



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

Première session de la
trente-septième législature, 2001-2002

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

**Social Affairs,
Science and
Technology**

**Affaires sociales,
des sciences
et de la technologie**

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, June 12, 2002

Le mercredi 12 juin 2002

Issue No. 62

Fascicule n° 62

Fifty-ninth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Cinquante-neuvième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESS:
(See back cover)

TÉMOIN:
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Keon
* Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
* <i>Ex Officio Members</i>	

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Keon
* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
* <i>Membres d'office</i>	

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, June 12, 2002
(73)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 160-S, Centre Block, at 3:52 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, Morin, Pépin, Robertson and Roche (10).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

Also in attendance: From the office of Senator Cordy: James MacNeil, from the office of Senator Kirby: Jeff MacLeod, from the office of Senator Pépin: Momar Diagne, from the office of Senator Roche: Todd Martin, from the office of Senator Callbeck: Mary Moore, from the office of Senator Fairbairn: Megan Cain, from the office of Senator Robertson: Ross McKean and staff from the Page Programme, Interpretation Services and the Senate Messengers.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

C.D. Howe Institute:

Mr. Jack Mintz, President and CEO.

The Chair made a statement.

Mr. Mintz made a statement and answered questions.

At 5:20 p.m. the committee continued in camera.

The committee considered a draft outline of the Volume Six of its reports on the health care study.

At 5:50 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:**PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le mercredi 12 juin 2002
(73)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 52, dans la pièce 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateur Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, Morin, Pépin, Robertson et Roche (10).

Également présents: Odette Madore et Howard Chodos, attachés de recherche, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents: Du bureau du sénateur Cordy, James MacNeil; du bureau du sénateur Kirby, Jeff MacLeod; du bureau du sénateur Pépin, Momar Diagne; du bureau du sénateur Roche, Todd Martin; du bureau du sénateur Callbeck, Mary Moore; du bureau du sénateur Fairbairn, Megan Cain; du bureau du sénateur Robertson, Ross McKean; ainsi que le personnel du Programme des pages, des Services d'interprétation et les messagers du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1er mars 2001, le Comité poursuit son examen spécial de l'état du système de soins de santé au Canada. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité.*)

TÉMOIN:

De l'Institut C.D. Howe:

M. Jack Mintz, président-directeur général

Le président fait une déclaration.

M. Mintz fait un exposé, puis répond aux questions.

À 17 h 20, le comité poursuit à huis clos.

Le comité examine une ébauche des grandes lignes du sixième volume de son rapport sur les soins de santé.

À 17 h 50, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, June 12, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:52 p.m. to examine the state of the health care system in Canada

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Our witness today is Mr. Jack Mintz. Three or four weeks ago Mr. Mintz and some of his colleagues released a paper that actually adopted the model that this committee had put forward for discussion in what some of us had called the “Tom Kent” model. We called it that because it went all the way back to the original proposal for medicare. I realize that the original model did not have the numbers that Mr. Mintz’s model has. In addition, Mr. Mintz recently chaired a weekend seminar with a group of people on the issue of additional alternatives for funding health care. Today, he will speak to his specific proposal and the broader context.

Mr. Mintz, please proceed.

Mr. Jack Mintz, President and CEO, C.D. Howe Institute: It is a pleasure to come before the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. This is actually my first visit to this particular committee.

Senator Kirby has done a fine job of introducing the work of the C.D. Howe Institute. We have published five papers over the past eighteen months and I am sure some of them are familiar to you. The first paper was by Mr. William B.P. Robson on demographic impacts that will affect the cost of health care over time. In this paper, the numbers are consistent with work done by the Organization for Economic Cooperation and Development, OECD, for Canada. The figures in both areas agree in terms of the overall impacts.

We have also published two papers recently that you may have seen: One looks at whether the Canada Health Act violates section 7 of the Charter of Rights and Freedoms; and the other paper, which was written by Mr. Shay Aba, Mr. Wolfe D. Goodman and me, looks at a tax-based co-payment system for health care. It does not include health care benefits as part of taxable income. That is where it differs from Tom Kent’s proposal. I will briefly explain it later.

As an economist, I will begin with three assumptions, some of which this committee might agree with. The first one is that I believe — and I am speaking on my behalf and not the C.D. Howe Institute — there is a problem of sustainability with respect to health care costs. In his paper on demographic impacts, Mr. Robson has estimated the un-funded liability associated with health care. If people put money into a fund now that earned a 6 per cent return over the years, how much

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 12 juin 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd’hui à 15 h 52 pour examiner l’état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Notre témoin aujourd’hui est M. Jack Mintz. Il y a trois ou quatre semaines, M. Mintz et quelques-uns de ses collègues ont publié un document qui se basait en fait sur le modèle que notre comité a proposé et que certains d’entre nous appellent le modèle «Tom Kent». Nous l’avons appelé ainsi parce qu’il remonte à la proposition initiale de l’assurance-santé. Bien sûr, le modèle initial ne comprenait pas les chiffres que présente le modèle de M. Mintz. De plus, M. Mintz a récemment présidé un colloque de fin de semaine destiné à discuter de différentes autres possibilités de financement des soins de santé. Aujourd’hui, il nous parlera de sa proposition ainsi que du contexte général.

Monsieur Mintz, la parole est à vous.

M. Jack Mintz, président-directeur général, Institut C.D. Howe: C’est un plaisir de prendre la parole devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. C’est en fait la première fois que je me présente devant votre comité.

Le sénateur Kirby a fort bien présenté le travail de l’Institut C.D. Howe. Au cours des dix-huit derniers mois, nous avons publié cinq documents dont je suis sûr que vous avez vu quelques-uns. Le premier, œuvre de M. William B. P. Robson, traite des facteurs démographiques qui se répercuteront avec le temps sur le coût des soins de santé. Les chiffres présentés dans ce document concordent avec les travaux de l’Organisation de coopération et de développement économiques concernant le Canada. Les chiffres relatifs aux effets globaux concordent.

Nous avons aussi publié récemment deux documents que vous avez peut-être vus. Le premier tente de déterminer si la Loi canadienne sur la santé viole l’article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés. Le second, rédigé par M. Shay Aba, M. Wolfe D. Goodman et moi-même, examine un système de participation aux coûts des soins de santé fondé sur la déclaration de revenus, dans lequel les prestations pour soins de santé ne seraient pas incluses dans le revenu imposable. C’est sur ce point qu’il diffère de la proposition de Tom Kent. Je donnerai quelques brèves explications à ce sujet un peu plus tard.

À titre d’économiste, je poserai d’abord trois hypothèses, sur lesquelles le comité sera peut-être d’accord. La première — je parle en mon nom personnel et non en celui de l’Institut C.D. Howe — est qu’il y a un problème de viabilité dans le domaine des coûts des soins de santé. Dans son document sur les incidences démographiques, M. Robson a estimé le passif non capitalisé associé aux soins de santé. Si les gens plaçaient de l’argent dans un fonds rapportant 6 p. 100, combien devraient-il

money would someone have to set aside to pay for costs in the future? He estimated that unfunded liability to be in the order of \$600 billion to \$800 billion, or roughly 55 per cent to 75 per cent of GDP.

When you think about it, that is roughly the same as a current national debt. It is the same as the current debt associated with the Canada Pension Plan, even after the changes we have had up to this time. In Canada, when you put all of this information together, it would seem that we are facing a debt of about \$2 trillion that we are leaving to future generations.

Costs, estimated by Mr. Robson and the OECD, will rise to at least 10 per cent by the year 2040 from the current 6.5 per cent. When I say this, I mean the public share of health care costs and not the private share. Mr. Robson also estimated the impact of health care costs as part of provincial budgets. This committee is aware that those health care costs will absorb well over one-half of the provincial budgets by the year 2040. In fact, it will be in the area of 60 per cent to 65 per cent, depending on the province.

There is a problem of sustainability. When you look at the overall debt that we are leaving to future generations, it becomes apparent that we have a problem. Health care constitutes one-third of that problem in terms of the burden that we will leave to the future.

My second assumption is that even if we entertain ideas, whether privatization or de-listing of services, which is effectively privatization of the health care system, governments will need more revenues because of the rising public share of health care costs over time. Therefore, we must think carefully about how we want to fund the public provision of health care. What is the appropriate way of financing that? This is an important question that Canadians should be asking themselves, because that will be an increasing burden for Canadians as a whole.

Third, and this is not an assumption but really a summary of economic literature, general revenues are not necessarily the optimal source of financing for health care. I base this on three arguments.

First, when you apply insurance principles, as recent economic literature has done, and once you recognize that individuals and providers of health care can influence the health care costs incurred under an insurance system, it is appropriate to have some form of co-payment system, deductibles or bonuses for those who try to save money for the system. In other words, putting incentives in our payment system would not be wrong, and, therefore, one would actually improve the efficiency of funding health care as a whole.

en accumuler pour payer les soins à l'avenir? M. Robson a estimé que le passif non capitalisé était de l'ordre de 600 à 800 milliards de dollars, soit en gros 55 à 75 p. 100 du PIB.

Si vous y pensez, cela représente approximativement le montant actuel de la dette nationale. C'est à peu près la même chose que la dette actuellement associée au Régime de pensions du Canada, même après les changements que nous y avons apportés jusqu'ici. Au Canada, si nous regroupons tous ces renseignements, nous arrivons à la conclusion que le Canada laisse une dette d'environ 2 billions de dollars aux générations suivantes.

Les coûts estimés par M. Robson et l'OCDE monteront d'au moins 10 p. 100 par an d'ici 2040, par rapport aux 6,5 p. 100 actuels. Je parle ici de la part publique des coûts des soins de santé et non de la part privée. M. Robson a également calculé l'incidence de ces coûts sur les budgets provinciaux. Les membres du comité savent que ces coûts dépasseront sensiblement la moitié des budgets provinciaux d'ici 2040. La proportion sera en fait de l'ordre de 60 à 65 p. 100, selon la province.

Il y a donc un problème de viabilité. Quand on pense à la dette globale que nous laissons aux générations futures, il est évident que nous avons un problème. Les soins de santé constituent un tiers de ce problème pour ce qui est du fardeau que nous laissons à ceux qui nous suivront.

Ma deuxième hypothèse est la suivante: même si nous examinons différentes idées, qu'il s'agisse de privatisation ou de suppression de certains services actuellement assurés — qui revient à une privatisation de fait du système —, les gouvernements auront besoin de recettes supplémentaires parce que la part publique du coût des soins de santé augmente avec le temps. Par conséquent, nous devons réfléchir soigneusement aux moyens de financer la prestation publique des soins. Quels sont les moyens adéquats de financement? Voilà une importante question que les Canadiens devraient se poser, parce qu'il y aura un fardeau de plus en plus lourd que tous les Canadiens devront assumer.

Troisièmement — ce n'est pas vraiment là une hypothèse, mais plutôt un résumé de la littérature économique —, les recettes générales de l'État ne constituent pas nécessairement la source optimale de financement des soins de santé. Je fonde cette affirmation sur trois facteurs.

Premièrement, lorsqu'on applique les principes de l'assurance, comme la littérature économique le fait depuis un certain temps, et qu'on admet que les particuliers et les fournisseurs de soins peuvent influencer les coûts assumés par un régime d'assurance, on se rend compte qu'il y a lieu d'établir une forme ou une autre de système de quote-part, de franchise ou de boni pour ceux qui permettent au régime de réaliser des économies. En d'autres termes, il serait bon d'inclure des mesures incitatives dans notre système, de façon à améliorer l'efficacité d'ensemble du financement des soins.

Second, from the point of view of tax policy principles of efficiency and fairness, there is an important argument made in the literature that, at times, one would like to use the benefit principle for taxation, at least in part, because people who benefit from the program should, perhaps, contribute more to the cost of that program than others. This is, one could argue, not only good in terms of efficiency but in fairness as well, because if one person has greater use of public services perhaps that person should contribute more to the cost of those services than others with similar resources who do not use the services.

The third issue is one which we now address more in today's climate, and that has to do with the demographic changes to which I referred earlier. When you look at the current revenues that governments raise in Canada, a significant part of those are payroll taxes and income taxes, and they tend to hit the workers more when compared to the elderly. In fact, the OECD has estimated that, as the population ages, the tax/GDP ratio in Canada will fall by 1.5 points. This is because elderly people, once they retire, tend to have lower incomes and, therefore, pay less tax than workers. There may be some taxes that would be better if you were going to fund health care expenditures, because the majority of health care expenditures are weighted heavily toward the elderly in the last years of their lives. Therefore, as the population ages and the benefits paid out to the elderly increase, if you have taxes that are particularly falling on working Canadians they will have to bear a bigger responsibility for those benefits. Thus, there may be some taxes that are smoother over the life cycle of individuals. That would mean less burden would be imposed on the working population as we get more health care expenditures associated with the elderly.

When you put those three things together, let me raise some issues for you in your discussions about the funding of health care, and these will be drawn by some of the work we are doing as well as some of my own particular perspectives.

If we do have this rise in costs for public health care, the question one might raise is: Should there be a dedicated tax or a greater reliance on certain taxes to fund the greater burden associated with health care expenditures that we can expect over time? There are four candidates for particular consideration.

First, one can consider health care premiums, which I will call "flat-based premiums." These are a certain amount paid by either an individual or a family, regardless of income and independent of usage of the system. This, of course, is the kind of health care premium you see in Alberta and British Columbia, although there is a reduction in the health care premium for very low-income individuals in the two provinces.

Second, payroll taxes can be used to fund health care. This is what is found in the European countries, as well as in the United States with social security taxes.

Third, one could increase income taxes in general.

Deuxièmement, du point de vue des principes d'efficacité et d'équité de la politique fiscale, la littérature présente un important argument: il serait avantageux que les gens qui profitent du système contribuent un peu plus que les autres aux coûts. Cela serait bon non seulement sur le plan de l'efficacité, mais aussi sur celui de l'équité, parce qu'une personne qui utilise davantage des services publics devrait contribuer plus aux coûts de ces services que d'autres utilisateurs qui ont les mêmes ressources et qui y recourent moins.

Le troisième argument, que nous abordons plus souvent dans l'environnement actuel, réside dans les changements démographiques que j'ai mentionnés plus tôt. Au Canada, les recettes gouvernementales se composent pour une grande part des charges sociales et de l'impôt sur le revenu, qui ont tendance à toucher les travailleurs plus fortement que les personnes âgées. En fait, l'OCDE a estimé qu'avec le vieillissement de la population, le ratio impôts/PIB du Canada baissera de 1,5 point. C'est parce qu'une fois à la retraite, les personnes âgées tendent à gagner un revenu moindre et, par conséquent, à payer moins d'impôts que les travailleurs. Il y a peut-être de meilleures sources de financement des soins de santé parce que la majorité des dépenses qui y sont consacrées sont attribuables aux dernières années de vie des personnes âgées. Par conséquent, à mesure que la population vieillit et que les prestations versées à l'égard des aînés augmentent, les impôts frappant les travailleurs devront augmenter aussi pour financer ces prestations. Il devait donc y avoir des formes d'imposition qui s'appliquent d'une façon plus progressive pendant la vie des contribuables. Autrement dit, on imposerait un fardeau moins lourd aux travailleurs en associant davantage aux personnes âgées les dépenses consacrées aux soins de santé.

Il faut donc tenir compte de ces trois facteurs réunis. Permettez-moi maintenant d'évoquer certaines questions que vous abordez dans vos discussions sur le financement des soins de santé. Je m'appuierai sur des travaux de l'Institut C.D. Howe ainsi que sur le fruit de ma propre réflexion.

Face à la hausse du coût de l'assurance-santé, on peut se poser la question suivante: faudrait-il créer un impôt spécial ou compter sur des impôts particuliers pour financer la hausse des coûts attendus à l'avenir? Il y a quatre options à considérer à cet égard.

Premièrement, on peut envisager des primes d'assurance-santé, que j'appellerai «primes uniformes». Il s'agit d'un certain montant individuel ou familial qui serait versé indépendamment du revenu et de l'usage fait du système de santé. C'est le genre de primes qui existe en Alberta et en Colombie-Britannique, quoique le montant soit réduit dans les deux provinces pour les personnes à très faible revenu.

Deuxièmement, on peut financer le système sur les charges sociales. C'est ce que font les pays européens. Ce serait également l'équivalent des taxes de sécurité sociale des États-Unis.

Troisièmement, on peut majorer d'une façon générale l'impôt sur le revenu.

Fourth, consumption taxes could be raised. In the case of Canada, it would be the GST at the federal level or provincial retail sales taxes, which are general broad-based sales taxes in Canada.

Which one of these sources might be better from the point of view of the three issues raised with respect to efficiency, equity and demographic issues? Health care premiums would dominate in terms of efficiency, and demographic effects, because they would be paid by the whole population at similar amounts, regardless of age. Whether a person works or not they would still have to pay the amount. This would be the least distortionary of the types of taxes that could be levied, and the one most conducive to the demographic issues we will face down the road.

At the same time, in terms of equity, flat-based premiums do tend to hit low-income Canadians the hardest, although there could be some income relief possible to ameliorate that problem. However, we need to remember that middle-income Canadians would have to pay the same amount of health care premium as rich ones, regardless of their source of income.

A second source would be consumption taxes. These are interesting to look at because consumption taxes have been found to have lower distortionary costs to the economy and they tend to be more efficiently imposed. They are smoother than, for example, income taxes over the life cycle of individuals because working income tends to peak during working lives before falling off in retirement years. At the same time, consumption tends to be lower than income during the years in which people are accumulating savings, and consumption tends to be high in retirement years relative to income as that is when people are drawing down assets to consume during their retirement years. Consumption taxes also tend to be proportional to the consumption of individuals over a life cycle. One could make it progressive by having a tax credit, such as the GST tax credits which provides relief, particularly for lower income Canadians.

A third source would be payroll taxes. These taxes tend to be a little less efficient than consumption taxes in their application. They do tend to create more distortions in the economy, as most of the studies show. The biggest problem with payroll taxes is that they tend to hit workers harder than retired individuals, and that will mean that the working population would have to bear a bigger burden of funding health care costs as compared to a consumption tax or a health care premium. One could also make payroll taxes progressive by allowing them to vary over payroll if one chose to do that.

The fourth source would be increasing income tax. Income taxes tend to have the highest efficiency costs associated with them out of all these cases. That is because taxes on savings and investment tend to have high inefficiency costs associated with them and tend to drag down the economy more. Income taxes are more progressive. In terms of demographic effects, they would

Quatrièmement, on peut augmenter les taxes à la consommation. Dans le cas du Canada, il s'agirait de la TPS au niveau fédéral et des taxes de vente au niveau provincial.

Laquelle de ces sources serait la plus avantageuse du point de vue de l'efficacité, de l'équité et des considérations démographiques? Les primes dominent en fonction de l'efficacité et des facteurs démographiques parce que toute la population paierait des montants semblables, indépendamment de l'âge et de la situation de l'emploi. Cette forme d'imposition entraînerait le moins de distorsions et tiendrait le plus compte des effets démographiques attendus à l'avenir.

En même temps, des primes uniformes constitueraient la forme d'imposition la moins équitable parce qu'elles se répercuteraient le plus durement sur les contribuables à faible revenu, même s'il est possible de leur accorder certains allègements fiscaux pour remédier au problème. N'oublions pas cependant que les Canadiens à revenu moyen auraient à payer pour l'assurance-santé le même montant que les Canadiens riches, peu importe leur source de revenu.

Examinons maintenant les taxes à la consommation. Elles représentent une source intéressante parce qu'il est établi qu'elles n'ont pas trop d'effets de distorsion sur l'économie et qu'elles tendent à être imposées d'une façon assez efficace. Elles s'appliquent d'une façon plus progressive que l'impôt sur le revenu, par exemple, pendant le cycle de vie parce que le revenu tend à atteindre son maximum pendant la vie active, puis à diminuer progressivement après la retraite. En même temps, la consommation est généralement moindre que le revenu dans les années où les gens économisent, tandis qu'elle augmente par rapport au revenu à la retraite, lorsque les gens puisent dans leur actif pour vivre. Les taxes à la consommation tendent également à être proportionnelles à la consommation des individus pendant leur cycle de vie. On pourrait les rendre progressives au moyen d'un crédit d'impôt semblable au crédit pour TPS qui assure un certain allègement fiscal aux Canadiens à faible revenu.

Les charges sociales constituent la troisième source à considérer. Elles sont un peu moins efficaces, dans leur application, que les taxes à la consommation et tendent, d'après la plupart des études, à créer plus de distorsions dans l'économie. Le principal problème des charges sociales est qu'elles frappent les travailleurs plus durement que les retraités, ce qui signifie que la population active assumerait un fardeau plus lourd pour le financement des soins de santé que ce ne serait le cas si le financement provenait des taxes à la consommation ou de primes d'assurance-santé. Il serait également possible de rendre les charges sociales progressives en permettant qu'elles varient avec le salaire.

La quatrième source de financement consisterait à majorer l'impôt sur le revenu. Par rapport aux trois autres options, celle-ci est la moins efficace. C'est parce que l'impôt sur l'épargne et les placements tend à avoir des coûts d'efficacité élevés qui ont des effets négatifs sur l'économie. Par contre, l'impôt sur le revenu est plus progressif que les autres formes d'imposition. Au chapitre

tend to hit the working population harder, although it would not be as serious as with the payroll tax. However, it would have some undesirable demographic features associated with it when comparing it with consumption taxes or healthcare premiums.

In terms of choosing different approaches, I side more to the consideration of health care premiums and consumption taxes as ways of trying to deal with funding extra costs in the health-care system as opposed to relying on payroll taxes and income taxes, which currently make up a much larger portion of general revenue. There is some argument for looking at dedicated revenues in this sense.

A second issue is one raised by my colleague Bill Robson of the C.D. Howe Institute, which is whether we should consider pre-funding health care costs in the future, as we do with the Canada Pension Plan. As we see in a number of other countries such as the United States, there are some specific social security taxes that also go to the funding of health care.

This is a difficult sell, because when one talks about the idea of trying to pre-fund health care today, that is taking into account the future costs of tomorrow. In today's world, where we are worried about funding the current system, it is something to start asking governments to increase not only the resources that are going into the current system but also to ask people to put money aside for future costs.

On the other hand, this is a significant issue. To give you an illustration with the Canada Pension Plan, prior to the reforms of 1997, it was noted that if nothing was done taking into account demographic effects, contribution rates in Canada would have to rise to 15 per cent by the year 2030 or 2040. We came to an agreement in 1997, between the federal and provincial governments, to increase the amount of payroll action taxes to be paid today and to increase the funding available to the Canada Pension Plan. Other important changes were made in that reform to allow for smoothing contribution rates to 9.9 per cent over the next 40 years.

We have the same problem with health care costs. If we do no pre-funding at this time, future generations will have to cough up the money to pay for the costs of health care down the road. There is an argument for pre-funding. That is something that we must think about today, whether it is individuals pre-funding for themselves or governments pre-funding the public share of health care costs.

A third issue is whether any of these sources of taxes that are being considered should be done at the federal or at the provincial levels. Here is an interesting question because most of the expenditures are being done at the provincial level. We know there is the Canada Health and Social Transfer that the federal government makes to the provinces, which funds health care and previously social services and education post-secondary education costs.

des effets démographiques, il a tendance à se répercuter plus durement sur la population active, quoique moins que les charges sociales. Il a toutefois des caractéristiques démographiques négatives par rapport aux taxes à la consommation et aux primes d'assurance-santé.

Pour ce qui est du choix à faire entre les différentes approches, je favorise plutôt les primes d'assurance-santé et les taxes à la consommation comme moyens de financement de la hausse des coûts des soins de santé, par rapport aux charges sociales et à l'impôt sur le revenu, qui constituent actuellement une plus grande proportion des recettes générales. En ce sens, il y a des arguments en faveur des recettes spécialement affectées.

Mon collègue Bill Robson, de l'Institut C.D. Howe, a par ailleurs soulevé la question de savoir s'il y a lieu d'envisager un financement anticipé des coûts des soins de santé à l'avenir, comme nous le faisons dans le cas du Régime de pensions du Canada. D'autres pays, comme les États-Unis, ont des taxes spéciales de sécurité sociale qui servent également au financement du système de santé.

C'est une idée qu'il est difficile de faire accepter, parce que nous parlons ici de financement anticipé, c'est-à-dire de la possibilité de tenir compte aujourd'hui des coûts de demain. Dans le monde actuel, tandis que nous nous inquiétons du financement du système existant, il faut de l'audace pour demander aux gouvernements d'accroître les ressources non seulement pour financer les coûts présents, mais aussi pour constituer des réserves destinées à financer les coûts futurs.

C'est par ailleurs une question importante. Je vais vous donner un exemple. Dans le cas du Régime de pensions du Canada, avant les réformes de 1997, on avait noté qu'en l'absence de mesures destinées à prendre en considération les effets démographiques, il aurait fallu majorer les taux de contribution de 15 p. 100 d'ici 2030 ou 2040. Le gouvernement fédéral s'est entendu avec les provinces en 1997 pour augmenter les charges sociales afin d'accroître le financement du Régime de pensions du Canada. D'autres changements importants ont été adoptés, dans le cadre de la réforme, pour permettre une hausse progressive des taux de contribution à 9,9 p. 100 sur les 40 années suivantes.

Nous avons le même problème dans le cas des coûts des soins de santé. Sans financement anticipé maintenant, les générations futures auront à payer beaucoup plus à l'avenir. Il y a donc des arguments en faveur du financement anticipé. Nous devons y penser aujourd'hui, que ce soit au niveau individuel ou au niveau des gouvernements, pour le financement de la part publique des soins de santé.

La troisième question à considérer est celle de savoir si ces sources de financement doivent être appliquées au niveau fédéral ou provincial. La question est intéressante parce que la plupart des dépenses sont faites par les provinces. Nous savons qu'il existe un Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, que le gouvernement fédéral verse aux provinces pour financer les soins de santé et auparavant les services sociaux et l'éducation postsecondaire.

I have thought that the provinces should be the ones that need to look at new sources of revenue to cover these burgeoning health care costs. However, there are some contexts in which the federal government might have a role in helping with the funding of costs. My colleague, Mr. Robson, has suggested the introduction of a transfer to the provinces that would be based on age. His idea was, for example, that the federal government would give \$3,000 per person to the provinces for every person who is over 65 years of age. In a recent paper that he has done — and, it has not been published yet — he asked the question “What would be the contribution rate that you would have to make today in order to fund this particular age-related transfer to help fund health care costs in the future as the population ages?” He estimated that today, you would have to add, on average, 1.2 per cent of the personal income tax base to everyone’s personal tax to fund this amount in the future, or increase the GST rate from 7 per cent to 9.6 per cent in order to fund this particular grant that would be given by governments to provinces. That is an interesting idea, and one that should be put into the hopper as ideas to consider in terms of funding health care.

The fourth issue that I will talk about are incentive-based health care financing methods. These are ones that the C.D. Howe Institute has particularly explored. We have published the two papers already mentioned by Senator Kirby and myself and we will have another paper along these lines coming out in the fall.

The incentive-based health care financing idea really takes up the idea of having some user-pay related charge for health care that would be a substitute for general revenues or for personal income tax revenues as a way of funding health care. The idea is that people would actually have to get a report from provincial health authorities on the value of the services that they receive. This is not an easy project. Provinces do not do this now. To make the system work, you would have to develop a pricing model and undertake the kind of work required to price exact services that are provided by hospitals and physicians — something that is not available in the current system.

I would argue that is a huge benefit because it would allow for more measures of costs and benefits associated with different health care procedures. Currently, people are largely in the dark about them because they cannot make those kinds of cost evaluations.

Second, if you have a charge that is faced by users, it engages the public generally in the whole question of pricing of health care services and understanding what the value of services they receive from governments for the services that are provided to them. That, in itself, will lead to a political calculus in terms of how people will regard the cost of health care services over time, especially if they have to pay at least part of those costs that are incurred on their behalf.

There are two particular proposals on my two-page sheet here. One proposal that I have from Mr. Aba and Mr. Goodman is that every time individuals go to a doctor or to a hospital, they would receive a chit in which they would be told how much the value of

Je pensais que les provinces devraient se mettre à la recherche de nouvelles sources de financement pour assumer les coûts croissant des soins de santé. Toutefois, il y a des domaines dans lesquels le gouvernement fédéral pourrait avoir un rôle à jouer dans le financement. Mon collègue, M. Robson, a proposé la création d’un transfert aux provinces qui serait fondé sur l’âge. Conformément à son idée, par exemple, le gouvernement fédéral paierait aux provinces 3 000 \$ pour chaque personne de plus de 65 ans. Dans un récent document qu’il a rédigé, mais qui n’est pas encore publié, M. Robson pose la question suivante: «Quel est le taux de contribution qu’il faudrait établir aujourd’hui pour financer ce transfert fondé sur l’âge destiné à financer les soins de santé à l’avenir à mesure que la population vieillit?» Il estime qu’il faudrait, pour le faire aujourd’hui, ajouter en moyenne 1,2 p. 100 au taux d’imposition du revenu de tous les contribuables, ou alors majorer le taux de la TPS de 7 à 9,6 p. 100, afin de financer ce transfert que le gouvernement fédéral verserait aux provinces. L’idée est intéressante, et devrait faire partie de l’ensemble des idées à considérer dans l’étude du financement des soins de santé.

La quatrième question dont je veux parler porte sur les mesures incitatives à inclure dans le système de financement. Il s’agit de celles que l’Institut C.D. Howe a étudiées en particulier. Nous avons publié les deux documents mentionnés par le sénateur Kirby et moi-même, et nous en ferons paraître un autre sur le même sujet cet automne.

L’intégration de mesures incitatives revient en fait à faire payer aux utilisateurs certain frais qui se substitueraient aux recettes générales ou à l’impôt sur le revenu des particuliers comme moyens de financer le système de santé. L’idée consiste pour les autorités provinciales de la santé à envoyer à chacun un relevé indiquant la valeur des services qu’il a reçus. Ce n’est pas là un projet facile à réaliser. Les provinces ne le font pas actuellement. Pour mettre en œuvre une telle initiative, il faudrait élaborer un modèle de détermination des prix et estimer la valeur exacte des services dispensés par les hôpitaux et les médecins, ce qui n’existe pas dans le système actuel.

À mon avis, ce serait un énorme avantage parce qu’une telle initiative permettrait de prendre d’autres mesures relatives aux coûts et à la valeur des différentes interventions médicales. À l’heure actuelle, les gens ne savent pas grand-chose de ces mesures parce qu’il est impossible de faire les estimations de coûts nécessaires.

Ensuite, si les utilisateurs ont des frais à payer, le public s’intéressera beaucoup plus, d’une façon générale, à toute la question du prix des services de santé et de la valeur des services dispensés. Cela en soi entraînera une évolution de la façon dont les gens envisagent le coût des soins de santé, surtout s’ils ont à en payer une part.

Deux propositions particulières figurent sur ce document de deux pages. D’après la première, conçue par M. Aba et M. Goodman, les gens recevraient, chaque fois qu’ils vont chez un médecin ou à l’hôpital, un relevé indiquant la valeur des

the services were. The provincial health authorities or the doctors in the hospitals would then report to the provincial health authorities the actual costs that they incurred on behalf of particular individuals. That would go into a database and a T4H form would be sent to individuals in terms of health care that they received.

This is a basic model, but we looked at different versions. People would pay a 40 per cent charge on the health care services and would be then subject to a income limitation so that you do not hit too hard people who have extraordinary costs in the year. That one that we particularly modelled would be an income limitation of 3 per cent of income in excess of \$10,000. In other words, if you have \$10,000 worth of health care expenditures on behalf of yourself in a particular year, you would then pay \$4,000, which would be 40 per cent of the costs. However, if your income is \$110,000, 3 per cent of that would be \$3,000. Therefore, you would pay only \$3,000 and not \$4,000 for your health care costs because the income limitation would kick in. If you were a poor individual — that is, someone with less than \$10,000 in income — you would pay nothing as a charge.

This system would raise close to \$7 billion in revenue, based on numbers that we were able to get based on expenditures, and so on. This \$7 billion could be used to reduce personal income tax rates at the provincial level as a way of substituting a user-pay related charge rather than having general revenues to be used for it. There would also be some utilization savings, close to \$6 billion, based on economic studies that we used. That would allow governments more capacity to provide health care services, as there would be some savings in utilization costs.

The other proposal is by Poschmann and Reuber. They looked at having a tax credit of \$1,000, instead of a straight tax. If no health benefits are received during the year, the full amount of the tax credit can be applied against personal income tax. If health benefits are received during the year — and they had about a 20 per cent charge on health care services — that amount would be applied against the \$1,000 tax credit. Thus, there would be a lower tax credit and, therefore, a lower reduction in personal income tax.

The difference between this approach and our approach is that ours would raise money while theirs would cost money because it is a credit and there would never be a negative tax credit. However, they expect their system would pay for itself because of the reduction in health care utilization costs and therefore there would be no net loss to the government. I do not think that departments of finance will necessarily base their budgetary decisions on potential savings in utilization costs because those are always difficult to predict, until you see what actually happens in the system.

Those are some ideas and issues. I hope that is helpful information for you, honourable senators, in terms of the issues you are discussing.

services reçus. De leur côté, les médecins et les hôpitaux déclareraient aux autorités provinciales de la santé les coûts réels engagés pour les personnes en cause. Tout cela irait dans une base de données qui permettrait d'envoyer à chacun un formulaire T4H donnant la valeur totale des services de santé reçus dans l'année.

C'est le modèle de base, dont nous avons examiné quelques variantes. Les gens pourraient par exemple verser une quote-part de 40 p. 100 qui serait plafonnée selon le revenu, de façon à ne pas toucher trop durement ceux qui ont des frais très élevés dans une année donnée. Nous avons examiné en particulier un modèle comportant une limite de 3 p. 100 du revenu au-delà de 10 000 \$. En d'autres termes, si vous avez consommé des services de santé d'une valeur de 10 000 \$ dans une année, vous auriez à payer 4 000 \$. Toutefois, si votre revenu est de 110 000 \$, votre plafond serait de 3 000 \$. Vous auriez donc à payer 3 000 \$ et non 4 000 \$ comme participation à vos frais de santé. Une personne pauvre, dont le revenu serait inférieur à 10 000 \$, n'aurait rien à payer.

Ce système permettrait de recueillir des recettes de 7 milliards de dollars, sur la base des chiffres que nous avons pu obtenir concernant les dépenses, etc. Ces 7 milliards de dollars pourraient servir à réduire les taux d'imposition des particuliers au niveau provincial, ce qui permettrait de remplacer les recettes générales par des frais d'utilisation. Cela entraînerait en outre une certaine baisse de l'utilisation, qui atteindrait près de 6 milliards de dollars, d'après les études économiques que nous avons faites. Ainsi, les gouvernements disposeraient d'un peu plus de capacité pour dispenser des services de santé à cause des économies réalisées sur les coûts d'utilisation.

La seconde proposition est de Poschmann et Reuber, qui ont envisagé d'établir un crédit d'impôt de 1 000 \$ au lieu d'un impôt direct. Si aucune prestation de santé n'est reçue dans une année, la personne en cause peut utiliser le plein montant du crédit d'impôt pour réduire son impôt à payer. Si des prestations sont reçues, on en déduirait 20 p. 100 du crédit d'impôt de 1 000 \$, ce qui augmenterait l'impôt à payer.

La différence entre cette approche et la nôtre est que la nôtre rapporte de l'argent, tandis que la leur implique une dépense fiscale puisque le crédit d'impôt ne pourrait jamais être négatif. Toutefois, Poschmann et Reuber s'attendent à ce que leur système ne coûte rien en définitive parce qu'il réduirait utilisation des services de santé. Je ne crois pas que le ministère des Finances accepterait de baser ses décisions budgétaires sur des économies possibles d'utilisation, parce que de telles économies sont toujours difficiles à prédire.

C'étaient là quelques idées et quelques problèmes. J'espère, honorables sénateurs, que vous aurez trouvé ces renseignements utiles pour votre étude.

The Chairman: I thank you for preparing the comparisons of the alternative options for funding and for having Professor Monahan, Associate Dean, University of Toronto Law School, and Mr. Stanley Hartt write the paper on whether there is a right to health care. This committee put that idea forward in a fourth report — whether it is just and reasonable in a free and democratic society for a government to both ration the supply of an essential service and deny the right to buy it in a timely fashion. We were, to put it modestly, pilloried by many people. It is nice to know that other people are picking up an idea that we floated.

In your model, you use a 17 per cent drop in utilization rate. You say that will occur among people who do not hit the maximum. Let me make it 20 per cent for easier calculations. That means that \$1 of every \$5 spent on medical care does not get spent. That implies to me that there is a 20 per cent abuse of the system, or your utilization drop means that people who need medical care will not receive it because they will not go for it. That troubles me.

My question is: How did you derive the figure of 17 per cent? How do you respond to the concern that this could well lead to a situation in which people who need medical care do not seek it?

Mr. Mintz: First, the figure of 17 per cent is based on our review of various economic studies that have been done on the impact of pricing for various services under health care and how that might impact on the demand for health care. There have been sophisticated studies done in the economics literature. There was one survey written by Mr. Jonathan Gruber at the Massachusetts Institute of Technology on the price impacts.

The number we chose was at the low end of the estimates. For example, there was a study done in the United States to look at what happens when you start charging for ambulatory services in the United States. They looked at a city in which this occurred and they found that utilization of ambulatory services went down by 50 per cent as a result of pricing — going from something that was absolutely free to a fee-for-service system. I understand that in Alberta, they already charge for ambulatory services.

The Chairman: They do in many provinces, such as Ontario.

Mr. Mintz: I have not used an ambulance and I was not aware of that. That is an example of something people have picked up on.

The Chairman: I agree with you that, if you put a price on something that was previously free, some people will not use it. I was curious about how you decided on the number. How do you respond to the question about people that will not use the service being the ones who actually need the service?

Le président: Je vous remercie pour avoir établi ces comparaisons des différentes options de financement et pour avoir obtenu de M. Monahan, vice-doyen de la faculté de droit de l'Université de Toronto, et de M. Stanley Hartt qu'ils rédigent le document répondant à la question de savoir s'il existe un droit aux soins de santé. Le comité a avancé cette idée dans son quatrième rapport, en se demandant s'il est juste et raisonnable pour un gouvernement, dans une société libre et démocratique, de rationner un service essentiel tout en niant aux gens le droit de l'acheter au moment où ils en ont besoin. Nous avons, semble-t-il, indigné beaucoup de gens. C'est un réconfort de constater que d'autres reprennent la même idée.

Dans votre modèle, vous supposez qu'il y aura une baisse de 17 p. 100 du taux d'utilisation. Vous dites que cela se produira chez les gens qui n'atteignent pas le maximum. Mettons 20 p. 100, pour faire un chiffre rond. Cela signifie qu'un cinquième de l'argent actuellement consacré aux soins de santé ne serait pas dépensé. Cela implique aussi qu'il existe aujourd'hui une utilisation abusive de 20 p. 100. Autrement, vos chiffres voudraient dire que des gens qui ont besoin de soins ne les recevront pas parce qu'ils ne voudront pas payer. Cela me trouble.

Ma question est la suivante: comment en êtes-vous arrivé au taux de 17 p. 100? Et qu'auriez-vous à répondre aux gens qui s'inquiètent parce que cela pourrait amener des malades qui ont besoin de services médicaux à ne pas les obtenir?

M. Mintz: D'abord, le taux de 17 p. 100 se fonde sur notre examen d'études économiques traitant des répercussions de différentes formes de financement des services de santé sur la demande de ces services. La littérature économique comprend des études très perfectionnées. Il y a, par exemple, une enquête de M. Jonathan Gruber, du Massachusetts Institute of Technology, sur les effets des prix.

Le chiffre que nous avons choisi se situe au bas de l'intervalle des estimations. Par exemple, une étude a été réalisée aux États-Unis sur ce qui se produit lorsqu'on commence à faire payer les services d'ambulance. Les auteurs ont étudié une ville particulière où l'imposition de frais pour ces services, auparavant gratuits, a entraîné une baisse de 50 p. 100 de leur utilisation. Je crois savoir que l'Alberta fait déjà payer les services d'ambulance.

Le président: Beaucoup de provinces le font, y compris l'Ontario.

M. Mintz: Je ne le savais pas. Je n'ai pas utilisé d'ambulance. C'est donc un exemple de service qui a été étudié.

Le président: Je suis d'accord avec vous que si on fait payer un service auparavant gratuit, certains cesseront de l'utiliser. J'étais curieux de savoir comment vous en étiez arrivé à ce chiffre. Maintenant, qu'avez-vous à répondre à l'argument selon lequel ce sont les gens qui ont vraiment besoin du service qui cesseront de l'utiliser?

Mr. Mintz: First, the actual estimates can reflect the actualities. It would look at the kind of calculations that people make when deciding whether to access the services. They would be affected and, certainly, you could impact on people's decisions to utilize fewer services. Using the ambulatory services as an example, if someone knew they had to pay for it they may simply jump in a cab instead. In some cases, that may have been a good decision because they really did not need the ambulance. Perhaps they could have gone to hospital in another way.

In other cases, it could present a real problem if someone decided not to pay for an ambulance when that service was truly needed. That problem will occur any time you start pricing goods. You worry about low-income individuals because they are the ones who might be less willing to make that kind of expenditure, as a result of such a system.

Our scheme, which provides income relief to low-income Canadians, would provide an opportunity of ameliorating some of the problems associated with people not undertaking health care services that they need when the price is too high. For middle-income and upper-income Canadians, the idea of paying up to 3 per cent of income for costs of health care services is not necessarily a huge burden. There could be some positive utilization impacts from this system and I am not sure that they would necessarily deny themselves something that is absolutely urgent or needed to be done simply because costs would be associated with that. The income utilization takes away much of that concern.

The Chairman: You would use 3 per cent of gross income minus \$10,000; it is not calculated after deductions; and it is not net taxable income on the income tax.

Mr. Mintz: It is calculated on the assessed income — the gross income.

The Chairman: Of the \$6.8 billion that your model saves, how much of that is federal and how much is provincial?

Mr. Mintz: It is all provincial. We assumed this would be a provincial premium levied by the provinces, so we estimated for each province. There is no federal revenue associated with that.

The Chairman: I thought you had done it in the same way as the income tax form — calculate total tax payable and then divide it?

Mr. Mintz: You would run it through the income tax.

The Chairman: I understand. You have done no calculations on the basis of a similar scheme generating money for the federal government.

Mr. Mintz: No.

The Chairman: If we give you a set of numbers, could you run that?

M. Mintz: Tout d'abord, les estimations peuvent refléter la réalité. Les chercheurs examinent le genre de calculs que les gens font lorsqu'ils prennent la décision de recourir à un service. Des frais d'utilisation influent sur la décision, c'est indubitable. Pour reprendre l'exemple des services d'ambulance, si une personne sait qu'elle doit les payer, elle peut simplement décider de prendre un taxi pour aller à l'hôpital. Dans certains cas, c'est probablement la bonne décision à prendre parce que la personne n'avait pas vraiment besoin d'une ambulance et pouvait se rendre à l'hôpital autrement.

Dans d'autres cas, la situation pourrait être différente si une personne décide de ne pas appeler une ambulance alors qu'elle en a vraiment besoin. Ce problème se pose chaque fois qu'on commence à faire payer n'importe quoi. On s'inquiète des gens à faible revenu qui sont les plus susceptibles de chercher à éviter une dépense.

Notre plan, qui prévoit des allègements pour les Canadiens à faible revenu, réglerait une partie du problème des gens qui s'abstiendraient d'obtenir des services de santé dont ils ont besoin à cause du prix. Dans le cas des Canadiens à revenu moyen et élevé, l'idée de faire payer un maximum de 3 p. 100 du revenu pour les services de santé obtenus n'imposerait pas nécessairement un fardeau trop lourd. Il pourrait y avoir des effets positifs sur l'utilisation du système, car je ne suis pas sûr que les gens vont se priver de quelque chose d'urgent ou d'essentiel à cause du prix à payer. Les frais fondés sur le revenu répondent à beaucoup des préoccupations exprimées.

Le président: Vous préconisez 3 p. 100 du revenu brut après déduction de 10 000 \$. Ce n'est donc pas le revenu net ou le revenu imposable.

M. Mintz: C'est calculé sur le revenu imposé... le revenu brut.

Le président: Comment se répartissent les 6,8 milliards de dollars d'économies que votre modèle permet de réaliser entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux?

M. Mintz: Tout va au gouvernement provincial. Nous avons supposé que ce serait une prime ou un impôt provincial et nous avons donc fait les calculs pour chaque province. Aucune recette n'irait au gouvernement fédéral.

Le président: Je croyais que vous l'aviez fait de la même façon que sur la déclaration de revenu, c'est-à-dire en calculant l'impôt total à payer puis en le répartissant.

M. Mintz: Le calcul se fait dans le cadre du système de l'impôt sur le revenu.

Le président: Je comprends. Vous n'avez pas calculé ce qu'un système semblable pourrait rapporter au gouvernement fédéral.

M. Mintz: Non.

Le président: Pourriez-vous faire le calcul si nous vous donnions une série de chiffres comme point de départ?

Mr. Mintz: One could do that. In fact, I would suspect the numbers would probably be similar. Remember that we have the same amount and the same \$10,000 exemption by province. We did not vary that by province. The federal role would be to run it through the tax collection agreements allowing the provinces to do this on a form that would be attached.

The Chairman: If the provinces did not do it, the federal government could still do it and add it to the income tax.

I listened carefully to your comments comparing the sources of potential revenue, particularly your comments on a GST add-on or a premium. What if you had a national premium that varied with income groupings in the sense that people who were paying income tax did not pay any premium, and you had a token non-linear premium at a low level that would be discreet? It would vary with income. I raise that because you like premiums and consumption taxes, and your big argument against premiums was the lack of equity because you had a uniform premium.

Could you get around the equity issue with a graded premium? That is my question, but I want to put it in this context: One of the arguments against your proposal is that it is, in a sense, a tax on the sick. You are saying it is a tax on people who use the public service, but, on the other hand, most people do not use the public service voluntarily. They have not decided to go out and use some other kind of public service such as water for their garden; this is a service that is involuntary because you are sick. There will be considerable opposition to that model.

On the other hand, the notion of buying an insurance policy to protect you in case you get sick, like automobile insurance, seems to have a greater degree of public acceptability. I wonder if you could arrive at a premium model with a variable premium depending on income to solve the issue of the tax on the sick that still meets many of your objectives?

Mr. Mintz: First, if you said let us have an insurance policy that people could contribute to as a premium, I could say if there is a deductible provision associated with that you would be back into something similar to our current system. That is a great way of selling our system because that is all it is. Like other insurance, I do not see what is special in this case.

I do want to remind you there are many public services available that have charges, and people do not have a choice. For example, transportation gasoline charges are usually related to the use of the service. Municipal services and development charges are put in to capture the costs of providing services to the population, and one could argue that is appropriate from the principle of efficiency and equity.

With respect to the health care premium, yes, you are right, you could try to base it on income. Alberta and B.C. do that, with very low-income individuals receiving a reduction on the health care premium, or not paying any health care premium at all. One could attempt to make that graduated. The more you do that, the more it becomes adding to the marginal tax rate of an individual

M. Mintz: C'est possible. Je crois d'ailleurs que les nombres seraient probablement assez proches. En effet, nous partirions du même montant avec la même exemption de 10 000 \$. Nous n'avons pas fait de différences d'une province à l'autre. Le rôle fédéral consisterait à appliquer le système dans le cadre des accords sur la perception des impôts en permettant aux provinces de joindre un formulaire spécial à la déclaration de revenu.

Le président: Si les provinces n'adoptaient pas le système, le gouvernement fédéral pourrait le faire dans le cadre de l'impôt sur le revenu.

J'ai écouté attentivement vos observations lorsque vous avez comparé les différentes sources de financement, et particulièrement ce que vous avez dit au sujet d'une majoration de la TPS ou de l'imposition d'une prime. Que penseriez-vous d'une prime nationale qui varierait selon les tranches de revenu? Il pourrait s'agir d'une prime symbolique non linéaire d'un niveau peu élevé, qui serait distincte et varierait avec le revenu. Je le mentionne parce que vous semblez préférer les primes et les taxes à la consommation, mais que vous reprochez aux primes leur manque d'équité à cause de leur montant uniforme.

Serait-il possible de surmonter le problème de l'équité en adoptant une prime progressive? C'est la question que je vous pose, mais je voudrais la placer dans le contexte suivant: l'un des arguments avancés contre votre proposition est qu'en un certain sens, elle impose un impôt sur la maladie. Vous dites que c'est un impôt sur l'utilisation d'un service public, mais la plupart des gens ne recourent pas délibérément à ce service. Ils ne prennent pas la décision de l'utiliser comme ils prennent la décision d'arroser leur pelouse. C'est un service involontaire parce qu'on est malade. Il y aura donc beaucoup d'opposition à un modèle de ce genre.

Par ailleurs, la notion d'acheter une police d'assurance pour se prémunir contre la maladie, comme dans le cas de l'assurance automobile, serait sans doute mieux acceptée du public. Pourriez-vous établir un modèle fondé sur une prime variant avec le revenu, qui éviterait le problème de l'impôt sur la maladie tout en atteignant la plupart de vos objectifs?

M. Mintz: Si vous proposez une police d'assurance à laquelle les gens contribueraient en versant une prime, je vous dirai que si vous y ajoutez une franchise, nous revenons à un système semblable à ce que nous proposons. Ce serait un excellent moyen de le faire accepter. Il ressemblerait à n'importe quel autre régime d'assurance. Je ne vois rien de particulier dans ce cas.

Je tiens par ailleurs à vous rappeler que beaucoup de services publics sont payants même si les gens n'ont pas le choix d'y recourir ou non. Par exemple, la taxe sur l'essence est reliée à l'utilisation d'un service. Les services municipaux et les taxes d'améliorations locales servent à payer les frais des services dispensés à la population. On peut affirmer que ces taxes et droits répondent aux principes de l'efficacité et de l'équité.

En ce qui concerne les primes d'assurance-santé, oui, vous avez raison, on pourrait les faire varier avec le revenu. C'est le cas en Alberta et en Colombie-Britannique, où les gens à très faible revenu bénéficient d'une réduction de la prime ou ne paient rien du tout. Il serait possible de concevoir une prime progressive. Toutefois, plus elle est progressive, plus elle revient à majorer le

based on income. As soon as a person's income rises, if they work more and earn more income they will pay more of a premium, that is added on to the additional taxes a person pays, and adds on to the marginal tax rate of the individual. One would compare that to having an increase in personal income tax rates.

Senator Keon: I wish to take you back to premiums, which, with the appropriate formulas, would be the fairest way of doing this. Let us go back to the evolution of the system in Ontario, for example, where we had hospital insurance premiums and PSI. I was not particularly directly involved at the time. However, I do recall that, as a citizen, the premiums were going up, and then they disappeared. They disappeared, I believe, because it seemed like the political thing to do. We had utopia for a few years, and now we are back to reality where the money is running out.

Would you comment on what was wrong with that, other than there were two separate systems, and was it a mistake to drop them and go to the big pot of funding to pay everything from one source? Can you recall that?

Mr. Mintz: In the case of Ontario, it was the David Peterson government that decided to move away from the Ontario premium and adopt the education and health tax, which was a payroll tax on businesses. One of the issues that had to be dealt with was that many of the premiums were actually paid, at least in part, by many businesses. You were actually switching from one type of benefit that businesses were covering for individuals as part of the Ontario health premium to a payroll tax that had to apply to them. Of course, many small businesses were exempt because the payroll tax only applied to payrolls over and above \$400,000 in total.

We switched then from a flat-based premium, that affected the whole population independent of whether people were working or not, to a payroll tax. That payroll tax still exists in Ontario.

Alberta and B.C. did not make that decision and kept their premiums. After the Mazankowski report, Alberta has adopted the policy that the Alberta health care premium will be set as a certain proportion of health care costs every year and will rise according to those costs. I think the proportion is 20 per cent.

Senator Keon: If you go back further, the physicians were not initially covered in the system, so they set up their own PSI.

Mr. Mintz: This part I do not remember.

Senator Keon: There is no point in pursuing it. I just wonder whether we are pursuing the same the same thing all over again. However, from my own perspective, premiums probably would be a reasonable approach.

taux d'imposition marginal. Plus le revenu d'une personne augmente, parce qu'elle travaille ou gagne davantage, plus la prime est élevée, ce qui augmente le taux d'imposition marginal. La prime est alors assimilable à une augmentation de l'impôt sur le revenu des particuliers.

Le sénateur Keon: Je voudrais revenir à la question des primes qui, avec une formule appropriée, constitueraient le moyen le plus équitable. Examinons l'évolution du système en Ontario, par exemple, où nous avons des primes d'assurance-hospitalisation et la PSI. La question ne me touchait pas directement à l'époque. Je me souviens cependant, à titre de contribuable, que les primes avaient commencé par augmenter, puis qu'elles avaient disparu, probablement parce que c'était avantageux sur le plan politique. Nous avons vécu dans l'utopie pendant quelques années, mais aujourd'hui nous devons revenir sur terre parce que nous manquons d'argent.

Pouvez-vous nous dire quels étaient les inconvénients de cette formule, à part le fait qu'elle faisait intervenir deux systèmes distincts? Était-ce une erreur d'y renoncer en faveur d'un financement global permettant de tout payer en puisant à la même source? Vous en souvenez-vous?

M. Mintz: Dans le cas de l'Ontario, le gouvernement de David Peterson avait décidé de supprimer la prime et d'adopter un impôt destiné aux services de santé et à l'enseignement faisant partie des charges sociales imposées aux entreprises. Le problème était que la prime était en fait payée, du moins en partie, par les entreprises. On passait donc d'un genre de prestation que les sociétés assumaient à une charge sociale. Bien sûr, beaucoup de petites entreprises étaient exemptées parce que l'impôt ne s'appliquait que lorsque la masse salariale dépassait 400 000 \$.

Nous sommes donc passés d'une prime uniforme touchant l'ensemble de la population et indépendante de la situation de l'emploi à une charge sociale, qui existe encore en Ontario.

L'Alberta et la Colombie-Britannique n'ont pas pris la même décision. Elles ont maintenu la prime d'assurance-santé. Après la publication du rapport Mazankowski, l'Alberta a adopté pour politique de fixer le montant de la prime de façon qu'elle rapporte chaque année une proportion fixe des dépenses des soins de santé, ce qui signifie qu'elle augmentera avec les coûts. Je crois que la proportion adoptée est de 20 p. 100.

Le sénateur Keon: Si vous remontez encore plus loin, à l'époque où les médecins ne faisaient pas encore partie du système, ils avaient établi leur propre PSI.

M. Mintz: Je ne m'en souviens pas.

Le sénateur Keon: Ce n'est pas vraiment utile d'en parler. Je me demande simplement si nous ne tournons pas en rond. Quoi qu'il en soit, à mon avis, les primes constituent probablement une approche raisonnable.

Mr. Mintz: I must admit I think premiums would be particularly reasonable and good to use if we do try to bring them in on an incentive basis, which means, like any insurance policy, you bring in a notion of deductibles where a person's usage will impact on how much premium they will pay.

Senator Keon: The other thing we are all ducking is just where are we prepared to go as a percentage of GDP? We do not know what target we are shooting for.

Mr. Mintz: Both the OECD and Bill Robson's estimates at the C.D. Howe Institute suggest that the public share of health care costs will rise from 6.5 per cent of GDP to over 10 per cent by 2040. They looked at aging impacts, fertility rates, the change in demography and the fact that health care expenditures vary by class.

That gives you some estimate of how much it will rise by, but it also assumes that the numbers will vary according to whether health care costs rise faster or less than the rate of growth in the economy. The 10 per cent number is based on health care rising at the same rate of growth as the economy. On the other hand, if you look at health care costs in the past few years, they are rising at 10 per cent per year, which is much faster than growth in the economy, and that 10 per cent number can look bigger down the road.

Senator Keon: The other question is what that 10 per cent will cover. We keep skating around that.

Mr. Mintz: That is assuming we have exactly the plan that is in place now with no change. Physicians in hospitals would get fully covered. You have some sharing of drug costs and some sharing of home care and long-term care, although most of that is private.

The Chairman: I have a supplementary question. Do you think the total share of GDP spent on health care is relevant measure? I do not think so because that is not the question. The question is: What is the public share? That is why you focused on public share, right?

Mr. Mintz: Yes, because that must be tax based.

Senator Morin: I appreciated your remarks. I agree with your assumptions. The matter of pre-funding is an interesting idea, but difficult under the federal role.

Concerning the taxes, everyone addressed the issue of premiums. I will not talk about that, although it is interesting to see that the U.K. recently decided to remain with income tax. If you have a view of that, I would be interested in that view.

I would like to talk about consumption tax. An OECD paper on the tax system and options for changes for Canada stated that with respect to the cost of raising tax, for Canada the least

M. Mintz: Je crois que les primes sont particulièrement raisonnables et utiles si elles sont utilisées comme mesures incitatives. Comme dans le cas d'une police d'assurance, on peut envisager le principe de la franchise qui influencerait sur le montant de la prime à verser selon l'utilisation faite des services de santé.

Le sénateur Keon: Il y a une autre question que nous cherchons tous à éviter. Jusqu'où sommes-nous disposés à aller en pourcentage du PIB? Nous ne savons pas quel est l'objectif à atteindre.

M. Mintz: Tant l'OCDE que les estimations faites par Bill Robson à l'Institut C.D. Howe permettent de croire que la part publique des coûts des services de santé passera de 6,5 p. 100 à plus de 10 p. 100 du PIB d'ici 2040. Ces chiffres tiennent compte du vieillissement, des taux de fécondité, des changements démographiques et des variations des dépenses de santé selon la classe.

Ces chiffres nous donnent une idée de la hausse des coûts, mais ils dépendent de la question de savoir si les coûts augmenteront à un rythme supérieur ou inférieur au taux de croissance de l'économie. On atteint 10 p. 100 en supposant que les coûts croissent au même rythme que l'économie. Toutefois, en examinant les chiffres des dernières années, on constate que les coûts grimpaient à 10 p. 100 par an, ce qui est beaucoup plus rapide que la croissance de l'économie. Par conséquent, l'estimation de 10 p. 100 pourrait monter plus tard.

Le sénateur Keon: L'autre question à se poser est de savoir ce que ces 10 p. 100 couvriront. Nous n'arrêtons pas de tourner autour du pot à ce sujet.

M. Mintz: Nous avons supposé qu'il n'y aurait aucun changement à la situation actuelle. Les services des médecins et des hôpitaux seraient entièrement couverts. Nous aurions un certain partage du prix des médicaments, des soins à domicile et des soins à long terme, même si tout cela reste essentiellement privé.

Le président: J'ai une question supplémentaire à poser. Croyez-vous vraiment que le pourcentage du PIB constitue un moyen de mesure adéquat? Je ne le crois pas. La vraie question, c'est: quelle est la part publique? C'est la raison pour laquelle vous vous êtes basé sur la part publique, n'est-ce pas?

M. Mintz: Oui, parce que c'est celle qui doit être financée sur les impôts.

Le sénateur Morin: Je vous remercie de votre exposé. J'accepte vos hypothèses. La question du financement anticipé est intéressante, mais elle est difficile à réaliser au niveau fédéral.

Au sujet des impôts et taxes, tout le monde a déjà parlé des primes. Je ne les aborderai donc pas. Il est cependant intéressant de noter que le Royaume-Uni a récemment décidé de s'en tenir à l'impôt sur le revenu. Si vous avez des observations à présenter sur ce point, je serai heureux de les entendre.

J'aimerais parler des taxes à la consommation. D'après un document de l'OCDE sur le régime fiscal canadien et sur les options de changement, le recours à la taxe de vente serait pour le

distortionary view was a sales tax. They recommended strongly that if there were to be an increase in tax in Canada, it should be along the lines of a sales tax.

All polls have shown that Canadians are prepared to pay more in taxes as long as it is dedicated and they are sure it will go to health. Could this be applicable to a sales tax? How would that be acceptable? We feel that premiums would be acceptable because people are used to paying premiums. They pay premiums for personal insurance and for unemployment. This country has a tradition of premiums. However, with the GST, the tradition is the opposite. People do not like the GST.

What do you feel would be the acceptability of Canadians toward a 2 per cent increase that you mentioned? Would that give us \$6 billion a year? Is that what you said?

Mr. Mintz: No, I did not. This was to fund it.

Senator Morin: I realize that, but the same amount would come out of it.

The Chairman: One cent of GST, minus that for low-income earners, yields around \$3.4 billion.

Senator Morin: This is a ballpark figure. This is an interesting idea.

How can we be sure it is a dedicated tax? What is your view on acceptability? I realize that it would be difficult to have co-payment on that, but it could be arranged.

Finally, I should like to address the major issue of tax-based co-payment contributions. I do not think that disease is the same thing is food or clothing or public transport. It is more in the line of disasters; it is more like fire or theft or floods. It is like having someone who has just lost his house to a fire but they have to pay for the firefighters or someone who has had a theft and they have to pay for the police.

Let us take the case of a patient with a chronic disease such as multiple sclerosis or Crohn's disease or juvenile diabetes. There are many expenses associated with that. In addition to having the financial costs of having chronic disease, you would penalize this person by having this person pay extra income tax as compared to the person next door who is healthy and living a healthy life and pays less income tax.

I do not share your view concerning the 17 per cent of incentives. For one thing, half of the costs associated with health care are during the two last years of our life. Most of this is in intensive care. You do not have that much control over expenses. I realize that it does save money, but I feel that the

Canada le moyen qui occasionnerait le moins de distorsions. Le document recommandait donc fortement, si le choix se portait sur une majoration des taxes, d'appliquer l'augmentation à la taxe de vente.

Tous les sondages ont révélé que les Canadiens sont disposés à payer plus d'impôts à condition que les recettes soient consacrées à la santé et à rien d'autre. Peut-on appliquer ce principe à une taxe de vente? Comment cela serait-il acceptable? Nous avons l'impression que les gens accepteraient de payer des primes parce qu'ils sont déjà habitués à le faire. Nous versons déjà des primes pour des assurances personnelles et pour l'assurance-emploi. Cela fait presque partie de nos traditions. Toutefois, dans le cas de la TPS, la tradition va dans le sens opposé. Les gens détestent la TPS.

Comment pensez-vous que les Canadiens réagiraient à l'augmentation de 2 p. 100 de la TPS que vous avez mentionnée? Est-ce que cette augmentation rapporterait 6 milliards de dollars par an? Est-ce bien cela que vous avez dit?

M. Mintz: Non, ce n'est pas cela. Il s'agissait de financement anticipé.

Le sénateur Morin: Je le comprends, mais le même montant pourrait provenir de la TPS.

Le président: Un point de majoration de la TPS rapporterait environ 3,4 milliards de dollars, en tenant compte du crédit à verser aux travailleurs à faible revenu.

Le sénateur Morin: C'est une estimation approximative. L'idée est intéressante.

Comment est-il possible de s'assurer que le produit de la majoration ira strictement à la santé? À votre avis, quelle serait la réaction des Canadiens? Je me rends compte qu'il serait difficile d'inclure l'idée de la franchise dans une proposition de ce genre, mais il est possible de le faire.

J'aimerais enfin aborder la grande question de la quote-part à verser dans le cadre de l'impôt sur le revenu. Je ne crois pas que la maladie soit assimilable à l'achat d'aliments, de vêtements ou de services de transport. Elle serait plutôt assimilable aux catastrophes, comme un incendie, un vol ou une inondation. Votre proposition revient à demander à quelqu'un qui vient de perdre sa maison dans un incendie de payer pour les pompiers ou à quelqu'un qui vient de se faire cambrioler de contribuer aux frais de la police.

Prenons le cas d'une personne atteinte d'une maladie chronique comme la sclérose en plaques, la maladie de Crohn ou le diabète juvénile. Cette personne doit assumer beaucoup de dépenses à cause de sa maladie. Or, à part ces dépenses, vous proposez de la pénaliser en lui faisant payer plus d'impôt qu'une personne en bonne santé qui n'a pas les mêmes dépenses supplémentaires.

Je ne partage pas votre point de vue au sujet des 17 p. 100 de réduction de l'utilisation des services. D'une part, la moitié des dépenses consacrées aux soins de santé sont faites dans les deux dernières années de la vie, surtout en milieu de soins intensifs. Nous n'avons pas une grande marge de contrôle des dépenses. Je

problem of under utilization in the health care is greater than over utilization. Last week, the Canadian Medical Association published a report containing a number of suggestions relating to the tax policy in support of health. For example, they say that the tax system should be used to encourage healthy lifestyles: health eating, exercise, smoking cessation, and so on. Another suggestion was to use tax credits to support informal caregivers and use the tax credit as a way to promote healthy behaviour and improve the system generally.

The chairman has referred to some of these objections; otherwise, I would insist on them. I would be happy to get your thoughts on the sales tax as a way of supporting this.

Mr. Mintz: First, on the sales tax, one of the problems is the issue of dedicated taxes. For employment insurance, we have fully integrated part of the federal budget. It is not really a dedicated tax in the sense that the money is set aside and can be spent on unemployment benefits. If there is a surplus, it goes to the federal government to use as they wish and if there is a deficit, then the federal government needs other sources to cover that.

If you mean a dedicated tax of that type, it would be more acceptable, particularly to the federal government in adopting it. There is a concern about using particular taxes and then funding it for particular things. Many people want to do this for various taxes. If you carry this too far as a principle, you end up putting yourself in a strait jacket because you could be running a surplus on one type of use and dedicated tax and running a deficit in the other but you cannot combine them together.

The Chairman: I absolutely understand that, carried to the extreme, you could not run the system that way. On the other hand — and I feel strongly about this — if you are to persuade Canadians to pay more for health care, you must convince them that it is out of the reach of the Minister of Finance.

Senator Morin: With the disaster we had in the 1990s with all the budgets, if we had a dedicated tax at that time the government could not touch this. We would not have known that. One of the reasons is acceptability by the public and the other one is that we want stable funding. Health needs do not vary with economic cycles. We must put in place a stable revenue system that does not vary with these cycles. The Minister of Finance may not agree with this, but I think that is what Canadians want and I think they are right.

Mr. Mintz: I will raise two other quick points particularly on the GST. First, as a tax, it is a better tax compared with some other taxes that we have in the system in terms of their efficiency

comprends qu'il est possible d'épargner de l'argent, mais j'ai l'impression que, dans notre système de santé, la sous-utilisation est plus importante que la surutilisation. La semaine dernière, l'Association médicale canadienne a publié un rapport contenant des propositions relatives aux mesures fiscales à prendre pour financer le secteur de la santé. L'Association dit par exemple que le régime fiscal devrait servir à encourager une vie plus saine sur les plans de l'alimentation, de l'exercice, du tabac, etc. Elle propose en outre de recourir à des crédits d'impôt pour aider les soignants naturels, favoriser des comportements plus sains et améliorer le système d'une façon générale.

Le président a déjà mentionné quelques-unes de ces objections; autrement, je m'y arrêterai plus longuement. J'aimerais connaître votre point de vue sur le recours à la taxe de vente comme moyen de financement.

M. Mintz: L'une des difficultés de la taxe de vente est de faire en sorte que le produit soit réservé à la santé. Dans le cas de l'assurance-emploi, il y a eu intégration complète dans le Trésor fédéral. Les cotisations recueillies ne sont pas réservées à l'assurance-emploi parce que l'argent n'est pas gardé à part pour servir à financer les prestations des chômeurs. S'il y a un excédent, le gouvernement fédéral est libre de s'en servir à son gré et, s'il y a un déficit, il doit recourir à d'autres sources pour financer le système.

Si c'est dans ce sens que vous parlez d'une taxe spécialement affectée, elle serait certes plus acceptable, surtout si c'est le gouvernement fédéral qui l'adopte. Les taxes spécialement affectées suscitent certaines préoccupations. Beaucoup de gens veulent des taxes spéciales pour différentes fins. Si on va trop loin dans cette voie, on finit par s'enfermer dans un carcan. En effet, si on a un excédent dans un domaine et un déficit dans un autre, on ne peut pas les combiner pour réaliser l'équilibre.

Le président: Je comprends parfaitement cela. Si le système est poussé à l'extrême, il devient impossible à gérer. Par ailleurs — et c'est un point qui me tient particulièrement à cœur —, s'il faut persuader les Canadiens de la nécessité de payer davantage pour les soins de santé, il faut leur donner l'assurance que leur argent est totalement hors de portée du ministre des Finances.

Le sénateur Morin: En pensant au désastre qui a touché tous les budgets dans les années 90, nous pourrions nous dire que si nous avions une taxe spécialement affectée, le gouvernement n'aurait pas pu y toucher. Nous n'aurions pas connu la situation actuelle. En faveur d'une taxe spéciale, il y a, d'une part, le fait qu'elle est plus acceptable pour le public et, de l'autre, la nécessité d'assurer un financement stable. Les besoins de santé ne varient pas avec les cycles économiques. Nous devons avoir un système de financement stable qui n'est pas touché par ces cycles. Le ministre des Finances pourrait ne pas être d'accord, mais je crois que c'est ce que les Canadiens veulent, et je pense qu'ils ont raison.

M. Mintz: Je voudrais aborder rapidement deux autres points concernant la TPS. D'abord, elle se compare favorablement à d'autres taxes que nous avons au chapitre des coûts d'efficacité.

costs. We also must remember that the GST now is dedicated for retiring government debt. Still, the GST revenues are lower than the total amount of debt payments. We keep forgetting that.

A health care premium, in terms of the economic costs of the health care premium, would be superior to the GST. The only thing about the health care premium is that at least GST payments will rise with person's consumption. If a person is richer and consumes more, then they will pay more compared with a health care premium. That would be the value of the GST premium being used over the health care premium. Health care premiums would be sensible to use if they are viewed as a payment for the system — particularly if you introduce the notion of deductibles or something else that is related to use.

I think you are being unfair about our proposal in the following sense: If you look at fire insurance, if someone has a fire they pay. There is a deductible if a fire destroys their house. Insurance will cover almost all the costs, which could be huge, but people will still pay something because there is always a deductible involved. Why? If they are smoking in bed or do not check their electrical wires they might cause a fire, or they may not be taking action to prevent fires.

I would suggest that our proposal is very much along those lines. It does not mean that when someone goes into the hospital for a major operation they will pay thousands of dollars. That is not our proposal. In fact, they do not have to pay a user fee at that point. They will not be charged thousands of dollars and then need to settle later on. Instead, they will be told that was their service. Later on, there is a settlement that would be based on income, and they will never pay more than 3 per cent of their income. If someone has \$50,000 in income, they will not pay more than \$1,500 for the procedures they received in a particular year. You can change the numbers and set it at 1 per cent or 2 per cent, I do not mind. It is not much different from the concept of having a deductible under an insurance system, and we must think about it that way.

With respect to the figure of 17 per cent, I want to mention that these are numbers based on various studies. You are absolutely right, if someone is elderly and toward the end of their life and they have to pay for the cost of something, they may still want to pay for it and not change their payment.

That is an interesting question. If someone is at the last part of their life and they have a choice between having some procedure costing thousands of dollars to extend their life for 20 days versus leaving more money to their kids, they may decide to be left alone.

That is a difficult ethical question.

Senator Fairbairn: Returning to the consumption tax — the GST — the part of the population who were probably most outraged at the time was the seniors on a fixed income. When you combine the fixed income with the accelerated requirement for health care assistance, can you tell me how that factors into your thoughts? Is there some way that seniors in that position could have some relief of sorts?

N'oublions pas en outre que la TPS doit maintenant servir à rembourser la dette. Pourtant, les recettes de la TPS sont inférieures au service total de la dette. Nous l'oublions constamment.

Une prime d'assurance-santé serait supérieure à la TPS sur le plan des coûts économiques. Le seul avantage de la TPS à cet égard est que son montant augmente avec la consommation. Par conséquent, parce qu'elle consomme plus, une personne riche paiera davantage que dans le cas d'une prime d'assurance-santé. Ce serait un avantage de la TPS. Les primes seraient sensibles à l'utilisation si elles sont perçues comme un paiement, c'est-à-dire si on introduit la notion de franchise ou d'une autre forme de frais d'utilisation.

Je crois que vous êtes injuste envers notre proposition. Considérons en effet le cas de l'assurance-incendie: si on a un incendie chez soi, on doit payer. Si un incendie détruit la maison, le propriétaire doit acquitter le montant de la franchise. L'assurance couvre presque tous les frais, qui peuvent être énormes, mais le propriétaire a quand même quelque chose à payer. Pourquoi? S'il a fumé au lit, s'il n'a pas vérifié le câblage électrique, s'il n'a pas pris les mesures nécessaires, il peut avoir eu une certaine responsabilité dans l'incendie.

Notre proposition s'inspire beaucoup de la même situation. Elle n'impose pas à une personne qui doit subir une importante opération de payer des milliers de dollars à son arrivée à l'hôpital. Ce n'est pas ce que nous proposons. La personne n'a pas à payer à ce moment. De plus, le montant ne lui sera pas facturé plus tard. On lui dira simplement ce que le service a coûté. Plus tard, elle aura à payer sur la base de son revenu, mais le paiement ne dépassera jamais 3 p. 100 de ce qu'elle a gagné. Si elle a eu des rentrées de 50 000 \$, elle ne paiera pas plus de 1 500 \$ pour les services reçus dans une année donnée. Il est facile de modifier les chiffres, de façon à baisser le taux à 2 ou à 1 p. 100. Je n'y vois pas d'inconvénient. Ce n'est pas très différent de la franchise dans le cas d'une police d'assurance. C'est dans cette optique que nous devons y penser.

En ce qui concerne les 17 p. 100, je dois dire que le chiffre se base sur différentes études. Vous avez tout à fait raison, si une personne est dans les dernières années de sa vie et qu'elle a des frais à payer, elle obtiendra probablement les services dont elle a besoin.

C'est une question intéressante. Si, dans les dernières années de sa vie, une personne a le choix entre accepter une intervention qui coûtera des milliers de dollars pour prolonger sa vie de 20 jours ou laisser cet argent à ses enfants, elle pourrait décider de demander qu'on la laisse tranquille.

C'est une question éthique difficile.

Le sénateur Fairbairn: Pour revenir à la taxe à la consommation, c'est-à-dire la TPS, ce sont les personnes âgées ayant un revenu fixe qui ont été les plus indignées à l'époque. Si vous ajoutez l'augmentation des frais de santé au revenu fixe, quelle serait à votre avis la situation des personnes âgées? Pourrait-on trouver un moyen de les aider?

Mr. Mintz: You would have to increase the GST credit. This way very low-income people would not be impacted as much by the increased tax, if you went that route.

Senator Fairbairn: I was speaking specifically about seniors who do not have any income other than the OAS and the supplement. Are you thinking of that kind of assistance to the lower end of the regular earnings scale, for example, single mothers with very little?

Mr. Mintz: That is what I mean by increasing the credit. That is what we did when we introduced the GST. You would have to carry out some policy like that to relieve low-income people.

Senator Fairbairn: You might have to give a special thought to what kind of credit it would be, as the credit could mount up quickly because of the expenses due to illnesses and age.

Mr. Mintz: I agree, but medical items are usually not taxable under the GST, so it would not be related to those expenses. Simply increasing the GST rate would be a bigger burden on lower income Canadians, and seniors would be more affected that way. Therefore, the relief would have to be something like increasing the GST credit in order to reduce some of that burden.

It would be interesting to examine the Alberta case, because the elderly pay the health care premium. My mother is in Edmonton.

Senator Fairbairn: Is she happy about it now?

Mr. Mintz: She is not exactly happy about it, and does not support it, naturally. That is obvious compared with a GST increase. It is a bigger burden on lower income individuals, and again, you would need to provide some sort of relief at the lower level for the premium not to hit the lower income seniors so hard.

Senator Robertson: I should like to concentrate on Mr. Mintz's last proposal, the one I believe he is recommending to us, the 3 per cent. That seems to be the preferred proposal.

Mr. Mintz, I have many questions about it. I wonder why, for instance, you have a flat rate of 3 per cent and not a progressive rate; the greater the income the higher the contribution rate? Is there a fairness element there? I suppose your mathematical structures would bring you to your cut-off of 3 per cent.

I heard you say that people with an income below \$10,000, who would be living in poverty, would be exempt. The income of \$10,000 cannot be lived on. If you raised the \$10,000 to \$25,000, or something like that, how does that rearrange your configuration? Again, you are probably talking about seniors. I am not sure what the OAS/GIS total is now, but if the only income a senior has is OAS/GIS, there is surely not enough money left over to do anything else. They are lucky to have a roof over their head. The same thing is true with single mothers with two or three children. They do well to put food on the table.

M. Mintz: Il faudrait augmenter le crédit pour TPS. Ainsi, les personnes ayant un très faible revenu ne seraient pas touchées dans la même mesure par une majoration de la taxe, si c'est l'option retenue.

Le sénateur Fairbairn: Je pensais en particulier aux personnes âgées qui n'ont pas d'autre revenu que la pension de vieillesse et le supplément de revenu garanti. Pensez-vous aider les gens à revenu très bas, comme beaucoup de mères célibataires, par exemple?

M. Mintz: Ce serait l'objet d'une augmentation du crédit pour TPS. Le crédit a été établi à cette fin lors de l'adoption de la TPS. Il serait nécessaire d'élaborer une politique de ce genre pour aider les gens à faible revenu.

Le sénateur Fairbairn: Il faudrait penser sérieusement au genre de crédit à accorder. En effet, le crédit pourrait monter rapidement à cause des dépenses dues aux maladies et à l'âge.

M. Mintz: Vous avez raison, mais les articles médicaux ne sont ordinairement pas assujettis à la TPS, ce qui exclut ces dépenses. Une simple majoration du taux de la TPS imposerait un fardeau plus lourd aux Canadiens à faible revenu et aux personnes âgées. Par conséquent, il conviendrait en même temps d'augmenter le crédit pour TPS afin de réduire quelque peu ce fardeau.

Il serait intéressant d'examiner le cas de l'Alberta où les personnes âgées paient la prime d'assurance-santé. Ma mère vit à Edmonton.

Le sénateur Fairbairn: Est-elle satisfaite de cette situation?

M. Mintz: Pas exactement. Naturellement, elle n'appuie pas l'idée. C'est évident dans le cas d'une majoration de la TPS. Le fardeau imposé est plus lourd pour les personnes à faible revenu. On a donc besoin de leur accorder de l'aide pour que le montant à payer ne soit pas excessif dans le cas des personnes âgées à faible revenu.

Le sénateur Robertson: Je voudrais parler de la dernière proposition de M. Mintz, celle de la quote-part de 3 p. 100 qu'il nous recommande, je crois, et qui semblait être privilégiée.

Monsieur Mintz, je me pose plusieurs questions à ce sujet. Je me demande, par exemple, pourquoi vous proposez un taux uniforme de 3 p. 100 au lieu d'un taux progressif? Pourquoi pas un taux de contribution supérieur pour les revenus élevés? Y a-t-il là un élément d'équité? Je suppose que vos modèles mathématiques produisent ce seuil de 3 p. 100.

Je vous ai entendu dire que les gens dont le revenu serait inférieur à 10 000 \$, qui vivent donc dans la pauvreté, seraient exemptés. Or il est impossible de vivre sur un revenu de 10 000 \$. Si vous releviez ce seuil à 25 000 \$ ou à un montant de cet ordre, quelles en seraient les répercussions sur votre modèle? Vous parlez probablement de personnes âgées. Je ne sais pas précisément à combien s'élèvent actuellement la pension de vieillesse et le supplément de revenu garanti, mais si la combinaison des deux représente le seul revenu d'une personne âgée, il ne lui reste sûrement pas assez d'argent pour payer autre chose. Elle aurait

I am very much concerned about the \$10,000 structure. I would like you to give us the relevant data if you raise that to a sensible level that really reflects people in low incomes; \$25,000, maybe more.

If I understand this correctly, it seems to me that the 3 per cent is not designated. I understand your point that the Employment Insurance payments are designated but they are used for that designation. Some of us object to that, but that is another issue.

I would be nervous about having a designated fund feeding general revenue and having the Minister of Finance put his or her hot little hands on it. I think it would vanish in the night. It certainly should not go toward the reduction of taxes. If we are to add money to the system for health, then let us try to have some stable funding out of this so that in years of decline of revenue, we will not have to do what we had to do this past decade.

The Chairman: As a long-time Minister of Health in New Brunswick, Senator Robertson understands whereof she speaks when it comes to the natures of ministers of finance.

Senator Robertson: We have a saying down East that we are really much better managers than the rest of the country because when you have no money, you must be more innovative. The rest of the Canadian provinces do not need to be so innovative.

If we were to have a designated tax, I would challenge you that it should go to general revenue. I would like you to give us another answer to that to keep it out of the hands of the little clutches over there in finance. It would just be gone, and that would be the end of that money.

Your explanation of the different systems is good and the premiums are not bad. Again, you have to look at the different levels of income. I will have to review my notes about what you said, Mr. Mintz, but regardless of what we do, please tell us how we can finance the money required without inflicting any more hurt on seniors living in poverty and people living below the poverty line? I would like some response.

Mr. Mintz: Those are all interesting and useful points.

First, on the 3 per cent flat charge, or income limitation charge, I should mention that we modelled a progressive income limitation. Originally, when we started off, we tried 1 per cent, 3 per cent and 5 per cent, depending on the income level. It was easy to model it that way. The more important point of our proposal is the idea that the payment will be somewhat related to usage and there will be an income limitation associated with it. That is the important principle.

déjà de la chance si elle a un toit. Il en est de même des mères célibataires qui élèvent deux ou trois enfants. Elles ont à peine de quoi nourrir la famille.

Ce seuil de 10 000 \$ m'inquiète beaucoup. J'aimerais que vous nous donniez les chiffres qui correspondraient à un seuil plus raisonnable reflétant vraiment la situation des gens à faible revenu. Par exemple, 25 000 \$, ou plus peut-être.

Si j'ai bien compris, les 3 p. 100 ne seraient pas spécialement affectés. Je comprends votre argument au sujet des cotisations d'assurance-emploi qui sont désignées, mais ne servent pas nécessairement aux fins prévues. Certains d'entre nous s'opposent à cela, mais c'est une autre question.

Je serais mal à l'aise si un fonds désigné va directement dans le Trésor et que le ministre des Finances est libre de s'en servir à son gré. Je crois qu'il disparaîtrait dans la nuit. Ce fonds ne devrait sûrement pas servir à réduire les impôts. Si nous devons mettre plus d'argent dans le système des soins de santé, nous devons chercher à assurer un financement stable pour que nous n'ayons pas à faire ce que nous avons fait cette dernière décennie dans les années où les recettes diminuent.

Le président: Ayant longtemps occupé les fonctions de ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick, le sénateur Robertson sait de quoi elle parle lorsqu'elle évoque les agissements des ministres des Finances.

Le sénateur Robertson: Nous avons l'habitude de dire, dans l'Est, que nous savons beaucoup mieux que les autres gérer l'argent. Quand on n'en a pas, voyez-vous, il faut savoir innover. Les autres provinces du Canada n'ont pas à innover autant.

Si nous avons un impôt désigné, je m'opposerai énergiquement à ce qu'il soit versé au Trésor. Il est essentiel que l'argent soit à l'abri des griffes des gens des Finances. Autrement, nous n'en verrons jamais la couleur.

Votre description des différents systèmes est bonne. Les primes seraient acceptables. Encore une fois, il faut tenir compte des différents niveaux de revenu. Je devrai revoir mes notes au sujet de ce que vous avez dit, monsieur Mintz, mais, quelle que soit la solution retenue, dites-moi de quelle façon nous pouvons réunir l'argent nécessaire sans infliger d'autres souffrances aux personnes âgées qui vivent dans la pauvreté et aux autres personnes qui se situent au-dessous du seuil de la pauvreté. J'aimerais connaître votre réponse.

M. Mintz: Tous les points que vous avez soulevés sont intéressants et utiles.

Tout d'abord, au sujet du plafond uniforme de 3 p. 100 du revenu, je voudrais mentionner que nous avons modélisé un plafond de revenu progressif. À l'origine, nous avons appliqué des taux de 1 p. 100, 3 p. 100 et 5 p. 100, selon la tranche de revenu. Il est facile d'établir des modèles de ce genre. L'aspect le plus important de notre proposition, c'est la notion d'un paiement relié d'une façon ou d'une autre à l'utilisation, avec un plafond basé sur le revenu. C'est l'idée de base du modèle.

The numbers are subject to debate. We put a specific proposal forth because people have to fix on something to discuss so that the proposal can be varied. It is an idea.

I did not like the 1 per cent, 3 per cent and 5 per cent rate figures because when people hit the income limitation, you are effectively adding 5 percentage points to their marginal tax rate. If they earn more income, they have to pay more of their health care benefits. I was worried about having that high of a marginal tax rate added to the current system of marginal tax rates. We have been so busy trying to lower those rates in Canada, I went with the 3 per cent. I thought it was easier and simpler. I recognize that there could be a graduated rate schedule.

The 3 per cent rate came partly from the medical expense credit. Right now, people are able to write off private medical expenses that are greater than 3 per cent of their net income — not the gross income figure that we use. We modelled it to see how much revenue we could raise and, if we thought that we would raise over \$5 billion in revenue we would stick with it. That is a choice variable and people may want to do more modelling to see what kind of revenue they could drum up. Perhaps a greater number than 3 per cent would be required.

Concerning the \$10,000 in income, I find your comments appropriate. In fact, they should be directed to the Minister of Finance. Currently, the personal exemption in Canada at the federal level is less than \$10,000. I cannot remember the exact number.

The Chairman: It is certainly under \$10,000.

Mr. Mintz: We are being more generous than the current income tax system because, once people hit over that income level, they start paying income taxes, on top of GST and other things. I am sympathetic to your comments. That is a number that could change under our model. These are choice variables to be played around with in the model. I do not think that you have to take the number that we are suggesting; it was merely for the sake of discussion. In Alberta, I think the personal exemption level is around \$12,000 and twice that if there is a spouse and/or family. One of the things mentioned in the report is that you can consider doubling the allowance for families, as well.

Finally, in response to whether you would want to have a dedicated tax or new funding, my comments are consistent with what I have been saying over the past several years. I do not believe we have a taxation problem in Canada such that there is not enough revenue for governments. All governments in Canada raise revenues that are 44 per cent of GDP. We must seriously ask how much bigger does government need to be in this country? It is a question of priorities and where we spend our money. In this particular model, I was not about to put out a proposal to raise the overall level of taxes in the economy. I am willing to accept the idea that you do not need to lower personal income taxes or that you could cut some other expenditures to make the numbers work. I violently object to raising more taxes in this economy

Tous les nombres peuvent être modifiés. Nous avons présenté une proposition précise pour donner un point de départ à la discussion. C'est juste une idée.

J'ai hésité au sujet du projet à 1, 3 et 5 p. 100 parce qu'au dernier échelon, on ajouterait cinq points de pourcentage au taux d'imposition marginal. Si les gens gagnent plus d'argent, ils doivent payer une plus grande part de leurs prestations de santé. J'ai hésité à proposer de majorer à ce point le taux marginal. Il a fallu beaucoup d'efforts au Canada pour abaisser ces taux. J'ai choisi donc le plafond à 3 p. 100, que je trouvais plus simple et plus facile. J'admets cependant qu'il est possible d'établir un barème progressif.

Le taux de 3 p. 100 s'inspire en partie du crédit d'impôt pour frais médicaux. À l'heure actuelle, les gens peuvent déduire, aux fins du crédit d'impôt, le montant de leurs frais médicaux privés qui dépasse 3 p. 100 de leur revenu net, par opposition au revenu brut que nous avons utilisé. Nous avons établi le modèle pour déterminer combien d'argent il était possible de réunir ainsi. Nous avons estimé que si le résultat dépassait 5 milliards de dollars, nous garderions l'hypothèse de départ. Le taux est un élément qu'on peut faire varier. Il est possible d'essayer le modèle avec d'autres chiffres. On arriverait peut-être à un taux supérieur à 3 p. 100.

Au sujet du seuil de 10 000 \$, vos observations sont tout à fait pertinentes. En fait, vous devriez peut-être les adresser au ministre des Finances. À l'heure actuelle, le niveau d'exemption personnel, à l'échelon fédéral, est inférieur à 10 000 \$. Je ne me souviens pas du chiffre exact.

Le président: Il est certainement inférieur à 10 000 \$.

M. Mintz: Nous avons donc été plus généreux que le régime fiscal actuel parce qu'une fois qu'ils atteignent ce niveau de revenu, les Canadiens commencent à payer de l'impôt, en sus de la TPS et d'autres taxes. Je comprends fort bien vos préoccupations. C'est un chiffre que nous pouvons modifier dans notre modèle, comme plusieurs autres d'ailleurs. Vous n'êtes pas du tout obligés d'accepter nos chiffres, qui ne sont là que pour amorcer la discussion. En Alberta, je crois que le niveau d'exemption personnel est de l'ordre de 12 000 \$ et qu'il atteint le double de ce chiffre s'il y a un conjoint ou d'autres membres de la famille. Il est mentionné dans le rapport qu'on peut envisager de doubler les allocations pour les familles.

Enfin, en réponse à la question de savoir s'il est préférable d'établir une taxe spécialement affectée ou un nouveau financement, ma réaction est la même depuis plusieurs années. Je ne crois pas qu'il existe au Canada un problème fiscal qui ne permet pas au gouvernement de réunir les recettes nécessaires. Tous les gouvernements du Canada perçoivent des recettes, qui totalisent 44 p. 100 du PIB. Nous devons nous demander sérieusement si l'administration doit encore grossir dans notre pays. C'est une question de priorité et de répartition de l'argent perçu. Dans ce modèle particulier, je n'étais pas disposé à proposer un modèle qui augmenterait le niveau général des impôts dans l'économie. Je veux bien accepter l'idée qu'il n'est pas nécessaire de réduire l'impôt sur le revenu des particuliers et qu'il

when our governments are bigger than ever, and especially in a world where we have to worry about competitiveness and productivity. That is not the way to go.

Senator Robertson: We have the GST at 7 per cent and I think all political parties have tossed about the notion and almost promised to reduce the GST. Rather than raise taxes, it would be sensible — in line with your comments on the excessive taxation that Canadians have — to dedicate 3 per cent of the GST to health care. In that way, we would not be raising the taxation rate and we would be honouring certain comments. Would you comment on that?

Mr. Mintz: I do not think it will help very much, but that is certainly a way of trying to avoid raising taxes. Now, we know that health care expenditures are approximately \$60 billion and tax revenues are greater than that. You could dedicate 3 per cent of the GST toward health care financing, but it would not have any impact on what we are doing now. It is just a change of label. I do not see that as being particularly helpful.

The Chairman: If you took the proposal to move three of the seven points of the GST and dedicate them to health care, that amount of money — roughly \$10 billion — is no longer available for other government programs. In effect, what you have done is to cut government programs by \$10 billion in order to add that to health. That is not new money into the system.

Senator Robertson: I understand that. We are talking about surpluses here.

Mr. Mintz: I am not necessarily assuming you are going to cut \$10 billion in expenses.

The Chairman: In effect you suggesting we could pay for it out the surplus.

Senator Callbeck: I have a few questions and I will give them to you all at once.

You mentioned that by the year 2040, health care would take up 60 per cent to 65 per cent of the provincial budget. Is that to sustain the system we have right now, or are you assuming new programs such as Pharmacare and home care?

On the flat-based premium, has the institute done any work on that? If we were to have a uniform premium do you have a ballpark figure as to how much that might be?

On the proposal that you presented to us, you are going to come up with \$6.8 billion, and then you thought there might be another \$7 billion saved.

Mr. Mintz: About \$6 billion saved.

est possible de couper certaines dépenses pour équilibrer les chiffres. Je m'oppose très énergiquement à des hausses d'impôt quand nos gouvernements sont plus gros qu'ils ne l'ont jamais été, surtout dans un monde où nous devons nous soucier de compétitivité et de productivité. Ce ne serait sûrement pas la bonne solution.

Le sénateur Robertson: La TPS est actuellement à 7 p. 100, et je pense que tous les partis politiques ont plus ou moins promis de réduire ce taux. Plutôt que d'augmenter les impôts, il serait logique — compte tenu de ce que vous venez de dire au sujet de l'imposition excessive des Canadiens — de consacrer 3 p. 100 de la TPS aux soins de santé. Ainsi, nous n'aurions pas à majorer les taux d'imposition et nous pourrions honorer certains engagements. Qu'en pensez-vous?

M. Mintz: Je ne crois pas que ce serait très utile, mais ce serait sûrement un moyen d'éviter d'augmenter les impôts. Nous savons que les dépenses de santé sont d'environ 60 milliards de dollars et que les recettes fiscales sont supérieures à cela. Vous pouvez consacrer 3 p. 100 de la TPS au financement des services de santé, mais cela n'aurait aucun effet sur ce que nous faisons maintenant. Ce serait un simple changement d'étiquette. Je n'y vois aucun avantage particulier.

Le président: Si on prenait trois des sept points de pourcentage de la TPS et qu'on les consacrait aux services de santé, le montant correspondant — environ 10 milliards de dollars — devrait être retiré à d'autres programmes fédéraux. On n'aurait rien fait d'autre que de couper 10 milliards dans les programmes pour les affecter à la santé. Nous n'injectons aucun argent frais dans le système.

Le sénateur Robertson: Je comprends cela, mais nous parlons d'excédents.

M. Mintz: Je ne suppose pas nécessairement qu'il est possible de réduire les dépenses de 10 milliards de dollars.

Le président: Vous suggérez donc de consacrer l'excédent à la santé.

Le sénateur Callbeck: J'ai quelques questions, que je vais vous poser en bloc.

Vous avez mentionné que d'ici 2040, les services de santé accaparaient 60 à 65 p. 100 des budgets provinciaux. Ces chiffres permettent-ils seulement de maintenir ce que nous avons aujourd'hui, ou bien supposez-vous que de nouveaux programmes seront adoptés, comme l'assurance-médicaments et les soins à domicile?

Au sujet des primes uniformes, l'Institut a-t-il réalisé des travaux dans ce domaine? Si nous devons instituer des primes uniformes, pourriez-vous nous dire en gros quel en serait le montant?

Et au sujet de votre proposition, vous pensez recueillir 6,8 milliards de dollars et économiser peut-être, en sus, 7 autres milliards.

M. Mintz: Environ 6 milliards de dollars d'économies.

Senator Callbeck: That would represent approximately 14 per cent of the overall cost of the health system in Canada. Is that the money you feel we need to sustain the present system, or to add new programs? I wonder why those figures.

I look at this proposal and I wonder why any government would go through trying to sell a new tax to the public and end up with the same amount of money?

Finally, we consider pre-funding health care costs for the future. How can we even think about that when we have a problem financing the present?

Mr. Mintz: First, with respect to the figure of 60 per cent to 65 per cent, I quoted on provincial budgets. That is assuming no introduction of any new programs. That is the current system as we have it, so there is no change in what we are doing now. It would be based on current policies. Of course, if you introduced anything new that will be added on top.

With respect to the flat-based premium, no, we have not done any work on that. My colleague, Bill Robson, has been working on pre-funding, and he is working on a paper now. We have a current draft of this paper and he did model the consumption tax and income tax that would be required for pre-funding.

I have suggested that he consider health care premiums and payroll taxes to complete the picture, but I do not know if he will be doing that. We may have something along those lines in the future. I will take that up with him as a question of this committee.

With respect to your question about these particular costs, with this proposal, I was trying to bring in a system that would enhance accountability in health care financing and provision where people would be more conscious of the costs of service that are provided to them. Therefore, I did not look at this as a new premium to raise new revenues as opposed to substituting away from general revenues. Our main point is to say that general revenue is not the optimal source of funding, that revenues coming from a user-pay related charge would be appropriate.

However, when you think of the dynamics over time where costs will rise and governments will have to increase revenues every year, as they do, it is quite possible to introduce this type of program, or tax, as opposed to raising other taxes that would help fund the system. Therefore, I am raising the idea of thinking about the appropriate funding source. The incentive-based one is the really the way to go into terms of some of the financing we require for the public system in order to get some changes down the road.

Finally, on your pre-funding question, I agree that it is a hard sell to talk about pre-funding now when Canadians feel they do not have enough money in the current system. However, this

Le sénateur Callbeck: Cela représenterait environ 14 p. 100 du coût total du système de soins de santé au Canada. Pensez-vous que cet argent suffirait pour maintenir le système actuel ou pour ajouter de nouveaux programmes? Je me demande d'où viennent ces chiffres.

Je regarde cette proposition et je me demande pourquoi un gouvernement essaierait de persuader le public d'accepter un nouvel impôt pour en arriver au même montant.

Enfin, nous envisageons de financer les services de santé par anticipation. Comment pouvons-nous même y penser en présence des problèmes de financement que nous avons aujourd'hui?

M. Mintz: Tout d'abord, au sujet des 60 ou 65 p. 100 des budgets provinciaux, ce chiffre ne tient compte de l'introduction d'aucun nouveau programme. Il s'agit purement et simplement de maintenir le système actuel. Nous n'avons donc prévu aucun changement. Les politiques aussi resteraient les mêmes. Par conséquent, pour financer n'importe quel nouveau programme, il faudrait ajouter d'autres fonds.

Quant aux primes uniformes, non, nous n'avons pas réalisé de travaux à ce sujet. Mon collègue, Bill Robson, a travaillé sur le financement anticipé. Il rédige actuellement un document sur cette question. Nous en avons déjà une première ébauche. Il a également modélisé la taxe à la consommation et l'impôt sur le revenu pour déterminer les montants nécessaires au financement anticipé.

Je lui ai suggéré d'envisager les primes d'assurance-santé et les charges sociales pour disposer d'un tableau complet, mais je ne sais pas s'il le fera. Nous aurons peut-être quelque chose de ce genre à l'avenir. Je lui transmettrai cela comme question de la part du comité.

Quant à votre question sur les coûts particuliers mentionnés dans la proposition, je voulais concevoir un système qui puisse renforcer la responsabilité dans le financement et la prestation des services de santé, pour que les gens soient plus conscients du coût des soins qu'ils reçoivent. De mon point de vue, ce ne sont pas de nouvelles primes destinées à produire de nouvelles recettes. Elles avaient plutôt pour objet de réduire les montants puisés dans l'ensemble des recettes fiscales. Nous croyons que ces recettes ne constituent pas une source optimale de financement et que les frais d'utilisation sont préférables.

Toutefois, quand on pense à l'évolution avec le temps, il est clair que les coûts augmenteront et que les gouvernements devront accroître leurs recettes chaque année. Dans cette situation, il est tout à fait possible d'adopter ce genre de programme ou de taxe au lieu de percevoir d'autres impôts pour financer le système. Voilà pourquoi je cherche à déterminer la source de financement la plus adéquate. Je pense vraiment que c'est celle qui comporte des mesures incitatives, car elle permet d'espérer certains changements à l'avenir dans le régime public.

Enfin, en ce qui concerne le financement anticipé, je conviens que l'idée est difficile à faire accepter quand les Canadiens ont l'impression qu'il n'y a pas suffisamment d'argent pour financer

suggests that if we think we have a problem now with funding health care, imagine what we will have down the road in 30 to 40 years.

Tax rates on the working population by that time will be very high to fund all these elderly benefits — not just health care but also pension-related benefits and other things. We have an immense problem with respect to the demography. The OECD has estimated that Canada's primary balances will worsen by 10 per cent of GDP by 2050. In the U.S., it will be 5 per cent.

This means that, in Canada, with a current revenue-to-GDP ratio of 44 per cent, we will be looking at 53 per cent by 2050. The United States will be looking at 38 per cent. If we think we have a problem of productivity and differences in tax rates between Canada and the U.S. and all the issues involved with that now, we will have an even bigger problem down the road. We will have to think about how we will address this issue, which gets to the sustainability issue.

The Chairman: As I understood your response to one of my earlier questions, if we ask you to run your model with different parameters, is that possible?

Mr. Mintz: We can talk about that.

The Chairman: We will be in touch.

The committee continued *in camera*.

les besoins actuels. Toutefois, si nous pensons avoir des difficultés de financement aujourd'hui, imaginez les problèmes que nous devrons affronter dans 30 ou 40 ans.

À ce moment, les travailleurs auront déjà à payer des impôts très élevés pour financer les prestations des personnes âgées. Je ne parle pas seulement des prestations de santé, il y a aussi les pensions et tout le reste. Nous aurons un énorme problème démographique. L'OCDE a estimé que les soldes primaires du Canada augmenteront de 10 p. 100 du PIB d'ici 2050. Aux États-Unis, ils augmenteront de 5 p. 100.

Cela signifie qu'au Canada, notre ratio actuel recettes-PIB de 44 p. 100 passerait à 53 p. 100 d'ici 2050. Le chiffre correspondant des États-Unis serait de 38 p. 100. Si nous pensons avoir aujourd'hui des problèmes de productivité et d'écart entre les taux d'imposition par rapport aux États-Unis, imaginez où nous en serons à l'avenir. Voilà pourquoi nous devons songer tout de suite à la question de la viabilité.

Le président: Si j'ai bien compris votre réponse à l'une de mes questions précédentes, vous pouvez utiliser votre modèle pour produire des résultats avec des paramètres différents. Est-ce que je me trompe?

M. Mintz: Nous pouvons en discuter.

Le président: Nous garderons le contact.

La séance se poursuit à huis clos.



If undelivered, return COVER ONLY to:

Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

WITNESS

From the C.D. Howe Institute:

Mr. Jack Mintz, President and CEO.

TÉMOIN

De l'Institut C.D. Howe:

M. Jack Mintz, président-directeur général.