

NON-RÉVISÉ

**MÉTHODES POSSIBLES DE FINANCEMENT
D'UNE HAUSSE SUPPLÉMENTAIRE
DES DÉPENSES DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL
DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ**

**Étude préparée pour le
Comité sénatorial permanent
des affaires sociales, de la science et de la technologie
L'honorable Michael J. L. Kirby, président**

**Robert D. Brown, B.Comm., M.A., F.C.A.
Avec Michanne Haynes, B.A., M.Sc.**

ÉBAUCHE : 21 JUILLET 2002

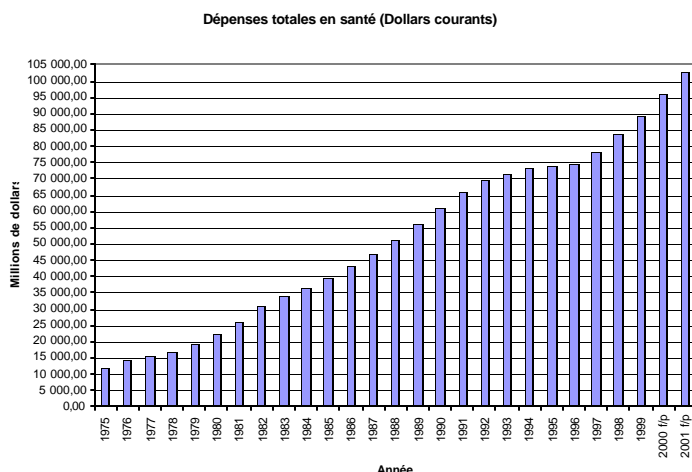
TABLE DES MATIÈRES

- A. INTRODUCTION
- B. LE FINANCEMENT ET LES GRANDS ENJEUX SOCIO-ÉCONOMIQUES
- C. LE FINANCEMENT PAR LES RECETTES FISCALES GÉNÉRALES
- D. LES SOURCES DE FINANCEMENT NON FISCALES
- E. COMPARAISONS PAR PAYS
- F. CONCLUSION

À RÉVISER

A. INTRODUCTION

Tel qu'indiqué dans d'autres études préparées pour le rapport La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral (Rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie), la viabilité du financement actuel de notre système de santé est menacée par les pressions qu'exercent sur nos ressources en santé la hausse rapide des coûts et le besoin de mettre en place d'autres réformes pour améliorer l'efficacité et l'efficacité du régime.



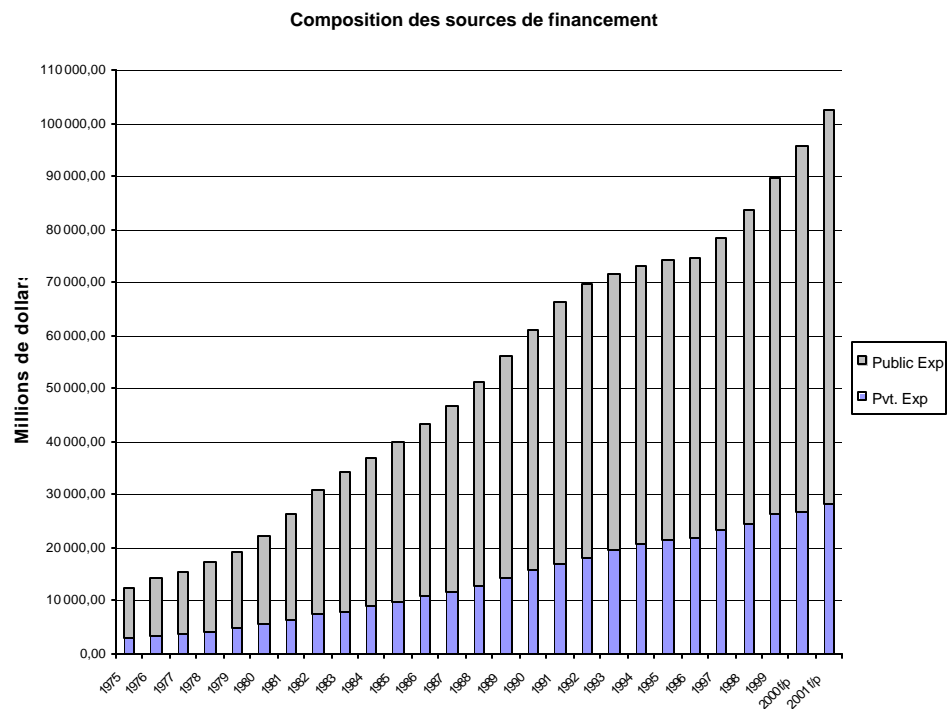
Source : ISIS

Diverses solutions s'offrent aux gouvernements canadiens pour accorder d'autres ressources financières au système de santé. Afin de pouvoir payer les coûts croissants de notre système de santé public et en faisant l'hypothèse raisonnable que ces hausses de coûts ne sont pas élevées au point de ne pas pouvoir être financées à même leurs recettes existantes, les gouvernements pourraient simplement accroître le niveau d'un ou de plusieurs des impôts actuels. Ou encore, les gouvernements pourraient instaurer de nouvelles mesures fiscales reliées directement au financement du système de santé. De nouvelles primes d'assurance-santé variables, qui dépendraient du niveau de revenu, pourraient être imposées, ou le Canada pourrait suivre l'exemple d'autres pays qui ont recours à des charges sociales spécifiques pour la santé et versées par les employeurs et les employés. Des primes d'assurance-santé privée élargie, versées par les employés ou les employeurs ou partagées par ces deux groupes, pourraient aussi être utilisées. D'autres nouvelles méthodes de financement comprennent les comptes d'épargne-santé (des comptes dans lesquels des sommes sont mises de côté en vue des futurs besoins médicaux personnels) ou encore les paiements effectués directement par les consommateurs ou les frais d'utilisation qui peuvent être un montant fixe couvrant une partie du coût des services, un pourcentage du coût des services médicaux obtenus (coassurance ou quote-part), ou un montant que le patient doit assumer avant que l'assurance commence à couvrir les coûts (franchise).

Tout nouveau financement qui peut être consacré aux dépenses de santé nécessite une réaffectation des ressources de notre société – il faut aller chercher d'autres fonds dans

les goussets des contribuables en créant de nouveaux impôts ou en majorant les impôts existants, et les affecter au financement du programme existant et à ses hausses de coûts continues, ainsi qu'au financement d'autres soins de santé si possible. Cette réaffectation par l'entremise d'une hausse des impôts et des charges a un prix – non seulement l'effet direct des nouveaux impôts et des nouvelles charges, mais aussi des conséquences indirectes sur l'économie, notamment d'éventuelles baisses des investissements et des dépenses dans d'autres domaines à cause de ces impôts plus élevés. Par conséquent, il faut peser avec soin les coûts et les avantages des nouvelles dépenses de santé.

Au Canada, un mélange de sources publiques et privées sert actuellement à financer le secteur de la santé. En règle générale, les contributions des gouvernements au système sont puisées dans les recettes générales et proviennent donc en grande partie de l'impôt sur le revenu des particuliers, de l'impôt sur le revenu des sociétés, et des taxes à la consommation ou des taxes de vente. Bien qu'une part importante des recettes publiques servent à payer les coûts de santé, il n'y a pas de lien direct entre les impôts perçus et les soins fournis, et peu de Canadiens ont une idée claire des coûts du système ou de la façon dont les coûts sont assumés actuellement. Certaines provinces perçoivent un « impôt-santé » qui n'est pas relié aux coûts de santé et constitue essentiellement une façon de désigner un impôt. L'expansion continue des coûts, stimulée par la technologie et la démographie, impose des contraintes considérables à la prestation des soins de santé dans le système et aux budgets des gouvernements qui doivent faire face aux hausses de coûts. La structure du système de santé est variée et comprend des éléments publics et privés.



Source : ICIS

Dép. publ.
Dép. priv.

Le type de système de financement employé a des conséquences directes sur la répartition du fardeau financier des soins de santé et peut influencer la répartition des soins. Une analyse des méthodes de financement possibles doit donc examiner avec soin qui paie dans le système et comment, et qui a accès aux services.

Des éléments importants des soins de santé – relatifs à la supervision du système de santé et à la prestation des soins – relèvent constitutionnellement des gouvernements provinciaux. Par conséquent, les gouvernements provinciaux sont en grande partie responsables de la conception et de la gestion des services de santé, et la plus grande partie des fonds publics consacrés au système proviennent des provinces et sont dépensés par les provinces. Mais le gouvernement fédéral a un rôle important et vital à jouer pour contribuer au financement des coûts publics de la santé, et pour établir et appliquer des normes nationales.

Dans l'ensemble, le système canadien actuel se caractérise par diverses approches et structures organisationnelles qui le rendent difficiles à analyser ou à rationaliser. La plupart des services médicaux et hospitaliers sont payés en entier par les fonds publics, tandis que les autres services de santé (services dentaires, médicaments, soins à domicile, médecine douce, etc.) sont en grande partie assumés par les patients, parfois avec l'aide du gouvernement ou d'une assurance privée. Bien que les dépenses directes consacrées aux services de santé individuels relèvent presque exclusivement de la compétence provinciale, le gouvernement fédéral apporte un appui financier important et croissant, tant par des transferts globaux aux provinces que par des dépenses consacrées à la recherche et à l'infrastructure. Quelques normes de base sont fixées dans la Loi canadienne sur la santé, mais la plus grande partie de l'administration d'un système divers et fragmenté est assurée au niveau provincial.

À cause de sa position par le passé, le gouvernement fédéral a aussi un rôle important à jouer pour contribuer à la restructuration concertée du système de santé et de son financement, afin que ce dernier continue à répondre aux besoins des Canadiens d'une manière qui n'alourdit pas exagérément les finances du gouvernement et qui n'impose pas aux Canadiens un fardeau fiscal inacceptable. Cette restructuration devrait permettre d'accroître l'efficacité et l'efficacités du système, contribuer à gérer les coûts en fonction des résultats attendus des soins de santé, et rendre les Canadiens plus conscients des liens entre les soins de santé qu'ils reçoivent et les impôts qui doivent appuyer ces soins. Afin de réduire au minimum les coûts économiques inévitables des hausses des impôts et des charges sociales liées à des soins de santé accrus, les besoins en recettes supplémentaires doivent être structurés de manière à nuire le moins possible à l'économie et à ses fonctions de création d'emploi et de croissance du revenu.

Mais la restructuration doit aussi s'effectuer de manière à continuer de répondre à deux objectifs fondamentaux du programme national de santé du Canada :

- i) veiller à ce que tous les Canadiens aient accès aux services hospitaliers, médicaux et autres qui sont couverts, quel que soit leur revenu;

- ii) veiller à ce qu'aucun Canadien ne subisse de tort financier excessif pour avoir eu besoin de services de santé.

Dans le contexte général du financement actuel du système de santé, la question examinée dans la présente étude est comment le gouvernement fédéral pourrait obtenir les recettes supplémentaires nécessaires pour financer sa contribution accrue aux coûts actuels et futurs des soins de santé, et comment cet appui financier fédéral pourrait être structuré, affecté et géré. Aux fins de cette analyse – et sans prendre de décision sur la question – nous supposons – comme le décrit plus en détail le Volume cinq du rapport intitulé La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral – que cette contribution fédérale accrue exigera 5 milliards de dollars de plus par année en nouvelles recettes, ainsi que des montants supplémentaires pour permettre une croissance de l'ensemble du financement fédéral avec le temps.

Le présent rapport traite d'un vaste éventail de questions et de solutions relatives au rôle du gouvernement fédéral dans le financement des soins de santé. Son principal point de référence demeure cependant les principes et les recommandations énoncés dans le Volume cinq du rapport intitulé La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, rendu public par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie en avril 2002.

B. LE FINANCEMENT ET LES GRANDS ENJEUX SOCIO-ÉCONOMIQUES

Le financement des soins de santé – qui paie et comment – est une question vitale qui ne peut être résolue sans tenir compte d’autres grands enjeux relatifs au système de santé du Canada. D’importantes questions concernant notamment la politique, la gestion et le contrôle, ainsi que l’organisation sont reliées au financement, et l’amélioration et la rationalisation du système de santé actuel exigent une vaste solution intégrée comportant de nombreux éléments différents et pas seulement du financement supplémentaire.

Mais dans le contexte général de la structure et de la gestion de l’ensemble du système de santé canadien, la présente étude a pour but d’examiner diverses méthodes d’organisation et de financement du rôle accru du gouvernement fédéral à l’appui du système de santé public. Cette analyse ne porte donc pas sur les questions connexes qui sont pertinentes dans un système de santé renouvelé, intégré et fructueux et dont il est question dans le reste du rapport intitulé La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral.

Le fait que l’ensemble des coûts de santé augmente à des taux supérieurs à l’Indice des prix à la consommation et au Produit national brut a de profondes répercussions sur le financement à long terme de ces coûts. Parce que les coûts des soins publics augmentent plus vite que la croissance des dépenses publiques et des recettes fiscales, les coûts de santé représentent une part croissante des ressources de l’État et imposent des contraintes importantes aux autres priorités de l’État.

Les coûts annuels sont poussés à la hausse par deux grands facteurs :

- un facteur démographique, lié au vieillissement de la population canadienne et au fait que les personnes âgées représentent des coûts de santé beaucoup plus élevés que les jeunes;
- un facteur technique, du fait qu’on découvre de nouvelles méthodes (généralement plus coûteuses) de traitement des maladies et de prolongation de la vie : la hausse des coûts des médicaments et des frais de diagnostic en sont deux grands exemples.

À cause de ces facteurs, même les projections conservatrices des coûts de santé futurs montrent que ces coûts pourraient augmenter d’un point de pourcentage de plus que la croissance du PIB dans un avenir indéfini. Pour mettre cette hausse en perspective, en tenant compte uniquement du facteur démographique, le déficit actualisé non capitalisé que représentent les coûts de santé excédentaires (qui devraient dépasser le coefficient actuel de ces coûts par rapport au PIB) au cours des 50 prochaines années est évalué à 580 milliards de dollars.

(Tableaux et références)

Le fait que les coûts de santé devraient augmenter à des taux bien supérieurs à l’expansion économique soulève des questions importantes d’équité entre les générations, puisque les jeunes d’aujourd’hui pourraient être confrontés à des années de hausses

d'impôt pour que l'État puisse payer les coûts croissants des services offerts aux générations précédentes. Évidemment, les coûts de santé ne sont pas le seul enjeu – il faut aussi reconnaître qu'il y aura un déficit équivalent des pensions de vieillesse et de nombreuses autres prestations. Une récente étude de l'OCDE révèle cependant que l'incidence globale du vieillissement sur les budgets des gouvernements fédéral et provinciaux du Canada pourrait représenter, dans 50 ans, 9 points de pourcentage du PIB.

Les enjeux liés à la démographie, à l'efficacité et à l'équité qui devraient être pris en considération dans l'analyse des méthodes de financement possibles sont décrites brièvement ci-dessous.

Enjeux démographiques

Il est utile d'examiner comment la variation des proportions relatives de personnes âgées et de jeunes qui travaillent influe non seulement sur la demande de services de santé mais aussi sur le financement du système de santé public. Les variations des besoins de santé liées à l'âge signifient que les changements démographiques influent à la fois sur le niveau global et sur la composition des dépenses de santé.

Le recours aux recettes générales pour financer les systèmes de santé publics pourrait comporter un fort subventionnement des besoins de santé des personnes âgées par la jeune population active. Étant donné que les jeunes générations s'attendent à être subventionnées de la même façon après leur retraite, ce système de subvention entre les générations n'a pas vraiment été contesté jusqu'ici. Mais les changements démographiques font augmenter peu à peu la proportion de retraités, que doit subventionner un nombre de plus en plus petit de travailleurs contribuables. La viabilité continue d'un système de santé public, financé principalement par la population en âge de travailler, et l'attente des jeunes générations qu'elles en profiteront à leur tour dans leur vieillesse sont donc remises en question actuellement.

Questions d'efficacité

Le type de système de financement utilisé peut influencer sur la réussite des mesures visant à contenir les coûts ainsi que sur l'économie en général, par l'entremise des coûts directs et indirects des impôts et des taxes perçus pour financer les services. Il peut aussi avoir des conséquences sur l'efficacité technique, qui consiste à optimiser chaque dollar dépensé dans le système et qui est reliée directement à la façon d'acheter les services.

Le système de santé au Canada repose sur la rémunération à l'acte, un régime particulièrement vulnérable à une explosion des dépenses. Il en est ainsi parce que ce système ne prévoit aucun incitatif pour limiter les coûts, ni du point de vue de la demande ni de celui de l'offre. Il n'y a pas non plus d'encouragement à abaisser le coût de la prestation des services. Il y a donc un intérêt considérable à créer dans le système de paiement des encouragements quelconques afin de réduire la demande excédentaire et de

promouvoir la recherche de produits et d'actes médicaux plus efficaces par rapport aux coûts.

Questions d'équité

Il faut effectuer un examen attentif de la répartition du fardeau financier du système entre les ménages afin de déterminer l'effet d'une hausse d'impôt supplémentaire sur les divers groupes socio-économiques. On considère que le système de financement est verticalement équitable ou progressif quand ceux qui ont un revenu plus élevé y contribuent davantage. L'équité horizontale exige que ceux qui ont le même niveau de bien-être avant impôt aient le même niveau après impôt. Il est extrêmement difficile de mesurer le « bien-être », puisque des facteurs non monétaires entrent en jeu.

Les questions d'équité dans le débat sur la réforme des soins de santé tournent autour de l'équité

- i) de la redistribution – quels sont les indicateurs verticaux et horizontaux de la méthode de financement du système de santé et de la destination des dépenses? Si les recettes tirées d'un régime fiscal plus régressif profitent d'une manière disproportionnée aux personnes à faible revenu, alors ces dernières sont avantagées par rapport à un système de financement plus progressif qui dépenserait moins pour elles.
- ii) de l'accès aux services de santé – la façon de financer le système influe-t-elle sur l'accès aux soins de santé? (Ainsi, le partage des coûts réduirait-il le recours à des services médicalement nécessaires?)

C. LE FINANCEMENT PAR LES RECETTES FISCALES GÉNÉRALES

L'incidence économique du financement des coûts publics des soins de santé par les recettes générales des gouvernements fédéral et provinciaux dépend de la structure et du niveau du régime fiscal.

Comme nous l'avons déjà indiqué, les coûts publics de la santé peuvent être financés soit par les recettes générales des gouvernements, soit par un impôt que l'on considère affecté spécialement – avec plus ou moins d'exactitude – au financement des coûts de santé. De plus, la portion des coûts de santé portant sur des services non couverts est assumée par les patients et est payée à même leurs propres ressources, probablement avec l'appui des gouvernements ou des assureurs privés.

En règle générale, le recours aux recettes fiscales – même celles qui sont affectées spécifiquement aux services de santé – n'a pas d'incidence directe sur la demande de services de santé ni sur les coûts globaux. Mais les systèmes qui exigent une contribution personnelle aux coûts de santé individuels (un partage des coûts) peuvent réduire la demande et, par conséquent, les coûts globaux du système.

Les implications des hausses projetées des coûts de santé sur une longue période sont si importantes que n'importe quelle modification du financement actuel des soins de santé doit tenir compte explicitement de ces tendances pour déterminer les politiques.

Tout nouveau système de financement des soins de santé devrait être souple et robuste – assez souple pour s'adapter aux modifications du niveau de financement requis et assez robuste pour pouvoir résister à une autre escalade des coûts. Il faudra bien reconnaître un jour les problèmes d'équité entre les générations soulevés par une flambée des coûts de santé. Les services de santé relèvent principalement des provinces et il existe des différences importantes dans la proportion de personnes âgées d'une province à l'autre, ce qui crée des besoins financiers différents. (Voir l'analyse ci-dessous sur les transferts globaux fédéraux aux provinces.)

Par-dessus tout, le fait inéluctable que les dépenses de santé augmentent signifie qu'il faudrait accorder plus d'attention aux problèmes à long terme liés à la refonte du système pour en améliorer l'efficacité. À cause de l'escalade continue des coûts de santé, prévoir un appui financier supplémentaire prédéterminé ne peut pas, en soi, «dénouer» la crise du financement des soins de santé : il faudra des changements beaucoup plus profonds et fondamentaux pour résoudre les problèmes, notamment ceux du financement à long terme.

Le financement anticipé

Le financement anticipé consiste à mettre des fonds de côté pour couvrir en totalité ou en partie les futures hausses de coûts de santé et pour permettre au Canada de maintenir relativement stable (ou tout au moins plus stable) le coefficient des dépenses annuelles

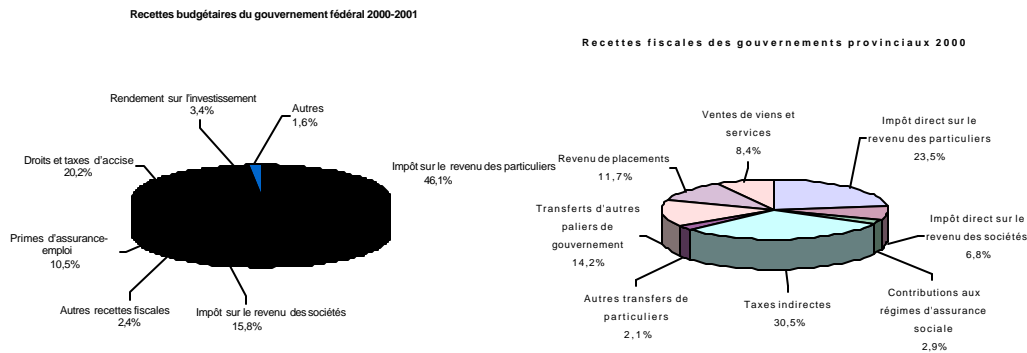
nettes en santé au PIB. Le surplus des recettes accumulées maintenant grâce à ce financement serait placé dans un compte spécial, auquel on aurait accès plus tard à des fins de stabilisation des coûts. Malheureusement, le coût du financement intégral du système par anticipation (afin de stabiliser complètement les coûts du système) est élevé, surtout quand la stabilisation s'étale sur une période de 30 ou 40 ans pendant laquelle la population du Canada vieillira nettement. Par conséquent, il serait probablement impossible de faire accepter la mise en œuvre d'un plan de financement anticipé à long terme à l'heure où l'on sent l'urgence d'atténuer les pressions imminentes sur les coûts. On pourrait même se demander pourquoi seuls les coûts des soins de santé devraient être financés par anticipation – pourquoi pas également d'autres coûts (et même des recettes) qui varieront eux aussi en fonction de l'évolution démographique?

Il vaudrait cependant peut-être mieux envisager un financement anticipé de quelques éléments des coûts de santé, et plus précisément ceux qui touchent aux services non couverts à l'intention des personnes âgées comme les soins à domicile et en établissement. Ce financement anticipé pourrait s'effectuer au moyen d'un régime gouvernemental financé par les impôts actuels, ou encore d'une assurance privée appuyée par le régime fiscal (les primes étant déductibles d'impôt et les revenus sur les fonds accumulés étant exonérés d'impôt, mais les paiements ultimes étant imposables). Un tel régime aiderait les particuliers à économiser pour ce qui pourrait constituer un élément important de leurs coûts de santé à la retraite, sur une base fiscale efficiente, et allégerait le fardeau financier du système public, qui subventionne actuellement certains consommateurs de ces services.

Une autre variante de cette approche a été proposée dans le Rapport Clair au Québec. Ce rapport recommandait qu'un fonds à gestion distincte soit créé en vue du financement anticipé des coûts liés aux soins à domicile et en établissement fournis aux personnes en perte d'autonomie. Le fonds serait financé par un prélèvement fiscal (impôt) obligatoire sur le revenu des particuliers provenant de toutes les sources, et serait mis principalement à la disposition des personnes frappées de perte d'autonomie de longue durée (plus de six mois). Une grande proportion serait des personnes âgées. Dans l'ensemble, le régime faciliterait l'amélioration et l'intégration des services actuels consacrés à l'invalidité de longue durée et comporterait un important élément de financement anticipé afin d'éviter une hausse rapide des coûts des soins à une population vieillissante.

Même si le financement anticipé intégral des coûts de santé n'est probablement pas une possibilité immédiate pour les Canadiens, les incidences à long terme du vieillissement de la population sur l'ensemble des coûts de santé, et sur les recettes fiscales qui les appuient, méritent d'être davantage prises en considération. Elles devraient tout au moins nous faire avancer vers un système de santé plus efficient, dont le financement est suffisant et modifié en fonction des hausses de la demande, afin que les coûts de santé futurs soient tout au moins un peu plus acceptables.

Le financement des dépenses supplémentaires par les recettes fiscales générales



Source : Ministère des Finances

Les taxes peuvent prendre la forme d'impôts directs sur le revenu des particuliers, des ménages ou des sociétés, ou de taxes indirectes appliquées sur les transactions et les produits. En outre, les taxes indirectes peuvent être générales, comme la TVA, ou une taxe d'accise appliquée sur des produits en particulier.

Pour assurer le financement des hausses *supplémentaires* des dépenses de santé – un nouvel appui financier du gouvernement fédéral au système – les coûts supplémentaires pourraient être financés par n'importe laquelle des grandes sources de recettes fiscales du gouvernement fédéral décrites ci-dessus. Les principaux effets probables seront décrits pour chaque type d'impôt indiqué.

Le régime fiscal détermine le montant des recettes publiques disponibles pour financer les dépenses publiques, mais il répartit également le fardeau fiscal entre les citoyens. Par conséquent, les coûts sociaux du financement d'une augmentation des dépenses publiques de santé à même les recettes générales, par l'entremise d'une hausse d'une ou de plusieurs des principales sources de recettes fiscales du gouvernement canadien, doivent tenir compte de l'efficacité, de l'équité et de la démographie. En outre, quelques caractéristiques propres au système de santé devraient être prises en considération dans une comparaison des solutions fiscales possibles. Ces caractéristiques comprennent :

1. La consommation de services de santé : Les niveaux de consommation de services de santé ne ressemblent pas à la consommation d'autres biens, puisque la consommation de services de santé est plus élevée vers la fin de la vie, au moment où le revenu est à son plus bas niveau. Il y a donc un décalage entre les ressources individuelles et la consommation de services de santé, qui exige une mise en commun des contributions afin de financer le système.
2. Bien que les personnes âgées consomment proportionnellement plus de ressources de santé que tout autre groupe d'âge, le vieillissement de la population n'est pas le principal facteur immédiat de la hausse des dépenses de santé. Des études ont

conclu que la cause actuelle la plus importante de l'augmentation des coûts de santé est le changement technologique, en particulier celui qui est relié au traitement des maladies liées à la vieillesse. À long terme cependant, les pressions exercées par une population vieillissante exercent une puissante influence sur les coûts.

Différents impôts ont des conséquences différentes sur l'équité et l'efficacité, et l'élaboration des politiques exige de trouver un juste milieu entre ces influences quand on cherche la meilleure façon d'accroître l'appui fédéral au système de santé.

Le financement par les recettes fiscales générales ou par un impôt affecté spécialement à la santé

À l'heure actuelle, le financement public du secteur de la santé provient des recettes fiscales générales. Mais avec un impôt affecté spécialement à la santé, les recettes sont clairement désignées et réservées à une fin spéciale. La désignation peut être assez vague – comme dans le cas des « primes » d'assurance-santé provinciale existantes ou l'affectation peut être plus précise, quand une loi stipule que les recettes tirées d'un impôt particulier doivent être réservées à la fin déterminée et que tout excédent des recettes doit être gardé pour payer les coûts de futures dépenses relatives à cette fin. La désignation peut aller jusqu'à exiger que les recettes soient détenues dans un compte en fiducie et ne fassent pas partie des recettes générales de l'État. Séparer les recettes provenant d'un impôt spécial et les utiliser uniquement à une fin déterminée présente des avantages et des inconvénients.

Financer le secteur de la santé par les recettes générales signifie que l'assiette fiscale est large, mais l'affectation au secteur de la santé est déterminée par des considérations politiques, tandis qu'un impôt spécifique repose sur une assiette fiscale plus étroite et est moins exposée aux aléas des décisions politiques.

L'impôt spécifique accroît la visibilité du lien entre la contribution fiscale et le service offert, ce qui permet plus facilement de percevoir des recettes supplémentaires par les voies fiscales. Il peut aussi accroître la transparence générale du système et la responsabilisation de ceux qui le gèrent. Mais des impôts spécifiques qui reposent sur une assiette fiscale relativement petite sont plus sensibles aux comportements cycliques, et les modifications des dépenses peuvent être dictées davantage par le montant des recettes perçues que par des changements stratégiques. Dans la pratique, beaucoup de ces recettes fiscales « à fins déterminées » sont mises en commun avec les autres recettes de l'État, ce qui élimine l'avantage de la visibilité.

Pour qu'un impôt spécifique soit vraiment efficace, les recettes doivent être séparées des recettes générales, mais sa source doit également permettre aux recettes de croître tout au moins au même rythme, et de préférence à un rythme plus rapide, que le revenu national.

En cas de hausse importante des dépenses de santé supplémentaires du gouvernement fédéral, il y aurait des avantages évidents du point de vue de la transparence et de la

reddition des comptes si ces dépenses pouvaient être reliées directement à un impôt spécifique requis pour financer les dépenses.

Tableau 1 : Avantages et inconvénients d'un impôt spécifique

	Avantages	Inconvénients
Impôt spécifique	<ul style="list-style-type: none"> • Indique clairement aux citoyens que le programme a des coûts spécifiques qui doivent être acquittés à même les recettes fiscales. • Renforce le lien entre les avantages et les coûts du programme pour les contribuables, ce qui permet aux citoyens de faire des choix et des compromis informés, en se sentant davantage responsables. • Justifie un impôt qui, autrement, serait simplement confondu dans les esprits à un nouvel impôt ou à une hausse des impôts. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut fausser les priorités générales du gouvernement et affaiblir la capacité d'adapter les recettes et les dépenses à une nouvelle situation. • Exige des efforts spéciaux de la part du gouvernement fédéral afin de s'assurer que les recettes tirées de l'impôt spécifique fédéral sont effectivement affectées par les provinces – qui contrôlent la plupart des dépenses de santé – aux fins déterminées : des questions importantes de reddition des comptes, de contrôle et d'incitatifs sont pertinentes.

Le gouvernement fédéral a déjà un engagement annuel important en matière de soins de santé, par l'entremise des paiements du TCSPS aux provinces et d'autres programmes spécifiques comme l'appui à la recherche médicale et à l'infrastructure. Bien que le TCSPS soit un transfert global unique aux provinces, environ 70 % de ce transfert – d'après le financement qu'il a remplacé – pourrait être considéré comme relié à l'appui au système de santé. Les paiements de TCSPS du gouvernement fédéral aux provinces se sont nettement accrus au fil des années, en réponse aux besoins et aux demandes des provinces, et les hausses ont surtout été justifiées par les coûts croissants des soins de santé. Mais ces augmentations ont été déterminées arbitrairement, et la croissance continue du TCSPS ne constitue pas un élément automatique du système.

Dans le rapport La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, il est proposé qu'à l'avenir, la portion du TCSPS reliée à la santé soit majorée automatiquement tous les ans, afin de tenir compte des hausses de coûts. L'augmentation proposée pourrait s'effectuer en reliant la portion du TCSPS destinée à la santé aux recettes fédérales tirées d'environ cinq points de pourcentage de la TPS actuelle, de sorte que cette partie du transfert fédéral varierait automatiquement en fonction de la fluctuation des recettes tirées de la TPS. (En règle générale, on peut s'attendre à ce que les recettes de la TPS augmentent à mesure que la population, le niveau de vie et la consommation augmentent, ce qui accroît l'assiette de la TPS.)

RÉVISER APRÈS AVOIR OBTENU DES FINANCES D'AUTRES DONNÉES SUR LE TCSPS!

Il serait difficile pour le moment d'associer dans l'esprit des citoyens le niveau de l'appui fédéral actuel (70 % du TCSPS) à une portion d'un impôt existant (cinq points de pourcentage de la TPS). Par conséquent, ce lien entre une partie des recettes tirées de la TPS et l'appui actuel à la santé par l'entremise du TCSPS viserait principalement à permettre une croissance automatique du financement fédéral des soins de santé à un taux qui pourrait être relié d'une certaine façon à la croissance du PIB. Mais cela ne règle pas la question de savoir si un rôle de financement accru du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé peut être établi séparément de l'appui actuel, puis relié à un nouvel impôt fédéral.

EXPLIQUER QUE L'AFFECTATION DU TCSPS POURRAIT CESSER D'ÊTRE UNIQUEMENT PAR HABITANT ET INCLURE UNE PONDÉRATION EN FONCTION DE L'ÂGE AFIN D'APPUYER LES PROVINCES DONT LA POPULATION ÂGÉE EST SUPÉRIEURE À LA MOYENNE.

IMPÔTS DIRECTS

Les impôts directs comprennent l'impôt sur le revenu des particuliers, l'impôt sur le revenu des sociétés et l'impôt foncier.

1. L'impôt sur le revenu des particuliers

Il s'agit d'un impôt perçu sur le revenu du travail et sur le revenu du capital. L'impôt sur le revenu des particuliers atteint les buts généraux de l'équité si les taux d'imposition effectifs sont semblables pour les particuliers qui ont un revenu imposable comparable et si les contribuables dont le revenu imposable est plus élevé sont assujettis à des taux d'imposition effectifs plus élevés. Il en découle également une redistribution du revenu des riches vers les pauvres. Mais si les taux d'imposition sont plus élevés pour les contribuables fortunés, la progressivité de l'impôt sur le revenu des particuliers peut être réduite lorsque certains types de revenu sont exonérés d'impôt ou certains types de dépenses non productives de revenu sont déductibles d'impôt.

Des hausses de l'impôt fédéral sur le revenu des particuliers afin de financer les coûts de santé auraient des incidences négatives sur l'offre de main-d'œuvre, sur l'épargne et l'investissement, et sur le désir de prendre des risques. Ces conséquences négatives augmentent à mesure que le taux d'imposition marginal augmente. Il y a donc d'importants coûts d'efficacité liés à un accroissement de l'impôt sur le revenu des particuliers. Essentiellement, un impôt sur le revenu constitue un « double impôt » sur l'épargne, puisque le revenu d'où provient l'épargne est imposé et qu'ensuite l'intérêt gagné sur l'épargne est également frappé d'un impôt. À cause de ces obstacles, les particuliers et les ménages épargnent moins pour leur consommation future à mesure

que les taux d'imposition augmentent, ce qui peut accroître leur dépendance envers les transferts gouvernementaux. La réduction de l'épargne a aussi d'importantes conséquences négatives sur l'investissement et la création d'emplois.

L'impôt sur le revenu des particuliers permet de percevoir proportionnellement plus de recettes de la population active que des retraités, de sorte qu'une évolution démographique qui entraînerait une hausse de la proportion de retraités provoquerait également un rétrécissement de l'assiette fiscale et une baisse des recettes à n'importe quel taux d'imposition du revenu des particuliers.

Une partie ou la totalité des coûts du financement fédéral supplémentaire de la santé pourrait être acquittée à même une portion de l'impôt sur le revenu des particuliers réservée à cette fin, comme par exemple une surtaxe spéciale ou un impôt séparé perçu en plus de l'impôt sur le revenu habituel. Cet impôt s'appliquerait sur tous les revenus et pas seulement sur le revenu du travail.

(Indiquer les hausses des taux d'imposition nécessaires pour accroître de 5 milliards de dollars les recettes fiscales du gouvernement fédéral.)

Le Canada a déjà des taux de l'impôt sur le revenu des particuliers plus élevés que ceux des États-Unis. Ces taux moyens et marginaux plus élevés rendent le Canada moins attrayant pour les travailleurs spécialisés à revenu élevé et peuvent provoquer une émigration de ces ressources humaines précieuses pour des raisons fiscales. Les taux d'imposition plus élevés au Canada accroissent aussi le coût au Canada des capitaux d'investissement provenant de l'épargne personnelle, ce qui nuit à l'investissement et aux améliorations de la capacité de production et, par conséquent, à la productivité et à la croissance future. Un certain nombre de facteurs (dette publique et dépenses sociales plus élevées) peuvent permettre au Canada de continuer pendant un certain temps encore à avoir des taux d'imposition sur le revenu des particuliers plus élevés que les États-Unis, mais il vaudrait mieux éviter de creuser l'écart entre les taux américains et canadiens et, à terme, chercher à réduire cet écart. Par conséquent, il y a de bonnes raisons de ne pas trop augmenter l'impôt sur le revenu des particuliers et élargir l'écart à ce chapitre entre le Canada et les États-Unis.

Cotisations fédérales d'assurance-santé

Une autre solution consisterait à instaurer une cotisation spéciale afin de financer certains éléments des coûts de santé, cet impôt s'appliquant sur le revenu total provenant de toutes les sources. Les recettes tirées d'un tel impôt spécial pourraient être désignées légalement de manière à ne payer que des coûts de santé spécifiques. L'impôt lui-même pourrait être un pourcentage uniforme du revenu au-dessus d'un niveau d'exonération donné, un montant fixe par habitant, ou encore prévoir des taux « en paliers » – des cotisations uniformes pour une tranche de revenu donnée, mais un

taux plus élevé pour les tranches de revenu élevé que pour les tranches de revenu moins élevé (les taux augmentant donc par palier à mesure que le revenu augmente).

Une cotisation forfaitaire d'assurance-santé par habitant n'a pas d'effet sur les taux d'imposition marginaux et a donc moins de conséquences sur l'offre de main-d'œuvre, l'épargne et l'investissement qu'un impôt progressif sur le revenu des particuliers. Mais dans le cas d'une cotisation par paliers – qui comporterait, par exemple, trois ou quatre montants fixes variant en fonction de la tranche de revenu – l'effet sur les taux marginaux se concentre aux seuils d'application, là où les taux changent. La cotisation par paliers a donc moins de conséquences sur l'offre de main-d'œuvre et sur les décisions d'épargne qu'un impôt sur le revenu progressif. Mais en fixant les seuils correctement, il est possible de modifier ces effets.

Les recettes provenant d'une cotisation d'assurance-santé par paliers augmenteraient en fonction de la population et de l'inflation (en supposant que les taux seraient indexés.) Afin que les recettes augmentent à un taux supérieur à la croissance du PIB, il pourrait falloir indexer les taux de cotisation en fonction de la croissance du PIB plutôt que de l'inflation.

(AJOUTER D'AUTRES RENSEIGNEMENTS DES FINANCES SUR LES COTISATIONS D'ASSURANCE-SANTÉ PAR PALIERS ET LES RECETTES AINSI OBTENUES.)

2. Charges sociales

Dans quelques pays, l'assurance-santé est financée par des charges sociales spécifiques. Étant donné que les charges sociales ne s'appliquent qu'au revenu du travail, leur assiette est plus étroite que celle de l'impôt sur le revenu des particuliers. À un niveau de revenu donné, il faut un taux de cotisation plus élevé pour les charges sociales. Accroître les charges sociales accroît également les coûts en main-d'œuvre, ce qui peut avoir des conséquences négatives sur les niveaux d'emploi et réduire la compétitivité internationale. Même si les charges sociales permettent d'éviter certains effets négatifs de l'impôt sur le revenu sur l'épargne et l'investissement, elles peuvent tout de même fausser les marchés du travail et nuire aux niveaux d'emploi. Mais les charges sociales spécifiques ont l'avantage d'être associées, dans l'esprit des citoyens, plus facilement aux dépenses de santé que ne le serait une portion des recettes de l'impôt sur le revenu.

Dans un régime de charges sociales, il y a également une importante redistribution du revenu de la population active vers les retraités qui ne paient pas ces charges. Par conséquent, les changements démographiques ont des répercussions plus prononcées sur les recettes tirées des charges sociales que sur celles de l'impôt sur le revenu des particuliers, et à mesure que la proportion de bénéficiaires (retraités) augmente, le fardeau assumé par la population active pour financer le système augmente également. La question de savoir qui assume le fardeau de cet impôt n'est pas simple.

Par exemple, les employeurs peuvent transférer le fardeau aux employés en réduisant les salaires ou encore le transférer aux consommateurs en majorant les prix des biens et des services.

Charges sociales et assurance sociale

Cette catégorie d'impôt, qui est largement employée dans d'autres pays pour financer les coûts de santé, inclut les « cotisations » d'assurance-santé publique qui ne sont pas reliées à des soins particuliers. Ces cotisations constituent un prélèvement fiscal obligatoire qui s'applique généralement à la population active et qui est partagé entre l'employeur et l'employé. Étant donné que ces charges ne s'appliquent souvent qu'au revenu du travail et ne touchent pas le revenu du capital, le système d'assurance sociale est généralement plus régressif que le système de santé financé par l'impôt sur le revenu. Dans les pays qui ont fixé un plafond aux cotisations d'assurance sociale, le système est plus régressif que dans les pays qui n'ont pas plafonné les cotisations, et l'élimination des exonérations de cotisation pour les retraités et les autres contribuables à faible revenu rend également le système plus régressif.

(Indiquer les hausses du taux d'imposition nécessaires pour accroître de 5 milliards de dollars les recettes fiscales du gouvernement fédéral.)

3. Impôt sur le revenu des sociétés et impôt sur le capital

Les coûts supplémentaires liés à un accroissement des dépenses fédérales dans le secteur de la santé pourraient être couverts par une hausse de l'impôt sur le revenu des sociétés. Mais l'assiette de cet impôt est plus petite que celle des charges sociales ou de l'impôt sur le revenu des particuliers et beaucoup plus variable. En outre, majorer les taux d'imposition des sociétés aurait des conséquences très négatives sur les taux de rendement au Canada, et nuirait donc à l'investissement et à la création d'emplois. Même les entreprises existantes seraient incitées à aller s'établir à l'étranger à cause de ce qui constituerait un important alourdissement du fardeau fiscal. Pour ces raisons, l'impôt sur le revenu des sociétés est généralement considéré comme un impôt qui ne conviendrait pas pour accroître les recettes en vue de financer le système de santé.

(Indiquer la hausse des taux d'imposition nécessaire pour financer un appui de 5 milliards de dollars lorsque les Finances auront fourni cette information.)

IMPÔTS INDIRECTS

Les impôts indirects comprennent la taxe de vente, la taxe sur la valeur ajoutée, la taxe d'accise et les droits à l'importation. Ils peuvent être moins progressifs que les impôts directs parce qu'ils portent généralement sur la consommation, qui représente une portion

plus importante du revenu des contribuables à faible revenu que des contribuables fortunés.

Taxes à la consommation

Les taxes à la consommation sont habituellement fixées en pourcentage du prix des biens. La répartition du fardeau fiscal dépend donc des tendances de la consommation et non du revenu. Étant donné que les contribuables à faible revenu consacrent une plus grande proportion de leur revenu à la consommation, le fardeau de la consommation pèse plus lourdement sur eux que s'il s'agissait d'un impôt sur le revenu plus progressif. (Quand les effets relatifs des taxes à la consommation et de l'impôt sur le revenu sont mesurés sur toute une vie, l'écart entre les deux diminue.)

Mais les taxes à la consommation n'ont aucune conséquence négative sur l'épargne, ce qui n'est pas le cas de l'impôt sur le revenu des particuliers. D'un point de vue économique, elles sont donc plus efficaces. En outre, l'assiette fiscale est plus large dans le cas des taxes à la consommation. Pour accroître les recettes d'un montant donné, la hausse des taxes à la consommation requise est donc moins élevée que pour l'impôt sur le revenu des particuliers. Au Canada, les taxes à la consommation ne sont toutefois pas uniformes pour tous les biens et services. Elles faussent donc les tendances de la consommation et, indirectement, les décisions de production. Un autre inconvénient est qu'il peut être plus difficile d'établir un lien transparent entre la proportion de taxes à la consommation payées et les avantages reçus. Enfin, les taxes à la consommation sont moins élevées aux États-Unis qu'au Canada, et il faut donc tenir compte des éventuels effets de diversion d'une hausse des taxes à la consommation (achats outre-frontière).

La principale taxe à la consommation au Canada est la TPS fédérale. À cause de son champ d'application large et neutre, ce serait la taxe à la consommation qui pourrait le plus facilement être relevée pour payer les dépenses supplémentaires du gouvernement fédéral en santé. En outre, il existe déjà un mécanisme (le crédit pour TPS versé aux contribuables à faible revenu) afin de réduire au minimum les effets de distribution de la taxe sur les démunis.

(Indiquer la hausse de la TPS nécessaire pour pouvoir accorder un appui à la santé de 5 milliards de dollars.)

D. LES SOURCES DE FINANCEMENT NON FISCALES

Étant donné le fardeau fiscal important que représentent les impôts généraux fédéraux et provinciaux actuels, d'autres sources de financement ont été proposées. Un grand nombre de ces propositions visent à accroître l'équité du système et à limiter la consommation inutile de services en demandant aux utilisateurs fréquents de contribuer davantage au financement du système.

Systèmes de financement exerçant une influence sur la demande de services de santé

Des arguments convaincants ont été invoqués par plusieurs observateurs pour démontrer que, en l'absence d'un mécanisme reliant la consommation de services de santé aux cotisations personnelles au financement de ces services, la demande sera excessive – la demande de services qui ne sont pas tous nécessaires pour obtenir des résultats favorables des soins de santé –, et qu'un partage des coûts améliorerait donc l'efficacité du système en orientant les ressources limitées là où les besoins sont les plus évidents. Ces observateurs soutiennent donc que les pressions de coûts exercées sur l'actuel système de santé public pourraient être atténuées en demandant aux Canadiens de payer, directement ou indirectement, pour une petite portion des coûts des soins de santé couverts qu'ils consomment. Ces paiements inciteraient les Canadiens à réfléchir davantage à la nécessité de services médicaux et d'autres services de santé en cas de maladies relativement mineures. Si les Canadiens devenaient plus frugaux dans leur demande de services de santé, il y aurait peut-être une réduction importante des coûts de santé, et il serait plus facile de financer le système. (Dans quelques modèles, une telle austérité aurait probablement pour effet de limiter les hausses de coûts futures au lieu de réduire les coûts actuels.)

D'après les résultats de plusieurs études, les auteurs d'une publication récente (« Funding Public Provision of Private Health », par Aba, Goodman et Mintz) estiment que demander aux utilisateurs de payer un petit pourcentage des coûts des services médicaux au lieu de fournir ces services gratuitement réduirait de 17 % la demande de services de santé offerts par les médecins et les établissements de santé. Comme nous l'expliquerons plus loin, un régime pratique de « quote-parts » privées comporterait des cotisations maximales en fonction du revenu. Les contribuables à faible revenu ne seraient pas tenus de payer ces quote-parts. En tenant compte du nombre de personnes qui, en réalité, ne devraient pas payer de quote-parts pour obtenir des services supplémentaires, les auteurs évaluent qu'il serait possible de réduire les coûts de 13 ½%. On ne s'entend pas cependant sur la mesure dans laquelle les systèmes de quote-parts pourraient réduire l'utilisation des soins de santé en longue période.

Comme nous l'expliquons plus en détail dans la section sur le choix des types d'impôt pour financer les coûts de santé, tout impôt a des conséquences négatives sur le revenu personnel disponible et sur les incitatifs. Afin de maintenir une économie en expansion, qui assure une hausse du revenu et de l'emploi, il faut limiter les dépenses publiques inutiles pour maintenir les impôts au niveau le plus bas, qui permet tout de même de

répondre à la demande de services publics nécessaires. Une contribution au financement des coûts de santé par l'entremise de mécanismes qui prévoient une petite responsabilité financière personnelle pour certaines dépenses de santé peut réduire la demande globale de services de santé, ainsi que les coûts et le fardeau fiscal connexe. Les utilisateurs deviendraient plus conscients des coûts des services de santé publics et donc plus responsables et plus compréhensifs. Les résultats attendus des soins de santé seraient améliorés puisque les ressources de santé seraient orientées là où elles peuvent faire une différence importante.

Caractéristiques des systèmes de quote-parts

Dans le contexte canadien, tout système de partage des coûts important et systématique comprendrait probablement les éléments suivants :

- Des relevés fournis aux utilisateurs sur une partie ou l'ensemble des coûts de santé payés en leur nom par les deniers publics, afin que chacun connaisse le montant global des dépenses de santé que le Trésor a payé à son égard. Il faudrait pour ce faire un système détaillé d'établissement des coûts afin de déterminer la part de chaque bénéficiaire, en fonction de l'usage, dans la plupart des dépenses publiques relatives à la santé et de pouvoir établir un relevé confidentiel pour chaque utilisateur.
- Une certaine contribution personnelle pour payer au moins une partie des coûts de santé (« quote-parts »).
- L'exonération du paiement des quote-parts pour les contribuables à faible revenu, afin qu'aucun paiement ne soit exigé de ceux qui ne sont pas capables d'assumer ces coûts.
- Un plafond sur les quote-parts pour ceux dont les coûts de santé sont élevés, afin que les coûts de maladies catastrophiques ne pèsent pas trop lourdement sur les utilisateurs.
- La prestation de tous les services de santé nécessaires sans exiger de paiements initiaux. Les quote-parts seraient réglées séparément et après coup.

Beaucoup considèrent que fournir de l'information sur les coûts des services de santé publics occasionnés par ceux qui reçoivent ces services constitue une étape importante pour renforcer la reddition des comptes et la transparence des dépenses en santé. Un tel mécanisme d'information pourrait être utile même dans un système sans quote-parts, parce qu'il rappellerait aux utilisateurs les coûts qu'ils occasionnent et leur responsabilité sociale à l'égard de ces coûts. Il pourrait également faire partie d'un système intégré de gestion et de comptabilité des coûts des services de santé publics, ce qui permettrait de mieux identifier et contrôler ces dépenses et de relier les résultats et les coûts des soins de santé.

Mais rendre compte des coûts individuels des services de santé soulèverait quelques questions importantes :

- Il est impossible d'affecter individuellement tous les coûts des services de santé publics. Il y a d'importants frais de formation, de recherche et d'administration qui ne peuvent pas être affectés facilement à des individus.
- Si le système d'information était relié à des quote-parts, alors il faudrait se demander si l'effet de dissuasion de ces paiements serait justifié dans les situations où les soins de santé ont d'importants effets externes (immunisation) ou lorsque des dépenses aujourd'hui peuvent réduire les coûts futurs (diagnostics).

Il faut également tenir compte de l'effet des quote-parts ou des frais d'utilisation sur l'équité de l'utilisation du système de santé. Selon leur type et leur ampleur, les mécanismes de partage des coûts peuvent réduire à la fois les besoins nécessaires et les demandes inutiles. Par conséquent, des questions ont été soulevées en ce qui concerne les incidences négatives des quote-parts sur les résultats des soins de santé. En outre, la réduction de l'utilisation – qui dépendrait elle aussi des caractéristiques du système employé – pourrait être plus forte chez les groupes à faible revenu. Par ailleurs, les mécanismes de partage des coûts ne tiennent pas compte des facteurs de l'offre qui influent sur la demande, notamment lorsque les fournisseurs de soins de santé payés à l'unité de service provoquent une utilisation accrue en prescrivant d'autres consultations et actes médicaux.

Instaurer des quote-parts et d'autres formes de frais d'utilisation entraîne inévitablement des frais administratifs supplémentaires, encore que, comme nous l'avons indiqué, les systèmes d'information exigés pour les quote-parts pourraient avoir d'autres avantages. Il y a aussi des coûts liés aux mécanismes d'exonération mis en place pour assurer l'accès continu aux services par les démunis et les groupes les plus vulnérables. Ces frais administratifs réduisent les économies éventuelles que permettraient de tels systèmes.

Autres mécanismes pour établir une responsabilité personnelle à l'égard des coûts de santé

Le Canada est le seul pays industrialisé au monde qui offre des services de santé publics complets sans franchise et qui va même jusqu'à interdire l'imposition de frais d'utilisation relativement à des services de santé couverts.

Tel qu'indiqué ci-dessus, exiger une certaine part de responsabilité personnelle à l'égard des coûts de santé peut constituer un moyen important de contrôler ces coûts et pourrait donc être une solution. Une brève description de divers mécanismes permettant de parvenir à une certaine responsabilité personnelle à l'égard des coûts de santé est fournie ci-dessous.

a) Comptes d'épargne-santé

Dans ce qui pourrait être considéré comme un modèle pur ou classique, les comptes d'épargne-santé (CES) constituent simplement un mécanisme de paiement anticipé qui permet aux particuliers d'épargner pour payer leurs dépenses de santé. On oblige (ou encourage) les gens à verser périodiquement une partie de leur revenu dans un compte établi uniquement dans le but de payer leurs dépenses de santé et celles de leur famille. Les dépenses engagées par le titulaire du compte (et les membres de sa famille) sont alors acquittées à même ce compte, et le solde est réservé pour pouvoir payer les dépenses futures ou à d'autres fins. L'encouragement à continuer à épargner tient aux services futurs que le titulaire peut obtenir si son compte d'épargne-santé a un solde positif. Mais à Singapour, où cette forme de financement est utilisée, le CES doit s'accompagner d'une assurance-risques catastrophiques obligatoire afin de fournir une protection contre les coûts extraordinaires. Les primes de cette assurance sont payées à même le compte d'épargne-santé. Au besoin, les services de santé aux personnes démunies sont financés par un fonds national.

Pour les travailleurs autonomes et pour les employés de petites entreprises qui ont du mal à se payer une assurance-santé privée, ce type de CES constituer une solution de rechange intéressante. Étant donné que le CES ne regroupe pas les cotisations au système de santé, il n'y a pas de redistribution des coûts : à condition de souscrire à une police d'assurance-risques catastrophiques, chacun reste responsable de ses propres dépenses. Le CES répartit plutôt les ressources au fil de la vie du titulaire. Il faut un allègement fiscal pour que les dépôts aux CES rendent le système plus attrayant, mais il y a un manque à gagner pour l'État.

Les comptes d'épargne-santé plaisent tout particulièrement aux décideurs qui cherchent à établir une responsabilité individuelle dans le financement des soins de santé. Les CES influent sur les coûts du système de santé par l'entremise de la demande, mais ils ne contribuent pas à réduire la demande stimulée par l'offre.

b) Comptes d'épargne-santé modifiés

Les modalités d'un CES peuvent être modifiées de plusieurs façons. Ainsi, la cotisation à chaque compte peut être versée par l'État, plutôt que par le titulaire du compte. Cette mesure entraîne une redistribution des avantages, de deux façons :

- Les coûts des contributions de l'État doivent être assumés à même les recettes du gouvernement, et les taxes connexes se répercuteront différemment selon les personnes.
- La probabilité que les titulaires des comptes aient des dépenses de santé n'est pas uniforme. Elle varie selon l'âge, le sexe, l'état de santé, l'emploi, etc.

Par conséquent, les CES financés par l'État ont tendance à avantager les jeunes et les personnes en santé, pour qui la probabilité de ne pas avoir à puiser dans leur CES est élevée et qui peuvent donc maintenir des soldes élevés et peut-être utiliser ces fonds à d'autres fins. Ils désavantagent les démunis et les personnes âgées parce que ces derniers doivent payer leur part – par l'entremise du régime fiscal – des coûts des contributions de l'État, mais n'en tirent aucun avantage net.

Selon une autre variante, lorsque le titulaire du CES a épuisé les fonds dans son compte, il peut devoir payer une portion des coûts de santé qui lui sont attribués, habituellement jusqu'à concurrence d'un certain plafond cependant. Les coûts qui dépassent cette quote-part sont alors assumés intégralement par un régime public ou privé. Là encore, un tel mécanisme a pour effet de redistribuer les ressources des malades vers les personnes en santé : il a un effet incitatif sur l'usage, mais a aussi d'autres effets dont il faut tenir compte du point de vue de l'équité.

Dans le modèle de CES analysé dans le rapport Mazankowski en Alberta, un montant fixe serait déposé dans chaque CES individuel tous les ans. Ce montant individuel pourrait correspondre aux primes d'assurance-maladie de l'Alberta, majoré d'un financement supplémentaire de l'État, surtout pour les personnes à faible revenu qui ne paient pas le plein montant de l'impôt. Les coûts de santé du titulaire du CES pendant l'année seraient imputés à son compte. S'ils dépassaient le solde, le titulaire pourrait devoir payer une pénalité, mais le gouvernement assumerait la différence. Si les coûts étaient inférieurs au solde du compte, le titulaire pourrait reporter le solde positif et peut-être l'utiliser à des fins plus générales. Le rapport Mazankowski reconnaissait les effets de redistribution de cette proposition, mais jugeait utile de l'analyser davantage et de la modifier au besoin.

c) Primes variables dans un compte d'épargne

Le rapport Mazankowski proposait également que l'Alberta envisage une méthode faisant appel à des « primes variables ». Dans ce régime, les primes individuelles d'assurance-maladie de l'Alberta seraient déposées à un compte d'épargne-santé personnel, et un montant supplémentaire serait versé dans le compte des personnes âgées. Une partie (disons 20 %) des coûts de santé du titulaire serait imputé à ce compte, mais des exonérations seraient prévues pour les chirurgies coûteuses et les maladies chroniques. Lorsque le compte serait épuisé, le titulaire devrait verser un supplément d'assurance, mais le gouvernement assumerait alors les coûts supplémentaires. Le paiement maximum d'un titulaire serait plafonné à 3 % du revenu imposable. Les titulaires des comptes pourraient reporter leurs soldes positifs et les utiliser pour une liste de fins élargie.

Les deux régimes proposés dans le rapport Mazankowski sensibiliseraient davantage les citoyens aux coûts de santé et réduiraient en partie la demande. Mais ils comporteraient tous les deux des coûts administratifs, des éléments complexes (notamment l'intégration des familles dans le système, le traitement des immigrants et des émigrants, etc.) et une

certaine redistribution en faveur des personnes en santé au détriment des malades. Les deux comporteraient des coûts administratifs importants.

d) Cotisations par l'entremise du régime fiscal

1. Inclusion des soins de santé dans le revenu imposable

Divers régimes proposés ont pour caractéristique d'inclure les coûts des soins de santé dans le revenu des particuliers aux fins de l'impôt. Les particuliers paieraient donc de l'impôt sur ces soins à leur taux d'imposition marginal. Ces régimes prévoient habituellement un plafond sur l'impôt supplémentaire, habituellement un pourcentage peu élevé (3 %) du revenu, et un allégement spécial pour les contribuables à faible revenu.

Inclure les paiements relatifs aux soins de santé dans le revenu des particuliers crée un impôt progressif sur les coûts couverts, mais comparativement au système actuel, il alourdirait grandement le fardeau financier des malades, des personnes âgées et d'autres groupes spéciaux que les jeunes et les personnes en santé. Le système pourrait cependant prévoir des dispositions spéciales qui empêcheraient d'alourdir le fardeau financier des groupes vulnérables.

Relier le système directement à l'impôt sur le revenu des particuliers pourrait permettre de réaliser quelques économies, mais risquerait de fausser le revenu imposable ou le revenu net, qui sont utilisés à d'autres fins (ainsi, si une portion importante des coûts des soins de santé est incluse dans le revenu, le particulier pourrait voir réduit son crédit d'impôt pour enfants ou pour TPS). Là encore, il y aurait de nombreux facteurs complexes à prendre en considération, notamment le traitement des familles, des autres personnes à charge, etc.

2. Quote-parts par l'entremise de l'impôt sur le revenu des particuliers
(*Aba/Goodman/Mintz*)

Dans ce régime, lorsqu'ils feraient leur déclaration d'impôt, les particuliers devraient payer une partie (environ 40 %) des coûts des soins de santé payés en leur nom, jusqu'à concurrence d'un certain pourcentage (3 %) du revenu imposable. Par conséquent, plus le particulier imposerait un lourd fardeau au système, plus sa contribution serait élevée. Mais les particuliers et les familles dont le revenu imposable serait inférieur à un minimum établi ne seraient pas tenus de payer cet impôt sur les soins de santé qu'ils auraient reçus. Ce seuil pourrait aussi tenir compte de la taille des familles et, plus précisément, du nombre d'enfants et de personnes âgées dans le ménage. Étant donné que ces cotisations de santé accroissent les recettes de l'État et que les besoins en services de santé sont réduits parce que les quote-parts abaissent les coûts publics, le gouvernement fédéral et les provinces peuvent ensuite abaisser leur taux d'imposition du revenu des particuliers.

Bien que cet impôt serait administré par l'entremise du régime fiscal, il serait calculé séparément et ne modifierait pas le revenu aux fins de l'impôt. Afin de mettre en œuvre ce système, il faudrait d'abord établir un mécanisme de prix qui déterminerait le coût des services. Cette information pourrait accroître l'efficacité du système et favoriser d'autres réductions de coûts. Le système éviterait les problèmes techniques et psychologiques liés à l'inclusion des coûts des soins de santé dans le revenu aux fins de l'impôt. Mais il redistribuerait tout de même les ressources des malades et des personnes âgées vers les personnes en santé et les jeunes.

3. Crédit d'impôt pour la santé ou « crédit d'impôt pour bien-être » (*Reuber et Poschmann*)

Une autre solution consisterait à accorder à chaque particulier une déduction ou un crédit d'impôt uniforme pour la santé et à imputer à son compte une partie des coûts de santé engagés à son égard. Si le compte était positif, le particulier pourrait reporter le solde, et peut-être l'utiliser à des fins plus larges. Si le compte était épuisé, son titulaire devrait peut-être payer un pourcentage des coûts pour la tranche suivante des coûts engagés, et serait couvert en entier au-delà de cette tranche. Une caractéristique intéressante de cette proposition est que le montant de la déduction ou du crédit varierait selon l'âge, le sexe et l'état de santé, dans le but de réparer l'injustice liée au fait d'accorder un crédit uniforme à tout le monde.

Ce système pourrait comporter des coûts nets importants pour les gouvernements à cause des déductions ou des crédits accordés aux particuliers, qui seraient compensés en partie par la baisse de la demande liée au fait que les particuliers dépenseraient en un certain sens leur propre argent pour payer les coûts de santé (jusqu'à un certain point).

Mais il présente le net avantage de donner l'impression de récompenser le bien-être, ce qui n'est pas le cas de l'impôt sur la maladie (assez injuste dans certains cas) qui caractérise d'autres régimes de quote-parts.

Dans tous les régimes décrits ci-dessus, il peut y avoir d'importants effets de redistribution, essentiellement en faveur des personnes en santé (et des jeunes) et aux dépens des malades (et des personnes âgées). Ces effets peuvent être atténués si le régime prévoit des exonérations, des tranches de quote-parts, des crédits et d'autres mesures qui ne sont pas d'un montant uniforme pour tout le monde, mais plutôt échelonnés en fonction de l'âge, du sexe, de l'état de santé, etc. Ces éléments peuvent cependant accroître la complexité du régime.

En outre, l'analyse de l'incidence de la maladie montre que la plupart des gens consomment relativement peu de services de santé dans une année, tandis qu'un petit nombre de personnes en consomment beaucoup. Il y a donc une variation énorme des coûts de santé d'une personne à l'autre, même chez des gens qui ont le même âge, le

même sexe et un état de santé semblable. Il est impossible d'établir un profil des exonérations qui éliminerait les effets aléatoires de maladies imprévisibles sur les coûts individuels dans de tels systèmes de quote-parts.

e) Modifier la définition des coûts couverts

En règle générale, les Canadiens ont actuellement un « droit » – gratuit – à un vaste éventail de services couverts, mais ils doivent assumer personnellement la plus grande partie des coûts d'autres services de santé (comme les soins à domicile, les médicaments, les soins dentaires, etc.). (Un certain appui pour un nombre limité de ces coûts est fourni par de nombreux régimes provinciaux mal intégrés, notamment à l'intention des Canadiens à faible revenu.) Les justifications qui déterminent quels coûts de santé sont financés par les deniers publics et quels ne le sont pas ne sont pas très claires : tout examen complet du système de santé public comporterait un examen de la ventilation actuelle des coûts par rapport aux priorités perçues en matière de santé et à la gestion du système. Un tel examen pourrait arriver à la conclusion que certains coûts couverts actuellement devraient cesser de l'être et être plutôt assumés par les individus, ce qui permettrait de réaliser des économies. Mais il pourrait aussi arriver à la conclusion que certains services exclus actuellement devraient être couverts.

Soit dit en passant, il y a de puissants arguments d'efficience en faveur de l'exploration de certaines formes de mécanismes de quote-parts dans le système de santé, compensés par des considérations en matière d'équité. Ces considérations sont à leur tour influencées par le fait que les Canadiens ont actuellement accès sans franchise à tous les services de santé couverts, et il y a une impression d'injustice si cette couverture est modifiée de manière à ce que la maladie entraîne des coûts personnels importants. Si le Canada n'avait pas déjà un vaste système de santé public, on pourrait fort bien soutenir qu'un nouveau système devrait comporter une certaine responsabilité financière pour les coûts de santé (probablement pour des services autres que ceux liés aux grandes maladies et aux actes médicaux importants), et les Canadiens conviendraient probablement qu'il s'agit d'une mesure raisonnable et d'une amélioration de l'efficience du système. Mais comme nous avons déjà une couverture intégrale des services admissibles, il se peut bien que nous soyons dans une impasse : de grandes perceptions et préoccupations devront être résolues avant que la plupart des mécanismes de quote-parts ne puissent être intégrés au système actuel.

f) Frais d'utilisation au point de service

Ce mécanisme permet aux fournisseurs de services de santé d'exiger des frais représentant une partie de la prestation des services au point de service. Les frais d'utilisation sont qualifiés de régressifs à cause de leur effet négatif sur l'équité du système. Plus la part des frais d'utilisation est élevée dans le système, plus le fardeau financier repose sur les malades, en règle générale les membres plus vulnérables de la société, contrairement aux systèmes financés par les impôts qui imposent un fardeau plus

lourd aux contribuables fortunés. On craint également que des frais d'utilisation élevés dissuadent aussi bien l'utilisation nécessaire que l'utilisation inutile des services de santé, surtout chez les personnes à faible revenu. L'autre inconvénient des frais d'utilisation au point de service est qu'ils peuvent se révéler un facteur de dissuasion beaucoup plus important pour les personnes à faible revenu, qui peuvent être forcées de payer tout de suite pour les services et se faire rembourser plus tard.

g) Régimes d'assurance privés

Un grand nombre de pays utilisent une forme quelconque d'assurance dans leur système de santé : les citoyens versent des primes à divers assureurs pour obtenir certains avantages, généralement dans des régimes prévoyant une couverture de base uniforme et des catégories de primes établies qui permettent à tout le monde de s'assurer.

Divers systèmes peuvent couvrir une partie ou l'ensemble des coûts de santé par des mécanismes d'assurance offerts par des assureurs publics ou privés et comportant des primes personnelles ainsi que des tableaux des montants assurés. Ces régimes peuvent prévoir ou non des quote-parts, et certains peuvent s'intégrer aux systèmes de santé gérés.

L'assurance privée peut être utilisée pour apporter un supplément aux soins de santé public ou les remplacer. Elle peut aussi permettre, dans certains cas, une réduction d'impôt pour ceux qui ne participent pas au système public. Les avantages d'un tel système, qui est employé de plus en plus dans d'autres pays, comprennent :

- Les assureurs privés peuvent offrir un vaste éventail de couvertures et de primes (à condition probablement que la couverture comprenne toujours quelques éléments de base), de façon à ce que l'assuré puisse choisir la couverture et le coût qu'il préfère.
- Les assureurs privés sont incités à s'efforcer de contrôler les coûts, par des mécanismes de soins de santé gérés, des mesures préventives, des achats de services en gros, etc., peut-être par des moyens plus novateurs que dans le système public.
- Dans la mesure où les assureurs privés font appel à d'autres fournisseurs de services de santé, les pressions globales sur l'ensemble du système peuvent être atténuées.
- Les polices d'assurance établissent un lien clair entre les coûts (les primes) et les services reçus pour les assurés.
- Des catégories d'assurance peuvent exiger des primes plus élevées selon les catégories de risques, lorsque l'assuré contrôle le risque (les fumeurs, par exemple), ce qui améliore les résultats des soins de santé et abaisse les coûts.

L'inconvénient est qu'un système d'assurance privée s'éloignerait du modèle de payeur unique actuel, pourrait entraîner des coûts administratifs supplémentaires, et pourrait poser des problèmes pour le reste du système public. En outre, l'expérience d'autres pays

a fait ressortir une insatisfaction à l'égard de la tendance de certains assureurs à tenter d'éviter d'accepter et de rembourser certains coûts.

Mais un système d'assurance complètement libre et concurrentiel soulève également des problèmes de couverture et d'équité. Les assureurs auront tendance à fixer des primes différentes pour différentes catégories d'assurés, et les pressions concurrentielles les forceront à définir de manière plus stricte les catégories de risques pour lesquelles les primes sont les plus basses. Il se pourrait donc que les personnes à haut risque – notamment les malades chroniques et les personnes âgées – se retrouvent dans des catégories de risque pour lesquelles les primes sont très élevées. Un système stable offrant des produits d'assurance compétitifs pourrait nécessiter de grandes catégories obligatoires et interdire aux assureurs de refuser d'assurer les membres de chaque catégorie.

Bien que répandus dans d'autres pays, dans le cadre de l'organisation et du financement globaux des soins de santé, les systèmes d'assurance privée seraient difficiles à utiliser au niveau fédéral au Canada, à cause de la compétence provinciale en matière de services de santé. Les provinces pourraient cependant souhaiter examiner de tels systèmes.

La compétence provinciale et la compétence fédérale

Il conviendrait probablement mieux que presque tous les régimes de quote-parts et de frais d'utilisation décrits ci-dessus soient envisagés au niveau provincial, puisque les provinces sont responsables de l'administration globale du système. Mais ces régimes peuvent avoir des conséquences sur des coûts que le gouvernement fédéral contribue à payer et pourraient soulever des questions quant à leur compatibilité avec les principes énoncés dans la Loi canadienne sur la santé. Par conséquent, l'examen de divers types de régimes de ce genre effectué par l'Alberta et d'autres provinces a des implications très importantes pour le gouvernement fédéral et sa contribution financière au système.

ÉVALUATION COMPARATIVE

Quand le système de santé public est financé principalement par un impôt progressif sur le revenu des particuliers, il y a une importante redistribution des contribuables à revenu élevé à ceux qui ont un faible revenu et qui ont tendance à utiliser davantage le système. Le dosage des impôts directs plus progressifs détermine la progressivité du système financé par l'impôt, et les impôts indirects plus régressifs qui seront employés. Les études indiquent que les pays qui utilisent principalement les impôts directs pour financer le système de santé public ont un régime d'imposition directe moins progressif que les pays qui dépendent davantage des impôts indirects.

Par conséquent, les contribuables fortunés seraient avantagés si nous passions d'un système financé par l'impôt à des frais d'utilisation dont le montant serait fixé en fonction de l'usage plutôt que du revenu. En outre, si des mécanismes d'exonération sont

mis en place pour assurer l'accès continu des démunis, alors le passage d'un système financé par l'impôt à des frais d'utilisation fait passer la redistribution du revenu des contribuables à revenu moyen vers les contribuables fortunés. Si la population dans son ensemble commence à avoir l'impression que le système financé par l'impôt ne peut pas fournir des soins rapides et de qualité, alors l'appui à ce système diminuera et les contribuables à revenu moyen appuieront les contribuables à revenu élevé qui demandent des baisses d'impôt et une hausse des paiements privés dans le système, soit par des frais d'utilisation soit par une assurance privée.

Avec des primes par paliers, les paiements de primes sont aussi reliés au revenu imposable. Mais il n'y a pas de lien entre ces paiements et l'utilisation du système de santé. Ce système de financement est donc également plus progressif que les frais d'utilisation, et les groupes à revenu élevé paient des primes plus élevées, quelle que soit leur utilisation des services de santé.

L'assurance sociale, comme le système financé par l'impôt, relie les cotisations au revenu et non à l'utilisation des services de santé. Elle est donc plus progressive que les frais d'utilisation. Mais l'assiette fiscale de cette forme d'assurance, tout comme celle de l'impôt sur le revenu des particuliers, ne comprend pas l'épargne. Or l'épargne représente une plus grande proportion de la richesse chez les contribuables à revenu élevé et, plus souvent qu'autrement, les cotisations sociales sont plus régressives que le système de santé financé par l'impôt.

D'aucuns soutiennent que les systèmes financés par les recettes fiscales générales contiennent mieux les coûts que les systèmes financés par des cotisations sociales ou un impôt spécifique, parce que la transparence de l'assurance sociale affaiblit la résistance aux hausses des cotisations si les contribuables sont convaincus que ces hausses permettront un accroissement de l'efficacité du système de santé.

Dans les systèmes financés par l'impôt et dans l'assurance sociale, le niveau de revenu détermine la contribution financière personnelle au système, mais n'entrave ou ne favorise aucunement l'accès aux services de santé. Ce n'est pas le cas lorsque des paiements privés, par l'entremise d'une assurance privée, de frais d'utilisation ou d'autres mécanismes de partage des coûts, sont utilisés pour financer le système de santé.

Certains soutiennent que les mécanismes de partage des coûts accroissent l'équité du système puisque les utilisateurs les plus fréquents y contribuent proportionnellement davantage. En outre, selon la façon dont le partage des coûts est mis en œuvre, l'efficacité du système et la reddition des comptes sont également renforcées, comme c'est le cas lorsqu'il faut déterminer les coûts des services de santé.

Tableau 2 : Analyse comparative des sources fiscales de financement de hausses des dépenses fédérales dans le secteur de la santé

	Avantages	Inconvénients
Impôt sur le revenu des particuliers	<ul style="list-style-type: none"> • L'impôt sur le revenu du travail et sur le revenu du capital crée une large assiette fiscale. • La progressivité du barème de l'impôt sur le revenu signifie que les contribuables à revenu élevé contribuent davantage que les contribuables à faible revenu, quel que soit leur état de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Influe sur l'épargne, les décisions relatives à l'offre de main-d'œuvre, ce qui a des conséquences sur l'affectation efficace des ressources. • Les changements démographiques qui accroissent la proportion de retraités influent sur les recettes. • Les taux plus bas aux États-Unis nuisent à la capacité du Canada d'attirer des travailleurs très qualifiés, à revenu élevé.
Charges sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Un impôt spécifique permet de relier facilement la hausse d'impôt aux services offerts et est donc politiquement plus facile à faire accepter. (Expérience européenne) 	<ul style="list-style-type: none"> • Assiette fiscale plus petite que celle de l'impôt sur le revenu; il faut donc un taux plus élevé pour obtenir le même montant de recettes. • Les changements démographiques auront une incidence plus marquée parce que l'assiette fiscale ne comprend que la population active.
Taxe à la consommation	<ul style="list-style-type: none"> • A la plus grande assiette fiscale; petite augmentation du taux de la taxe nécessaire pour obtenir un montant de recettes donné. • Le montant de taxe payé devrait être proportionnel au revenu, puisque la consommation est reliée au revenu. • Les changements démographiques influent le moins sur les recettes. • Le moins de distorsion de l'économie, donc les plus faibles coûts d'efficience. • Plus régressive que l'impôt sur le revenu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficile de relier les services à la taxe. • Les taux plus bas aux États-Unis pourraient avoir des conséquences sur les niveaux de consommation au Canada.
Prime par paliers ou fondée sur le revenu	<ul style="list-style-type: none"> • Vu que les paiements se fondent sur le revenu imposable, les contribuables à revenu élevé contribuent donc davantage au système. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun lien entre l'utilisation et les paiements, donc pas d'incidence sur la demande de services ni sur les coûts pour le

	<ul style="list-style-type: none"> • Les recettes obtenues peuvent permettre d'allonger la liste des services couverts par l'assurance publique. • Facile (et peu coûteux) à mettre en œuvre du point de vue administratif comparativement à d'autres solutions. • Relativement facile d'obtenir un appui politique pour ce système. 	secteur public.
Comptes d'épargne-santé modifiés	<ul style="list-style-type: none"> • La sensibilisation individuelle aux coûts de santé devrait réduire la demande excessive dans le système. • Les fournisseurs de soins de santé devraient d'abord calculer le coût des services, ce qui accroîtrait la reddition des comptes et l'efficacité du système. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recettes publiques accrues nécessaires pour financer la part des cotisations assumée par l'État. • Les plus gros gagnants sont les jeunes et les personnes en santé qui accumuleront de l'épargne. Il y a peu d'avantages pour les malades chroniques et les personnes âgées.
Primes variables et compte d'épargne	<ul style="list-style-type: none"> • La sensibilisation individuelle aux coûts de santé devrait réduire la demande excessive dans le système. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'administration complexe pourrait entraîner des coûts élevés.
Inclusion des coûts des services de santé dans le revenu imposable	<ul style="list-style-type: none"> • La sensibilisation individuelle aux coûts de santé devrait réduire la demande excessive dans le système. • Le patient ne doit pas payer les coûts de santé dès le départ, de sorte que les problèmes de liquidités ne limitent pas l'accès aux services comme ce pourrait être le cas avec des frais d'utilisation. • La contribution au système repose sur le revenu et l'état de santé. • Les fournisseurs de soins de santé devraient d'abord calculer le coût des services, ce qui accroîtrait la reddition des comptes et l'efficacité du système. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'administration de ce système pourrait être assez complexe et entraîner des frais administratifs élevés.
Crédit pour bien-être	<ul style="list-style-type: none"> • La sensibilisation individuelle aux coûts de santé devrait réduire la demande excessive dans le système. • La contribution au système repose sur le revenu et l'état de santé. • Les fournisseurs de soins de santé devraient d'abord calculer le coût des services, ce qui 	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut des recettes publiques supplémentaires. • Les plus gros gagnants sont les jeunes et les personnes en santé qui accumuleront de l'épargne. Il y a peu d'avantages pour les malades chroniques et les personnes âgées.

	accroîtrait la reddition des comptes et l'efficience du système.	
Quote-part, par l'entremise du régime fiscal	<ul style="list-style-type: none"> • La sensibilisation individuelle aux coûts de santé devrait réduire la demande excessive dans le système. • Le patient ne doit pas payer les coûts de santé dès le départ, de sorte que les problèmes de liquidités ne limitent pas l'accès aux services comme ce pourrait être le cas avec des frais d'utilisation. • La contribution au système repose sur le revenu et l'état de santé. • Les fournisseurs de soins de santé devraient d'abord calculer le coût des services, ce qui accroîtrait la reddition des comptes et l'efficience du système. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les plus gros gagnants sont les jeunes et les personnes en santé qui accumuleront de l'épargne. Il y a peu d'avantages pour les malades chroniques et les personnes âgées, ce qui influe sur l'appui politique.
Frais d'utilisation au point de service	<ul style="list-style-type: none"> • La sensibilisation individuelle aux coûts de santé devrait réduire la demande excessive dans le système. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les groupes les plus vulnérables de la société sont désavantagés par rapport aux jeunes et aux personnes en santé. • La contribution ne tient pas compte des flux de revenu. • Peut avoir des incidences négatives sur la demande de services nécessaires, ce qui nuirait à la santé.

Financement des dépenses supplémentaires dans le cadre du traitement fiscal canadien existant

Appui fiscal actuel aux coûts de santé

Le régime fiscal actuel prévoit un certain appui aux coûts de santé relatifs à des dépenses non couvertes par le régime public de base. Il s'agit principalement d'un crédit d'impôt pour frais médicaux relatif aux coûts de santé exceptionnellement élevés engagés par les particuliers, mais il y a également d'autres dispositions spéciales, notamment à l'intention des personnes handicapées.

Les mesures particulières comprennent :

Crédit d'impôt pour frais médicaux : Les particuliers reçoivent un crédit d'impôt non remboursable (qui peut être appliqué pour réduire l'impôt sur le revenu) de 16 % des coûts de santé admissibles au-dessus de 3 % du revenu net ou de 1 676 \$ (chiffre de 2001), selon ce qui est le moins élevé. Conjugué aux crédits d'impôt provinciaux semblables, ce crédit permet à un particulier ayant un revenu suffisant d'obtenir un avantage net représentant environ le quart des coûts admissibles supplémentaires.

Supplément remboursable pour frais médicaux : Ce supplément accorde une aide fiscale supplémentaire aux personnes à faible revenu dont les dépenses médicales sont exceptionnellement élevées. Remboursable s'il est supérieur à l'impôt fédéral, ce supplément représente 25 % des coûts admissibles jusqu'à concurrence de 500 \$, et il n'est accordé qu'aux contribuables à faible revenu qui ont un revenu gagné.

Le crédit d'impôt pour personne handicapée est accordé aux personnes ayant une invalidité grave et prolongée : le crédit est actuellement d'environ 750 \$ pour les personnes admissibles.

La déduction pour frais de préposé aux soins prévoit une déduction limitée – jusqu'aux 2/3 du revenu gagné – pour les frais de préposé aux soins requis pour permettre à une personne handicapée de travailler.

Les dispositions spéciales décrites ci-dessus réduisent les recettes fiscales fédérales et provinciales d'environ 1 milliard de dollars par année. Ces crédits et déductions pourraient être élargis de manière à offrir un appui encore plus grand, qui pourrait être utile dans certaines circonstances, notamment pour les soins à domicile. Mais les mesures fiscales existantes ne sont pas bien intégrées au reste du système. Les crédits non remboursables ne peuvent être demandés que par ceux qui ont un revenu et un impôt à payer suffisants et sont donc de peu d'utilité pour les personnes à très faible revenu : le mécanisme remboursable à l'intention des personnes à faible revenu devrait être élargi pour surmonter ce problème. En outre, les avantages sont surtout accordés après que les coûts ont été engagés, ce qui signifie qu'il faut trouver les ressources pour payer les dépenses initiales. Par ailleurs, identifier et surveiller l'allégement fourni par de telles mesures présente des difficultés. Dans l'ensemble, il y a des limites à l'efficacité de l'utilisation du régime fiscal pour offrir un allégement ciblé relatif aux dépenses de santé non couvertes.

Mais l'aspect le plus important de l'appui fiscal aux coûts de santé, ce ne sont pas les mesures ci-dessus, mais bien la non-imposition des cotisations de santé versées par l'employeur au nom de chaque employé, tandis que les coûts restent déductibles pour l'employeur. L'exonération d'impôt de ces charges sociales réduit les recettes fiscales fédérales et provinciales de quelque 2 milliards de dollars par année.

L'exonération actuelle pourrait être considérée comme injuste à bien des égards. Les employés couverts par des régimes d'assurance-maladie de l'employeur obtiennent un avantage auxquels n'ont pas accès ceux qui ne sont pas couverts, et le montant de cet avantage est le plus élevé pour ceux qui ont droit aux régimes les plus complets et les

plus généreux et qui touchent les revenus les plus élevés. L'exonération de ces avantages constitue en réalité une subvention importante à ceux qui ont droit aux services (soins dentaires, lunettes, médicaments, etc.) non couverts par le système de santé public de base, tandis que les autres n'obtiennent pas de tels avantages. Il faudrait envisager d'éliminer cette exonération des avantages offerts par les régimes d'assurance-maladie de l'employeur, en particulier si les recettes publiques qui en découlent visent à renforcer notre système de santé public.

Certains ont parfois soutenu que l'élimination de cette exonération dissuaderait les employeurs d'offrir des régimes d'assurance-maladie. Il faut souligner cependant que ces régimes d'employeur se sont en règle générale accrus ces dernières années, même si les primes et les coûts ont grimpé en flèche, et il semble peu probable qu'une hausse du coût après impôt de ces avantages réduirait sensiblement la couverture des régimes d'assurance-maladie privés, bien qu'elle réduirait le revenu après impôt des employés qui obtiennent actuellement des avantages exonérés d'impôt.

E. COMPARAISONS PAR PAYS

Tableau 1 : Financement des systèmes de santé nationaux au sein de l'OCDE

Pays	Description	Source des fonds publics
Australie	<ul style="list-style-type: none"> • L'assurance-maladie donne à tout le monde un accès libre aux services médicaux dans les hôpitaux publics, sans égard au revenu. • Les États et le Commonwealth financent les services, mais la prestation des services relève principalement des États. • Il existe un marché parallèle de l'assurance privée, régi de manière stricte par le Commonwealth, afin d'offrir une couverture supplémentaire. L'achat d'une assurance privée se concentre chez les ménages aisés. • La tarification de l'assurance privée est sans distinction pour assurer un accès équitable. • Les frais inattendus et le coût croissant des primes d'assurance privée ont réduit la demande d'assurance-maladie privée, malgré d'importantes mesures fiscales visant à encourager l'achat d'assurance privée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les recettes fiscales générales représentent environ 80 % des dépenses du Commonwealth, financées principalement par l'impôt sur le revenu. Les États touchent toutes les recettes de la TPS. La TPS a remplacé la plupart des taxes des États et des taxes locales en juillet 2000. • Les autres 20 % des dépenses du Commonwealth sont financées par un impôt-santé sur le revenu imposable de 1,5 % au-dessus d'un certain seuil de revenu, et de 2,5 % si le contribuable n'a pas d'assurance privée complémentaire, ce qui incite à acheter de l'assurance privée. • Les transferts globaux du Commonwealth aux États sont bloqués pour des périodes de cinq ans et se fondent sur la population et sur des indicateurs de rendement.

Danemark	<ul style="list-style-type: none"> • Système principalement public et décentralisé où trois paliers de gouvernement (l'État, le comté et la municipalité) jouent un rôle important dans le financement et la prestation des services de santé. • La responsabilité du financement et de la planification des services de santé incombe à 14 comtés et une administration hospitalière située dans la région métropolitaine de Copenhague. • Tous les Danois ont un accès libre aux services hospitaliers et de médecine générale, et les examens de santé ainsi que les soins dentaires sont gratuits pour tous jusqu'à l'âge de 18 ans. • Les produits pharmaceutiques obtenus dans les hôpitaux sont gratuits mais il y a une certaine quote-part à payer pour ceux qui sont obtenus dans le secteur privé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Environ 82 % des dépenses de santé sont financées par les recettes fiscales générales du gouvernement central (impôt d'État) et des administrations locales (comté et municipalité) (OCDE 2002). • La plus grande partie du financement de la santé par le secteur public (environ 80 %) provient des recettes fiscales locales (comté et municipalité). Les autres 20 % proviennent de subventions de l'État, qui sont calculées tous les ans et sont reliées à l'ampleur des recettes fiscales locales. Les dépenses de santé représentent environ 70 % des dépenses fiscales locales. • Des réunions annuelles entre le ministère de la Santé, le ministère des Finances et les représentants des conseils de comté et des conseils municipaux permettent de négocier les taux d'imposition locaux et, par conséquent, les recettes des organes locaux, le niveau des subventions d'État aux comtés et aux municipalités, et le niveau de péréquation locale. • La capacité de l'État de contrôler les recettes fiscales locales, par l'entremise de l'établissement des taux d'imposition, lui permet d'exercer une influence importante sur le développement du secteur de la santé et sur la prestation locale de services de santé. En outre, l'État fixe les priorités dans le secteur de la santé et détermine les proportions de son financement affectées à ces activités particulières. Les organes locaux n'ont donc pas un contrôle intégral sur les subventions d'État.
-----------------	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Le principal élément des recettes fiscales est l'impôt sur le revenu des particuliers, qui est progressif mais n'est perçu que sur 59 % du revenu gagné. • À cause des variations de l'assiette fiscale des divers comtés, il y a une importante redistribution du revenu entre les comtés et les municipalités en fonction de la répartition selon l'âge, du nombre d'enfants dans des familles monoparentales, du nombre de logements loués, du taux de chômage, du nombre d'immigrants de pays non membres de l'UE, du nombre de personnes vivant dans des régions défavorisées, de la proportion de personnes âgées seules. L'ampleur de cette péréquation est décidée lors des négociations annuelles. • Il faut des quote-parts pour couvrir les soins dentaires, la physiothérapie et les achats pharmaceutiques effectués hors des hôpitaux. Environ le quart de la population danoise achète de l'assurance-maladie volontaire pour couvrir ces dépenses. • Une association sans but lucratif couvre plus de 95 % des assurés. Les primes ne sont pas déductibles d'impôt.
--	--	--

France	<ul style="list-style-type: none"> • Trois grands régimes d'assurance-maladie couvrent 96 % de la population. La population n'a pas le choix de l'assureur, et la participation à un régime ou à un autre dépend du lieu de résidence et de la situation d'emploi. Depuis 2001, il n'y a eu aucune variation des soins couverts par les trois régimes. • Plus de 90 % de la population souscrit à une assurance-maladie volontaire complémentaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le secteur de la santé est financé principalement par des impôts spécifiques (nationaux et non locaux) et par les cotisations d'assurance sociale. • Les impôts spécifiques comprennent la contribution sociale généralisée (CSG), un impôt à taux unique de 5,25 % appliqué sur le revenu total (3,95 % pour les prestations de retraite et d'assurance-chômage); l'impôt sur le revenu des sociétés payé par les sociétés pharmaceutiques en fonction de leurs ventes et de leurs dépenses de publicité; et les taxes d'accise sur le tabac et l'alcool. • Il n'y a pas de plafond aux cotisations d'assurance pour les travailleurs salariés de l'industrie et du commerce. Les employeurs cotisent environ 12,80 % du salaire brut et les employés, 0,75 %. Les taux pour les travailleurs autonomes et les agriculteurs sont plus bas, et les cotisations de ces travailleurs sont plafonnées. • Pour les personnes à faible revenu, la couverture maladie universelle (CMU) se charge de l'assurance-maladie volontaire. Un peu plus de la moitié des travailleurs achètent de l'assurance-maladie volontaire complémentaire par l'entremise de leur employeur. Il n'y a pas d'allégement fiscal pour les primes d'assurance-maladie complémentaire. • Il n'y a pas de plafond annuel des frais par personne, mais toutes les quote-parts donnent droit à un remboursement en vertu des polices d'assurance-maladie volontaire
---------------	--	--

		complémentaire. Il y a également une exonération des quote-parts pour les patients souffrant de maladies chroniques et pour les actes médicaux effectués dans les hôpitaux, au-dessus d'une certaine limite.
Allemagne	<ul style="list-style-type: none"> • 88 % de la population est protégée par l'assurance-maladie obligatoire, 9 % de la population est protégée par l'assurance-maladie privée de remplacement, qui offre une couverture complète; et 2 % reçoit des soins de santé offerts gratuitement par l'État. Moins de 0,2 % de la population n'est pas assurée. • Les personnes dont le revenu dépasse un certain seuil peuvent refuser l'assurance-maladie obligatoire et acheter de l'assurance privée de remplacement. Aucune assurance privée ne couvre les quote-parts des patients relatives aux services et soins médicaux. • Les patients doivent verser des quote-parts pour les médicaments; pour les 14 premiers jours d'hospitalisation et de réadaptation par année civile; pour le transport par ambulance; pour les soins prodigués par des professionnels de la santé autres que les médecins (15 %); et pour les couronnes et les dentiers. Les traitements dentaires préventifs ne sont pas assujettis aux quote-parts. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les recettes fiscales représentent une petite partie des dépenses de santé publiques (moins de 10 %). Plus de 90 % du financement des soins de santé publics proviennent des cotisations d'assurance sociale, qui sont proportionnelles au revenu gagné. • Le taux de cotisation moyen à l'assurance sociale est de 14 %. Les cotisations se fondent uniquement sur le revenu du travail et sont partagées également entre les employeurs et les employés. Pour les personnes dont le revenu est inférieur à un certain seuil, seuls les employeurs cotisent (10 % du revenu gagné). • Les conjoints qui ne travaillent pas et les enfants des travailleurs qui cotisent à l'assurance sociale sont couverts sans frais supplémentaires. Les caisses de retraite et d'assurance-chômage s'occupent de la population qui ne travaille pas. • L'Allemagne a le plus gros marché de l'assurance-maladie volontaire en Europe. Contrairement à l'assurance-maladie obligatoire, il faut souscrire des polices d'assurance-maladie distinctes pour les conjoints qui ne travaillent pas et les enfants, ce qui en fait un choix moins attrayant pour les familles et les couples à revenu unique. Les primes d'assurance-maladie sont déductibles du revenu imposable.

		<p>Depuis 2000, une surtaxe de 10 % s'ajoute sur l'assurance privée de remplacement afin de constituer des réserves financières permettant de subventionner les taux de primes des clients à mesure qu'ils vieillissent. La réglementation a donc lissé considérablement les primes d'assurance-maladie privée au fil de la vie de l'assuré.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les frais d'utilisation représentent environ 11 % de l'ensemble des dépenses de santé, mais quelques freins et contrepoids sont en place pour les limiter : i) les contribuables à faible revenu et les citoyens qui touchent des prestations d'assurance-chômage et de l'aide sociale ne paient que des quote-parts sur les traitements hospitaliers, ii) jusqu'à l'âge de 18 ans, les quote-parts ne sont exigées que pour le transport par ambulance, ainsi que les couronnes et les dentiers, iii) il y a un plafond annuel des frais égal à 2 % du revenu brut, iv) les malades chroniques qui ont déjà payé 1 % de leur revenu brut pour les médicaments, les soins prodigués par des professionnels de la santé autres que les médecins et le transport par ambulance n'ont plus à payer pour ces services, v) dans quelques cas, lorsque les frais sont exceptionnellement élevés, les dépenses de santé peuvent être déduites du revenu imposable.
Suède		<ul style="list-style-type: none"> • Les recettes fiscales représentent plus de 70 % de l'ensemble des dépenses de santé. • Les recettes fiscales des comtés en constituent la plus grande part et représentent 66 % de l'ensemble des dépenses de santé. Les dépenses de santé représentent près de 85 % des dépenses budgétaires des comtés.

		<ul style="list-style-type: none"> • Les subventions du gouvernement central représentent quant à elles de 7 % à 11 % des dépenses. Elles sont accordées en fonction d'une capitation pondérée fondée sur les indicateurs des besoins de santé comme le sexe, l'âge, l'emploi, le revenu, le type de logement, etc. La plupart des transferts d'État sont des fonds réservés. • Près de 25 % de l'ensemble des dépenses de santé sont assumés par le régime national d'assurance sociale. Les cotisations d'assurance sociale versées par les employeurs représentent 8,5 % des salaires des employés, tandis que les employés versent environ 8,2 % de leur salaire. (Chiffres de 2000) • Ceux qui souhaitent un accès plus rapide aux traitements souscrivent une assurance-maladie volontaire. Moins de 2 % de la population souscrit à ce type d'assurance, dont les primes ne sont pas déductibles d'impôt. • Les frais d'utilisation pour la plupart des services médicaux prennent la forme de paiements fixes. Il y a un plafond national au montant total qu'un citoyen doit verser en frais d'utilisation sur une période de 12 mois, mais les gouvernements locaux fixent les barèmes des paiements. Le gouvernement central détermine également le plafond des quote-parts pour les médicaments sur ordonnance.
Royaume-Uni	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les résidents légitimes sont couverts par le National Health Service (NHS), mais près de 12 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Seules les recettes fiscales générales de source nationale servent à financer l'assurance-maladie nationale Les

	<p>de la population britannique souscrit également à une assurance-maladie privée complémentaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le NHS est financé principalement par les recettes du gouvernement central, mais l'achat de services de santé relève d'organes locaux comme les groupes de santé locaux et les fiduciaires de soins primaires. 	<p>recettes fiscales générales représentent environ 80 % du financement du NHS. Les recettes fiscales locales appuient cependant les soins à domicile et les soins en établissement des programmes à l'intention des personnes âgées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les cotisations à l'assurance nationale représentent environ 12 % du financement du NHS. Elles se fondent sur le revenu du travail et sont partagées entre l'employeur et l'employé (respectivement 10 % et 11,9 %). Il n'y a pas de plafond aux cotisations d'assurance nationale. Les travailleurs autonomes effectuent des paiements hebdomadaires fixes et versent également un pourcentage de leurs bénéfices. • L'assurance médicale privée volontaire complémentaire est surtout souscrite par les employeurs pour leurs employés, bien que les employeurs doivent tout de même verser des cotisations à l'assurance nationale en fonction de la valeur des indemnités d'assurance médicale privée et que les employés doivent payer de l'impôt sur les indemnités. • Des frais d'utilisation sont perçus pour les médicaments sur ordonnance, les services ophtalmiques et les services dentaires.
--	--	--

Le gouvernement fédéral a joué un grand rôle dans le lancement, la conception et le financement de notre système de santé public. Maintenant que ce système est contesté, à cause des coûts croissants et des contraintes qui en découlent sur les ressources, le gouvernement fédéral a la possibilité – et l’obligation – de collaborer avec les provinces, qui assument la responsabilité principale de la gestion des soins de santé, afin de relever les nouveaux défis auxquels le système est confronté, au profit de tous les Canadiens.

Mais le rôle pertinent du gouvernement fédéral en ce qui concerne le financement du système de santé public ne se limite pas simplement à investir davantage dans le système existant. Vu que les coûts continuent de monter et que d’autres questions comme l’accessibilité et l’efficacité attirent de plus en plus l’attention, toute nouvelle initiative du gouvernement fédéral relative au financement doit être intégrée à une série de changements – analysés en détail dans le présent rapport – afin d’offrir de meilleurs soins de santé aux Canadiens, à un prix abordable.

Nature du nouveau financement fédéral

Aux fins du présent document, nous supposons que le gouvernement fédéral souhaitera investir 5 milliards de dollars de plus par année pour appuyer les soins de santé publics au Canada et contribuer à la mise en œuvre d’importantes réformes dans le système. Nous supposons également que ce coût supplémentaire pour le gouvernement fédéral exigera de nouvelles mesures fiscales fédérales précises, pour les raisons suivantes :

- le solde actuel des recettes et des dépenses fédérales ne permettra pas d’engager des dépenses supplémentaires sans courir le risque de créer un déficit,
- de toutes façons, la contribution accrue du gouvernement fédéral au système – en plus des niveaux actuels d’appui du gouvernement fédéral – devrait s’accompagner d’une mesure fiscale spécifique correspondante afin de permettre aux Canadiens de reconnaître les coûts du nouvel appui.

Le système de financement existant, qui repose sur d’importantes contributions fédérales et provinciales, masque les rôles relatifs des deux niveaux de gouvernement et a semé la confusion quant à savoir qui est responsable du système. La transparence et la reddition des comptes seront accrues pour les deux paliers de gouvernement si un impôt ou un prélèvement fiscal fédéral spécifique est combiné à un nouvel appui financier fédéral spécifique qui paie pour des améliorations spécifiques du système.

Source de nouveau financement fédéral

Le présent document a passé en revue tous les principaux champs fiscaux à la disposition du gouvernement fédéral pour financer d’autres dépenses à l’appui du système. Tout impôt a un prix – les coûts directs d’une réduction des ressources de ceux qui sont appelés à payer l’impôt, les frais d’administration et de perception accrus nécessaires pour obtenir les recettes, et les coûts indirects pour l’économie – qui entraînent une baisse de l’activité économique, de l’investissement, de la croissance et de la création d’emploi.

Tout impôt suppose donc des compromis importants entre ses avantages – permettre au gouvernement de payer les programmes souhaités par les Canadiens – et ses inconvénients. Il est également important que les Canadiens comprennent ce compromis et soient assez informés pour tenir le gouvernement responsable de l'équilibre des intérêts que crée cet impôt.

Même si un « bon » impôt est une illusion, il y a des objectifs précis que devrait atteindre un nouvel impôt ou un nouveau prélèvement fiscal visant à payer un service public précis :

- l'impôt devrait avoir le moins possible de répercussions négatives sur l'activité économique et sur la croissance par rapport aux recettes à percevoir;
- l'impôt devrait comporter de faibles coûts de conformité pour les contribuables et de coûts de perception pour les gouvernements;
- la justification de l'impôt devrait être clairement évidente pour le public, en reliant les recettes aux avantages des dépenses;
- l'impôt devrait procurer des recettes stables et robustes (en ce sens qu'elles augmentent au moins au taux de croissance du PIB), ce qui permettra à la nouvelle mesure fiscale de couvrir la hausse probable des coûts croissants du programme;
- l'impôt devrait être équitable, afin que le coût soit réparti équitablement et raisonnablement entre les groupes qui seront appelés à le payer;
- l'impôt devrait donner l'impression d'apporter des améliorations sensibles au système et aux services de santé, afin de le justifier.

D'après les critères ci-dessus, il semble que les deux types d'impôt qui suivent pourraient convenir le mieux comme sources de nouvelles recettes fédérales permettant de mettre en œuvre de nouvelles initiatives fédérales en matière de santé :

- Une majoration du taux de la TPS (et une hausse correspondante du crédit d'impôt pour TPS pour les Canadiens à faible revenu). Cette majoration du taux s'appliquerait uniquement sur la consommation et non sur les revenus; elle n'accroîtrait pas les taux d'imposition marginaux sur l'investissement ou l'épargne; elle serait répartie dans une assiette fiscale énorme et stable qui progresserait à peu près au même rythme que le PIB, et elle pourrait être répartie également entre les Canadiens.
- Une prime-santé variable, par habitant, versée par ceux qui paient de l'impôt fédéral sur le revenu (les contribuables à faible revenu étant exonérés). Cet impôt serait perçu à des taux fixes différents, en fonction de la tranche d'impôt du contribuable. Mais en règle générale, il n'aurait qu'un léger effet sur les taux marginaux et pourrait permettre de percevoir des recettes importantes à partir d'une assiette fiscale relativement stable.

À faire :

INDIQUER, DANS LES GRANDES LIGNES, À QUOI SERVIRAIENT LES 5 MILLIARDS DE DOLLARS.

MENTIONNER LA CONDITIONNALITÉ DU MONTANT DE 5 MILLIARDS DE DOLLARS.

**NOUS PRÉSUMONS QUE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS DE LA CONCLUSION
ORIGINALE PEUVENT ÊTRE SUPPRIMÉS PUISQUE CES ASPECTS SERONT
EXAMINÉS AILLEURS DANS LE RAPPORT**

Si le gouvernement fédéral souhaite accroître le financement des soins de santé au Canada,

- comment le montant de l'appui supplémentaire devrait-il être déterminé?
- à quelles conditions l'appui accru devrait-il être accordé aux provinces?
 - résultats? – restrictions concernant l'usage?
 - respect de normes?
 - mesures pour éviter que les provinces intègrent simplement l'appui supplémentaire à leurs recettes générales?

Les autres solutions à analyser comprennent :

- i) le transfert de subventions globales supplémentaires (avec ou sans le TCSPS) aux provinces, à certaines conditions (et note sur l'application des conditions);
- ii) le transfert de points d'impôt aux provinces (ce qui aurait des effets d'affectation interprovinciale différents et qui pourrait être difficile à assortir de conditions);
- iii) le paiement de subventions spécifiques, reliées aux coûts ou aux réalisations dans certaines domaines;
- iv) des paiements pour appuyer l'infrastructure générale du système de santé (systèmes d'information, gestion du changement, recherche, etc.);
- v) la répartition de l'appui existant du gouvernement fédéral aux provinces en deux volets : le premier serait une subvention d'un montant donné par personne âgée (65 ans ou plus), et le second correspondrait au solde de la subvention actuelle, répartie entre les provinces, en fonction de la population de moins de 65 ans. Le niveau actuel de l'appui fédéral serait ainsi maintenu, mais les provinces dont la proportion de personnes âgées dépasse la moyenne nationale seraient avantagées (et les autres perdraient au change). Cette méthode contribuerait à la viabilité des services de santé dans les provinces où les personnes âgées sont proportionnellement plus nombreuses.

Comment le gouvernement fédéral peut-il être assuré que le financement fera une différence pertinente dans les services de santé aux Canadiens?

Analyser la reddition des comptes : comment le gouvernement fédéral peut-il obtenir l'assurance vérifiable que le nouveau financement est utilisé aux fins désignées et ne remplace pas simplement les niveaux existants de financement provincial?

Dernières réflexions

Une nouvelle méthode de financement des soins de santé ne peut être mise en œuvre que dans le cadre d'une refonte du système de santé, en insistant comme il se doit sur l'efficacité et l'efficacité.

Le rôle du gouvernement fédéral dans ce nouveau système repose sur un effort concerté du gouvernement fédéral et des provinces pour améliorer le système et la prestation de services de santé de qualité aux Canadiens et pour limiter les incidences économiques négatives de l'escalade des coûts.

Les questions à soulever comprennent :

- Les Canadiens devraient-ils être sensibilisés davantage aux coûts du système et au lien entre ces coûts et les impôts?
- Les autres systèmes possibles devraient-ils tenter de limiter la demande?
- Pouvons-nous concevoir un système simple qui permettra d'obtenir les fonds nécessaires pour accroître l'appui du gouvernement fédéral au système d'une manière reliée à des hausses spécifiques de l'impôt fédéral?