

5 octobre 2007

Le financement des services de santé au Québec:
le compte santé et son financement*

par

François Vaillancourt**

et

Louis Morand Perrault**

*Texte préparé pour le Groupe de travail sur le financement de la santé, Gouvernement du Québec. Nous remercions Michèle Bourget du Conseil du Trésor, Jacques Cotton du Ministère de la Santé et des Services sociaux et Brian Girard du Ministère des Finances pour leur aide et les membres du Groupe de travail pour leurs commentaires sur une version préliminaire du texte.

**Respectivement, professeur, et étudiant MSc, sciences économiques, Université de Montréal

Introduction

L'objectif de ce texte est double : d'une part examiner les façons d'accroître le financement des soins de santé au Québec et ensuite examiner les avantages et inconvénients à intégrer ce financement dans un mécanisme de compte santé. Ces objectifs sont ceux fixés par le mandat donné par le groupe de travail. Le texte se divise en trois parties. La première présente le concept de compte santé retenu ici et en discute le périmètre. La seconde examine l'état actuel et prévisible des dépenses et recettes de santé de ce compte pour la période 2000-2008. La troisième traite des principes généraux de financement d'un système de santé puis examine leur applicabilité dans ce cas-ci. On y traite à la fois des revenus autonomes et des transferts fédéraux.

1. Le compte santé

1.1 Concept

Le concept de compte santé semble avoir été mis de l'avant pour la première fois dans le rapport du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, intitulé *Pour sortir de l'impasse ; la solidarité entre nos générations* dit rapport Ménard de 2005¹. Le Rapport Ménard suggère la création d'un compte santé car les documents officiels n'établissent « *pas aux yeux de tous la « vérité des coûts », ainsi que les liens entre les dépenses du secteur de la santé et des services sociaux et leurs sources de financement* », et que ceci « *rend difficiles la sensibilisation de la population aux enjeux urgents auxquels fait face le système de santé et de services sociaux et les arbitrages que doit faire le gouvernement pour en assurer la survie* » (Rapport Ménard, 2005, p.89).

Un compte santé permettrait, selon le rapport, « *non seulement de responsabiliser la population face à ces coûts, mais aussi de lui garantir qu'elle en a pour son argent et que tout est mis en œuvre pour rendre le système efficace* » (Rapport Ménard, 2005, p.89). Il est, également, mentionné que le compte santé « *n'implique aucun changement aux lois,*

¹ Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/Rapportmenard.pdf>

à la comptabilité gouvernementale et aux contrôles qu'exercent actuellement les parlementaires sur le budget de dépenses » (Rapport Ménard, 2005, p.89).

On veut avec cet outil (p90):

- sensibiliser la population à l'évolution des dépenses du secteur, aux pressions structurelles qui s'exercent sur le système et aux enjeux qui le confrontent;
- mettre en lumière les contributions respectives du gouvernement du Québec et du gouvernement fédéral;
- Servir d'outil crédible pour rendre compte annuellement à la population du Québec de la gestion et du financement du système de santé et de services sociaux.

Ce concept est repris en 2006 dans le document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*² de façon encore plus sommaire que dans le rapport Ménard. Le lecteur aura noté que le rapport Ménard traite d'un compte santé et services sociaux alors que notre mandat porte sur une caisse santé. Le rapport Ménard utilise comme périmètre de dépenses (tableau p92) le budget du MSSS et ce sans discuter de ce choix. Nous allons ici-bas discuter de quelques périmètres envisageables pour un tel compte.

Le compte santé tel que décrit ci-haut n'a pas pour objectif de jouer un rôle dans l'établissement soit des dépenses de santé, soit des recettes finançant ces dépenses. Il ne s'agit donc pas d'un mécanisme budgétaire qui établit un lien formel entre certaines dépenses et certaines recettes comme certaines caisses de péréquation ou de dépenses routières qu'on retrouve un peu partout dans le monde. On ne crée donc pas des recettes dédiées (earmarked) à la santé comme par exemple la moitié de la TVQ. On ne doit donc pas :

- ♦ se demander pourquoi on met en place un compte uniquement dans ce secteur ? Pourquoi pas un compte éducation ? Ou un compte routier reliant taxes sur l'essence et entretien routier par exemple ; il y a une longue tradition de fonds routiers ailleurs au monde dont aux États-Unis ;

² <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-721-01.pdf>

- ◆ si on établit tout d'abord le niveau de dépenses puis la ponction faite sur diverses sources de recettes ou si on établit des ponctions sur diverses sources de recettes et on fixe par leur somme le montant de dépenses de santé. Veut-on contraindre les dépenses à une somme de recettes, avec ou non possibilité de déficit annuel ? Ou veut-on faire une ponction sur les recettes, une fois les dépenses établies, ce qui met au second rang dans le processus budgétaire les budgets pour les autres types de dépenses ?
- ◆ Et on ne doit pas déterminer qui choisit quelle part de quelle taxe attribuée à ce fonds ? Le conseil des ministres annuellement par décret? Le budget annuel ? La loi constitutive du fonds ? La Constitution du Québec si un jour on en promulgue une ?

On veut peut être par contre, à terme, décomposer sur une base individuelle/familiale ce compte santé. On peut imaginer envoyer à chaque ménage, chaque détenteur d'une carte d'assurance maladie ou à chaque contribuable (impôt sur le revenu personnel) des informations sur la consommation moyenne ou type de divers types de ménages (célibataire, famille avec ou sans enfant) ou de détenteur de carte d'assurance maladie (sexe, groupe d'âge). Il serait peut être utile de s'assurer que le design d'un compte global est compatible avec cet objectif. Ceci accroîtrait sans doute la capacité de la population de mieux appréhender l'information dans ce domaine.

Impact

Le rapport Ménard avance que la création d'un tel compte permettrait :

- ◆ aux parlementaires de mieux identifier les dépenses en santé
- ◆ à la population de mieux identifier les dépenses en santé et d'être sensibilisé à leur importance.

Il ne semble pas y avoir eu d'études pour vérifier si cela était plausible. Plusieurs raisons expliquent ceci sans doute. Premièrement, le coût de créer et de mettre à jour le compte santé est sans doute relativement faible ; il faut obtenir, traiter, dans certains cas à l'aide de clefs de répartition, et diffuser de l'information qui est assez facilement disponible bien que non colligée de façon systématique pour l'instant³. Deuxièmement, on présume

³ Comme nous l'avons appris en préparant cette étude.

que plus d'information est préférable à moins d'information pour la prise de décision. Étant donné l'absence d'études sur ce sujet, nous nous sommes donc livrés à un exercice de recension des écrits pour savoir si nous pourrions nous inspirer des écrits existants dans la préparation de nos recommandations.

Nous avons examiné trois types d'écrits .Les premiers sur les modifications budgétaires n'ont pas été utiles car ils portent sur des réformes budgétaires importantes ou changements de philosophies budgétaires tel que le *zero-based budgeting*, *target-based budgeting* et *performance monitoring*. Ces changements ne correspondent en rien à l'ajout d'un mécanisme de présentation budgétaire comme un compte santé.

Les seconds portent sur l'impact de l'information sur les choix des électeurs. Nous avons trouvé un texte qui étudie comment les citoyens reçoivent l'information et forment leurs opinions sur les politiques fiscales. L'étude de Haley (2003) porte sur des résidents d'Alaska qu'il qualifie de « super électeurs »⁴. Un sondage et la création de deux « focus groups » ont été utilisés pour obtenir de l'information de ces « super électeurs ». Les gens qui affirment fonder leurs opinions sur l'information obtenu des journaux, télévisions, radio, internet semblent être plus favorables à une approche fiscale équilibrée et qui ne sont pas réticents à l'utilisation de taxes supplémentaires pour atteindre un équilibre budgétaire. Ceci ne nous dit pas clairement que la nouvelle présentation budgétaire aura les effets voulus, mais du moins cette information, si elle se rend au public « super électeur », rendrait possible politiquement de futures décisions fiscales. Lorsque la question « *Is there information you would like to have that would help you develop your opinion on state fiscal policy questions?* » moins de la moitié des répondants (37.7%) ont répondu par l'affirmative. Environ la moitié de ces répondants veulent de l'information sur des données monétaires mais expliquées en termes de tous les jours. Ils veulent savoir les montants dépensés et où ils vont. Ce qui ressort est l'importance accordée à la compréhensibilité de l'information. Il faudrait donc s'assurer qu'un compte santé corresponde au critère de compréhensibilité souhaité par les répondants. L'autre moitié exprime un besoin d'avoir de l'information sur les objectifs, la situation à venir et

⁴ Des individus qui ont voté dans trois des cinq élections récentes en Alaska à cette époque

l'efficacité des programmes. Ces informations ne seront pas véhiculées par un compte santé qui est seulement un exercice de présentation comptable. Il est donc plausible que certains électeurs et le gouvernement pourraient tirer avantage de l'information d'un compte santé. Étant donné le faible coût de produire un tel compte, ceci indique que les avantages de produire ce compte sont fort probablement plus élevés que les coûts de ce faire.

Le troisième type d'études porte sur l'*infobésité* (Information overload). La création d'un compte santé vient rajouter de l'information à une quantité déjà considérable d'information sur le secteur de la santé. Ce problème est moins pertinent pour la population en général mais plus pour les parlementaires, dirigeants et gestionnaires qui seront appelés à discuter de ce compte santé selon les recommandations du Rapport Ménard. Edmunds et Morris (2000) dans leur revue des écrits sur le sujet présente les dangers de l'excès d'information. Bien sûr, le sujet fait souvent référence aux informations reliées aux technologies de l'information. Si nous examinons plus spécifiquement, les comportements des gestionnaires quant à l'accumulation d'information, il est pertinent de noter que Butcher (1998) offre sept raisons pourquoi les dirigeants accumulent trop d'information. L'une d'elles est: « *they collect information to indicate a commitment to rationalism and competence which they believe improves decision-making* » (Butcher, 1998, p.53-54). Le problème selon l'étude est que ces informations ne sont pas nécessairement les bonnes pour améliorer leurs décisions. Ainsi, est-ce nécessaire pour tous les parlementaires ou autres hauts fonctionnaires d'obtenir l'image globale du secteur de santé ? L'étude ne nous donne pas assez de pistes pour répondre à cette question sur le type d'information qui est primordiale pour ces dirigeants. On peut cependant croire que tout dépendra du contenu exact du compte santé et de sa présentation. Ainsi si on collige en un tableau un ensemble d'informations dispersées ici et là, le compte santé pourrait devenir une cure minceur en information santé

Périmètre

Revenons maintenant sur la question du périmètre du compte santé. Dans un document intitulé *Les dépenses de santé au Québec : la bataille des chiffres*⁵, François Béland aborde cette question. Il semble pertinent de noter les points suivants de ce mémoire :

- ◆ Le débat sur l'importance des dépenses de santé au Québec porte souvent sur l'ensemble des dépenses de santé, privées et publiques par rapport au PIB. Le compte santé tel que discuté au rapport Ménard ne porte que sur une partie des dépenses publiques ;
- ◆ On peut concevoir le compte santé comme faisant parti d'un système plus large de comptes nationaux de la santé (national health accounts⁶). Selon Béland, on ne *saurait se limiter à l'étude du budget du MSSS, ni limiter ses sources d'information au périmètre comptable du gouvernement du Québec* (p25) ;
- ◆ On y indique qu'on peut envisager au moins trois périmètres pour le compte santé soit: premièrement, les services médicaux et hospitaliers ; deuxièmement ceux-ci et les services d'hébergement et d'aide à domicile ; troisièmement ce deuxième ensemble élargi pour inclure par exemple les médicaments pour couvrir toutes les dépenses et recettes de santé de l'État. Selon lui, la vision du rapport Ménard et de *Garantir l'accès* implique un tel périmètre élargi ; il est trop restrictif de se limiter au MSSS et au fonds consolidé.

Qui dépense donc en santé au Québec en 2007 ? Le tableau 1 répond à cette question et présente les dépenses en santé en précisant la nature de la dépense, qui débourse et reçoit le paiement et comment la dépense est financée. Que devrions nous inclure dans le compte santé ? Étant donné les écrits sur ce sujet et le contenu du tableau 1, le périmètre du compte santé nous semble donc pouvoir avoir les dimensions suivantes :

1. Les dépenses de santé du MSS, soient les dépenses émergeant à son budget. Nous excluons donc les dépenses de services sociaux (Périmètre 1);

⁵ <http://www.mdas.umontreal.ca/pdf/memoirebeland.pdf>

⁶ <http://www.who.int/nha/en/>

2. Les dépenses de santé de l'ensemble des organismes relevant du secteur public du Québec donc 1)+SAAQ(santé) +CSST(santé)+Assurance médicament publique + Services ambulancier(Périmètre 2);
3. le seul budget du MSSS incluant les services sociaux ce qui correspond au périmètre Ménard(Périmètre 3)

Tableau 1 Dépenses de santé au Québec : source et financement			
Dépenses privée ou publique	Nature de la dépense	Agent dépensant /recevant	Financée par
Publique/Québec	Paiements de fournisseurs public et privés	MSSS (RAMQ)/ hôpitaux, CHSLD, CLSC, médecins,...	FFSS (RAMQ) Transferts fédéraux pour la santé (\$+points d'impôts sur les revenus des particuliers Recettes générales du gouvernement du Québec
Publique/Québec	Paiements aux pharmacies	Fonds de l'assurance médicaments (RAMQ)/ pharmacies	Primes individuelles +Financement MSSS
Publique/Québec	Paiements de fournisseurs publics et privés (CSST/RAMQ, hôpitaux, cliniques	Primes payées par employeur et fixées en partie selon le risque
Publique/Québec	Paiement de fournisseurs public et privés	SAAQ/MSSS, hôpitaux, cliniques	Paiements par les assurés
Publique/Québec	Paiements aux organismes régionaux	MSSS/Agences ambulancières	Recettes générales du gouvernement du Québec
Privée	Dépenses directes et primes d'assurance privée	Individus/Médecins, dentiste, pharmacie, assureurs, para médical	Revenu après impôt des individus et revenu des employeurs
Publique/municipal	Dépenses internes	Municipalités et commissions scolaires	Impôts locaux +transferts provinciaux
Publique/fédéral	Dépenses internes achats de services	Divers ministères fédéraux	Impôts fédéraux perçus au Québec et ailleurs
Source auteurs Périmètre 1); Périmètre 2); hors périmètre			

Nous estimons pertinent de retenir le périmètre santé MSSS+ soit le périmètre 2). Deux raisons motivent ce choix. Premièrement, parce que du point de vue d'un électeur type,

c'est l'ensemble des interventions de l'État québécois qui représente l'activité de celui-ci en santé. Et la CSST ou la SAAQ font partie de l'État québécois. La conséquence de rajouter ces deux agences, le Fonds de médicaments au complet et les services ambulanciers est d'accroître la taille du compte et de réduire la proportion à financer par des sources générales de revenus. Deuxièmement, parce que ceci permet d'identifier clairement la contribution fédérale aux dépenses de santé au Québec. Si on inclut l'ensemble du budget du MSSS, il n'est pas clair quelle partie du Transfert canadien en matière de programmes sociaux(TCPS) devrait être incluse comme dépense de santé ? Coté revenus, les revenus directement reliés à la santé sont :

Fonds des Services de Santé (FSS) .Ce fonds qui apparaît comme une source de revenu de la RAMQ est une taxe sur la masse salariale payée par les employeurs y compris les travailleurs autonomes. Le taux varie de 2.7% à 4.6 %⁷ ;

Transferts fédéraux⁸: Ceux-ci portent présentement (depuis le 1er avril 2004) le nom de Transfert Canadien en matière de Santé (TCS) .Auparavant, ils portaient le nom de Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) et englobaient donc le TCPS.Il faut alors les séparer pour permettre la comparabilité. Par ailleurs, depuis 1966 le Québec reçoit moins de transferts fédéraux en espèces que les autres provinces car il a négocié une entente lui octroyant des points d'impôt personnels supplémentaires. Ces points d'impôts sont donc des substituts aux transferts fédéraux .Si le Québec y renonçait, il recevrait un montant égal en transferts fédéraux. Il nous faut donc les traiter comme un transfert fédéral. Notons que ceci n'est pas le cas pour les points d'impôts transférés à l'ensemble des provinces, y compris le Québec, en 1977.

Contribution des usagers : Il s'agit ici des paiements pour divers services fournis par les établissements du réseau ; par exemple, la surcharge pour les non résidents.

Recettes CSST : La CSST verse directement à la RAMQ un paiement pour les services des médecins ; ce montant est établi en fonction de la quantité d'actes utilisés et des tarifs attachés à chaque acte. De plus, la CSST verse des paiements aux établissements et des paiements aux cliniques privées.

⁷ <http://www.revenu.gouv.qc.ca/fr/entreprise/retenues/cotisations/sante.asp>

⁸ Pour un historique voir <http://www.fin.qc.ca/FEDPROV/hisf.html>

Recettes SAAQ : La SAAQ verse directement une contribution au MSSS. Cette contribution est un forfait visant à couvrir le coût des services du réseau de la santé (médecins et établissements)⁹. Dans son rapport annuel, on indique des dépenses pour les coût des services de santé ce qui inclut le paiement au Fonds consolidé et des paiements à des centres hospitaliers et une autre ligne de paiements aux centres de réadaptation. Notons que la Loi prévoit la possibilité d'utiliser une tarification à l'acte¹⁰. Il est quelque peu surprenant de constater que le montant payé par la SAAQ au MSSS n'a pas varié depuis 1998

Contribution des usagers au Fonds de l'assurance médicaments. La plupart des individus assurés par le Régime public d'assurance médicaments doivent payer une prime annuelle et une contribution lors de l'achat des médicaments avec un plafond mensuel.

Contributions des usagers des services ambulanciers (Urgences santé et autres). Il s'agit d'un paiement pour l'utilisation des ambulances ; il semble y avoir des comptes impayés importants.

⁹ Selon la L.R.Q., chapitre A-25 LOI SUR L'ASSURANCE AUTOMOBILE

155.1. Pour l'exercice financier 1998, la Société verse au fonds consolidé du revenu une somme de 88 654 360 \$ représentant le coût annuel des services de santé occasionnés par les accidents d'automobile.

155.2 Pour l'exercice financier 1999 et les exercices financiers subséquents de la Société, la somme représentant le coût annuel des services de santé occasionnés par les accidents d'automobile et assumés par la Régie de l'assurance maladie du Québec est déterminée par entente entre cet organisme, le ministre des Finances et la Société.

Si, pour un exercice financier donné, les ententes prévues au présent article ne sont pas conclues, la Société verse alors, pour cet exercice, la somme indiquée à l'article 155.1.

¹⁰ **155.3.** Si le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Société en conviennent, le coût des services de santé visés au deuxième alinéa de l'article 155.2 peut, en tout ou en partie, être remboursé sur facturation des services.

2. Le compte santé : simulations et prévisions , 2000-2008

Nous allons maintenant présenter le calcul du compte santé pour une année (tableau 2) puis simuler le compte santé selon les trois périmètres retenus (tableau 3)

Tableau 2 Explication détaillée des périmètres 1 et 2) 2000-2001

		Périmètre 1 000\$	Périmètre 2 000\$
	Dépenses		
D-1	MSS	14 429 160	14 429 160
D-2	CSST - RAMQ	0	57 401
D-3	CSST- Autres	0	224 294
D-4	SAAQ-Autres	0	94 851
D-5	Fond de médicaments - Usagers	0	738 500
D-6	Ambulance -paiements usagers	0	32 727
D-7	Usagers - autres	0	58 265
	Total périmètre 1	14 429 160	15 635 298
	Recettes		
R-1	FFSS	4 488 196	4 488 196
R-2	Transfert fédéral en \$	694 517	694 517
R-3	Transfert fédéral en points d'impôt	1 452 626	1 452 626

R-4	Paiement SAAQ à MSSS	88 654	88 654
R-5	Contribution des usagers	0	58 265
R-6	CSST -RAMQ	0	57 401
R-7	CSST- Autres	0	224 294
R-8	SAAQ-Autres	0	94 851
R-9	Fonds médicaments- usagers	0	738 500
R-10	Ambulance -paiements usagers	0	32 727
	Total périmètre	6 723 993	7 930 031
	Financement revenus généraux	7 705 167	7 705 167
Source: calcul des auteurs .Voir les sources au tableau A-1			

Les résultats du tableau 1) indique que le périmètre 2 est 1.2 milliard ou 8.3% plus élevé que le périmètre 1). Les revenus généraux financent 53.4% des dépenses du périmètre 1) et 49.3% des dépenses du périmètre 2). L'utilisation de données plus précises pour certains de ces items est peu susceptible de changer ces résultats de façon significative. Notons que le calcul du périmètre 1) repose sur les coefficients de répartition des dépenses du MSSS entre les dépenses de santé et de services sociaux fournis par le Conseil du trésor. Les parts de dépenses de santé sont :

- ◆ Fonctions nationales: 95.3% car direction et gestion ministérielle:87.9% ; organismes –conseil : 87.9% ; activités nationales : 100%.
- ◆ Fonctions régionales : 88.4% car régies régionales : 87.9% ; établissements de santé : 88.2% ; organismes communautaires : 0% ; activités connexes : 83.3% ; service de la dette : 100%.
- ◆ OPHQ : 0%
- ◆ RAMQ : 100%(tous programmes)

Et donc au total, 89.5% en 2000-2001 et 89.9% en 2001-2002

La pertinence de nos calculs dépend de la qualité de cette clef de répartition dont nous ignorons les règles de confection et la validité intertemporelle. Nous sommes surpris de l'attribution de 100% du coût de la dette aux services de santé. Dans l'établissement du compte santé, il faut s'assurer de son respect des règles comptables du gouvernement du Québec. L'exemple illustratif présenté dans ce texte ne fait pas cela faute d'information adéquate.

Finalement, dans le calcul du périmètre 3, on rajoutera les dépenses d'hébergement payées par les individus qui reçoivent ces services et les revenus équivalents.

Le tableau 3 nous indique que de façon générale le financement par les sources spécifiques à la santé est de l'ordre de 40 à 50% et celui par les sources générales de l'ordre de 50 à 60%. Les sauts dans l'importance du financement spécifique s'expliquent surtout par des hausses de transferts fédéraux. La part du financement général est la plus élevée pour le périmètre 3 qui contient les services sociaux. Nous n'avons pas tenu compte dans ce périmètre du Transfert canadien en matière de programmes sociaux ce qui aurait réduit la part du financement général.

Année	Dépenses			Financement général/dépenses (%)		
	Périmètre 1	Périmètre 2	Périmètre 3	Périmètre 1	Périmètre 2	Périmètre 3
2000-2001	14,429,160	15,635,198	16,123,265	53.4%	49.3%	56.5%
2001-2002	15,416,334	16,767,169	17,138,885	55.1%	50.7%	57.8%
2002-2003	16,111,252	17,654,023	17,921,303	54.8%	50.0%	57.4%
2003-2004	17,156,490	18,858,193	19,083,971	47.8%	43.5%	51.5%
2004-2005	18,080,413	19,886,619	20,111,694	51.9%	47.1%	55.0%
2005-2006	18,764,155	20,645,197	20,872,252	46.8%	42.5%	50.4%
2006-2007	20,100,775	22,146,799	22,359,038	46.8%	43.4%	50.5%
2007-2008	21,385,658	23,613,011	23,788,274	48.3%	43.7%	51.8%

Source : calcul des auteurs

3. Principes de financement de la santé¹¹

L'examen de la section 2 nous indique qu'une partie important du financement du compte santé au Québec provient de sources non dédiés à la santé. Il est donc opportun d'examiner si certaines de ces sources sont plus pertinentes que d'autres pour le financement de la santé, particulièrement dans la perspective d'une croissance plus rapide de ces sources de financement au cours des prochaines années. Nous examinons tout d'abord les principes généraux du financement de la santé puis nous nous tournons vers les expériences canadiennes avant d'aborder le cas du Québec.

3.1 Principes généraux

La santé est un bien privé utilisé sur une base quotidienne par chaque individu¹². Son niveau varie entre eux en fonction de facteurs héréditaires, de décisions individuelles et des aléas de la vie. Ces variations peuvent être fort importantes entre individus, pouvant en ruiner certains s'ils doivent supporter seuls ces dépenses alors que d'autres dépenseront très peu leur vie durant. Ces variations peuvent également être importantes pour un individu donné entre divers moments de sa vie, pouvant sans les ruiner causer des problèmes de liquidité importants à certains moments. Ceci explique donc l'intérêt d'un mécanisme d'assurance pour les dépenses de santé. Il faut alors déterminer:

- Le rôle respectif de l'assurance publique et de l'assurance privé ; couverture universelle ou par catégorie de revenus ou d'âge ou de dépenses ; obligation ou non de souscrire une assurance, avec ou sans offre de réserve par l'État
- Pour une assurance publique offrant un certain type de couverture, le mécanisme de financement qui peut comprendre des transferts inter gouvernementaux, des primes , des impôts ou taxes dédiés ou des impôts ou taxes dont une partie est

¹¹ Cette section est tirée en partie de « Le financement des services de santé au Québec » Caroline. Chapain et François Vaillancourt, dans *Les systèmes de santé québécois Un modèle en transformation*, sous la direction de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest et Vincent Lemieux, PUM, Montréal, 1999, 101-121.

¹² *Pour un financement durable de la santé au Québec* C.Montmarquette, V. Giroux et J Castonguay <http://cirano.qc.ca/pdf/publication/2005RB-08.pdf>

affectée par des décisions budgétaire à la santé¹³. Nous discutons plus loin de trois types de financement possibles ; des assurances publiques, les systèmes fiscalisés et le financement provenant des usagers.

Comme la santé d'un individu est pour l'essentiel un bien de nature privée, on s'attend à ce que chacun finance ses dépenses de santé. Cependant, certaines caractéristiques de ce bien font que d'autres types de financement de nature publique existent. Ce sont : 1) *l'incertitude* liée à l'occurrence (moment) de la maladie et à l'importance de la dépense; 2) *le déséquilibre d'information* qui existe entre l'individu malade et le professionnel de la santé, lui-même n'étant pas en situation d'information parfaite; 3) les impacts positifs pour d'autres individus (*externalités*) de la santé d'un individu. Examinons chacun de ces points à tour de rôle.

- *L'incertitude* : les études sur le comportement des individus face au risque indiquent qu'ils sont en général averses au risque. Par conséquent, ils vont vouloir s'assurer, ce qui expose l'assureur aux problèmes de sélection adverse et de risque moral. La sélection adverse provient du fait que ce sont les mauvais risques qui vont vouloir s'assurer; ce qui incite l'assureur à pratiquer l'écrémage et à écarter ces individus à hauts risques ou à exiger d'eux des primes élevées. Un tel comportement peut affecter plus particulièrement les personnes les plus malades à faible revenu ou non. Le risque moral surgit parce que, comme une tierce partie (l'assureur) paie les coûts des soins de santé, ni le patient ni le médecin ne sont incités à économiser lorsque l'individu est assuré; cela peut amener une surconsommation des soins de santé.

- *Le déséquilibre d'information* : l'individu type possède peu d'information sur les traitements appropriés pour un diagnostic donné et ne connaît pas le diagnostic adéquat à ses symptômes bien que la généralisation de sites d'information santé sur l'internet modifie ceci en partie depuis quelques années. Le consommateur de soins de santé est obligé de s'en remettre à l'avis du professionnel et souvent d'obtenir son approbation pour

¹³ Les dépenses fiscales peuvent servir au financement de primes d'assurance privées ou de dépenses directes en santé si elles sont déductibles d'impôt.

sa consommation. Ceci peut amener une consommation différente de celle que l'individu pleinement informé et libre d'agir aurait choisie.

- *L'externalité* : dans certains cas, la société voudrait que les soins de santé soient consommés en plus grande quantité que celle choisie par un individu parce que la santé génère une externalité positive telle l'absence de maladies contagieuses et la réduction du risque génétique ou environnemental transmissible (femmes enceintes).

En pratiquant l'universalité, l'assurance-maladie permet de résoudre le problème d'écrémage par le principe de solidarité (les bas risques finançant les hauts risques). De plus, le problème du financement des coûts des soins de santé générant des externalités positives est réglé, car tous les individus sont couverts.

On peut utiliser un financement par primes qui sont payées par l'employé et/ou par l'employeur sous forme de cotisations (primes) à taux fixes et limitées à un plafond. Il n'existe pas de lien entre primes et services reçus au niveau individuel, mais un lien entre les montants totaux des primes et des déboursés pour soins de santé, car les caisses d'assurance s'autofinancent. On peut aussi utiliser un financement par les revenus généraux de l'État. Cependant, il n'y a plus de lien explicite entre ce qui est payé et ce qui est dépensé en services de santé. Finalement, on peut recourir aux contributions directes des usagers : leur importance dépend de la population et des risques couverts par le secteur public.

Un système se finançant par la fiscalité générale pose le problème du choix de la fiscalité à privilégier. Les économistes examinent les aspects suivants des impôts et taxes lorsqu'ils en examinent les impacts :

- ♦ L'incidence économique soit qui paye vraiment l'impôt par opposition à l'incidence légale. Ainsi, une taxe sur la masse salariale de l'employeur légalement payable par celui-ci est règle générale refilée aux travailleurs via des salaires moins élevés.
- ♦ L'impact sur l'efficacité de l'économie, ce qui implique de minimiser les distorsions dans les comportements des agents économiques créé par les impôts. Concrètement, ceci veut dire qu'il ne faut pas qu'un taux d'impôt

sur le revenu trop élevé amène les travailleurs à ne pas travailler autant qu'avant. Ou qu'un taux de taxation sur les transactions trop élevé par rapport à un voisin amène les consommateurs à faire leurs achats ailleurs.

- ◆ L'impact sur l'équité. Les économistes sont conscients que le fardeau des impôts et taxes n'est pas réparti de façon proportionnelle par rapport aux revenus des ménages. Ainsi, la taxation du tabac touche de façon plus importante (% du revenu) les ménages pauvres que les ménages riches et est donc une taxe régressive alors que l'impôt sur le revenu est un impôt progressif.
- ◆ Les coûts administratifs (public) et de conformité (privé) de percevoir un impôt doivent être raisonnables. Un impôt qui coûte à la société beaucoup de ressources pour le percevoir n'est pas un bon impôt.
- ◆ Les efforts d'évitement (légal) et d'évasion (illégal) pour réduire l'impôt payé ne doivent pas être trop élevés. Un très bon impôt en théorie que la moitié de la population évite de payer en achetant des produits de contrebande n'est pas un très bon impôt en pratique.
- ◆ L'équité intergénérationnelle devrait être prise en compte car l'utilisation de l'endettement public plutôt que de la fiscalité pour financer des dépenses courantes reporte à travers le temps sur d'autres contribuables le coût de financer la consommation des services publics des contribuables d'aujourd'hui.

Par conséquent, les économistes ont comme règle générale de taxer les assiettes les plus larges au taux le plus bas pour réduire les pertes d'efficacité, les coûts de perception et l'évitement/évasion. Ils proposent l'utilisation de subventions liées aux revenus pour régler les problèmes d'inéquité. Par exemple, tarifier l'utilisation de l'eau au vrai coût et verser un subside aux ménages à faibles revenus pour les aider à payer ce coût est préférable à tarifier l'eau à un prix inférieur à son coût en finançant le déficit par les impôts généraux. Pourquoi ? Parce qu'un prix trop bas encourage la sur consommation et profite aussi bien aux pauvres qu'aux riches qui dans le cas de l'eau remplisse peut être ainsi leur piscine. Ils proposent également de taxer plutôt la consommation que le revenu,

et plutôt le revenu de travail que de capital, car ces assiettes sont moins mobiles géographiquement. Ceci dit, il faut utiliser des modèles complexes d'équilibre général pour examiner la répartition entre les grands types d'impôt d'un effort fiscal donné et faire ressortir les arbitrages entre efficacité et équité qui sont du ressort des décideurs politiques. Il n'y a pas de règle ou de formule déterminant les parts de chaque impôt au pour d'un effort fiscal donné

Les expériences canadiennes et française

Nous commençons par le cas du Canada hors –Québec puis traitons du cas français. Le choix de celui-ci comme seul exemple étranger s'explique par le fait que le groupe de travail nous a explicitement demandé d'en traiter et ce sans doute car on y retrouve un système de caisse lié au dépenses de santé.

Trois provinces canadiennes demandent en 2007 à leurs résidents une contribution explicite pour le financement de l'assurance maladie ; ce sont l'Ontario, l'Alberta et la Colombie Britannique. Présentons donc brièvement les systèmes en place

Ontario

La contribution-Santé de l'Ontario a été mise en place le 1^{er} juillet 2004. Les individus doivent contribuer en fonction de leur revenus imposable individuel .Les individus avec un revenu inférieur à 20 000 ne payent rien. Les autres voient leur contribution établie comme suit(l'usage du conditionnel est celui du gouvernement de l'Ontario ; il ne semble pas y avoir de texte plus récent mais le contenu du texte s'applique en 2007)¹⁴ :

Le premier niveau de contribution de 300 \$ par année s'appliquerait progressivement et correspondrait à un taux de six pour cent du revenu imposable en sus de 20 000 \$. Par exemple, une personne ayant un revenu imposable de 22 000 \$ paierait une contribution de 120 \$ en 2005.

Le deuxième niveau de contribution de 450 \$ par année s'appliquerait progressivement et correspondrait à un taux de six pour cent du revenu imposable en sus de 36 000 \$. Par

CONTRIBUTION-SANTÉ DE L'ONTARIO :Des Ontariennes et des Ontariens en meilleure santé dans un Ontario plus sain 21 juin 2004

<http://www.fin.gov.on.ca/french/media/2004/bk-ohp.html#OHP>

exemple, une personne ayant un revenu imposable de 37 000 \$ paierait une contribution de 360 \$ en 2005.

Chaque augmentation subséquente du niveau de contribution s'appliquerait progressivement sur la première tranche de 600 \$ du revenu imposable de ce palier à un taux de 25 %

Le montant maximum est de 900\$ par année, Notons que

La mesure législative prévoit une révision par l'Assemblée législative de la contribution à l'intérieur d'une période de cinq ans. Elle comporte aussi une disposition exigeant que les Comptes publics indiquent de quelle façon les revenus générés par la contribution ont été investis dans le secteur de la santé en Ontario.

On retrouve aux Comptes Publics 2006-2007 les indications sur l'utilisation des fonds . En effet, on présente un tableau intitulé *Contribution-santé de l'Ontario en pourcentage des dépenses totales du secteur de la santé réparties également entre les secteurs de dépenses*.¹⁵ Donc pour 2006-2007, on attribue 7.1%, soit le montant total de cette contribution divisé par les dépenses totales en santé pour cette année, de chaque grande dépense à cette contribution. Donc 7.1% des dépenses pour les hôpitaux soit 1 171 millions, 545 million pour l'assurance santé et ainsi de suite. Il s'agit donc d'une technique de présentation.

En terminant, rappelons qu'il existe également en Ontario un Impôt Santé des Employeurs (ISE) dont le taux varie entre 0,98%(0-200 000\$ rémunération brute) et 1.95% (plus de 400 000\$) et s'applique à la rémunération brute moins le montant d'exemption de base de 400 000\$.¹⁶

Alberta

La prime est une prime mensuelle de 44\$par mois pour un individu (528\$ par année) et de 88\$ par mois pour un couple et ses enfants (1056\$ par année).Les aînés (65+) sont

¹⁵ Comptes publics de l'Ontario,2006-2007, volume 1 p1-7
<http://www.fin.gov.on.ca/french/budget/paccts/2007/2006-07volume1f.pdf>

¹⁶**IMPÔT-SANTÉ DES EMPLOYEURS - GUIDE À L'INTENTION DES EMPLOYEURS**
<http://www.rev.gov.on.ca/french/guides/eh/2436.html#taux%20d'impot>

exemptés de cette prime¹⁷. Le gouvernement albertain subventionne les primes comme indiqué au tableau qui suit sur la base du revenu imposable familial de la période précédente (1^{er} avril-31 mars)¹⁸ :

Type de Famille	Plein Subside	Pleine Prime
Célibataire	Revenu moins que \$17,450	Revenu plus que \$20,970
Couple	Revenu moins que \$26,200	Revenu plus que \$33,240
Couple avec enfants	Revenu moins que \$32,210	Revenu plus que \$39,250

Colombie Britannique

La prime mensuelle est de 54 \$(648\$ par année) pour une personne seule, de 96\$ (1152\$ par année) pour un couple et de 108\$(1296\$ par année) pour une famille avec enfants. Si un individu ou une famille a un revenu net ajusté pour l'année précédente de moins de 20000\$ le subside est 100%, 80% pour un revenu entre 20000\$ et 22000\$, 60% entre 22000 et 24 000 ,40% entre 24000 et 26000, 20% entre 26000 et 28000. Le subside disparaît au seuil de revenu de 28 000\$.¹⁹

On aura donc constaté que dans deux des provinces la prime nominale varie selon le nombre d'individus couverts et que dans les trois provinces la prime effectivement payée tient compte du revenu du redevable mais que la prime ne tient pas compte des comportements plus ou moins risqué des redevables. Il s'agit donc en Ontario d'un impôt supplémentaire sur le revenu individuel avec une exemption de base plus élevée que celle s'appliquant pour l'impôt sur le revenu des particuliers et avec un maximum pour le montant à payer ce qui n'existe pas pour l'impôt sur le revenu des particuliers. On peut voir ceci comme une surcharge sur l'impôt sur le revenu des particuliers. En Alberta et en

¹⁷ http://www.health.gov.ab.ca/ahcip/ahcip_premiums.html

¹⁸ http://www.health.gov.ab.ca/ahcip/ahcip_subsidies.html

¹⁹ **MSP Premiums** <http://www.health.gov.bc.ca/msp/infoben/premium.html>

Colombie Britannique, il s'agit d'un impôt sur le revenu tenant compte des circonstances familiales. Ce ne sont pas des primes d'assurance santé.

Le système ontarien a été mis en place en 2004 pour permettre au gouvernement alors récemment élu (octobre 2003) de respecter sa promesse de ne pas hausser les impôts tout en obtenant les revenus nécessaires pour ne pas faire face à un déficit trop élevé. Il faut se rappeler que ce choix suit une période de gouvernements conservateurs (1995-2003-Harris) qui avaient réduit les impôts personnels ontariens. Il s'agit donc d'une opération de maquillage d'une hausse de l'impôt sur le revenu personnel. Les systèmes en Alberta et en Colombie –Britannique ont été mis en place au moment de la création de l'assurance maladie dans ces provinces à la fin des années soixantes. Il est intéressant de constater que l'Alberta qui pourrait très bien l'abolir étant donné ses revenus pétroliers le maintient en place pour assurer un lien entre dépenses de santé individuelles et leur financement.

Système français

Le système français utilise un concept de caisse mais à des fins opérationnelles et non pas à des fins de présentation de l'information budgétaire et extrabudgétaire.

Coté dépenses, on fixe depuis 1996 l'ONDAM²⁰ (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie) lors du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale, ce qui correspond au vote du budget de dépenses au Québec. Cet objectif correspond aux dépenses publiques et exclut donc les tickets modérateurs et autres dépenses privées.

Cotés recettes, on retrouve :

- ◆ Des cotisations des employeurs et des employés perçus principalement par l'URSSAF²¹ ;
- ◆ Des prélèvements spécifiques soient ceux de la CSG (contribution sociale généralisée) et de la CRDS (contribution pour le remboursement de la dette sociale). La CSG a été mise en place en 1991.²² La CRDS²³ a été créé en 1996 ; son taux est de 0.5% ; on verse son produit à la CADES (caisse

²⁰ <http://www.ecosante.fr/FRAFRA/804.html> et

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000191/0000.pdf>

²¹ http://www.urssaf.fr/images/ref_ur%20au%20coeur%20du%20financement.pdf

²² <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/financement/qu-est-ce-que-csg.html>

²³ <http://www.cades.fr/fr/presentation/crds.asp>

d'amortissement de la dette sociale)²⁴. Bien que la CADES ait été créé initialement pour financer la dette observée en 1996-1998, l'État français a profité de son existence pour financer par dette des déficits plus récents de la sécurité sociale ;

- ◆ D'autres impôts affectés, principalement sur le tabac et l'alcool

Les cotisations représentent 65% des revenus de la sécurité sociale française, la CSG 15% les impôts sur le tabac et l'alcool environ 3% .On complète par des transferts des revenus généraux de l'état et par des produits financiers²⁵.

Le cas du Québec

Nous traitons tout d'abord des revenus sous le contrôle du gouvernement du Québec puis des transferts fédéraux.

3.3.1 Les revenus autonomes

Étant donné la nature du bien santé, la meilleure façon de financer une couverture universelle est par une tarification selon l'utilisation (ex post pour éviter les contraintes de liquidité) et des primes individuelles /familiales tenant compte du risque qui se compose de trois éléments : le risque génétique, le risque environnemental et le risque lié à des comportements spécifiques. Comme la Loi sur la Santé canadienne interdit les droits d'usagers, nous nous tournons vers les primes.

Le Québec n'a présentement pas de mécanismes par lequel les individus et familles contribuent directement aux coûts des services de santé. Nous suggérons donc l'instauration d'une prime d'assurance santé établie sur une base individuelle payable par tous les adultes (18ans et +) et créditable dans le calcul de l'impôt sur le revenu personnel du Québec (réduction de 1\$ par 1\$ de prime pour l'année d'instauration). Le fait de restreindre ceci aux 18ans+est cohérent avec les objectifs des politiques familiales du Québec. Le fait de créditer le plein montant en l'année 1 fait qu'il n'y a pas de hausse cette année là des paiements totaux des contribuables ; les hausses se feront explicitement

²⁴ <http://www.cades.fr/fr/>

²⁵ http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/plfss/2003/annexe/anx_g14.pdf et <http://www.minefi.gouv.fr/performance/performance/politique/2007/RapportPO.pdf>

à partir de l'année 2 et suivantes. Les individus à faibles revenus sont tenus de payer la prime mais reçoivent un crédit d'impôt remboursable d'un montant équivalent en tout ou en partie selon un seuil de revenu à déterminer. La prime devrait tenir compte des comportements spécifiques tels la consommation de tabac ou le saut en parachute. Ces différences de primes ne captureraient évidemment pas toutes les différences de risques, car alors, il n'y aurait plus ni assurance ni partage du risque. Elles seraient plutôt similaires aux différences de primes d'assurance-vie entre fumeurs et non-fumeurs.²⁶ Ces risques seront établis lors d'une déclaration annuelle similaire à celle utilisée pour établir la contribution à l'assurance médicament. Le mensonge sera traité comme une fraude fiscale et punie en conséquence. On met donc en place un mécanisme reliant une partie des paiements effectués en santé avec les services reçus dans ce domaine. En effet, dans le cas de risques spécifiques aux individus comme ceux provenant de l'alcool, du tabac ou de pratiques dangereuses, il semble nécessaire et approprié de responsabiliser les individus selon le principe de l'utilisateur payeur ; de plus la hausse de leur coûts est susceptible de réduire la fréquence de ces comportements. La prime exacte à percevoir devra être établie comme toute prime d'assurance par une étude actuarielle des coûts et risques.

Une autre possibilité serait d'offrir une carte soleil privilège. L'obtention d'une telle carte serait reliée soit au choix des assurés de payer des primes plus élevées ou à l'offre de l'état de ce service en reconnaissance du fait que certains contribuent plus par leurs revenus à la société que d'autres. Notons que la société a intérêt à retourner au travail le plus rapidement possible les individus les plus productifs (privément et fiscalement) car ce sont ces individus qui financent par leurs impôts personnels une bonne partie des dépenses de l'état. À cet égard, on constate que l'on accepte sans difficulté que la CSST et la SAAQ puisse acheter des services pour accélérer le retour au travail de leurs assurés. Pourquoi des contribuables à haut revenu ne pourraient pas se voir offrir un tel traitement sous prétexte que leur condition médicale ne découle pas d'un accident du travail ou de la route? De plus, on paye déjà de façon différenciée par le temps d'attente qui varie selon le risque /procédure recherché et dont la valeur varie fortement d'un individu à un autre

²⁶ Voir *Analyse comparative sur le financement de la santé* par J Castonguay, C. Castonguay, C. Montmarquette et I. Scott <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2007RP-04.pdf>

Si on refuse à la fois la participation aux frais par les usagers et les primes individuelles /familiales, modulées ou non selon le risque ou le paiement, on doit se tourner vers les autres sources de revenus de l'État pour financer la santé. Il faut alors se demander si certaines sources approxime mieux que d'autre les sources rejetées et sinon quelles sources sont susceptibles d'être les plus appropriées.

Selon nous la meilleure façon d'accroître les recettes générales pour le financement de la santé n'est pas d'accroître les taux ou d'imposer des surcharges pour l'un ou l'autre impôt mais d'élargir les assiettes de l'impôt sur le revenu personnel et de la TVQ. Dans le premier cas, il s'agit de réduire l'exemption personnelle de façon à ce que plus d'individus paye de l'impôt sur le revenu personnel. Une possibilité serait d'abolir l'exemption et de taxer ce montant au taux de 5%, donc un impôt de base payé par tous les récipiendaires d'un revenu en reconnaissance qu'ils sont tous bénéficiaires de services de base. On peut envisager d'exempter les jeunes (moins de 18 ans). Ceci approxime une prime payable par tous avec une aide aux faibles revenus. En 2006, le montant de l'exemption de base est de 9555\$; arrondissons-le à 10 000 \$ pour 2009. Il y avait en 2004 ,5 780 000 déclarations d'impôt personnel au Québec²⁷ ; arrondissons à 6 000 000 pour 2009 .Alors $6\,000\,000 \times 10\,000 \times 0.05 = 3$ milliard de \$: Si on utilise un taux de 2%, on obtient 1.2 milliard et avec un taux de 1% 600 million. Une telle façon de faire affecte le revenu de base et le taxe à un taux très faible ; elle est donc peu susceptible d'affecter l'offre de travail. De plus, ceci réintroduit pour beaucoup de contribuables la nécessité de payer un montant directement et explicitement de leur poches pour les services de l'état ; ceci nous semble un pas vers leur responsabilisation de citoyens, électeurs et contribuables.

Dans le cas de la TVQ, il s'agirait d'inclure la nourriture dans l'assiette (ce qui crée une désharmonisation avec la TPS) tout en baissant le taux général. On pourrait ensuite l'augmenter au besoin. On peut également occuper l'espace fiscal libéré par les baisses de TPS mise en place par le gouvernement fédéral. Ceci a l'avantage de préserver l'harmonisation TPS/TVQ. Mais il faut faire attention de ne pas s'écarter trop des taux en vigueur chez nos voisin immédiats du Canada. Ou de ceux en vigueur chez nos voisins

²⁷ Tableau 2 http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Statistiques/fr/STAFR_sfp_2004.pdf

américains, étant donné le taux de change présentement en vigueur. Ceci est préférable à des taxes sur des produits spécifiques de haute valeur tels le tabac ou l'alcool qui sont sujet à contrebande /évitement. Pour tenir compte des coûts de santé associés au tabac et à l'alcool, on veut taxer l'usager et les interactions d'usage par des primes individuelles et non pas la quantité consommée en soit.

Finalement, une hausse des tarifs d'électricité est faisable car la demande est relativement inélastique et la fraude très difficile. Ceci amènerait une réduction de la demande interne qui libère de l'électricité exportable, sujette à la présence du réseau de transmission nécessaire. Mais il n'ya pas de lien évident entre l'utilisation de l'électricité et les dépenses de santé d'un ménage ; il s'agit donc d'une taxe d'accise sur un bien produit localement, dont le prix est trop faible et qui est exportable.

3.3.2 Les transferts fédéraux

Les paramètres du TCS sont fixés jusqu'en 2013-2014. Le montant de transfert en espèces pour l'ensemble du Canada est de 21.3 milliards de \$ en 2007 -2008 ; il croît à un rythme de 6% par année et atteindra donc 30.3 milliards en 2013-2014²⁸. On peut évidemment se demander si ces transferts augmenteront en réalité de 6% par année. L'histoire des relations fédérales –provinciales indique que le gouvernement fédéral a, dans un passé récent (1980-2007), réduit à plusieurs reprises les taux de croissance des transferts de façon unilatérale²⁹. Le montant de ces transferts n'est pas établi par la constitution canadienne ou par un contrat fédéral-provincial. Il est établi par une loi du parlement fédéral que celui-ci peut amender à sa guise, comme l'a confirmée la cour Suprême au début des années 90s lors d'un jugement sur le Régime canadien d'assistance publique (l'affaire cap on CAP). Mais présumons que la situation financière du gouvernement fédéral lui permet de ne pas faire cela. La question est donc; qu'est ce que transfert pourrait être après 2013-2014. Il n'est pas utile de faire des prévisions chiffrées pour une période si lointaine étant donné les aléas financiers.

²⁸ Voir Transfert canadien en matière de santé <http://www.fin.gc.ca/FEDPROV/cht.html>

²⁹ François Vaillancourt « Les transferts fédéraux-provinciaux au Canada, 1947-1998 : évolution et évaluation », dans *Les défis de la gouvernance à l'aube du XXI^e siècle*, sous la direction de A. Downs et G. Paquet, Montréal, Actes du Congrès 1999, ASDEQ, 2000, 191-212.

Les questions suivantes nous semblent pertinentes dans ce cas:

Est-ce que la ponction fiscale fédérale sera demeurée la même qu'en 2007-2007 ou aura-t-elle augmentée ou, ce qui est plus plausible, diminuée en terme du PIB et en terme du total des ponctions fiscales (fédérale/provinciale/municipale/scolaire,...) subies par les québécois ?

Est-ce que des transferts de points d'impôts auront été faits vers les provinces, ou à tout le moins le Québec ? Si oui dans quels champs plus ou moins élastiques et stables ? Ces transferts peuvent être explicites ou résultats du retrait partiel ou total du gouvernement fédéral, suivi d'une occupation du champ fiscal par la province.

Est-ce que le système de péréquation sera demeuré inchangé et donc sans partage réel des revenus tirés des ressources pétrolières et gazières de l'Alberta et ce car ces royautés provinciales ne sont pas perçues par le gouvernement fédéral ?

Ce qui est clair est que 6% par année exige une croissance plus rapide du PIB nominal canadien que ce qu'il semble raisonnable de prévoir³⁰ à long terme si on ne veut pas hausser les taux d'imposition fédérale. Ce n'est donc pas un taux d'indexation des transferts soutenable en longue période à moins d'une hausse des impôts fédéraux pour accroître les transferts aux provinces. Il semblerait plus raisonnable pour les provinces et le gouvernement fédéral de s'entendre sur un taux de croissance annuel des transferts égal à la croissance du PIB nominal (moyenne sur trois ans retardée d'une période pour lisser les fluctuations et réduire les chocs financiers subis par les provinces).Ceci n'exige pas un effort fiscal supplémentaire du gouvernement fédéral et facilite la croissance de l'effort fiscal du gouvernement du Québec. Ceci sécurise à long terme les recettes attribuées à la santé. Il est peut être opportun de rappeler que les coupures importantes en santé faites en 1997-1998 par le gouvernement du Québec et qui ont encore un impact sur le système de santé ont été faites suites aux coupures des transferts fédéraux annoncées au budget de 1995'

³⁰ Par exemple, les prévisions à court terme du PEAP/IPA de l'Université de Toronto indique 4.5% pour 2008 et 2009

Conclusion

Nos conclusions sont les suivantes :

- La pertinence d'un compte santé pour atteindre les objectifs d'information n'a pas pu être établie .mais vu la faiblesse des coûts de le mettre en place, il semble approprié d'aller de l'avant.
- le périmètre du compte santé devrait inclure l'ensemble des dépenses de santé financées par l'état ,ce qui est plus large que les dépenses du MSSS en santé, car incluant des dépenses de la CSST, de la SAAQ et du fonds de médicaments entre autres.
- le financement de la santé devrait faire appel à une prime individuelle avec modulation selon les facteurs de risque individuels. Si ceci n'est pas faisable, nous préconisons un impôt universel à bas taux sur l'exemption de base de l'impôt sur le revenu des particuliers.
- la croissance des transferts fédéraux à long terme devrait se faire sur la base de la croissance du PIB nominal canadien..

Bibliographie

Butcher, H. (1998) *Meeting managers' information needs*, London EC3A 7PB: Aslib, The Association for Information Management.

Comité de travail sur la pérennité du système de santé et services sociaux au Québec, 2005. Pour sortir de l'impasse : La solidarité entre nos générations (Rapport Ménard), Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Edmunds, A., Morris, A. (2000) "The problem of information overload in business organizations: a review of the literature", *International Journal of Information Management*, 20, 17-28.

Haley, S. (2003) *Understanding Alaska State Finance: What Citizens Want to Know and How to Convey that Information Effectively*, Institute of Social and Economic Research, Alaska, 16p.

Rubin, I. S. (1992) "Budget Reform and Political Reform: Conclusions from six cities", *Public Administration Review*, 52(5), 454-466.

	Tableau A-1 Sources des tableaux 2 et 3
Ligne	
D-1	Obtenu des Comptes publics redressé par le Conseil du Trésor. Pour les années 2002-2003 à 2006-2007 nous utilisons les dépenses du MSSS des Comptes publics multipliées par la proportion des dépenses associées à la santé pour l'année 2001-2002 (89.9 %).
D-2	Obtenu de la Direction de la comptabilité et de la gestion de l'information de la CSST (tableau). Ligne inclut exclusivement : Services de professionnels de la santé et honoraires payés par la RAMQ
D-3	Obtenu de la Direction de la comptabilité et de la gestion de l'information de la CSST (tableau). Total de l'assistance médicale et frais de réadaptation de la CSST moins Services de professionnels de la santé et honoraires payés par la RAMQ.
D-4	Obtenu du Rapport Annuel de la SAAQ. Inclut les frais de réadaptation, frais médicaux et paramédicaux, information médicale, frais de déplacement et de séjour, transport par ambulance et frais de rapatriement, autres frais de réadaptation
D-5	Obtenu du Conseil du Trésor. Ceci inclut les franchises, coassurances et primes.
D-6	Obtenu du Rapport annuel d'Urgence santé 2006-2007. Nous prenons les produits du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale et les produits des Particuliers. Pour le mettre à l'échelle du Québec nous utilisons les données de l'ISQ pour l'année 2001 pour la région métropolitaine de Montréal (N= 3 507 424) et le reste du Québec soit (Total Québec – N = 3 889 566). Nous utilisons également le déflateur du PIB de CANSIM (Tableau 384-0036) pour avoir les dépenses « hypothétiques » de 2000.
D-7	Obtenu du Conseil du Trésor. Contributions des usagers (autres responsabilités) soustrait des dépenses Soins ou traitements fournis par des établissements de la CSST. L'année 2000-2001 étant non disponible nous faisons la simple hypothèse qu'il y a eu le même taux de croissance entre 2000-2001 et 2001-2002 que le taux entre 2001-2002 et 2002-2003. Donc nous prenons 87% du montant de 2001-2002.
<p>Pour estimer 2007-2008 lorsque non disponible , nous avons calculé le ratio 2006-2007/2005-2006 puis multipliez le montant de 2006-2007 par ce ratio pour obtenir le montant de 2007-2008. Nous faisons donc l'hypothèse d'une croissance identique entre 2005-2006 et 2006-2007 d'une part et 2006-2007 et 2007-2008 d'autre part. Ceci tient pour D2,D3,D4,D5 et D6 et pour les lignes R correspondantes.</p>	

R-1	Obtenu du Ministère des Finances.
R-2	Obtenu des Comptes publics pour chaque années disponibles. Nous prenons 62% du TCSPS. Catégorie Finances, sous Transferts du Gouvernement du Canada (2eme ligne) Pour l'année 2000-2001 nous utilisons l'année 2000 trouvée dans les Comptes publics 1999-2000 soit 1 120 189 000. Pour l'année 2005-2006 nous prenons le montant total du Transferts Canadien pour la Santé.
R-3	Obtenu des Comptes publics. Nous prenons 62% du montant de l'abattement spécial. Catégorie Finances, sous TCSPS Abattement spécial. Pour l'année 2000-2001 nous utilisons l'année 2000 trouvée dans les Comptes publics 1999-2000 soit 2 342 945 000. Pour l'année 2005-2006 nous prenons le montant total de l'abattement spécial dédié à la santé.
R-4	Selon la L.R.Q., chapitre A-25 LOI SUR L'ASSURANCE AUTOMOBILE 155.1. Pour l'exercice financier 1998, la Société verse au fonds consolidé du revenu une somme de 88 654 360 \$ représentant le coût annuel des services de santé occasionnés par les accidents d'automobile
R-5	Voir D-7
R-6	Voir D-2
R-7	Voir D-3
R-8	Voir D-4
R-9	Voir D-5
R-10	Voir D-6