



**|aqesss|**

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE  
D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ  
ET DE SERVICES SOCIAUX

**EXAMEN DE LA FISCALITÉ :  
MISER SUR L'ÉQUITÉ, L'EFFICACITÉ  
ET LA COHÉRENCE**

Mémoire présenté à la Commission  
d'examen sur la fiscalité québécoise

Septembre 2014



Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

505, boulevard de Maisonneuve Ouest

Bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2

Téléphone : 514 842-4861

Site Web : [www.aqesss.qc.ca](http://www.aqesss.qc.ca)

**©Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2014**

Ce document est disponible gratuitement sur le site Web de l'AQESSS.

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec la mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

## TABLE DES MATIERES

Ce qui motive notre participation .....	2
Des moyens qui doivent tenir compte de la réalité .....	2
Les principes qui motivent notre démarche et guident nos choix.....	3
Le contexte financier du système de santé québécois .....	5
Des moyens réduits et des besoins grandissants.....	5
D'où provient le financement?.....	5
Tableau 1 : Sources de financement de la santé et des services sociaux .....	6
De nouvelles règles au Transfert canadien en matière de santé (TCS) .....	6
Tableau 2 – Évolution des transferts fédéraux en santé vers les provinces .....	7
Tableau 3 : Impacts des changements apportés au TCS (M\$) au Québec.....	8
Où vont les dépenses? .....	8
Tableau 4 : Les dépenses de santé et de services sociaux (M\$) .....	9
Ce que nous proposons à court terme.....	10
Revoir les modalités de tarification et d'offre de certains services pour économiser .....	10
Pour soutenir notre proposition de réviser la contribution au RPAM.....	11
Pour soutenir notre proposition de réviser la contribution des adultes hébergés .....	12
Pour soutenir notre proposition d'indexer les tarifs du transport ambulancier .....	13
Pour soutenir notre proposition de réviser la gratuité des services ambulanciers.....	14
Tableau 5 : À court terme, revoir les modalités de l'offre de certains services .....	15
Ce que nous proposons à moyen terme .....	16
Mettre en place des mesures pour stabiliser le financement du réseau de la santé et des services sociaux .....	16
Pour soutenir notre proposition de cesser de considérer l'âge de 65 ans comme étant le début de la perte d'autonomie .....	17
Pour soutenir notre proposition de transformer la contribution santé .....	17
Pour soutenir notre proposition d'évaluer la pertinence des crédits d'impôt.....	19
Évaluer certains avantages fiscaux.....	19

Tableau 6 : Économie possible pour un médecin en créant une SPA.....	20
Pour soutenir notre proposition concernant la participation au RPAM.....	21
Pour soutenir notre proposition de revoir la structure de tarification.....	21
Pour soutenir notre proposition d'uniformiser la contribution des usagers.....	22
Pour soutenir notre proposition visant la modification du calcul du Transfert canadien en santé (TCS).....	22
Tableau 7 : Ce que nous proposons à moyen terme .....	23
Conclusion .....	24

## **L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX**

L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) est porte-parole de 125 établissements membres composés des 92 Centres de santé et de services sociaux (CSSS), des centres hospitaliers universitaires, des centres hospitaliers affiliés, des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires, de centres hospitaliers et de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Les membres de l'AQESSS sont présents dans toutes les régions du Québec et offrent une très large gamme de services de santé et de services sociaux en première, deuxième et troisième lignes. Ils emploient plus de 200 000 personnes et gèrent de façon responsable et en toute transparence des budgets annuels s'élevant à plus de 17,6 G\$.

L'AQESSS a pour mission de rassembler, de représenter et de soutenir ses membres en agissant comme chef de file pour améliorer la qualité des services et la performance du système de la santé et des services sociaux, et ce, au bénéfice de la population du Québec.

## CE QUI MOTIVE NOTRE PARTICIPATION

L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) tient à remercier les membres de la Commission d'examen sur la fiscalité québécoise de lui donner l'occasion de présenter ses commentaires et ses recommandations au sujet des possibles ajustements à apporter au régime fiscal, en tenant compte de la capacité de payer des usagers des services publics.

### Des moyens qui doivent tenir compte de la réalité

Dans le secteur public de la santé et des services sociaux, le défi budgétaire actuel ne fait qu'exacerber la pression qui existait déjà sur le financement des services. Toutes les commissions qui se sont penchées sur le financement des programmes de santé et de services sociaux, dont les plus célèbres rapports sont ceux des travaux dirigés par messieurs Clair (2000), Ménard (2005), Castonguay (2008) puis Fortin, Godbout et Montmarquette (2010), ont déjà souligné le danger que les problèmes de financement faisaient courir au maintien de services de qualité, accessibles à l'ensemble de la population.

Au même titre que les autres composantes de la société québécoise, les artisans du réseau de la santé et des services sociaux sont aujourd'hui conviés à apporter leur pierre à l'édifice de l'équilibre budgétaire. Nous voulons préserver nos services publics et nous croyons, en tant que porte-parole d'établissements responsables de procurer les soins et les services à la population, posséder l'expertise et les connaissances pour offrir à la Commission une contribution opportune.

**L'AQESSS propose des moyens efficaces et équitables pour aider le Québec à retrouver l'équilibre budgétaire sans sacrifier le niveau ou la qualité des services. Nous le faisons en respectant les principes fondamentaux d'équité et de solidarité. Toutefois, les options ne sont pas illimitées. La stratégie pour retrouver l'équilibre budgétaire devra faire appel à une combinaison de mesures qui permettront d'agir sur les dépenses et sur les revenus. Nos propositions à court terme pourrait générer un rendement de près de 500 M \$ pour le gouvernement québécois.**

La création récente d'une commission sur la fiscalité et d'une autre sur la révision des programmes permettra d'aborder les volets des revenus et des dépenses et pourrait servir de base au renouvellement de nos façons de faire en ce qui concerne le financement et qui conduirait à pérenniser l'offre et la qualité des services publics dans le secteur de la santé et des services sociaux. Cela nous paraît tout à fait réalisable si l'on ose faire des choix qui exigent du courage. Les commissions sur la fiscalité et sur la révision des programmes sont des lieux privilégiés pour débattre de ces questions, pour sensibiliser la population et susciter son adhésion. Car peu importe nos actions, il faudra avoir les moyens de les financer.

C'est pourquoi nous accueillons favorablement la mise en place de cette Commission et souhaitons contribuer à ses travaux en insistant plus particulièrement sur trois éléments :

- L'examen des mesures fiscales propres au secteur de la santé et des services sociaux permettant de contribuer à l'atteinte des cibles fixées dans le budget 2014-2015 (réduire les dépenses fiscales de 650 M\$ d'ici 2015-2016);
- L'analyse du régime fiscal des particuliers afin notamment d'optimiser la tarification des services, tout en assurant une redistribution équitable de la richesse collective par le maintien d'un soutien adéquat aux plus démunis;
- La transformation de la « contribution santé » en frais d'adhésion au régime public d'assurance-maladie dans l'optique de stabiliser le financement des services et des soins de santé.

### **Les principes qui motivent notre démarche et guident nos choix**

Notre intervention se veut contributive et constructive. Nous sommes d'avis que le retour à l'équilibre budgétaire doit s'amorcer dès maintenant. Chaque exercice financier déficitaire alourdit la dette publique et crée ainsi une charge inéquitable pour les générations qui devront l'assumer. Toutefois, nous estimons que le retour à l'équilibre budgétaire doit respecter les grands principes qui ont précédé la création de l'assurance maladie : l'accès équitable aux services de l'État, la protection des plus vulnérables et la solidarité avec les moins bien nantis.

#### L'équité

Peu importe les choix qui devront être faits en matière de financement, la solidarité envers les plus vulnérables devra demeurer une préoccupation centrale advenant la mise en place de toute nouvelle politique de tarification. De plus, des modalités d'atténuation des effets pour les plus vulnérables devront obligatoirement être liées aux propositions faites devant la Commission.

Le concept contemporain d'équité différencie ainsi équité d'égalité. Il en découle qu'il peut être légitime d'avantager certains individus et d'en désavantager d'autres afin de compenser les inégalités de départ, si cela ne porte pas préjudice à la collectivité dans son ensemble<sup>1</sup>. Ainsi, si les plus riches doivent contribuer davantage que les moins bien nantis, ces derniers ne peuvent pas non plus être entièrement dispensés de contribution – dans la mesure bien sûr où cette dernière est calibrée à la hauteur de leurs capacités<sup>2</sup>.

#### L'efficacité

L'AQESSS juge qu'il faut mettre en lumière le manque d'efficacité de certaines mesures dites « fiscales », notamment les tarifs des différentes formes de contribution des usagers qui ne sont pas indexés ou basés sur des coûts réels.

---

1 Mieux tarifier pour mieux vivre ensemble, Rapport du Groupe de travail sur la tarification des services publics, Gouvernement du Québec, 2008, 347 p. (p. 29).

2 En avoir pour notre argent, Rapport Groupe de travail sur le financement du système de santé, Gouvernement du Québec, 2008, 338 p. (p. 10).

Le lien entre l'efficacité et le tarif est fondamental. Un des avantages majeurs de la règle de l'utilisateur-payeur est de permettre à celui qui utilise le bien ou le service d'évaluer correctement la valeur du bien ou du service qu'il reçoit<sup>3</sup>.

Cela signifie aussi que les usagers doivent en avoir pour leur argent. Il faut que le système produise des services de qualité en quantité suffisante pour répondre aux besoins, et cela au meilleur coût possible<sup>4</sup>.

### La cohérence

Pour nous, la cohérence des mesures dites «fiscales» avec les orientations et les grands objectifs cliniques propres au système de santé et de services sociaux est un principe déterminant. Plus que jamais, le financement doit être utilisé comme levier pour atteindre les objectifs dictés par l'évolution de l'état de santé de la population. Par exemple, pour effectuer un réel virage vers les soins à domicile, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) devra s'assurer d'une certaine neutralité financière pour l'utilisateur qui a le choix entre demeurer à domicile ou être hébergé dans un établissement de longue durée.

---

3 Mieux tarifier pour mieux vivre ensemble, Rapport du Groupe de travail sur la tarification des services publics, Gouvernement du Québec, 2008, 347 p. (p. 33).

4 En avoir pour notre argent, Rapport Groupe de travail sur le financement du système de santé, Gouvernement du Québec, 2008, 338 p. (p. 10).

# LE CONTEXTE FINANCIER DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS

## Des moyens réduits et des besoins grandissants

Plus des trois quarts du financement du système de santé et de services sociaux québécois provient des impôts et des taxes payés par les contribuables et les entreprises. Ce secteur évolue donc dans un environnement financier fortement influencé par la santé économique du Québec. Et puisqu'il accapare près de la moitié de l'ensemble des dépenses de programme du gouvernement et connaît année après année une croissance plus importante que celle de la richesse collective, il exerce une pression de plus en plus importante sur les finances publiques, devenant ainsi une cible de choix pour la réduction des dépenses gouvernementales.

Toutefois, l'augmentation des besoins de la population et l'étendue du panier de services poussent le gouvernement à s'impliquer davantage financièrement, et ce, même si sa marge de manœuvre est réduite par une croissance économique moins soutenue ou par la nécessité de combler de nouveaux appétits dans d'autres secteurs d'activités. Le niveau élevé d'endettement du Québec fait aussi partie des éléments du contexte économique qui diminuent la marge de manœuvre du gouvernement en matière de financement et d'investissement en santé, notamment au niveau du développement de nouvelles politiques publiques.

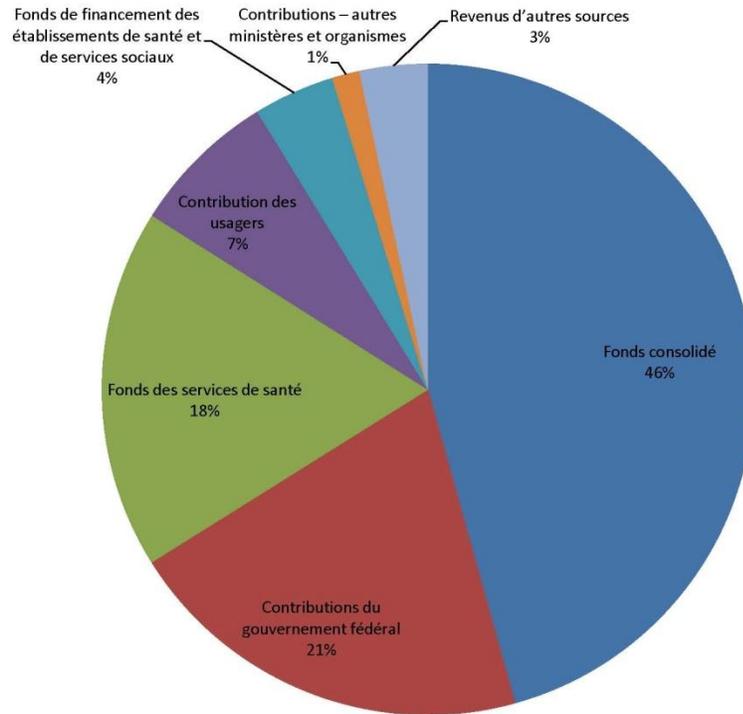
## D'où provient le financement?

Près de la moitié (46 %) du financement des dépenses publiques en santé et services sociaux provient du Fonds consolidé du revenu (le « Fonds général » constitué des revenus autonomes du gouvernement – impôts, taxes, droits et permis, etc.). Les autres sources principales de financement sont les contributions du gouvernement fédéral (21 % - Transfert canadien en matière de santé et autres montants découlant d'ententes fédérales-provinciales), les revenus du Fonds des services de santé (18 % - une contribution des employeurs calculée selon leur masse salariale) et les différentes formes de contributions des usagers (7 %)<sup>5</sup>. En raison de ce mode de financement largement axé sur l'imposition générale, le système de santé québécois repose avant tout sur un principe de solidarité sociale, c'est-à-dire une « mutualisation des risques » liés à la santé.

---

5 Pour le détail, voir Tableau 1. Les pourcentages ont été obtenus en divisant les montants avec le total des dépenses publiques et non avec le total des dépenses de programmes seulement.

**Tableau 1 : Sources de financement de la santé et des services sociaux**



Source : Compte de la santé 2011-2012 à 2013-2014 p. 9

### **De nouvelles règles au Transfert canadien en matière de santé (TCS)**

Le gouvernement fédéral imposait unilatéralement en 2011 de nouvelles règles s'appliquant au TCS. Les changements qui s'ensuivent feront en sorte que la croissance des paiements du fédéral en espèces sera de 6 % jusqu'en 2016-2017 et qu'ensuite elle dépendra du produit intérieur brut (PIB) nominal, avec un plancher de 3 % d'augmentation. Selon les estimations du ministère québécois des Finances dans le budget 2014-2015, ces changements vont engendrer des pertes financières de près de 10 G\$ pour le Québec d'ici 2024-2025.

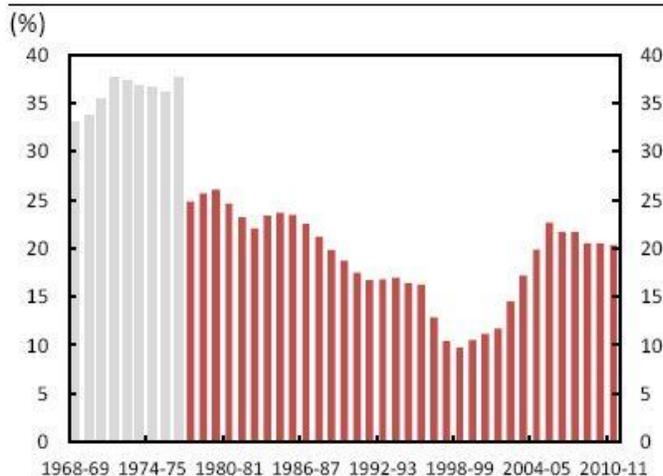
Le TCS est une source de revenus qui permettait au gouvernement du Québec de maintenir ses investissements en santé sans trop affecter ses autres portefeuilles. Comme les montants versés sont « dédiés », le budget de la santé et des services sociaux en sera affecté directement.

Indépendamment de la conjoncture économique, il sera très difficile de maintenir le niveau global de financement actuel avec une perte de revenus annuelle moyenne de 1,14 G\$<sup>6</sup>.

Les changements annoncés auront également une influence importante sur le financement des systèmes de santé des provinces à long terme. En effet, la part des paiements fédéraux (en espèces) en matière de santé, qui s'élevait à près de 40 % dans les années 1970, passera de 20,4 % en 2011-2012 à 18,6 % en moyenne sur la période de 2011-2012 à 2035-2036, puis à 13,8 % pendant les 25 années suivantes<sup>7</sup>. Le TCS ne tiendra également plus compte de l'évolution de l'état de santé de la population et de son vieillissement, et ne sera pas indexé selon l'évolution réelle des dépenses des provinces dans ce secteur.

**Tableau 2 – Évolution des transferts fédéraux en santé vers les provinces**

**Transferts fédéraux en espèces au titre de la santé et dépenses provinciales-territoriales en matière de santé**



Source : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (CSSSC); Finances Canada; Institut canadien d'information sur la santé (ICIS); Bureau du directeur parlementaire du budget.

Nota : Les résultats de la période de 1968-1969 à 2001-2002 sont tirés directement du rapport final, publié en 2002, de la CSSSC, et ceux de la période de 2005-2006 à 2010-2011 sont calculés à partir des données de Finances Canada et de l'ICIS. Les barres ombrées de 1968-1969 à 1976-1977 représentent la période où les transferts fédéraux au titre de la santé étaient versés en espèces seulement. Les résultats de 2002-2003 à 2004-2005 illustrent une interpolation linéaire.

6 Budget 2014-2015, Plan budgétaire, Gouvernement du Québec, 2014, [En ligne] [<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2014-2015a/fr/documents/Planbudgetaire.pdf>] (p. F-13 à F-16).

7 Bureau du directeur parlementaire du budget, Renouveau du Transfert canadien en matière de santé, Gouvernement du Québec, 2012, [En ligne] [[http://www.parl.gc.ca/pbo-dpb/documents/Renewing\\_CHT\\_FR.pdf](http://www.parl.gc.ca/pbo-dpb/documents/Renewing_CHT_FR.pdf)].

Selon une opinion émise par MM. Jean-Pierre Aubry, Pierre Fortin et Luc Godbout<sup>8</sup>, cette façon de calculer le TCS est inéquitable puisqu'elle ne tient pas compte du fait que « les coûts des soins de santé par habitant varient beaucoup d'une province à l'autre », notamment à cause de la structure d'âge de leur population. Ils affirment que soigner une personne de 65 ans et plus « coûte cinq fois plus cher que de soigner une personne plus jeune ». Pour eux, l'iniquité créée par le calcul de transfert par habitant pourrait être facilement corrigée. Il suffit de déterminer un transfert à deux volets, l'un pour la population des moins de 65 ans et l'autre pour celle des plus de 65 ans. Ainsi, plutôt que de verser un transfert uniforme de 815 dollars par habitant comme prévu, Ottawa pourrait attribuer aux provinces 525 dollars par personne de moins de 65 ans et 2 590 dollars par personne de 65 ans et plus, soit cinq fois plus.

L'enveloppe totale de 28,6 G\$ serait exactement la même que celle qui a été annoncée, mais elle serait partagée entre les provinces de façon à tenir compte de la pression exercée sur le coût des soins de santé par le poids des aînés, qui varie de façon significative d'une province à l'autre.

**Nous invitons par conséquent les autorités gouvernementales à intervenir auprès du ministre fédéral des Finances pour l'amener à corriger cette iniquité qui pénalise particulièrement le Québec.**

**Tableau 3 : Impacts des changements apportés au TCS (M\$) au Québec**

	2014-2015	2017-2018	2020-2021	2024-2025	Cumulatif
Baisse de la croissance	-	-140	-694	-1793	- 6998
Répartition par habitant	-212 <sup>1</sup>	-245	-277	-332	- 2953
<b>TOTAL</b>	<b>-212</b>	<b>-385</b>	<b>-971</b>	<b>-2125</b>	<b>-9 951</b>

<sup>1</sup> Si l'engagement fédéral de 2007 avait été maintenu, le Québec recevrait un paiement de protection de 212 M\$ en 2014-2015, afin de ne subir aucune perte.

Source : Ministère des Finances du Québec, Plan budgétaire 2014-2015, p.F15

### Où vont les dépenses?

Les dépenses publiques en santé et services sociaux sont, de leur côté, principalement constituées du financement versés aux établissements de santé et de services sociaux, des paiements pour les services médicaux (principalement la rémunération des médecins), des sommes affectées au financement de programmes particuliers (CSST, SAAQ, Fonds de recherche, etc.) ainsi que de celles consacrées aux médicaments. Elles comprennent également des dépenses de nature sociale, notamment la prestation de services psychosociaux pour les

<sup>8</sup> AUBRY, Jean-Pierre, Pierre FORTIN et Luc GODBOUT. Revoir le transfert fédéral en santé pour tenir compte du poids démographique des aînés, options politiques, juin-juillet 2012, [En ligne], [http://archive.irpp.org/po/archive/jun12/aubry.pdf] (p. 102-106).

jeunes et les adultes, les services aux personnes âgées en perte d'autonomie (soins de longue durée) et les services de soutien à domicile. Quant aux dépenses privées, elles sont en grande partie attribuables aux services dentaires et d'optométrie non couverts par l'assurance maladie, aux médicaments consommés hors établissement, aux contributions des personnes en CHSLD, au transport ambulancier et à certains services offerts en clinique privée<sup>9</sup>.

**Tableau 4 : Les dépenses de santé et de services sociaux (M\$)**

<b>Programmes budgétaires</b>	<b>2013-2014<sup>P</sup></b>
<b>Dépenses de programmes (31 159)</b>	
<b>Fonctions nationales</b>	377
<b>Fonctions régionales (total : 21 437)</b>	
ASSS	93
Établissements SSS	17 151
Organismes communautaires et autres organismes	493
Activités connexes	2 729
Service de la dette	971
<b>OPHQ</b>	13
<b>RAMQ</b>	9 259
<b>Condition des aînés et curateur public</b>	73
<b>Autres dépenses (6 223)</b>	
Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux	1 502
Régime d'assurance maladie du Québec	1 125
Franchises et coassurance du Régime d'assurance maladie du Québec	765
Autres dépenses	2 831
<b>Total</b>	
<b>Dépenses de programmes + autres dépenses</b>	<b>37 382</b>

<sup>P</sup> : résultats préliminaires

Source : Comptes de la santé 2011-2012 à 2013-2014, p.10

<sup>9</sup> Budget 2010-2011, Vers un système de santé plus performant et mieux financé, Gouvernement du Québec, 2010, [En ligne], [<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2010-2011/fr/documents/VersSystemeSante.pdf>], (p.2).

## CE QUE NOUS PROPOSONS À COURT TERME

La méthodologie utilisée pour identifier les propositions retenues se base sur la consultation des recommandations de quatre ouvrages émettant des hypothèses quant au financement de la santé, soit un document interne à l'AQESSS (De nouvelles sources de revenus pour la santé, 2011), le résultat du Comité consultatif sur l'économie et les finances publiques (Le Québec face à ses défis, 2010), le résultat du Groupe de travail Castonguay (En avoir pour notre argent, 2008) et le rapport du Groupe de travail sur la tarification des services publics (Mieux tarifer pour mieux vivre ensemble, 2008).

### Revoir les modalités de tarification et d'offre de certains services pour économiser

La pression exercée par la croissance des dépenses de santé et de services sociaux sur les finances publiques amène de plus en plus de gouvernements à s'interroger, comme au Québec, sur l'opportunité d'accroître la participation des usagers au financement des soins et services de santé.

Puisque l'objectif de la Commission d'examen sur la fiscalité québécoise est de rapidement identifier des mesures permettant de respecter les cibles fixées dans le budget 2014-2015, il nous paraissait peu productif de suggérer la mise en place de nouvelles sources de tarification nécessitant un important changement de nature législative ou administrative. Nous avons plutôt misé sur la révision de certaines modalités propres à des mesures existantes.

Nous soumettons donc aux membres de la Commission quatre modifications aux mesures fiscales existantes pouvant être réalisées à court terme, soit au moment du dépôt du prochain budget du Québec. Selon nous, ces modifications ne requièrent pas de changements législatifs ou administratifs importants.

#### **Proposition à court terme 1**

**Par souci de cohérence et d'équité : réviser la contribution au Régime public d'assurance médicaments (RPAM)**

**268 M\$ de revenus supplémentaires**

Nous proposons de réviser la contribution au RPAM des personnes de 65 ans et plus qui ne reçoivent pas de supplément de revenu garanti pour qu'elle atteigne le même niveau que celle des adhérents de 18 à 64 ans non couverts par un régime privé.

## **Pour soutenir notre proposition de réviser la contribution au RPAM**

La contribution gouvernementale au RPAM est passée de 696 M\$ à sa création en 1997-1998<sup>10</sup> à 2,41 G\$ en 2013-2014<sup>11</sup>. Une partie importante de cet argent sert à couvrir la contribution des personnes dépendantes ou démunies. Mais elle couvre aussi 45,3 % des coûts du régime pour les personnes de 65 ans et plus qui ne reçoivent pas de supplément de revenu garanti (537 M\$) alors que l'État ne couvre que 22,7 % (196 M\$) du coût de la quote-part des adhérents de 18 à 64 ans non couverts par un régime privé<sup>12</sup>.

**L'AQESSS remet en question cet avantage et juge que, par souci d'équité, la contribution des personnes de 65 ans et plus qui ne reçoivent pas de supplément de revenu devrait être augmentée pour couvrir 77,3 % de leur quote-part, comme c'est le cas pour les adultes de 18 à 64 ans non couverts par un régime privé.**

Cet ajustement permettrait de générer des revenus supplémentaires de 268 M\$.

### **Recommandation à court terme 2**

**Par souci de cohérence et d'équité : réviser la contribution des adultes hébergés en CHSLD**

**159 M\$ de revenus supplémentaires**

La question de la contribution des adultes hébergés en établissements de longue durée préoccupe beaucoup les membres de l'AQESSS. En ce moment, il est financièrement beaucoup plus avantageux pour un usager de recevoir des soins et des services dans un CHSLD plutôt qu'à la maison.

Par exemple, une personne qui nécessite une surveillance permanente devra défrayer en moyenne entre 2 000 \$ et 5 000 \$ par mois,<sup>13</sup> et cela, uniquement pour recevoir les soins et les services requis à la maison. La contribution mensuelle maximale en CHSLD pour cette même personne serait de 1 743 \$, incluant le gîte et le couvert<sup>14</sup>.

En 2013-2014, selon les données préliminaires disponibles, la contribution totale des adultes hébergés s'élève à 777 M\$. Les personnes hébergées en ressources intermédiaires et de type familial fournissent 141 M\$ de ce montant. La part restante, 636 M\$, représente la contribution des personnes hébergées en CHSLD.

---

10 En avoir pour notre argent, Rapport Groupe de travail sur le financement du système de santé, Gouvernement du Québec, 2008, 338 p (p. 143).

11 Gouvernement du Québec, 2014 [En ligne], [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-614-02F.pdf>], 31p. (p. 23).

12 Gouvernement du Québec, 2014 [En ligne], [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-614-02F.pdf>], 31p. (p. 24)

13 Les soins de longue durée au Québec, Sun life financial, 2011, 9 p.

14 RAMQ, *Hébergement en établissement public*, 2014, [En ligne], [<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/pages/hebergement-etablissement-public.aspx>].

L'AQESSS propose d'augmenter de 25 % les revenus issus de la contribution financière des adultes hébergés en CHSLD dans l'optique d'accroître la cohérence entre le virage nécessaire vers les soins à domicile et la politique tarifaire. Ce désir de cohérence nous amène, à court terme, à exonérer de cette hausse les personnes hébergées en RI-RTF. Nous estimons que ce type d'hébergement est une excellente réponse aux besoins des clientèles en plus de présenter l'avantage d'être moins coûteux que l'hébergement en CHSLD. Toutefois, il y aurait lieu, à plus long terme, d'uniformiser la contribution des usagers pour tous les types d'hébergement.

Une augmentation de 25 % de la contribution des adultes hébergés en CHSLD permettrait d'accroître de 159 M\$ les revenus générés par ces services et de diminuer d'autant la contribution gouvernementale (636 M\$ x 25 % = 159 M\$). Cette hausse ferait passer la part des coûts assumée par les personnes hébergées de 21,6 % à 27 %.

### **Pour soutenir notre proposition de réviser la contribution des adultes hébergés**

En 2013-2014, le coût des services publics d'hébergement est évalué à 2,95 G\$, dont 78,4 % proviennent d'une contribution gouvernementale (2,31 G\$). Cette dernière couvre le coût des soins et services et une portion du gîte et du couvert, surtout pour la clientèle plus démunie.

Le coût de fonctionnement annuel d'une place en hébergement dans un CHSLD est évalué à 83 347 \$, dont 21 523 \$ sont associés au gîte et au couvert (soit un montant de 1 794 \$ par mois). Ces coûts excluent l'acquisition et l'amortissement des biens immobiliers et des équipements. La contribution des adultes hébergés en CHSLD est plafonnée à 1 743 \$ par mois pour les mieux nantis, ce qui représente 97 % du coût réel du gîte et du couvert.

La volonté gouvernementale de permettre aux gens de « vieillir chez soi » forcera un développement important des services à domicile. Pour y parvenir, on devra s'assurer qu'il n'en coûte pas plus cher de demeurer chez soi que d'être hébergé. Cela ne pourra se réaliser qu'en intégrant la notion de neutralité financière dans le calcul de la tarification, permettant ainsi à l'usager de ne pas être désavantagé financièrement en choisissant de demeurer à domicile.

#### **Recommandation à court terme 3**

**Par souci de cohérence et d'efficacité : indexer les tarifs du transport ambulancier**

**12 M\$ de revenus supplémentaires**

Chaque année, 688 964 transports ambulanciers sont effectués<sup>15</sup> au Québec pour un coût total de 559 M\$ dont 94,4 % proviennent de la contribution gouvernementale.<sup>16</sup> Dans les cas où une tarification est appliquée, les contributions des usagers ne couvrent que 19 % des coûts des opérations. En effet, la facturation moyenne par transport est de 153,85 \$, alors que le coût réel moyen s'élève à 811,36 \$. Ainsi, la majeure partie des coûts est assumée par le gouvernement

15 Comptes de la santé 2011-2012 à 2013-2014, Gouvernement du Québec, 2014 [En ligne], [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-614-02F.pdf>], 31p. (p. 26).

16.idem.

du Québec.<sup>17</sup> La facture moyenne présentée à l'utilisateur est de 154 \$. Elle est calculée à partir d'un tarif de base de 125 \$ (en vigueur depuis 1997) auquel s'ajoute 1,75 \$ par kilomètre parcouru (en vigueur depuis 1989).

Nous proposons d'indexer ces montants en nous basant sur la croissance de l'indice du coût de la vie depuis 1997 pour le tarif de base, et depuis 1989 en ce qui concerne le coût pour chaque kilomètre. Cette hausse représenterait pour l'utilisateur une facturation moyenne par transport de 217 \$ (une hausse de 40 % comparativement à aujourd'hui), ce qui réduirait de 12 M\$ la contribution du gouvernement. (Selon les calculs de l'AQESSS, le coût d'utilisation d'un service ambulancier indexé s'élèverait à 172 \$ auxquels s'ajoutent 2,75 \$ par kilomètre parcouru). La part de la contribution de l'utilisateur au transport ambulancier ne représenterait toutefois que 27 % du coût du service.

### **Pour soutenir notre proposition d'indexer les tarifs du transport ambulancier**

Notre première proposition est justifiée par le caractère vétuste de la méthodologie actuellement utilisée pour déterminer la contribution de l'utilisateur à ce service.

Les coûts d'utilisation des services ambulanciers n'ont pas été indexés ou mis à jour depuis 1997 pour la contribution de base (125 \$) et 1989 en ce qui concerne la contribution demandée pour chaque kilomètre parcouru. L'AQESSS propose aujourd'hui d'indexer ces montants selon l'augmentation du coût de la vie, mais suggère de revoir complètement la structure des tarifs à moyen terme pour s'assurer que celle-ci s'appuie sur le coût réel des services ambulanciers.

#### **Recommandation à court terme 4**

**Par souci d'équité : remettre en question la gratuité des services ambulanciers pour les personnes de 65 ans et plus qui ne reçoivent pas de supplément de revenu garanti**

**60 M\$ d'économies**

Pour la clientèle de 65 ans et plus, ce service de transport ambulancier est gratuit lorsqu'il est jugé de nécessité médicosociale.<sup>18</sup> Ce critère est appliqué de façon généreuse, ce qui engendre un manque à gagner annuel de 43 M\$<sup>19</sup> pour les établissements du réseau.

Si nous appliquons la règle qui nous a permis d'indexer le coût moyen d'un transport ambulancier dans notre proposition précédente, les économies de cette nouvelle proposition pourraient atteindre 60 M\$.

---

<sup>17</sup> Idem

<sup>18</sup> La gratuité pour le patient de 65 ans et plus s'applique lorsque l'état de santé, les conditions physiques et sociales ou l'accessibilité du lieu de résidence ou de prise en charge l'exigent. Ceci inclut les cas où, sans présenter de caractère d'urgence, l'état de santé de la personne nécessite un transport ambulancier. (MSSS, annexe 2 à la circulaire 2009-005).

<sup>19</sup> AS-471, 2009-10, CA 7402, L24 C04, excluant 800 000 \$ pour l'estimation des transports vers une maison de soins palliatifs.

### **Pour soutenir notre proposition de réviser la gratuité des services ambulanciers**

Notre proposition de remettre en question la gratuité des services ambulanciers pour les personnes de 65 ans et plus qui ne reçoivent pas de supplément de revenu garanti se justifie par la nécessité d'établir l'équité avec les autres clientèles en perte d'autonomie. La condition médicale et économique d'une grande partie des 65 ans et plus ne requiert plus ce privilège.

**Tableau 5 : À court terme, revoir les modalités de l'offre de certains services**

<b>Proposition</b>	<b>Aménagements proposés</b>	<b>Principes respectés</b>	<b>Rendement annuel possible</b>
<b>Réviser la contribution au RPAM</b>	Réviser la contribution au RPAM des personnes de 65 ans et plus qui ne reçoivent pas de supplément de revenu garanti pour qu'elle atteigne le même niveau que celle des adhérents de 18 à 64 ans non couverts par un régime privé.	<b>Cohérence et équité</b>	<b>268 M\$</b>
<b>Réviser la contribution des adultes hébergés en CHSLD</b>	Réviser la contribution financière des adultes hébergés en CHSLD (excluant les RI-RTF) pour qu'il n'en coûte pas plus cher de demeurer chez soi que d'être hébergé.	<b>Cohérence et équité</b>	<b>159 M\$</b>
<b>Indexer les tarifs du transport ambulancier</b>	Indexer les tarifs en fonction de l'indice des prix à la consommation pour les années passées, soit à partir de 1997 pour le tarif de base et de 1989 pour le tarif par kilomètre parcouru (assuré et non-assuré).	<b>Cohérence et efficacité</b>	<b>12 M\$</b>
<b>Limiter la gratuité du transport ambulancier</b>	Remettre en question la gratuité des services ambulanciers pour les personnes de 65 ans et plus qui ne reçoivent pas de supplément de revenu garanti.	<b>Équité</b>	<b>60 M\$</b>
<b>Rendement estimé total</b>			<b>499 M\$</b>

## CE QUE NOUS PROPOSONS À MOYEN TERME

Le mandat de la Commission d'examen sur la fiscalité québécoise étant de « procéder à l'examen des dépenses fiscales (...) pour accroître l'efficacité, l'équité et la compétitivité du régime fiscal tout en assurant le financement des services publics » et d'effectuer cet examen « en tenant compte de la capacité de payer des usagers des services publics », l'AQESSS estime légitime de proposer de revoir en profondeur les modalités, ou la couverture, de plusieurs mesures permettant d'optimiser la tarification des services, tout en assurant une redistribution équitable de la richesse collective par le maintien d'un soutien adéquat pour les plus démunis.

### **Mettre en place des mesures pour stabiliser le financement du réseau de la santé et des services sociaux**

Pour réussir à mettre en place des mesures permettant une stabilisation du financement du système de santé québécois, il y a préalablement lieu de se mettre au diapason des nouvelles clientèles du réseau, de remettre en question et de revoir certains critères d'accès à plusieurs programmes ou crédits.

Par souci d'équité, le gouvernement devrait également faire en sorte que les adhérents au RPAM assument la totalité du coût de leur participation. À moyen terme, cela permettrait d'assurer l'autofinancement de ce programme et de contribuer à stabiliser le financement du système de santé et de services sociaux.

Parmi les autres façons de favoriser la stabilisation du financement du réseau de la santé et des services sociaux, il serait intéressant d'examiner l'ensemble des crédits d'impôt s'adressant aux clientèles du réseau en évaluant leur pertinence, comparativement à un investissement direct dans les services. Les contribuables québécois ont déclaré 3,8 G\$ de frais médicaux admissibles au crédit d'impôt non-remboursable associé.

Contrairement aux mesures à court terme que nous proposons, celles avancées dans les pages qui suivent ne peuvent être chiffrées pour le moment. Leur analyse approfondie permettra d'évaluer les économies ou les revenus supplémentaires qu'elles pourraient engendrer. Ces mesures ont cependant toutes les caractéristiques permettant d'être étudiées sous les angles de l'équité, de l'efficacité et de la cohérence.

#### **Proposition à moyen terme 1**

**Par souci de cohérence et d'équité : cesser de considérer l'âge de 65 ans comme étant le début de la perte d'autonomie**

Puisque c'est généralement après l'âge de 75 ans que débute la perte d'autonomie d'une personne, l'âge de 65 ans ne doit plus être considéré comme point de référence permettant d'avoir accès à certains programmes ou crédits. Le gouvernement doit impérativement modifier

les critères des différents programmes, formes d'aide ou d'admissibilité aux crédits d'impôt pour tenir compte de cette réalité et prioriser les besoins des plus vulnérables.

### **Pour soutenir notre proposition de cesser de considérer l'âge de 65 ans comme étant le début de la perte d'autonomie**

Plus de 83 % des interventions réalisées en 2009-2010 par les services à domicile du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) des CSSS l'ont été auprès de personnes âgées de 75 ans et plus. Ces différences se font aussi sentir en matière d'hébergement. En 2009, la majorité (96,3 %) des personnes âgées de 65 ans et plus demeuraient à domicile (dans leur demeure traditionnelle ou en résidence privée avec services).

En dépit du fait que ce n'est que vers l'âge de 75 ans que l'impact du vieillissement commence à se manifester davantage, le critère de l'âge (65 ans) est encore souvent – du moins implicitement – considéré pour la fin du mandat de certains programmes services (services généraux, santé mentale, déficience physique, intellectuelle et troubles envahissants du développement) et pour orienter les personnes vers les programmes liés au vieillissement et à la perte d'autonomie. En écho au nouveau visage du vieillissement, l'heure est venue d'introduire certains changements et de modifier les critères des programmes, des différentes formes d'aide ou de l'admissibilité aux crédits d'impôt pour tenir compte de cette réalité et prioriser les besoins des plus vulnérables.

#### **Proposition à moyen terme 2 :**

**Pour assurer un financement stable et progressif du système de santé : transformer la « contribution santé » en frais d'adhésion au RPAM**

Afin de stabiliser le financement des services sociaux et des soins de santé, l'AQESSS recommande de transformer la « contribution santé » en frais d'adhésion obligatoire au RPAM, comme l'a fait la Colombie-Britannique<sup>20</sup>. En fait, le citoyen paierait une contribution de type individuel ou familial pour adhérer au régime et ainsi avoir droit à tous les services et à tous les soins couverts, comme c'est le cas avec les assurances collectives courantes.

En Colombie-Britannique, on considère que l'adhésion à l'assurance maladie n'est pas gratuite. Le montant du versement est réduit sous certaines conditions pour les personnes ayant des revenus considérés comme étant insuffisants. Cette contribution est administrée par le ministère des Finances, par le biais du service des impôts, comme au Québec.

### **Pour soutenir notre proposition de transformer la contribution santé**

Le gouvernement québécois instaurait en mars 2010 une contribution santé de 25 \$ qui allait augmenter à 100 \$ en 2011, à 200 \$ jusqu'en 2013 pour ensuite être modulée selon le revenu<sup>21</sup>.

---

20 Source : MSP premium, <http://www.health.gov.bc.ca/msp/infoben/premium.html#monthly>

21 Le détail de la contribution santé progressive : Gouvernement du Québec, 2011 [En ligne] [[http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Autres/fr/AUTFR\\_GraTabsContriSante.pdf](http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Autres/fr/AUTFR_GraTabsContriSante.pdf)], 10 p.

Deux autres provinces ont également recours à une contribution semblable, l'Ontario<sup>22</sup> et la Colombie-Britannique<sup>23</sup>.

D'un point de vue strictement comptable, la contribution santé permet en réalité de financer une partie du Fonds d'investissement des établissements de santé et de services sociaux (le FINESSS), un fonds spécial dont les revenus n'affectent pas la croissance des dépenses de programme en santé et services sociaux. Toutefois, nous ne croyons pas que l'existence d'un fonds comme le FINESSS puisse apporter une valeur ajoutée à la mesure que nous proposons, car les sommes générées par les frais d'adhésion à l'assurance maladie pourraient très bien transiger par le Fonds consolidé du revenu, simplifiant ainsi la gestion de la contribution santé.

Notre proposition permet d'assurer un financement stable et progressif du système de santé, sans présenter les inconvénients d'une franchise santé ou d'un ticket modérateur. Elle a de plus la qualité de préserver une source de revenus de plus de 1,1 G\$, que tous les partis politiques ont remis en question lors de la dernière campagne électorale.

Nous nous opposons à l'imposition d'une franchise santé ou d'un « ticket modérateur » pour l'utilisation des services médicaux et hospitaliers<sup>24</sup> assurés. Comme le qualificatif l'indique, ces contributions ne visent pas tant à générer de nouveaux revenus qu'à contrer la consommation « excessive » ou « abusive » des services, un phénomène qui n'est d'ailleurs pas démontré de manière probante. Selon une étude canadienne<sup>25</sup>, ces frais modérateurs « *ne réduisent pas le taux d'utilisation global des services de santé* » et « *sont inefficaces pour contrôler les coûts totaux des soins de santé* ». Une des raisons : c'est le médecin qui détermine le service requis, non l'utilisateur. Malgré tout, lorsque les frais modérateurs jouent leur rôle dissuasif, ils « *dissuadent plus fortement les individus à faible revenu que les autres — ceux qui ont les moyens financiers nécessaires ou qui profitent d'une assurance privée — et agissent de fait comme un impôt régressif* ». On note également que, lorsqu'elle se produit, « *la baisse de consommation affecte autant les services utiles que les services inutiles [...] et qu'elle produit des effets indésirables sur la santé des patients qui ont eu moins recours aux services* ».

Les membres de l'AQESSS estiment que l'imposition de frais modérateurs risque d'avoir un effet dissuasif sur la fréquentation des professionnels de la santé pour certains groupes de la population, y compris des groupes à risque. Si des personnes renoncent à consulter un médecin pour ne pas avoir à débours ces frais, cela peut se traduire par une aggravation de leur état de santé, ce qui peut conduire à ce qu'ils aient à utiliser ultérieurement des services plus coûteux.

---

22 La Ontario health premium (OHP) est toujours en vigueur. Elle est ajustée selon le revenu (progressive de 0 \$ à 900 \$).

23 La contribution est liée au régime d'assurance maladie de la province (Medical Service Plan).

24 Nous incluons ici toute forme de paiement direct par l'utilisateur : le « ticket modérateur » ou coassurance (% du coût du service reçu), le « copaiement » (paiement d'un montant forfaitaire plutôt que d'un pourcentage) ou la « tarification avec franchise » (paiement du service jusqu'à un certain plafond ou franchise).

25 Odette Madore. *Le financement des soins de santé : la participation des usagers*, Service de recherche, Bibliothèque du Parlement, Gouvernement du Canada, 1993. Mise à jour : 2002.

### Proposition à moyen terme 3

#### Par souci d'équité et d'efficacité : évaluer la pertinence de l'ensemble des crédits d'impôt et de certains avantages fiscaux

Nous demandons à la Commission d'explorer la possibilité de lier les crédits d'impôt à un test de revenu. Il y aurait également lieu de les revoir en révisant l'âge auquel le contribuable peut profiter de certains d'entre eux.

#### **Pour soutenir notre proposition d'évaluer la pertinence des crédits d'impôt**

Au Québec, les crédits d'impôt propres à la santé visent principalement à soutenir la perte d'autonomie des aînés, les aidants naturels, les personnes handicapées, les activités sportives des enfants et le remboursement de certains frais médicaux. De manière générale, les crédits d'impôt remboursables sont beaucoup plus intéressants que ceux ne visant qu'à diminuer les revenus imposables, car le montant associé peut être accordé même si le contribuable n'a pas d'impôts à payer.

À l'AQESSS, nous estimons que les crédits d'impôt, en plus d'être complexes pour le commun des mortels, ne sont pas équitables puisque les populations vulnérables ne les utilisent pas toujours, même si elles y ont droit. Par exemple, les critères d'admissibilité peuvent différer, comme pour les crédits visant à soutenir les personnes en perte d'autonomie ou handicapées, alors qu'il serait peut-être souhaitable d'offrir les mêmes avantages aux usagers ayant un niveau semblable de perte d'autonomie.

À notre connaissance, l'admissibilité aux crédits d'impôt n'est pas assujettie de manière systématique à un test de revenu (qui prend en considération la valeur des biens du contribuable – ex. immobilier) ou à une exigence de preuve médicale d'incapacité. Dans bien des cas, l'âge est le seul facteur discriminant.

#### **Évaluer certains avantages fiscaux**

Il est à noter que la pertinence de certains avantages imposables, comme ceux découlant de l'incorporation des médecins, devrait aussi être évaluée dans les travaux de la Commission. En effet, lorsqu'un médecin est incorporé, il abandonne son statut de travailleur autonome pour devenir salarié de son entreprise, et ce, même si ce sont des revenus que lui verse la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Il peut donc reporter de l'impôt si l'entreprise ne lui verse pas entièrement les revenus qu'elle enregistre, sous la forme d'un salaire ou de dividendes. Selon la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), près de 45 % de ses 8 000 membres profiterait de cet avantage. Selon une enquête de TVA, les économies d'impôt des omnipraticiens et des médecins spécialistes pourraient ainsi priver les gouvernements fédéral et québécois de plus de 150 M\$ annuellement<sup>26</sup>.

---

26 [En ligne] <http://argent.canoe.ca/nouvelles/les-medecins-inc-privent-le-fisc-de-150-millions-26022014>

Le droit à cette incorporation a été accordé aux médecins alors qu'ils réclamaient un certain rattrapage par rapport aux émoluments de leurs homologues des autres provinces. Un écart qui a maintenant été comblé par les dernières ententes entre les fédérations médicales et le gouvernement québécois. Selon ce tableau, présenté sur le site Internet de la FMOQ, une fois incorporé en société par actions (SPA), un médecin dont les revenus imposables s'élèvent à 180 000 \$ pourrait réduire son taux d'imposition à 19 %<sup>27</sup>, selon le tableau suivant.

**Tableau 6 : Économie possible pour un médecin en créant une SPA**

	Avec salaire	Avec dividendes
<b>Revenu de la SPA</b>	180 000 \$	180 000 \$
<b>Salaires versés</b>	(123 000 \$)	s.o.
<b>Charges sociales<sup>4</sup></b>	(5 900 \$)	0 \$
<b>Revenu imposable</b>	51 100 \$	180 000 \$
<b>Impôt<sup>5</sup></b>	(9 700 \$)	(34 200 \$)
<b>Montant disponible</b>	41 400 \$	145 800 \$
<b>Dividendes versés</b>	0 \$	(80 000 \$)
<b>Surplus laissé dans la SPA</b>	41 400 \$	65 800 \$

4 -Part de l'employeur pour le RRQ et le RQAP, et 2,7 % du salaire versé au FSS (Fonds des services de santé).

5 -Le taux d'impôt est de 19 % (11 % au fédéral et 8 % au provincial) sur les premiers 500 000 \$ de revenus actifs annuellement.

Source : Fonds FMOQ, Stratégie financière à considérer [En ligne]

<http://www.fondsfoq.com/publications/articles-publies/bulletin-dinformation-financiere/l%E2%80%99incorporation-de-votre-pratique-medicale/>

Rappelons que les coûts relatifs à la rémunération des médecins<sup>28</sup> représentaient 15,5 % des dépenses de programmes de santé du Québec en 2000-2001. Ils comptent aujourd'hui pour 20,1 % de ces dépenses. La rémunération totale des médecins est passée de 2,5 G\$ en 2000-2001 à 6,5 G\$ en 2014-2015, soit une augmentation totale de 160 % (hausse moyenne annuelle de 11,4 %).

**Proposition à moyen terme 4**

**Par souci d'équité et d'efficacité : faire en sorte que les adhérents au RPAM assument la totalité du coût de leur participation à ce programme**

Pour accroître l'équité de ce programme, l'AQESSS recommande de faire en sorte que les adhérents au régime public assument la totalité du coût de leur participation au RPAM.

27 [En ligne] <http://www.fondsfoq.com/publications/articles-publies/bulletin-dinformation-financiere/l%E2%80%99incorporation-de-votre-pratique-medicale/>

28 Volume II des comptes publics du ministère des Finances du Québec. Compilation par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction de la gestion intégrée de l'information, juillet 2014.

## **Pour soutenir notre proposition concernant la participation au RPAM**

Puisque les dépenses liées au RPAM ne cessent de grimper, la contribution des adhérents est constamment ajustée à la hausse, de façon arbitraire, par le gouvernement. Toutefois, lorsque l'augmentation des coûts est trop importante, la contribution des usagers est fixée à un niveau jugé acceptable par le gouvernement. Ce dernier prend alors la décision de financer à même son budget le déficit du régime<sup>29</sup>.

En défrayant une portion importante du coût du régime public, le gouvernement crée une iniquité à l'endroit des contribuables qui paient des impôts et assument l'entièreté des primes de leur propre régime privé.

### **Proposition à moyen terme 5**

**Par souci de cohérence et d'efficacité : revoir la structure de tarification pour qu'elle reflète le coût réel des services reçus**

Au Québec, on ne connaît pas le coût réel de plusieurs des services sociaux et de santé qui font actuellement l'objet d'une tarification. Afin d'améliorer l'efficacité de la contribution des usagers pour qu'elle corresponde davantage à la valeur réelle des services obtenus, l'AQESSS recommande d'effectuer une analyse exhaustive permettant d'évaluer les coûts des services ambulanciers et des soins de longue et de courte durée. Cela rendrait possible la détermination de nouvelles bases tarifaires pour ces services.

La contribution de l'utilisateur doit être calculée sur la base cohérente et logique de la valeur réelle du service dont il bénéficie. Pourtant, les coûts d'utilisation des services ambulanciers n'ont pas été indexés ou mis à jour depuis 1997. Comme nous le mentionnions plus haut, cette négligence conduit à ce que la tarification de ces services ne reflète pas les coûts réels de leur maintien.

## **Pour soutenir notre proposition de revoir la structure de tarification**

Pour ce qui est de la contribution demandée à l'utilisateur hébergé en CHSLD ainsi que les règles servant à l'établir, elles n'ont pas été revues depuis plus de 15 ans. La contribution des adultes hébergés en CHSLD et les tarifs des chambres à un lit et semi-privées en centre hospitalier sont indexés annuellement selon l'ajustement des rentes, basé sur l'indice des prix à la consommation (IPC)<sup>30</sup>. Cette méthode ne permet pas de refléter les coûts réels reliés à ces services.

Parmi les services dont la structure de tarification devrait être revue, il faut également mentionner la nécessité d'uniformiser la contribution des usagers pour tous les types d'hébergement de longue durée afin de couvrir l'ensemble des coûts liés au gîte et au couvert. Il faudra, pour y arriver, effectuer une analyse exhaustive des coûts afin de déterminer une

---

29 Mieux tarifier pour mieux vivre ensemble, rapport du Groupe de travail sur la tarification des services publics, p.161.

30 Mieux tarifier pour mieux vivre ensemble, Rapport du Groupe de travail sur la tarification des services publics, Gouvernement du Québec, 2008, 347 p. (p.161).

méthodologie de calcul rigoureuse applicable aux CHSLD et aux ressources de type intermédiaire et familial (RI et RTF).

**Proposition à moyen terme 6**

**Par souci de cohérence et d'équité : uniformiser la contribution des usagers pour tous les types d'hébergement de longue durée**

Il existe d'autres types de ressources d'hébergement de longue durée que les CHSLD, les ressources intermédiaires ou celles de type familial. Par exemple, une agence régionale de la santé et de services sociaux peut conclure une entente pour le financement d'achat de places avec un établissement privé non conventionné ou avec l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées. Cependant, chaque agence fixe le montant de la contribution des usagers pour ce type de place, contribuant ainsi à créer une certaine iniquité ou de l'incohérence entre ces tarifs et ceux exigés pour les mêmes services offerts en CHSLD.

**Pour soutenir notre proposition d'uniformiser la contribution des usagers**

La Loi sur les services de santé et les services sociaux encadre déjà bien la contribution des usagers et la contribution parentale pour les personnes hébergées dans les ressources intermédiaires (RI) et dans les ressources de type familial (RTF). L'AQESSS recommande l'uniformisation de la contribution des usagers pour tout type de place en hébergement de longue durée (y compris celles contractées par les agences régionales) afin de couvrir l'ensemble des coûts liés au gîte et au couvert.

**Proposition à moyen terme 7**

**Que les autorités gouvernementales interviennent auprès du gouvernement fédéral pour l'amener à corriger l'iniquité créée par le nouveau mode de transfert canadien en santé qui pénalise le Québec**

**Pour soutenir notre proposition visant la modification du calcul du Transfert canadien en santé (TCS)**

Selon MM. Jean-Pierre Aubry, Pierre Fortin et Luc Godbout<sup>31</sup>, la nouvelle façon de calculer le TCS est inéquitable puisqu'elle ne tient pas compte du fait que « les coûts des soins de santé par habitant varient beaucoup d'une province à l'autre », notamment à cause de la structure d'âge de leur population. Ils affirment que soigner une personne de 65 ans et plus « coûte cinq fois plus cher que de soigner une personne plus jeune ». Pour eux, l'iniquité créée par le calcul de transfert par habitant pourrait être facilement corrigée. Il suffit de déterminer un transfert à deux volets, l'un pour la population des moins de 65 ans et l'autre pour celle des plus de 65 ans.

---

31 AUBRY, Jean-Pierre, Pierre FORTIN et Luc GODBOUT. Revoir le transfert fédéral en santé pour tenir compte du poids démographique des aînés, options politiques, juin-juillet 2012, [http://archive.irpp.org/po/archive/jun12/aubry.pdf] (p. 102-106).

**Tableau 7 : Ce que nous proposons à moyen terme**

Proposition	Aménagements proposés	Principes respectés
Cesser de considérer l'âge de 65 ans comme étant le début de la perte d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifier les critères des programmes, des différentes formes d'aide ou de l'admissibilité aux crédits d'impôt pour tenir compte du fait que c'est généralement après 75 ans que débute la perte d'autonomie</li> </ul>	Cohérence et équité
Transformer la contribution santé en frais d'adhésion au régime public d'assurance maladie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le citoyen paierait une contribution de type individuel ou familial pour adhérer à l'assurance maladie et ainsi avoir droit à tous les services et à tous les soins couverts, comme c'est le cas dans les assurances collectives courantes. Cela permettrait de préserver une source de revenus de plus d'un milliard de dollars</li> </ul>	Cohérence et efficacité
Évaluer la pertinence de tous les crédits d'impôt et de certains avantages fiscaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Démontrer la valeur ajoutée de ces mesures par rapport à un réinvestissement dans les services et les soins visant les mêmes clientèles</li> <li>• Ajouter un test de revenus</li> <li>• Hausser l'âge d'accès à certains crédits</li> </ul>	Équité et efficacité
Faire en sorte que les adhérents au RPAM assument la totalité du coût de leur participation au régime	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viser l'autofinancement du RPAM</li> </ul>	Équité et efficacité
Revoir la structure de tarification de tous les services pour en refléter le coût réel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer une analyse des coûts exhaustive permettant de déterminer de nouvelles bases tarifaires dans le secteur des services ambulanciers, des soins de longue et de courte durée</li> </ul>	Cohérence et efficacité
Uniformiser la contribution des usagers pour tous les types d'hébergement de longue durée afin de couvrir l'ensemble des coûts liés au gîte et au couvert	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer une analyse des coûts exhaustive afin de déterminer une méthodologie de calcul rigoureuse et applicable aux CHSLD, aux RI et aux RTF</li> </ul>	Cohérence et équité
Intervenir auprès du fédéral pour l'amener à corriger l'iniquité créée par le nouveau mode de calcul du TCS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ottawa pourrait attribuer aux provinces 525 dollars par personne de moins de 65 ans et 2 590 dollars par personne de 65 ans et plus (soit cinq fois plus)</li> </ul>	Équité

## CONCLUSION

Notre motivation à améliorer le système public de santé et de services sociaux et à le moderniser nous a menés à travailler avec enthousiasme à élaborer les recommandations contenues dans ce mémoire. Nous estimons que tout moyen mis en place pouvant participer à la sauvegarde et à la protection de nos services publics mérite notre soutien. C'est pourquoi nous souhaitons mettre notre expertise au service de la Commission d'examen sur la fiscalité québécoise.

Les moyens que nous soumettons à la Commission pour engendrer de nouveaux revenus ou pour réaliser des économies n'ont pas été choisis au hasard. Ils répondent à des impératifs d'équité, de cohérence et d'efficacité. Ils ont de plus l'avantage de tenir compte de la réalité budgétaire à laquelle l'ensemble de la société doit faire face. Ils s'inscrivent également dans la foulée des multiples rapports et commissions qui se sont penchés sur les façons d'offrir les meilleurs services tout en étant efficient, en évitant le gaspillage et en respectant les principes de solidarité et d'universalité qui sont les piliers de notre système public.

Les mesures que nous proposons à court terme permettraient de mettre fin à certaines incohérences et iniquités inhérentes à la volonté du politique de tout offrir sans en mesurer les conséquences et de poser les bases sur lesquelles nous souhaitons asseoir nos propositions à moyen et plus long termes.

Nous réitérons ici que notre intervention se veut contributive et constructive. Elle respecte les grands principes que sont l'accès équitable aux services de l'État, la protection des plus vulnérables et la solidarité avec les moins bien nantis.

Partant de ces assises, nous sommes disponibles pour collaborer plus avant avec la Commission et pour participer à toute initiative destinée à faire en sorte que le citoyen en ait pour son argent et que les services qu'il reçoit soient pertinents et de qualité.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

505, boulevard de Maisonneuve Ouest

Bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2

Téléphone : 514 842-4861

Site Web : [www.agesss.qc.ca](http://www.agesss.qc.ca)