2 500 000	120 \$
3 000 000	100 \$

Ce montant, qui serait payable en fin d'année au moment où l'utilisateur produit sa déclaration de revenus annuelle, permettrait de visualiser clairement le coût pour les soins spécialisés qu'il doit assumer sans qu'il ait à assumer pleinement le coût véritable encouru et sans le sanctionner au moment où il encourt le service. Par contre, les populations plus âgées et celles ayant des problèmes de santé importants seraient davantage pénalisées par ce mode de tarification.

2.3.3.4 Le sommaire du financement

Les activités de première ligne retenues atteignent 5 324,8 M\$. Si nous ajoutons les frais d'administration (647,7 M\$) et le droit d'accès aux services spécialisés (300 M\$), nous obtenons un montant total de 6 272,5 M\$ à financer. Selon les critères que nous avons établis précédemment, la partie de l'employeur du FSS peut atteindre 50 % du total du *Fonds spécifique*, ce qui porterait la part de celui-ci à 3 136,3 M\$. Quant à la contribution santé, celle-ci devrait alors être augmentée pour compenser l'écart de financement, ce qui la porterait à 1 267 M\$ (tableau 11).

Tableau 11 : Répartition du financement du *Fonds spécifique* de la santé selon les quintiles de revenus des ménages, 2012-13

Source de revenus (données en millions \$)	Quintiles de revenus des ménages					Non-résidents	Total
	1	2	3	4	5		
Fonds des services de santé	71,5	305,2	562,1	908,7	1 507,9	--	3 355,5
Partie employeur	66,9	258,9	529,3	860,9	1 393,3	--	3 136,3
Partie particulier	4,6	19,3	32,8	47,9	114,6	--	219,2
Contribution santé	33,2	125,3	204,2	308,8	595,5		1 267,0
TVQ	91,1	162,6	232,8	300,5	455,5	107,5	1 350,0
Droit d'accès aux serv. spécialisés	31,6	55,6	64,5	72,6	75,8	--	300,2
Total	227,4	648,8	1 063,6	1 590,6	2 634,8	107,5	6 272,7
Proportion du total	3,6 %	10,3 %	17,0 %	25,4 %	42,0 %	1,7 %	100,0 %
Coût moyen (en \$)	335	957	1 569	2 346	3 886	--	1 819
En prop. du revenu total moyen	1,5 %	2,4 %	2,8 %	2,9 %	2,7 %		2,7 %
Montant à déboursé moyen (\$)	102	295	445	633	1 159	--	527

Calculs effectués par les auteurs.

Pour conserver notre approche selon les quintiles de revenus, examinons d'abord les impacts des modifications présentées selon ce type de regroupement. La partie du financement supportée par le FSS représente la source de revenus la plus importante du *Fonds spécifique*. Toutefois, la partie du FSS relevant des particuliers combinée à la contribution au régime de santé ainsi que le droit d'accès aux services spécialisés représentent des montants importants que le contribuable devrait assumer sur sa déclaration de revenus à la fin de l'année. Le montant à déboursé⁶⁵ varierait alors de 102 \$ pour les ménages du quintile 1 à 1 159 \$ pour le quintile 5.

Globalement, le coût moyen du financement du *Fonds spécifique* varierait de 335 \$ pour les ménages du quintile le moins fortuné, soit 1,5 % de leur revenu, à 3 886 \$ pour ceux du quintile 5 (2,7 % du revenu). Ce serait toutefois les ménages des quintiles 3 et 4 qui subiraient le fardeau relativement le plus élevé puisque leurs contributions se situeraient respectivement à 2,8 % et 2,9 % de leur revenu.

Comparativement à la situation de la deuxième étape (tableau 5), la contribution des non-résidents diminuerait légèrement (2,0 % à 1,7 %) alors que le fardeau se déplacerait vers les ménages des quintiles 1 à 4 : par exemple, de 3,4 % à 3,6 % pour le quintile 1 et de 10,0 % à

⁶⁵ Ce montant pourrait être réduit selon la partie qui serait incluse dans le calcul des retenues à la source des salariés et les acomptes provisionnels.

10,3 % pour le deuxième, alors que les ménages du quintile 5 verraient leur part réduite de 42,5 % à 42,0 %. Globalement, le montant à payer en fin d'année augmenterait de 360 \$ en moyenne à 527 \$.

Comme les modifications proposées s'effectuent à budget égal, la contribution exigée au *Fonds public attribué* serait réduite d'autant de sorte que l'impact final sur la répartition des ménages de chaque quintile demeurerait à peu près la même (tableau 12). Toutefois, la visibilité du financement serait nettement accrue.

Tableau 12 : Répartition du financement du *Fonds public attribué* et du *Fonds de la santé* selon les quintiles de revenus des ménages, 2012-13

Source de revenus	Quintiles de revenus des ménages					Non-résidents	Génération futures	Total
	1	2	3	4	5			
Fonds public attribué								
Montant total (millions \$)	605,1	1 680,8	3 116,3	4 969,2	10 242,1	4 781,5	928,4	26 323,3
Proportion du total	2,3 %	6,4 %	11,8 %	18,9 %	38,9 %	18,2 %	3,5 %	100,0 %
Coût moyen (en \$)	892,4	2 479	4 596	7 329	15 106	--	--	6 081
En prop. du revenu total moyen	3,9 %	6,3 %	8,2 %	9,1 %	10,5 %	--	--	8,9 %
Fonds de la santé								
Montant total (millions \$)	800,9	2 273,9	4 115,4	6 487,1	12 801,1	4 889,0	928,4	32 295,8
Proportion du total	2,5 %	7,0 %	12,7 %	20,1 %	39,6 %	15,1 %	2,9 %	100,0 %
Coût moyen (en \$)	1 181	3 354	6 070	9 568	18 881	--	--	7 811
En prop. du revenu total moyen	5,2 %	8,5 %	10,8 %	11,9 %	13,1 %	--	--	11,4 %

Calculs effectués par les auteurs.

Si nous analysons les résultats des évaluations selon l'âge, nous pouvons observer au tableau 13 que le groupe des 65 ans et plus subirait une augmentation de leur participation au financement de la santé de 561,5 M\$ (9,0 % du total) à 944,6 M\$ (15,1 %) au bénéfice des groupes d'âge plus jeunes. Malgré ces changements, la contribution moyenne au *Fonds spécifique* des personnes de 65 ans et plus demeurerait nettement inférieure à celles des plus jeunes, soit 1 222 \$ comparativement à 2 025 \$ et 1 968 \$ respectivement pour les groupes des moins de 45 ans et des 45 à 64 ans. C'est au niveau de la contribution santé et principalement du droit d'accès aux services spécialisés que la contribution des 65 ans et plus s'avèrerait la plus importante.

Tableau 13 : Répartition du financement du *Fonds spécifique* de la santé selon l'âge, 2012-13

Source de revenus (données en M\$)	Moins de 45 ans	45 à 64 ans	65 ans et plus	Non-résidents	Total
Fonds des services de santé	1 588,3	1 607,6	159,6	--	3 355,5
Partie employeur	1 555,2	1 508,9	72,2	--	3 163,3
Partie particulier	33,1	98,7	87,4	--	219,2
TVQ	488,8	563,9	189,9	107,5	1 350,0
Contribution santé	376,9	456,8	433,3		1 267,0
Droit d'accès (Services spécialisés.)	58,6	79,6	161,8	--	300,0
Total	2 512,6	2 707,9	944,6	107,5	6 272,5
Proportion du total	40,1%	43,2 %	15,1 %	1,7 %	100,0 %
Coût moyen (en \$)	2 025	1 968	1 222	--	1 819
En prop. du revenu total	3,2 %	2,4 %	2,1 %		2,4 %
Montant moyen à déboursier (\$)	378	462	883	--	527
Situation sans tenir compte de l'âge					
Total	2 681,1	2 922,4	561,5	107,5	6 272,5
Proportion du total	42,7 %	46,6 %	9,0 %	1,7 %	100,0 %

Calculs effectués par les auteurs.

2.3.3.5 La pertinence de l'âge comme facteur de risque sur une durée de vie

Jusqu'à maintenant, notre étude a porté sur une analyse annuelle du financement de la santé en forçant la population à payer dans l'année pour tous les coûts qu'elle occasionne durant cette période sans tenter de les refiler aux générations futures. Cependant, en intégrant le critère de l'âge comme facteur de tarification, il nous faut étendre notre vision du financement sur une plus longue période allant jusqu'à inclure la durée de vie entière.

En effet, en demandant une contribution supérieure aux personnes de 65 ans et plus pour compenser, du moins en partie, les coûts plus élevés qu'ils occasionnent, nous modifierions un équilibre qui repose historiquement sur une participation au financement axée sur la capacité de payer des gens. Dans un contexte où les personnes âgées ont un revenu moyen inférieur aux plus jeunes, ces derniers contribuent alors au financement des soins de santé au-delà de leur juste quote-part. En quelque sorte, c'est comme si les plus jeunes payaient à l'avance ou capitalisaient une partie de leur contribution pour, un jour, pouvoir utiliser ces sommes lorsque leurs coûts de santé excèderont leur capacité de payer. En pratique, c'est plutôt comme si c'était la génération suivante qui payait pour la précédente.

Vouloir changer cette situation conduirait à exiger de la première génération de personnes âgées qui serait confrontée à cette modification de déboursier une deuxième fois pour des services dont elle aurait déjà assumé une partie des frais antérieurement. Peut-on justifier un tel changement sur la base d'un meilleur appariement des coûts et des revenus?

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la santé est financée selon le principe communément appelé « *Pay as you go* ». Il n'y a donc aucune capitalisation des sommes versées. De plus, l'inversion de la pyramide des âges conduira à une situation où la génération suivante aura de plus en plus de difficulté à payer pour la génération précédente, puisque le déséquilibre du nombre entre ces deux groupes rendra l'écart entre les revenus des jeunes et les coûts des plus âgés trop important pour supporter un tel financement à long terme.

Sur la base de ce principe, l'actuelle génération des plus âgés a payé pour la génération précédente, mais contrairement au défi que pose désormais la situation démographique du Québec, ils étaient plus nombreux à payer pour un groupe plus restreint de personnes, ce qui a diminué d'autant le fardeau maintenant exigé des plus jeunes.

If Canadians intend to preserve a publicly funded medicare system that offers a similar level of service in the future as it does today, under the pay-as-you-go model, eventually peak taxes for Canadians born after 1988 will end up twice as high as the peak taxes that the oldest baby boomers paid. The “pay-as-you-go” model has become like a Ponzi scheme, where those who got in early enough make out nicely, while those who arrive late stand to suffer a serious financial blow⁶⁶.

Soulignant à son tour ce déséquilibre entre les générations, le Conference Board a évalué que « le revenu disponible moyen des Canadiens âgés de 50 à 54 ans est désormais 64 % plus élevé

⁶⁶ Herbert Emery, J.C., David Still et Tom Cottrell, *Can We Avoid a Sick Fiscal Future? The Non-Sustainability of Health-Care Spending with an Aging Population*, The School of Public Policy, SPP Research Papers, Vol. 5, No 31, University of Calgary, octobre 2012, p. 1.
<<http://www.policyschool.ucalgary.ca/sites/default/files/research/emery-generational-balances-final.pdf>>.

que celui des 25 à 29 ans, contre 47 % au milieu des années 1980⁶⁷ ». La réduction du nombre de jeunes contributeurs, des revenus moindres que leurs prédécesseurs et une charge pour le financement des soins de santé supérieure aux coûts qu'ils engendrent constituent des facteurs de premier plan qui rendront de plus en plus difficile le financement traditionnel des soins de santé des personnes âgées. Cette situation nécessite des solutions novatrices qui pourraient remettre en question des modalités de financement qui, précédemment, étaient considérées comme normales et adéquates.

Continuer d'ignorer ce sous-financement des personnes âgées et exiger davantage de revenus des plus jeunes est similaire à reporter aux générations futures les coûts de santé courants qui ne peuvent être financés dans l'année. Un déplacement graduel vers un nouveau partage du financement vers ceux qui exigent davantage de soins devient dès lors un passage obligé. Déjà que, au titre des pensions, la problématique actuelle trouve sa solution en exigeant davantage des plus jeunes, il apparaît souhaitable qu'un déséquilibre aussi important que celui qui existe dans le financement des coûts de la santé entre les plus jeunes et les plus âgés puisse conduire à un partage plus juste en incluant le risque lié à l'âge comme facteur de répartition.

Comme le mentionnent Deber, Lam et Roos, « if social solidarity is low, this may make them (people with low health costs) less willing to bear some of the costs for those who do fall into that group (group with high health costs)⁶⁸ ». Sans présumer que les plus jeunes refuseront un jour de payer la part des aînés de la société, il semble important de réfléchir dès maintenant à cette possibilité en accroissant graduellement et selon la capacité financière de chacun la part du financement de la santé que les personnes les plus à risque notamment les plus âgées devraient supporter. Compte tenu des faibles montants en cause et de l'importance que les soins spécialisés revêtent pour ces personnes, il nous apparaît que le droit d'accès aux services spécialisés serait un excellent point de départ pour atteindre un nouvel équilibre.

⁶⁷ Le Conference Board du Canada, *Tendances relatives à l'inégalité des revenus entre les générations*, septembre 2014, p. 1. <<http://www.conferenceboard.ca/temp/6e87db5d-7fdb-41c4-a0db-ef5c45dddc5/6511-the%20bucks%20stop%20here-br-fr.pdf>>.

⁶⁸ Deber, Raisa B., Kenneth C.K. Lam et Leslie L. Roos, *Four Flavours of Health Expenditures: A Discussion of the Potential Implications of the Distribution of Health Expenditures for Financing Health Care*, Canadian Public Policy, University of Toronto Press, Vol. 40, No 4, déc. 2014. P. 360.

2.3.4 Conclusion sur la troisième étape

Cette dernière partie nous permet d'aborder le financement d'une manière novatrice en intégrant le risque dans les barèmes de la contribution au régime de santé. Aux fins de notre analyse, nous nous sommes limités au seul facteur de l'âge, mais cela est suffisant pour réfléchir à une nouvelle manière de répartir une partie du financement global en exigeant une participation plus importante des personnes qui représentent un risque plus élevé d'utiliser les soins de santé.

Les résultats obtenus dans les simulations indiquent que ces nouvelles modalités peuvent engendrer des impacts quand même importants pour certains, particulièrement lorsque les personnes à plus haut risque disposent de revenus peu élevés. Notre analyse selon l'âge en témoigne puisqu'il s'avère difficile, voire même impossible, de faire supporter aux personnes de 65 ans et plus le coût véritable qu'ils devraient supporter compte tenu de leur utilisation élevée des services de santé.

Plusieurs analyses indiquent que ces personnes disposent maintenant d'une meilleure santé et que les coûts qu'ils vont occasionner à la société ne seront pas aussi catastrophiques que certains voudraient bien le laisser croire. À l'encontre de ce raisonnement, il faut quand même considérer une espérance de vie qui s'allonge et mettre en relation que le financement qui repose sur les épaules des plus jeunes fera néanmoins face à un problème de taille puisque la capacité de payer de ces derniers pourrait bien s'avérer insuffisante pour compenser les coûts d'une cohorte beaucoup plus nombreuse de baby-boomers dont l'espérance de vie ne cesse de s'accroître.

Le gouvernement qui voudrait implanter une telle réforme devrait alors procéder avec beaucoup de circonspection. Il convient cependant de mentionner que cette partie du financement constitue une portion relativement faible de l'ensemble et que la fiscalité générale, plus fortement axée sur la capacité de payer de la population, continuerait de jouer un rôle majeur dans le financement global de la santé assurant ainsi que l'ensemble de la contribution des personnes demeurerait progressif. Les modifications que nous suggérons constituent davantage un revenu d'appoint pour la santé qu'une source fondamentale de revenus. Il s'agit en quelque sorte d'une mesure

pour venir épauler la génération plus jeune afin d'éviter qu'elle ne se sente condamnée à payer une partie trop importante de la facture.

Un nombre relativement élevé de personnes âgées disposent aujourd'hui d'un revenu supérieur à celui de la génération qui les a précédés. Ce changement pourrait conduire à une modification des modalités actuelles de financement de la santé afin d'obtenir une contribution supérieure de ceux qui ont une capacité de payer suffisante.

Bien que l'introduction du risque puisse accroître les montants versés par certaines personnes pour la santé, il n'en demeure pas moins que le système de santé, dans son ensemble, continuerait d'offrir une garantie que chacun puisse obtenir les soins dont il aura besoin. La mutualisation des risques sur un ensemble d'individus permet de mieux cibler une partie du financement sans pénaliser indûment des gens qui, sur une base individuelle, pourraient se retrouver, de manière imprévisible, avec des problèmes de santé graves, qui mettraient en péril leur situation financière, en devant supporter des coûts inaccessibles, et même catastrophiques dans certains cas de maladies graves, au point où ils ne pourraient bénéficier des traitements requis.

La croissance soutenue des dépenses publiques de santé au Québec crée une pression de plus en plus forte sur les finances publiques et l'introduction d'un financement plus responsable et davantage orienté vers les personnes qui représentent un risque plus élevé d'utiliser les soins de santé apparaît comme souhaitable pour assurer la pérennité du régime à long terme.

Conclusion

Ce dernier fascicule propose des solutions concrètes pour maximiser les retombées du financement en responsabilisant la population d'abord aux coûts véritables de la santé et ensuite à leur contribution personnelle. Afin d'obtenir l'adhésion de la population aux changements proposés et de permettre au système de santé de mieux absorber de telles modifications, une approche graduelle est suggérée.

Sans remettre en question l'universalité d'accès et la nécessité de baser le financement selon la capacité de payer des gens, les modifications démographiques qui viendront bouleverser l'équilibre fragile du financement actuel en réduisant la capacité de payer des contributeurs plus jeunes alors que les bénéficiaires, plus âgés, réclameront davantage de soins suite notamment à l'accroissement de leur nombre et de leur espérance de vie, imposeront inévitablement des changements profonds au financement actuel de la santé, et ce, dans un horizon relativement court.

Si nous désirons assurer la pérennité du système de santé tel que nous le connaissons aujourd'hui et éviter que les besoins financiers qu'il nécessite ne mettent en péril d'autres programmes publics, il devient nécessaire d'agir rapidement, tant sur l'aspect des ressources qui sont allouées afin d'en maximiser l'efficacité que sur de nouvelles modalités de financement permettant aux gens de s'autoresponsabiliser, et de prendre conscience de la fragilité de ses bases actuelles de financement.

Alors que les deux premières propositions visant la création de fonds dédiés et l'attribution de responsabilités et de sources de revenus propres à chacun d'entre eux s'intègrent facilement au contexte actuel de financement, la troisième, cherchant à inclure la notion de risque, se veut davantage une réflexion sur de nouvelles avenues de financement plus novatrices. L'utilisation du risque, balisée selon la capacité de payer des gens, nous apparaît une voie prometteuse en exigeant une contribution supplémentaire des gens qui représentent une probabilité supérieure d'utilisation des soins de santé.

Ce meilleur appariement entre les coûts et les revenus s'avère une option sérieuse et même souhaitable au problème actuel de financement de la santé qui repose sur des sources « anonymes » de revenus que sont les impôts et taxes et qui conduisent ainsi à une impression de gratuité des soins de santé. Même si elle a comme conséquence d'accroître la contribution de certains, la mutualisation des risques au sein de regroupements distincts évite de pénaliser indument des personnes de manière individuelle qui pourraient, sans elle, se retrouver dans l'incapacité de s'offrir les soins que leur état de santé requiert.

La santé est un domaine particulier où l'imprévisibilité des coûts et l'ampleur des sommes que certaines maladies peuvent exiger en termes de soins nécessitent un financement distinct des autres programmes publics. En voiler les coûts auprès des utilisateurs n'est pas leur rendre service. Au contraire, c'est cacher une vérité qui, tôt ou tard, les rattrapera et nécessitera l'application de solutions beaucoup plus draconiennes qui pourront également affecter d'autres secteurs comme l'éducation ou les autres programmes sociaux.

Bibliographie

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

<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*, Rapport et recommandations, Commission présidée par M. Michel Clair, Québec, 2000. 454 p.

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

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs*, Commission présidée par Roy J. Romanow, rapport final, 2002, 427 p.

<<http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>>

Deber, Raisa B., Kenneth C.K. Lam et Leslie L. Roos, *Four Flavours of Health Expenditures: A Discussion of the Potential Implications of the Distribution of Health Expenditures for Financing Health Care*, Canadian Public Policy, University of Toronto Press, Vol. 40, No 4, déc. 2014. P. 353-363.

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

<http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf>

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

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

Institut canadien d'information sur la santé, *Tendance des hospitalisations et de la durée moyenne du séjour au Canada, 2003-2004 et 2004-2005*, 30 novembre 2005, 25 pages.

<https://secure.cihi.ca/free_products/hmdb_analysis_in_brief_f.pdf>

Institut canadien d'information sur la santé, *Effets redistributifs du financement public des soins de santé au Canada : analyse sur une durée de vie*, mai 2013, 29 p.

<https://secure.cihi.ca/free_products/Lifetime_Distributional_Effects_AiB_FR.pdf>

Institut de la statistique du Québec, *Population du Québec, par année d'âge et sexe, 2001-2013*.

<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/QC_age_et_sexe.xls>

Institut de la statistique du Québec, *Coûts directs bruts liés aux activités principales des établissements du réseau sociosanitaire du Québec, selon la mission exclusive, quel que soit*

l'établissement qui l'assume, Québec, Banque de données des statistiques officielles sur le Québec, 15 août 2014.

<http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/Ken213_Afich_Tabl.page_tabl?p_iden_tran=REPERG5TFXU2346629644916,F~k^&p_lang=1&P_ID_SECTR=469&p_id_raprt=2509>

Institut de la Statistique du Québec, *Produit intérieur brut selon les revenus, données désaisonnalisées au taux annuel, Québec, 2012-2014*, ligne 02 Salaires et traitements, données en date du 26 septembre 2014.

<<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/economie/comptes-economiques/comptes-revenus-depenses/tabint01.htm>>

Le Conference Board du Canada, *Tendances relatives à l'inégalité des revenus entre les générations*, septembre 2014, 56 p.

<<http://www.conferenceboard.ca/temp/6e87db5d-7fdb-41c4-a0db-ef5c45dddc5/6511-the%20bucks%20stop%20here-br-fr.pdf>>

Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Comptes de la santé 2011-12, 2012-13, 2013-14*, Québec, 2014. 31 p.

<<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-614-02F.pdf>>

Ministère de la santé et des services sociaux, *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe, 2012*, 2 p.

<<http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Type-de-ressources-en-sante-consultees-selon-le-sexe>>

Ministère de la Santé et des services sociaux, *Nombre de chirurgies d'un jour et d'hospitalisations pour des soins de courte durée au Québec, 1998-1999 à 2005-2006, 2007*.

<<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/g74web/statistiques.asp>>

Ministère des Finances du Québec, *Plan budgétaire, Budget 2014-2015*, 548 p.

<<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2014-2015a/fr/documents/Planbudgetaire.pdf>>

Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2011-12, Vol. 2*, Québec, 2012. 273 p.

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol2-2011-2012.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Comptes publics 2012-2013, Vol. 2*, Québec, 2013. 444 p.

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Comptespublics/fr/CPTFR_vol2-2012-2013.pdf>

Ministère des Finances du Québec, *Statistiques fiscales des particuliers, année d'imposition 2011*, mars 2014. 330 p.

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Statistiques/fr/STAFR_sfp_2011.pdf>

Organisation mondiale de la santé, *Les soins de santé primaires, Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, 6-8 sept. 1978, Genève*. 90 p.

<<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21370fr/s21370fr.pdf>>

Parlement du Canada, *La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral*, Rapport final du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie présidé par l'honorable Michael J. L. Kirby, Vol. VII : Financer la réforme, chap. 14, 2002, 27 p.

<<http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/372/SOCI/rep/repoct02vol6part6-f.htm#CHAPITRE%20QUINZE>>

Régie de l'assurance maladie du Québec, *Rapport annuel de gestion 2013-14*, 142 p.

<<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappann1314.pdf>>

Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé, chapitre S-4.2, r. 25, *Loi sur les services de santé et de services sociaux*, c. S-4.2, a. 333.1.

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/documents/lr/S_4_2/S4_2R25.htm>

Santé Canada, *Le système des soins de santé au Canada*, 2011.

<<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-fra.php#a9>>

Santé et Services sociaux, *Contour financier – Dépenses par programme et par centre d'activités – 2012-2013*, 11 février 2014.

<<http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=Vq/14XU6tw0>>

Statistique Canada, *Estimation de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1^{er} juillet, Canada, provinces et territoires*, accédé le 4 décembre 2014.

<<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&retrLang=fra&id=0510001&paSer=&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=37&tabMode=dataTable&csid>>