

2007RP-04

Analyse comparative sur le financement de la santé

*Joanne Castonguay, Claude Castonguay,
Claude Montmarquette, Iain Scott*

Rapport de projet
Project report

Montréal
Mai 2007

© 2007 Joanne Castonguay, Claude Castonguay, Claude Montmarquette, Iain Scott. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©.
Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

CIRANO

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Québec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO

Partenaire majeur

Ministère du Développement économique,
de l'Innovation et de l'Exportation

Partenaires corporatifs

Alcan inc.
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Laurentienne du Canada
Banque Nationale du Canada
Banque Royale du Canada
Banque Scotia
Bell Canada
BMO Groupe financier
Bourse de Montréal
Caisse de dépôt et placement du Québec
DMR Conseil
Fédération des caisses Desjardins du Québec
Gaz de France
Gaz Métro
Hydro-Québec
Industrie Canada
Investissements PSP
Ministère des Finances du Québec
Raymond Chabot Grant Thornton
State Street Global Advisors
Transat A.T.
Ville de Montréal

Partenaires universitaires

École Polytechnique de Montréal
HEC Montréal
McGill University
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.

ISSN 1499-8610 (Version imprimée) / ISSN 1499-8629 (Version en ligne)

Partenaire financier

Développement
économique, Innovation
et Exportation
Québec 

Analyse comparative sur le financement de la santé*

*Joanne Castonguay[†], Claude Montmarquette[‡],
Claude Castonguay[§], Iain Scott^{**}*

Sommaire exécutif

La nécessité d'offrir une couverture universelle pour les soins essentiels est une valeur généralement reconnue. Toutefois, les coûts de santé sont devenus une préoccupation majeure des gouvernements de l'OCDE. Les dépenses en santé augmentent plus rapidement que la richesse dans de nombreux pays et rien ne permet d'imaginer que cette tendance n'est que temporaire. Comment donc assurer une protection santé qui soit la plus complète possible à toute la population sans trop alourdir notre économie. Ce rapport présente les résultats d'une première étape d'un projet de recherche visant à examiner ce qui se fait dans d'autres juridictions pour diminuer les pressions sur les dépenses de santé et améliorer les mécanismes de financement.

Les contributions des usagers

Faire participer les usagers du système de santé à son financement est une politique appliquée dans 50 % des pays de l'OCDE pour les services de santé et dans plus de 90 % des pays pour ce qui est des médicaments. Les tarifs sont en moyenne de 15 \$ CAN (27 \$ en incluant les États-Unis) par visite chez les médecins, généralistes ou spécialistes, et de 17 \$^{††} par jour pour les services hospitaliers. La moyenne de la participation des usagers sous forme de coassurance pour les services de santé excluant les médicaments est de 20 % dans les pays qui ont opté pour ce type de stratégie. À titre comparatif, le régime public au Québec exige une franchise mensuelle de 12,10 \$, plus une coassurance de 29 % du coût des ordonnances en plus de la prime annuelle qui varie entre 0 et 538 \$.

L'implantation d'une politique de contribution des usagers aux coûts des services de santé est fondée sur des études qui démontrent que les personnes qui bénéficient d'une couverture d'assurance-santé « consomment » plus de services que les non assurés. Il en est de même si l'on compare les assurés pour qui les services de santé sont entièrement gratuits versus ceux qui doivent participer au financement. Plusieurs travaux de recherche ont porté sur l'efficacité de cette politique pour réduire la demande de services de santé. Les chercheurs ont constaté que

* Les auteurs demeurent les seuls responsables des opinions et analyses contenus dans ce rapport et acceptent la responsabilité pour toute erreur ou omission.

† Directrice de projet, CIRANO, courriel : joanne.castonguay@cirano.qc.ca.

‡ CIRANO et Université de Montréal.

§ Fellow invité, CIRANO.

** Professionnel de recherche, CIRANO.

†† Excluant les États-Unis, en incluant les États-Unis la moyenne serait de 27 \$.

l'absence de contribution causait une perte de bien-être collectif de l'ordre de 10 % à 28 % des dépenses totales du régime, soit due à une consommation excessive de services ou encore à la prescription de services non appropriés. En outre, puisque ces travaux portent sur des données américaines, un marché jugé sur assuré, cette évaluation de la surconsommation de services est potentiellement supérieure à celle des autres marchés. De l'avis de certains auteurs, la théorie traditionnelle ne permet pas de tirer des conclusions robustes à cet égard.

D'autres études portent sur la notion d'équité d'accès aux services de santé. Puisque les régimes publics de santé sont instaurés dans le but d'assurer un accès universel aux services de santé, il apparaît que l'imposition d'une contribution rend l'accès aux services moins équitable. Or, la majorité des pays limitent les contributions annuelles des participants au régime et/ou exonèrent les plus vulnérables afin d'assurer une équité d'accès^{‡‡}. Les travaux qui portent sur la notion d'équité n'ont pas observé d'iniquité d'accès pour ce qui est des visites chez les généralistes ou pour les services hospitaliers. Ils ont toutefois observé une faible iniquité d'utilisation en faveur des plus riches dans les pays qui imposent des contributions. Toutefois, l'exonération des plus démunis semble créer des iniquités en faveur des plus démunis. Dans tous les cas l'iniquité observée est très faible.

Or, puisque cette politique est efficace, il est possible qu'elle affecte non seulement la demande de soins non-essentiels mais aussi la demande de soins nécessaires. Des travaux ont porté sur cette question mais peu ont été concluant. Une étude qui portait sur l'examen de l'impact d'une hausse des contributions sur les consultations a observé une baisse pour des maladies mineures telles que des rhumes et des blessures non urgentes.

Les auteurs sont d'avis que le Québec devrait introduire une politique de contributions des usagers dans le but de (1) responsabiliser d'avantage les individus dans leur consommation de services de santé et (2) dégager une marge de manœuvre au niveau du financement. Cette politique devrait toutefois être accompagnée d'une politique de remboursement ou d'exonération pour les personnes les plus vulnérables. Notez toutefois que puisque cette politique contrevient à la Loi canadienne, d'autres politiques devront être envisagées avant celle-ci.

Les régimes publics d'assurance contre la perte d'autonomie

Le financement de l'accroissement des services de santé pour répondre aux pressions sur la demande engendrée par le vieillissement de la population est un enjeu qui préoccupe tous les pays de l'OCDE et pour lequel aucune solution évidente n'a encore émergée. Au Québec, ce problème est exacerbé par les éléments suivants : les services de santé accaparent déjà 43 % des dépenses de programmes du gouvernement, la fiscalité est plus élevée que celle de tous ses partenaires commerciaux et son niveau d'endettement aussi. Trois facteurs qui limitent de façon importante les options pour financer le développement de nouveaux services.

^{‡‡} Une politique de contribution aux coûts de santé avait été mise en place en Saskatchewan en 1968, puis rapidement éliminée à cause de son impact sur l'accès aux services des plus démunis. Il importe de mentionner qu'il n'y avait pas d'exonération ou de diminution des taux de contribution accordés aux plus pauvres. C'est ce qui implique l'impact important de la politique de l'époque sur l'équité.

Pour répondre à ce problème, le gouvernement actuel a proposé de mettre en place un régime d'assurance public pour les services aux personnes en perte d'autonomie (services hospitaliers de longue durée et soins à domicile). Un régime qui serait financé par des cotisations obligatoires (primes santé), de tous les contribuables, de 396 \$ par année. Les auteurs rejettent d'emblée cette solution car elle aurait pour effet d'augmenter la fiscalité personnelle, d'accroître la part des budgets publics alloués à la santé et/ou d'aggraver la problématique de l'endettement. Ce qui ferait porter le fardeau du financement de ce régime aux générations futures. D'ailleurs, tous les pays qui ont opté pour ce type de politique l'ont fait il y a un certain temps, de sorte que l'accumulation de fonds pour financer ces programmes a débuté avant que le vieillissement de la population se fasse sentir. De plus, ils envisagent maintenant de modifier leur programme à cause des pressions trop fortes qu'il exerce sur leurs finances publiques.

D'autres pays ont plutôt décidé de financer ces services à même les fonds généraux alloués à la santé. Ils ont toutefois accompagné cette stratégie de mécanismes visant à accroître l'efficacité du système de santé, et dans quelques cas, ont introduit un test d'admissibilité au régime public^{§§}. Les auteurs sont d'avis que ces deux types de démarches seraient plus appropriés au contexte du Québec.

L'assurance privée dans les pays de l'OCDE

On observe une certaine convergence vers les systèmes de financement mixte de la santé. En outre, la diversité des garanties offertes au privé semble montrer qu'aucun service n'est mieux couvert par le régime public ou par les régimes privés.

Rien ne permet d'affirmer que l'accès aux soins de santé, dans les pays où l'assurance privée occupe une place importante dans le financement de la santé, est inéquitable envers les plus pauvres. Dans la majorité des pays de l'OCDE, les régimes publics d'assurance santé sont universels ou quasi universels et l'objectif de l'universalité d'accès est généralement de garantir l'accès équitable aux services de santé à tous. Or, l'étude la plus reconnue à cet égard, celle de Van Doorsaler et Masseria (2004), montre qu'il y a peu d'iniquité dans les systèmes de santé et que lorsqu'il y en a, l'iniquité en faveur des plus riches s'applique davantage à la fréquence des visites et à l'accès à un spécialiste qu'à l'accès aux services de santé en général.

L'analyse de l'assurance privée dans les pays de l'OCDE a permis de faire les constats suivants au niveau du financement des services de santé : l'assurance privée contribue à la croissance des ressources financières; la baisse de pression sur les dépenses publiques de santé due aux assurances privées est limitée essentiellement parce que les assureurs privés ont peu d'impact sur les coûts de santé.

Les assurances privées semblent définitivement offrir un potentiel intéressant pour accroître le financement de la santé et diminuer les pressions sur le système public, soit en tant qu'assurance duplicative ou primaire substitutive. Toutefois, l'obtention de résultats est conditionnelle à un environnement réglementaire propice au développement de son plein potentiel tout en évitant de créer des difficultés additionnelles.

^{§§} Seules les personnes qui démontrent n'avoir ni les revenus adéquats, ni le capital sont admissibles au financement public pour l'obtention de ces services.

Pour conclure :

Cette analyse était une première étape dans l'étude des options pour diminuer les pressions sur les finances publiques associées au financement de la santé. Elle s'est donc limitée à trois options largement discutées au Québec comme étant des solutions potentielles. Bien que l'analyse de toutes les options ne soit pas complète, cette étude a permis de faire des constats importants :

- il n'existe pas de système idéal ou de réglementation optimale applicable à tous les pays;
- la solution n'est pas unique et se trouve plutôt dans la complémentarité;
- les seuls pays qui ont réussi à ralentir les coûts des régimes publics de santé sont ceux qui se sont attaqués à la gouvernance de leur régime (incitation à la performance, concurrence, évaluation et contrôle des coûts et séparation des mécanismes de financement et de prestation des services);
- la création de nouvelles sources de financement repose sur le recours à l'assurance privée et à un secteur privé de la santé qui ne se développeront que si les conditions propices sont mises en place;
- la responsabilisation est également une source additionnelle de financement et elle repose sur la contribution des usagers au moment de recevoir la prestation de services;
- enfin, l'ensemble de ces options doit être envisagé en mettant des politiques en place visant à maintenir un accès équitable et universel aux services de santé.

Mots clés : assurance privée, équité, financement, performance

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	1
2. Le financement des soins de santé dans les pays de l'OCDE	4
3. Les contributions des usagers dans les pays de l'OCDE	11
3.1 L'état de la situation	11
3.2 L'impact des frais d'usagers	14
3.3 Recommandations pour le Québec.....	23
4. L'assurance privée dans les pays de l'OCDE.....	25
4.1 L'état de la situation	25
4.2 Les facteurs qui influencent le marché de l'assurance privée	29
4.3 La performance des assurances privées	30
4.4 Recommandations pour le Québec sur les assurances santé privées.....	37
5. La Caisse santé	40
5.1 L'enjeu du financement des soins aux personnes âgées.....	40
5.2 La proposition du comité Ménard : La Caisse santé.....	48
5.3 Les solutions adoptées dans les pays de l'OCDE	50
5.3.1 Les régimes financés par des contributions spécifiques	52
5.3.2 Les régimes financés par la fiscalité générale	52
6. Conclusion et recommandations	56
7. Bibliographie	60
Annexe 1 : Les politiques de co-paiement dans les régimes d'assurance publics dans les pays de l'OCDE	62

Annexe 2 : Les politiques d'exemption ou de réduction de la participation dans les pays de l'union européenne..... 67

Annexe 3 : Fiches descriptives des systèmes de santé de différents pays de l'OCDE 69

1. INTRODUCTION

L'avenir de notre système de santé est un sujet qui ne laisse aucun indifférent. Qui devrait obtenir des soins ? À combien et à quels types de traitements chacun devrait-il avoir droit ? Ce sont des questions morales et éthiques extrêmement difficiles à trancher. L'analyse économique ne permettra pas d'élucider ces questions, mais elle peut apporter un éclairage sur le problème. En effet, le problème fondamental est associé au fait que les ressources sont limitées et que la rareté exige de faire des choix. Même si nos préférences sont de dépenser collectivement plus d'argent en santé, il y a une limite à la proportion de nos ressources que nous pouvons y allouer. En outre, quel que soit le montant que nous choisissons d'y allouer, il doit être dépensé le plus efficacement possible.

Partout les coûts de santé sont devenus une préoccupation majeure des gouvernements. La nécessité d'offrir une couverture universelle pour les soins essentiels est une valeur généralement reconnue. Toutefois, les dépenses en santé augmentent plus rapidement que la richesse dans de nombreux pays et rien ne permet d'imaginer que cette tendance ne soit que temporaire. L'augmentation de la richesse, l'évolution des technologies et des pratiques ainsi que le vieillissement de la population sont autant de facteurs qui exercent des pressions sur le financement de la santé.

Comment donc assurer une protection santé qui soit la plus complète possible à toute la population sans trop alourdir notre économie ? En effet, l'État doit s'assurer de préserver la prospérité de l'économie s'il souhaite pouvoir maintenir ses programmes sociaux.

L'examen des systèmes de santé des pays de l'OCDE ne nous permet pas de conclure qu'il existe un système idéal ou une réglementation optimale. En effet, les pays font différents choix influencés par leur passé ainsi que par leurs valeurs. Toutefois on observe que les pays qui réussissent le mieux à contrôler les coûts sont ceux dont les systèmes sont financés par le budget public. Le Canada fait partie de ce groupe. Il y a toutefois une contrepartie importante au contrôle des coûts, une contrepartie observée dans tous les pays qui ont fait ce choix, soit de très longs délais d'attente. C'est aussi ce que l'on observe au Canada et plus particulièrement au Québec. Au Québec, le budget par habitant alloué à la santé est plus faible que dans les autres provinces canadiennes et ce sont les délais d'attente qui rationnent les services de santé. Faute de faire des choix collectifs sur qui devrait être traité en priorité, les plus patients se font traiter, les moins patients paient un médecin privé de leur propre poche, d'autres peuvent aller jusqu'à mourir en attendant de se faire traiter et d'autres utilisent leurs amitiés ou leur influence pour court-circuiter les files d'attente. On pourrait remettre en question ces mécanismes de choix !

Certains pays ont fait d'autres choix de politiques et leurs systèmes sont moins affectés par des délais d'attente trop longs. Ces pays, la France, la Belgique, les États-Unis, le Japon, la Suisse et l'Allemagne sont caractérisés par :

- l'importance des régimes privés d'assurance primaire et primaire de substitution dans le financement de la santé ;
- des programmes d'assurance santé publics et privés où l'argent suit le patient ;
- des médecins spécialistes rémunérés à l'acte ;
- l'absence ou le peu de contraintes liées à l'activité professionnelle.

La figure 1 présente la répartition des dépenses de santé totales per capita des pays de l'OCDE calculées en parité du pouvoir d'achat par ordre de grandeur des dépenses totales de santé. Elle illustre bien comment le Canada fait partie des pays qui consacrent le plus d'argent à la santé, quelle que soit la source de financement (6^e sur le plan des dépenses totales et le Québec est le 12^e). Alors comment se fait-il que nos délais d'attente soient si élevés ? Ce rapport examine les politiques de financement de la santé des pays de l'OCDE dans le but d'éclairer ce questionnement. L'objet est de déterminer quelles sont les options pour renverser la tendance actuelle à la dégradation des délais d'attente et à l'augmentation rapide des coûts publics de santé.

Ce rapport présente les résultats d'une première étape d'un projet de recherche visant à examiner ce qui se fait dans d'autres juridictions pour diminuer les pressions sur les dépenses de santé et améliorer les mécanismes de financement. Le projet sera réalisé en deux étapes. La première a pour objet de comprendre l'environnement du financement de la santé dans la zone de l'OCDE et d'analyser l'efficacité de trois propositions de réformes, soit :

1. introduire une contribution des usagers ;
2. permettre l'achat d'une assurance privée pour les services déjà assurés par le public ;
3. implanter une caisse santé pour financer les soins aux personnes en perte d'autonomie.

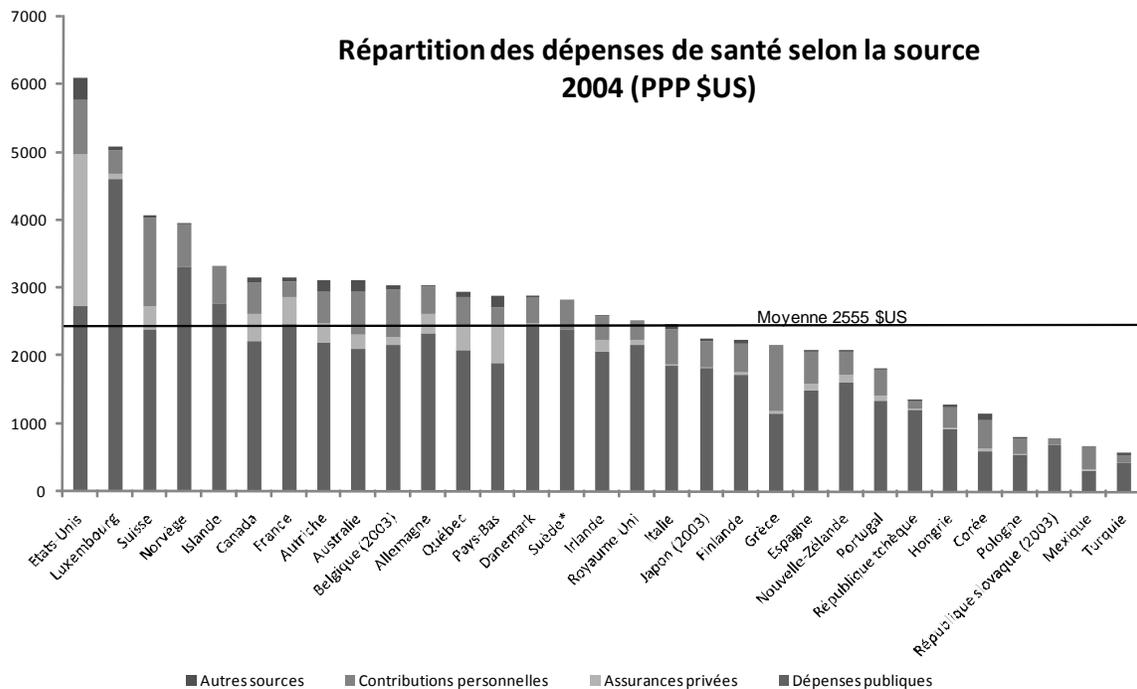
La deuxième étape du projet aura pour objet d'analyser les mécanismes de gouvernance implantés par d'autres juridictions en vue d'améliorer la performance de leur système de santé. Cette option ne faisait pas initialement partie du projet. Toutefois, il nous est rapidement apparu, au cours de la réalisation de la première étape, comme essentiel d'analyser nos pratiques de gouvernance si nous souhaitons maximiser la valeur des dollars

publics investis en santé. Nous proposons donc de poursuivre l'étude afin de formuler des recommandations à cet égard.

La méthodologie d'analyse est essentiellement (1) une revue de la documentation sur les principaux mécanismes de financement, les réformes entreprises et leurs évaluations et (2) une analyse des données de santé produite par l'OCDE en fonction de critères de performance prédéterminés. Les critères de performance ou d'analyse des propositions sont :

- l'impact sur l'équité d'accès aux services de santé à besoin égal ;
- l'impact sur le budget total de santé et sur le budget public de santé ;
- l'impact sur les coûts des interventions ;
- l'impact sur l'efficacité (plus d'interventions dans un délai donné) ;
- l'impact sur l'offre de services ;
- l'impact fiscal des politiques.

FIGURE 1



* L'ensemble des dépenses privées apparaissent dans la catégorie contributions personnelles.

Source : Eco-santé OCDE 2006

Note : La répartition des dépenses privées pour ces deux pays n'est pas disponible.

2. LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ DANS LES PAYS DE L'OCDE

L'accroissement des coûts de santé est un enjeu important pour tous les pays de l'OCDE. Les coûts de santé représentent en moyenne près de 8 % du PIB, mais cette proportion est en pleine croissance et les besoins aussi. La protection de l'accès à des services de santé est une valeur importante pour la grande majorité des pays membres. En effet, dans 25 pays sur 30, la couverture publique pour les soins hospitaliers et ambulatoires couvre plus de 90 % de la population. Dans seulement deux pays, les États-Unis et la République slovaque, la couverture publique protège moins de 30 % de la population. Toutefois, dans la majorité des cas, une pression s'exerce pour augmenter les services de santé et les stratégies choisies pour y arriver varient d'un pays à l'autre.

On distingue quatre catégories de pays selon l'importance des différentes sources de financement par rapport aux autres groupes, c'est-à-dire ceux pour qui le financement public est important, ceux pour qui le financement des assurances privées l'est, ensuite ceux pour qui ce sont les contributions individuelles, et les autres. Le tableau 1 présente ces quatre catégories, ainsi que la proportion du financement selon les sources.

Cette catégorisation permet de faire les constats suivants :

- Les stratégies de financement ne sont pas liées à la richesse des pays. Elles semblent plutôt dépendre de l'évolution historique et des valeurs locales.
- Le Canada figure parmi les quatre pays pour lesquels les parts du financement par les assurances privées sont les plus élevées.
- Tous les pays, à l'exception de 5, ont une couverture publique qui assume au-delà de 60 % des coûts de santé. Ceux qui font exception sont soit parmi les plus riches, États-Unis (3) et Suisse (5), soit parmi les moins riches Mexique (29), Grèce (22) et Corée (23)¹.
- À l'exception de quatre pays (États-Unis, Pays-Bas, Canada et France), l'assurance privée occupe une place peu importante dans les marchés de la santé, c'est-à-dire moins de 10 % de la part du financement total.
- La proportion des dépenses de santé financée par les contributions individuelles est relativement élevée pour une grande majorité de pays. Elle représente entre 15 % et

2. Le financement des soins de santé dans les pays de l'OCDE

20 % du financement dans 10 pays et plus de 20 % dans 10 autres pays de la zone de l'OCDE.

- Le financement public assure en moyenne 75 % des coûts totaux de santé des pays, les contributions individuelles 20 % et la part des assureurs privés est en moyenne de 6 %.

¹ Le chiffre entre parenthèse indique le rang du pays en termes de PIB par habitant calculé en parité du pouvoir d'achat.

TABLEAU 1: RÉPARTITION DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ SELON LA SOURCE (2004)

<i>Pays</i>	<i>Part de l'assurance publique dans le financement total</i>	<i>Part de l'assurance privée dans le financement total</i>	<i>Part des contributions individuelles dans le financement total</i>	<i>PIB par habitant (rang) *</i>
Luxembourg	90,4 %	1,7 %	6,7 %	1
République tchèque	89,1 %	0,2 %	10,4 %	24
République slovaque (2003)	88,3 %	0,0 %	11,7 %	27
Danemark	84,5 %	1,6 %	13,9 %	10
Norvège	83,5 %	0,0 %	15,7 %	2
Islande	83,4 %	0,0 %	16,6 %	8
Royaume-Uni	82,9 %	3,3 %	11,0 %	14
Japon (2003)	81,5 %	0,3 %	17,3 %	17
États-Unis	44,7 %	36,7 %	13,2 %	3
Pays-Bas	65,4 %	20,0 %	8,2 %	6
Canada	69,8 %	12,8 %	14,9 %	11
France	78,3 %	12,4 %	7,6 %	15
Mexique	46,4 %	3,0 %	50,6 %	29
Grèce	52,8 %	2,0 %	45,2 %	22
Corée	51,4 %	3,9 %	36,9 %	23
Suisse	58,4 %	8,7 %	31,9 %	5
Pologne	69,0 %	0,6 %	28,3 %	28
Hongrie	71,6 %	0,9 %	25,0 %	26
Espagne	70,9 %	4,7 %	23,6 %	20
Belgique (2003)	71,1 %	3,4 %	23,6 %	12
Italie	75,1 %	0,9 %	21,0 %	19
Portugal	73,2 %	4,7 %	20,6 %	25
Australie	67,5 %	6,7 %	20,0 %	7
Turquie	72,1 %	0,0 %	19,3 %	30
Finlande	76,6 %	2,3 %	18,9 %	16
Nouvelle-Zélande	77,4 %	5,1 %	17,2 %	21
Autriche	70,7 %	8,7 %	14,7 %	9
Irlande	79,7 %	6,7 %	13,6 %	4
Allemagne	76,9 %	9,0 %	13,2 %	18
Suède	n/d	n/d	n/d	13

Source : Eco-santé, OCDE 2006

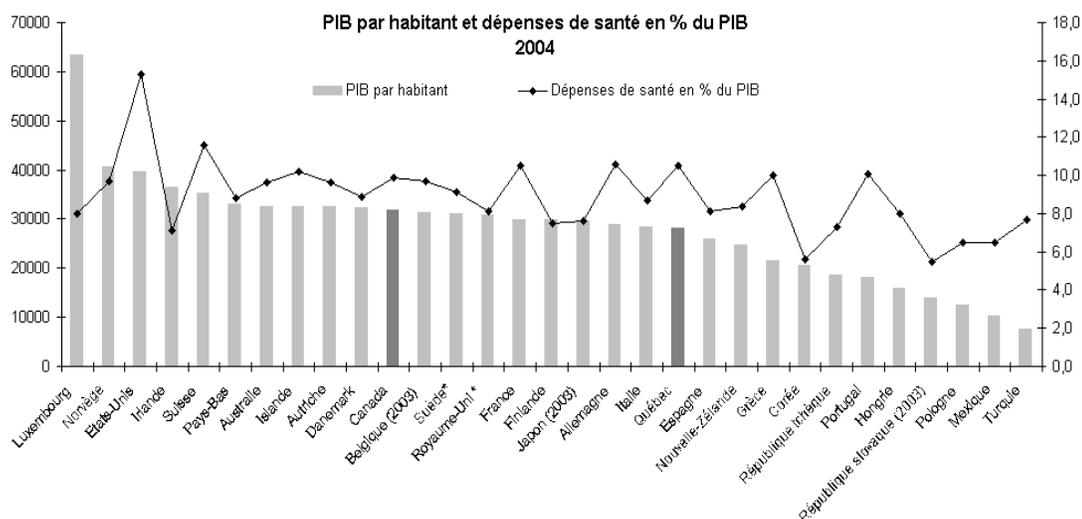
* : Le rang a été déterminé en ordonnant les pays selon le PIB par habitant, calculé en parité du pouvoir d'achat en \$US. Le premier pays étant celui où le PIB par habitant est le plus élevé.

- En général, la couverture publique assure les visites chez les médecins généralistes et spécialistes, les soins hospitaliers et les médicaments, sauf :
 - Irlande, les visites chez les médecins généralistes et spécialistes ne sont pas couvertes pour 70 % de la population;
 - Les pays où l'assurance privée offre une couverture primaire pour une partie importante de la population : États-Unis, Pays-Bas, Allemagne, Belgique.
- La couverture privée varie grandement d'un pays à l'autre et fait l'objet du chapitre suivant.

Les coûts de santé varient peu avec la richesse

La figure 2 montre que la proportion de la richesse (mesurée en % du PIB) allouée à la santé varie en fonction de la richesse, mais faiblement. En outre, il n'y a pas de lien observé entre la part de la richesse allouée à la santé et la répartition des dépenses de santé entre les secteurs ou le rôle de l'assurance santé dans le financement du système de santé. Il semblerait que d'autres facteurs, tels que les valeurs de la société, les politiques budgétaires et l'historique du système de santé, exercent une influence plus grande sur ce rapport.

FIGURE 2

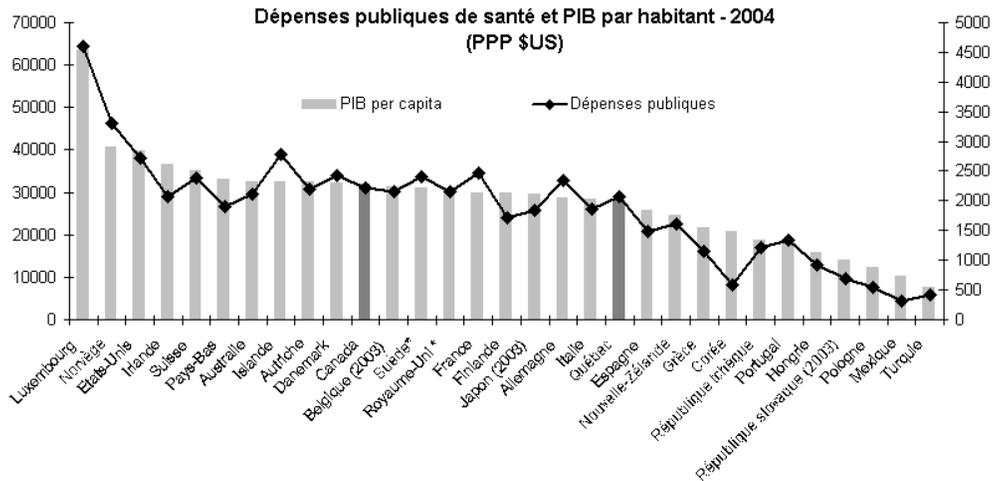


Source: *Éco-santé 2006, OCDE*

La figure 3 suggère que le financement public alloué à la santé varie avec la richesse des pays de l'OCDE. Les fonds publics alloués au financement de la santé sont déterminés et contrôlés par les gouvernements. Les pays qui souhaitent préserver le financement pour les autres missions de l'État contrôlent la part allouée en santé en fonction de leur richesse. On observe

toutefois que compte tenu de leur niveau de richesse, le rôle du secteur public dans le financement de la santé est plus important pour certains pays, par exemple en Norvège, en Islande, en France et en Allemagne.

FIGURE 3

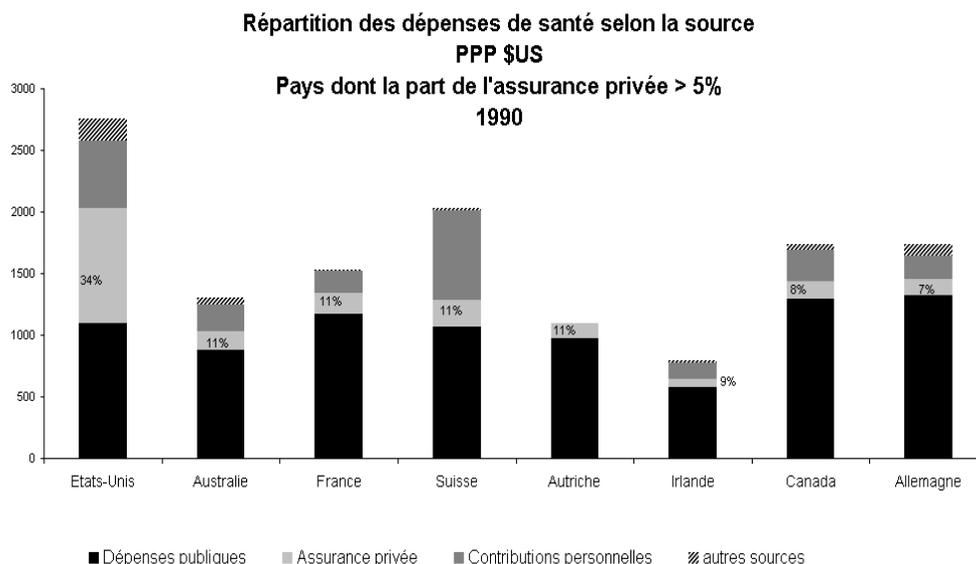


Source: *Éco-santé 2006, OCDE*

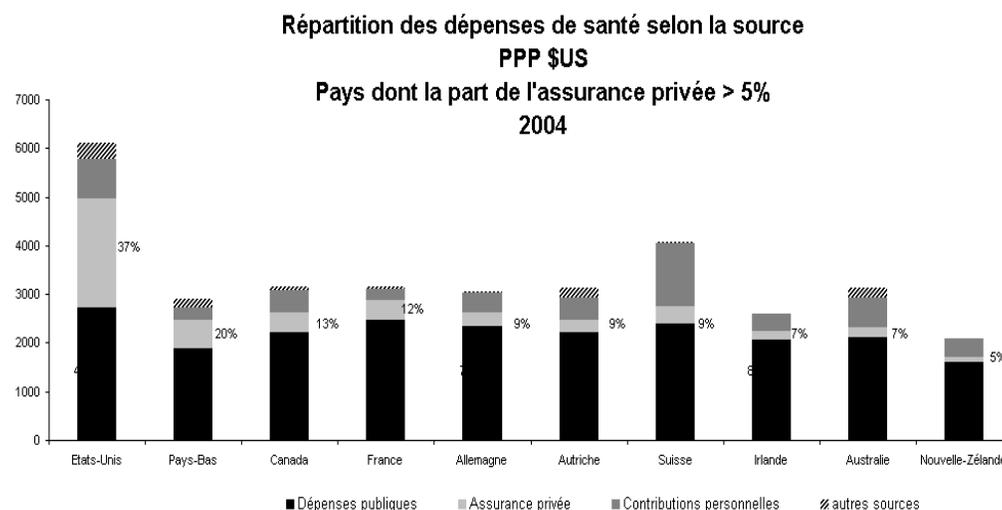
La contribution des assurances privées au financement de la santé a très peu évolué entre 1990 et 2006. Le financement par des régimes d'assurance privée représentait plus de 5% des sources de financement dans huit pays en 1990 et dans dix 2006. La Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas se sont ajoutés². La figure suivante illustre également comment le Canada était en 2004 au 3^e rang au chapitre de la part de marché des assureurs privés dans les dépenses totales.

² Les données de 1990 sur les Pays-Bas ne figurent pas à la base de données de l'OCDE. Il est plus que probable qu'en 1990 la participation aux dépenses de santé des assureurs privés ait été supérieur à 5 %.

FIGURE 4



Source : *Éco-santé 2006, OCDE*

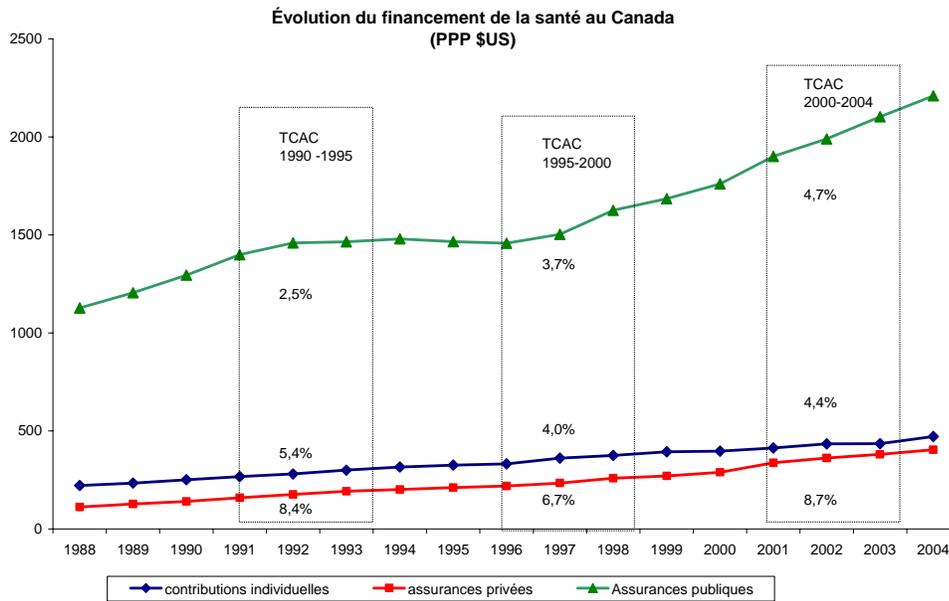


Au Canada, le rythme de croissance du financement des trois sources de financement a augmenté.

Contrairement à la croyance populaire, le financement par contributions individuelles est plus important que le financement issu des assurances privées. On observe également qu'après le début des années 90, où les gouvernements ont tenté de freiner la croissance des coûts publics de santé, ces derniers ont repris un rythme de croissance plus important.

Enfin, le taux de croissance des dépenses de santé des assurances privées augmente systématiquement plus rapidement que celui des deux autres sources.

FIGURE 5



Source : Eco-santé, OCDE 2006

* : TCAC = Taux de croissance annuel composé

3. LES CONTRIBUTIONS DES USAGERS DANS LES PAYS DE L'OCDE

Le présent chapitre analyse l'impact des politiques de contribution des usagers dans les pays de l'OCDE. La première section documente l'utilisation de cette stratégie de financement dans la zone de l'OCDE. La seconde offre un survol de la littérature sur ce sujet. La troisième décrit la performance de cette politique sur trois facteurs, soit l'impact sur l'efficacité du système de santé, l'impact sur l'équité du système et enfin l'impact sur l'état de santé de la population. Enfin, nous faisons une synthèse des constats et formulons une recommandation au gouvernement du Québec en ce qui concerne cette politique.

On trouvera en annexe (1) un tableau qui résume les politiques de co-paiement dans les régimes d'assurance publics dans les pays de l'OCDE; (2) un tableau qui résume les politiques d'exemption ou de réduction de coût dans les régimes d'assurance publics dans les pays de l'Union européenne.

3.1 L'état de la situation

Faire participer les usagers du système de santé à son financement est une politique appliquée dans 60 % des pays de l'OCDE pour les services publics de santé et dans plus de 93 % des pays pour ce qui est des médicaments.

On observe deux façons de prélever les contributions des usagers dans les régimes de santé publics de l'OCDE:

- par une franchise, soit un montant fixe que l'assuré conserve entièrement à sa charge;
- par une coassurance, soit un pourcentage du coût des services qui demeure à la charge de l'assuré.

L'application des politiques de contribution varient autant de fois qu'il y a de pays qui ont opté pour cette stratégie de financement pour les services de santé. Les modalités d'application les plus souvent observées sont les suivantes :

- l'exigence d'une franchise minimum à payer avant qu'une contribution par consultation ou ordonnance soit exigée;
- une combinaison des deux types de contributions, par exemple au Québec l'assurance médicament publique exige une contribution annuelle initiale de 12,10 \$, plus une coassurance de 29 % du coût des ordonnances;
- la possibilité ou non de prendre une assurance complémentaire qui prend en charge les contributions des usagers.

3. Les contributions des usagers dans les pays de l'OCDE

En plus, puisque les frais d'usagers constituent un obstacle financier pour certaines personnes et que les pays de l'OCDE veulent assurer un accès universel aux services de santé, plusieurs pays implantent des politiques visant à limiter l'impact des frais d'usagers sur les groupes vulnérables (les pauvres, les malades chroniques et les personnes âgées). Les politiques observées à cet égard sont :

- l'application d'un plafond ou d'un montant minimum aux contributions annuelles des usagers;
- une variation des primes exigées selon des catégories d'assurés;
- une exonération complète ou partielle des contributions pour les plus vulnérables.

En moyenne, les tarifs sont d'environ 27,00 \$ CAN (15 \$ sans les États-Unis)³ par visite chez les médecins, généralistes ou spécialistes, et de 17 \$⁴ par jour pour les services hospitaliers. La moyenne de la participation des usagers sous forme de coassurance est de 20%, excluant les contributions à l'assurance médicaments, dans les pays qui ont opté pour ce type de stratégie.

Le tableau suivant présente sommairement les contributions exigées dans les pays de l'OCDE selon le type de services auxquels elles s'appliquent⁵. On y observe que :

- 53 % (16 des pays sur 30) exigent une contribution des usagers pour l'ensemble des services de santé (consultations auprès d'un généraliste ou d'un spécialiste, séjours hospitaliers et médicaments);
- 4 pays exigent des contributions pour les médicaments en plus des médecins spécialistes ou des services hospitaliers;
- 30 % des pays, soit 9 pays, dont le Canada, limitent les contributions aux usagers des régimes publics aux médicaments.

En somme, tous les régimes publics font contribuer les usagers d'une façon ou d'une autre.

³ La conversion en \$ canadiens correspond aux taux de change du 10 janvier 2007.

⁴ Excluant les États-Unis, en incluant les États-Unis, la moyenne serait de 27 \$.

⁵ Il exclut les modalités d'application des contributions ainsi que les politiques d'exonération. Pour plus d'information sur ces éléments voir les tableaux en annexe.

TABLEAU 2 : POLITIQUES DE CO-PAIEMENT DANS LES PAYS DE L'OCDE

Pays	Généraliste \$ CA ou %	Spécialiste \$ CA ou %	Médicaments \$ CA ou %	Soins hospitaliers (par jour)
Allemagne	14 \$	14 \$	10 %	14 \$
Irlande	27 à 37 \$	27 à 37 \$	0 à 24 \$	19 \$
Suède	15 à 23 \$	29 à 45 \$	10 \$	10 \$
Finlande	0 à 16 \$	34 \$	15 \$ + 50%	38 \$
Norvège	12 \$	18 \$	25%	
Islande	10 \$	19 % + 40 %	0 à 25%	
Portugal	2 \$	241 \$	0 à 100 %	34 \$
Suisse	10 %	10 %	10 %	9 \$
Corée	30 à 55 %	30 à 55 %		20 %
Australie	0 à 15 %	15 %	21 \$	21 \$
Luxembourg	5 %	5 %	0 à 20 %	8 \$
Autriche	20 %	20 %	5 \$	6 \$
Japon	20 à 30 %			
États-Unis	20 % + 85 \$ /an	20 % + 85 \$ /an	100%	15 \$
Belgique	25 %	25 %	10 à 50%	7 à 17\$
France*	30 %	30 %	0 à 65 %	16 \$ + 20%
Mexique	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Grèce			0 à 25 %	17 \$
Hongrie			0 à 50 %	19 \$
Nouvelle Zélande		4 à 22 \$	2 à 9 \$	
Italie		46 \$	0 à 50 %	
Royaume Uni			11 \$	
Turquie			10 à 20%	
Danemark			50 à 100 %	
Espagne			40 %	
Pays Bas			100%	
Pologne			30 % à 50 %	
Canada			n.d.	
Répub. Slovaque			n.d.	
Répub. Tchèque			n.d.	

* : Le ticket modérateur peut être couvert par une assurance complémentaire généralement offerte par l'employeur. Des tableaux détaillés sont présentés en annexe.

Source : Le projet de l'OCDE sur la santé : Vers des systèmes de santé plus performants, OCDE 2004.

La part des ménages dans le financement de la santé représente moins de 25 % dans 83 % des pays

Le Tableau 3 présente la part des versements des ménages dans le financement total de la santé. Ces versements incluent les primes, les franchises et les coassurances des assurances privées et publiques ainsi que les paiements directs et les dons de charité. Notez que les versements des ménages n'incluent pas les assurances pour des soins non couverts par les régimes publics. On observe que dans 50 % des pays, les versements des ménages sont inférieurs à 15 %, dans 33 % des cas, ils se situent entre 15 % et 25 % et dans 17 %, soit 5 pays, ils sont supérieurs à 25 % et atteignent jusqu'à 53 % au Mexique. Fait intéressant, les versements des ménages au Canada sont supérieurs aux versements des ménages aux États-Unis de 1 %.

TABLEAU 3 : PARTICIPATION DES MÉNAGES DANS LE FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ (2003)

Pays	Versements nets des ménages (% des dépenses totales de santé)	Pays	Versements nets des ménages (% des dépenses totales de santé)
Luxembourg	6,7 %	Japon	17,3 %
France	7,7 %	Finlande	19,4 %
Pays-Bas	7,9 %	Australie	19,7 %
République tchèque	10,0 %	Turquie	19,9 %
Royaume-Uni (1996)	11,0 %	Portugal	20,3 %
République slovaque	11,7 %	Italie	22,2 %
Allemagne	11,8 %	Belgique	23,5 %
Irlande	13,4 %	Espagne	24,1 %
États-Unis	13,5 %	Hongrie	24,8 %
Danemark	13,9 %	Pologne	26,4 %
Canada	14,5 %	Suisse	31,6 %
Autriche	15,0 %	Corée	37,8 %
Norvège	15,5 %	Grèce	43,7 %
Nouvelle-Zélande	15,6 %	Mexique	52,9 %
Islande	16,5 %	Suède	n/d

Source : Eco-Santé, OCDE 2006

3.2 L'impact des frais d'usagers

Cette section analyse l'impact des contributions des usagers sur nos objectifs et nos critères de performance, c'est-à-dire, leur effet sur la demande de services (ou les dépenses de santé) et sur l'équité d'accès au système. L'analyse est effectuée à partir d'une revue de la littérature

sur la participation des usagers aux coûts dans les pays de l'OCDE et de la base de données Eco-santé de l'OCDE.

L'impact sur la demande de services

De nombreuses études empiriques ont montré que les personnes qui bénéficient d'une couverture médicale consomment plus de services de santé que celles qui n'en n'ont pas. Les principales explications avancées sont : (1) le comportement plus risqué des personnes assurées par rapport à celui des personnes qui ne sont pas assurées, le risque moral et (2) l'aversion au risque des individus assurés qui les pousse à consommer davantage de services pour éviter la maladie.

Les personnes en faveur d'une politique de contribution des usagers sont d'avis que lorsque le coût des services de santé est nul pour l'utilisateur, ce dernier prend sa décision de consommation en évaluant ses bénéfices et ses coûts de façon individuelle et en négligeant les coûts/bénéfices sociaux. En conséquence, la présence d'une couverture médicale gratuite déresponsabilise les individus; et pour une pathologie donnée, un assuré va consulter davantage qu'un non-assuré. Ces phénomènes diminuent le gain que la collectivité tire d'un régime universel gratuit.

Le principal obstacle à l'implantation de ce type de politique est à l'effet que l'imposition d'une contribution des usagers affecte autant la demande de services nécessaires que la demande de services superflus. Or, le débat en ce sens perdure parce que la théorie économique traditionnelle ne permet pas de trancher à cet égard. Toutefois il a été démontré que la santé des populations assurées par des régimes qui imposent des contributions n'est pas moins bonne que celle des populations assurées par des régimes entièrement gratuits.

Principaux constats observés dans la revue de la littérature

Dans une revue de la littérature expérimentale et empirique sur ce sujet, Zweifel et Manning (2000) ont démontré que l'agrégation des comportements individuels entraîne une augmentation des cotisations ou des primes peu importe que l'individu soit assuré auprès d'un monopole public ou par le privé. Les auteurs, notent que l'existence du risque moral est indéniable, mais ils soulignent que la « perte de bien-être » due au risque moral est plutôt modérée.⁶ S'il existe un gaspillage des ressources collectives lié au risque moral, en présence d'une assurance santé, les auteurs sont d'avis que la solution consiste à responsabiliser financièrement les patients au moment de la consommation des soins, par exemple en instaurant des frais d'utilisateurs.

⁶ On doit également rendre compte des nombreux avantages de l'assurance, notamment l'accès à des soins de meilleure qualité ou une prise en charge de traitements très onéreux.

L'expérience RAND

Ces considérations théoriques ont suscité une littérature appliquée visant à mesurer la perte de bien-être liée à l'assurance santé et à trouver les outils permettant de la limiter. Cette littérature, s'appuie largement sur les résultats de l'expérience menée par la société Rand (1974–1979). L'étude portait sur la consommation de services de santé de ménages américains, dont les couvertures étaient différentes, durant une période de 5 ans. Les taux de coassurance étaient de 0 % de services gratuits, 25, 50 ou 95 % et la contribution maximale par famille était fixée à 1 000 dollars US par année, au delà duquel le coût des services était assumé entièrement par l'assureur.

Cette étude a montré que:

1. la plus forte diminution dans la consommation est observée lorsque le taux de coassurance varie entre 0 % et 25 %;
2. l'élasticité de la demande est généralement faible pour les consultations auprès de médecins – de l'ordre de $-0,1$ à $-0,3$ – et encore plus faible pour les soins hospitaliers;
3. l'élasticité du prix de la demande diminue avec le taux de coassurance;
4. la réduction des dépenses de santé dans les régimes avec coassurance est due à une baisse des consultations initiées par les bénéficiaires, et non par une diminution de l'intensité des traitements prescrits par le médecin.

La littérature a analysé en long et en large les résultats de cette étude expérimentale, notamment sur le gaspillage des ressources collectives lié au risque moral. Toutefois, les résultats observés ne permettent pas de tirer des conclusions précises sur l'efficacité de cette politique.

Feldman et Dowd (1991) ont estimé le gain de bien-être en cas de passage d'un taux de coassurance de 0 % (services gratuits) à la couverture la moins généreuse (95 % et plafonnement). Ils estiment **que le gain de bien-être collectif qui en résulte oscille entre 9 % et 28 % des dépenses américaines de santé** constatées en 1984. Ce gain résulte du fait que, lorsque les services sont gratuits, le coût des services additionnels demandés par les personnes assurées excède l'utilité qu'elles en retirent lorsque mesurée par leur volonté de payer.

Lohr et al (1986) ont remis en question la validité de la mesure de l'utilité perdue (calculée par Feldman and Dowd) en posant l'hypothèse que si tel était le cas, alors on devrait observer une diminution des consultations dont la valeur est marginale avant de constater celle des services dont les bénéfices sont certains. **Or, ils n'ont pu observer de**

différence dans la variation de la consommation entre les services dont la valeur a été démontrée et les autres. Siu et al (1986) ont fait valoir qu'ils n'étaient pas surpris d'avoir observé les mêmes résultats pour ce qui est des services hospitaliers puisque ce sont les médecins qui décident d'hospitaliser ou non.

D'autres, **Brook et al (1983)** et **Keeler et al (1987)**, ont expliqué le fait **qu'il n'y avait pas de différence dans l'état de santé des assurés et des non assurés par le fait que les bénéfices obtenus par ceux qui reçoivent des soins dont la valeur pour la santé a été démontrée sont éliminés par les dommages encourus par ceux qui ont reçu des traitements non appropriés.**

Enfin, Thomas Rice (1993), estime que les méthodes traditionnelles d'évaluation économique ne permettent pas d'évaluer les variations d'utilité collective. Il est d'avis que la perte d'utilité n'est pas due au fait que la population soit sur assurée (et donc qu'il y aurait surconsommation), mais qu'elle résulte d'autres facteurs. **Ainsi, une politique de contribution des usagers ne serait pas appropriée pour améliorer le bien-être collectif.** Par exemple, on estime qu'aux États-Unis 25 % des dépenses de santé sont effectuées pour des soins non nécessaires. Ce montant selon Rice ne peut représenter la perte de bien-être que si les assurés avaient rejeté ces services s'ils avaient dû en défrayer le coût. Rice propose qu'étant donné que le patient ne dispose pas d'assez d'information pour décider lui-même de son traitement, alors il y aurait eu perte sociale de bien-être seulement lorsque des soins médicaux non nécessaires ont été fournis. Selon lui, d'autres types de politiques devraient être appliquées pour accroître les gains collectifs de la santé, tels que l'application de normes de pratique ou d'autres visant à améliorer l'efficacité/coût des interventions.

Les travaux de Fah (1992) ont montré que si les médecins sont rémunérés à l'acte, ils compenseront la perte de revenu associée à une diminution de la demande de services (due à l'imposition de contributions des usagers) par une augmentation des traitements qu'ils prescrivent. Si la rémunération du médecin dépend de la quantité de services dont le patient bénéficie (paiement à l'acte), il peut être tenté de multiplier les services rendus.⁷ En 1977, après 25 ans dans un régime d'assurance santé gratuit, les membres du United Mine Workers of America Health and Retirement Fund ont été obligés d'effectuer des contributions pour recevoir des soins de santé. Cette politique a provoqué des changements de comportements des prestataires. Fahs a conclu que la baisse de la demande a eu un impact sur les recommandations médicales faites aux patients. En effet, les médecins ont augmenté leurs prix et ont recommandé des durées d'hospitalisation plus longues pour leurs patients qui n'avaient pas de co-paiements (services gratuits).

⁷ C'est l'hypothèse connue d'induction de la demande par l'offre.

De fait, malgré une baisse de la demande de soins pour les travailleurs assurés par la société minière, les dépenses par séjour à l'hôpital ont augmenté de 19 % et les dépenses totales de santé ont augmenté de 7 % pour les patients non assurés par la société minière. Pour Fahs, c'est la démonstration que les prestataires de soins sont sensibles aux incitations économiques et qu'ils sont en position de tirer avantage du différentiel d'information dont ils bénéficient.

Le recours accru aux contributions des usagers a pour effet de rationaliser les dépenses en santé dans les pays de l'OCDE

Dans les pays de l'OCDE qui exigent des contributions des usagers du régime public de santé, on observe une augmentation des montants prélevés au cours des années 80 et 90. Des augmentations ont été observées en Autriche (1988, 1996 et 1997), en Belgique (1992-95), en Finlande (1990-95 et 2002), en France (années 70 et 80), en Allemagne (années 90), en Italie (1995), au Japon (1984, 1997 et 2003), au Portugal et en Suède (années 90). Ces augmentations dans le degré de participation des usagers aux coûts, se fonde sur la nécessité de responsabiliser financièrement les patients au moment de la consommation des soins. De l'avis de ces administrations publiques, elles sont une condition nécessaire pour rationaliser les dépenses en santé.

Pour conclure cette section :

- La demande de services de santé diminue avec l'imposition de contributions des usagers.
- Toutefois, l'imposition d'une franchise affecte autant la demande de services essentiels que la demande de services jugés superflus. La démonstration que le gain collectif de bien-être associé à cette pratique est supérieur à la perte collective de bien-être reste à faire.
- Toutefois, aucune différence dans l'état de santé des personnes non assurées, comparativement aux personnes assurées, n'a été observée.
- Selon Rice, le seul moyen de diminuer la demande de soins superflus sans affecter la demande de soins nécessaires serait de miser sur d'autres types de politiques. Par exemple, en mesurant l'efficacité des traitements, en développant des normes de pratique telles que les DRG, etc.

Bien que la littérature ne soit pas concluante à cet égard, les auteurs sont d'avis que l'apport d'une faible contribution en termes de responsabilisation des usagers est supérieur à la perte encourue par la diminution d'une part des traitements nécessaires. En d'autres termes, nous posons l'hypothèse que les coûts économiques associés à la diminution de la consommation de soins nécessaires sont inférieurs aux bénéfices économiques obtenus par la baisse de la demande non nécessaire. Les données dont nous disposons ne nous permettent, toutefois, ni de supporter ni de réfuter cette hypothèse. Les auteurs sont d'avis qu'une analyse de la demande portant sur les données de la RAMQ permettrait d'améliorer nos connaissances à cet égard.

L'équité

Dans la majorité des pays de l'OCDE, les régimes publics d'assurance santé sont universels ou quasi universels. L'assurance maladie universelle a pour objet de garantir l'accès équitable aux services de santé à tous. Cette équité est également considérée par l'OCDE comme un élément déterminant de la performance des systèmes de santé. La question qui se pose est de savoir dans quelles mesures les pays de l'OCDE ont atteint l'objectif de l'égalité d'utilisation ou d'accès à besoin égal, indépendamment d'autres caractéristiques telles que le revenu, le lieu de résidence ou l'ethnicité.

D'après l'expérience Rand, il existe un effet net du taux de coassurance sur la demande de soins ambulatoires, et cet effet est plus marqué parmi les personnes à faibles revenus. L'impact de la participation aux coûts sur l'état de santé des plus pauvres et donc la création d'inégalités sociales de santé, implicitement supposée, mérite d'être étudié. Cette section présente les résultats d'une brève revue des études à cet égard.

Van Doorslaer et Masseria (2004) ont observé de très faibles niveaux d'iniquité

Une étude récente de Van Doorslaer et Masseria de l'OCDE mesurait l'écart systématique dans la zone de l'OCDE par rapport au principe d'équité horizontale⁸, c'est-à-dire, si à besoin égal, les individus d'un pays donné recevaient un traitement égal. Ils ont mesuré l'équité d'accès à trois services de santé soit : les consultations auprès d'un généraliste, les consultations auprès de spécialistes et l'utilisation des soins hospitaliers. Ils ont fait les constatations suivantes :

- On observe une iniquité horizontale en faveur des plus fortunés pour ce qui est de l'utilisation des services de médecins dans près de la moitié des pays, notamment aux États-Unis, au Mexique, en Finlande et au Portugal. Cette observation implique que les gens plus fortunés vont plus souvent chez le médecin que les moins fortunés.
- Dans la majorité des pays, il n'y a aucune iniquité en ce qui concerne l'accès, à besoin égal, à un généraliste et, lorsqu'il existe une iniquité horizontale, elle est généralement en faveur des personnes à faible revenu (Belgique, Canada, Irlande, Pays-Bas et Suisse).
- Dans presque tous les pays de l'OCDE, il existe une iniquité pour les consultations auprès d'un spécialiste en faveur des riches (particulièrement au Portugal, en Finlande et en Irlande), à l'exception de l'Angleterre, de la Norvège et des Pays-Bas.
- Aucune iniquité en faveur des plus riches ou des plus pauvres n'a été observée en ce qui concerne les services hospitaliers.

⁸ L'inégalité de l'utilisation des services de santé dans 21 pays de l'OCDE, Eddy Van Doorslaer et Cristina Masseria, OCDE, 2004.

Au Japon

Les études et les enquêtes nationales sur les écarts de mortalité et de morbidité, en fonction des catégories des revenus ou de scolarité, se sont multipliées au cours des dix dernières années à travers le monde. Dans ce contexte, Ohsuka et Honda (2003) ont analysé l'évolution des inégalités de santé selon le revenu au Japon de 1992 à 1998⁹. Cette étude analyse l'impact d'une importante hausse du taux de coassurance par suite de la réforme de 1997. Dans le contexte de cette réforme, le taux de coassurance est passé de 10 % à 20 % pour les employés et il est resté stable à 30 % pour les autres, soit leurs dépendants, les retraités et les travailleurs autonomes. L'objectif principal des auteurs était de mesurer l'impact de cette mesure sur l'équité horizontale¹⁰.

Se basant sur les enquêtes tri-annuelles auprès des ménages, les auteurs concluent qu'il y a eu un ajustement au niveau de l'équité horizontale au Japon entre 1992 et 1998. Les valeurs de l'IH, soit l'indice d'utilisation standardisée par rapport aux besoins, pour les années 1992 et 1995 indiquaient une iniquité horizontale en faveur des plus riches. Or, selon l'indice, l'iniquité est disparue à la suite des réformes de 1997. **L'augmentation du taux de coassurance des plus riches (les employés) de 10 % à 20 % a réduit l'iniquité dans le système.**

En Finlande

Des réformes ont été effectuées en Finlande après une crise économique sévère au début des années 90. Dans ce contexte, les pouvoirs politiques ont augmenté les contributions des usagers au financement du système de santé. Ce qui a eu pour effet de diminuer la croissance des dépenses publiques de santé (voir figure 6). En effet, de 1980 à 1990, les dépenses publiques de santé augmentaient de 9 % annuellement. Suite aux réformes, ce taux de croissance a initialement été négatif, soit de -2 %, de 1990 à 1994 et est redevenu positif par la suite, mais plus faible qu'au cours de la décennie qui a précédé la politique d'augmentation des contributions, soit à 5 % annuellement, de 1994 à 2004.

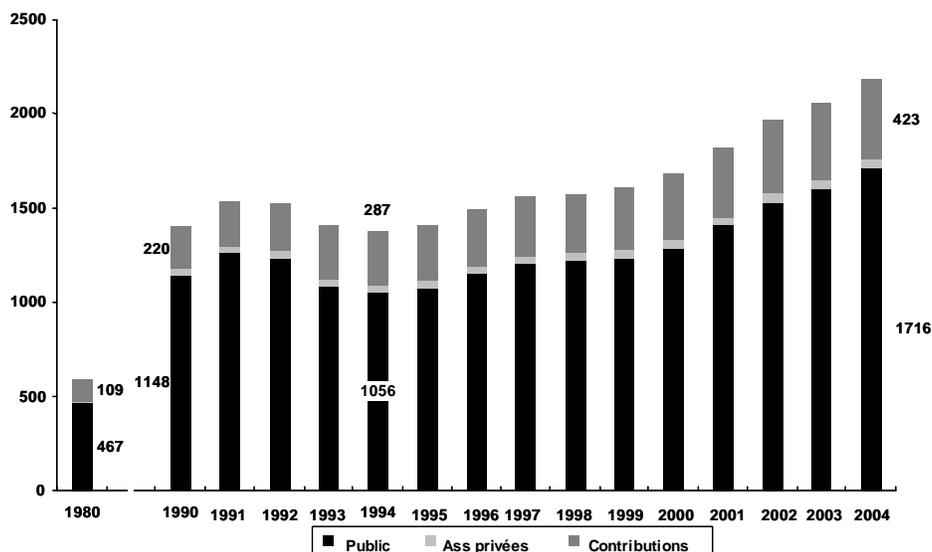
⁹ « Horizontal Inequity in Health Care Utilization in Japan », Yasushi Ohkusa et Chika Honda 2003.

¹⁰ Les auteurs utilisent la méthodologie développée par Wagstaff et Van Doorslaer.

FIGURE 6

ÉVOLUTION EN FINLANDE DES DÉPENSES DE SANTÉ PER CAPITA (PPP \$US)

TCAC :	1980-90	1990-1994	1994-2004
Contributions	7 %	7 %	4 %
Ass. Privées	14 %	4 %	4 %
Fonds publics	9 %	-2 %	5 %



La figure suivante montre l'impact de la politique de contribution en Finlande sur la répartition du financement des dépenses de santé. La part des contributions dans le financement total est passée de 13 % à 20 % entre 1991 et 1993 et elle est demeurée à peu près fixe jusqu'à 2004. En première analyse, on peut penser que l'augmentation des contributions entraînerait une augmentation des inégalités sociales de santé. Cependant, des études récentes ont montré que les réformes au financement du système de santé en Finlande n'ont pas eu d'impact significatif sur l'équité d'accès (figure 8). En effet, la valeur de l'indice de l'utilisation standardisée par rapport aux besoins, soit l'indice horizontal d'iniquité (HI) pour l'année 2000-2001, était de l'ordre de 0,05, et il n'y a pas eu de changement significatif depuis 1987¹¹. Une valeur nulle de l'indice indique un accès équitable ou égal à besoin égal; un indice positif de l'indice indique une iniquité d'accès envers les riches et un indice négatif indique une iniquité d'accès envers les pauvres.

¹¹ Six autres pays de l'OCDE limitent la couverture privée de santé à une couverture des services non assurés par le secteur public. À l'exception de la Corée, où le secteur de l'assurance privé représente 3,9 % du financement de la santé, il n'y a pas de secteur privé de l'assurance santé dans les autres pays.

FIGURE 7
L'ÉVOLUTION DES SOURCES DE FINANCEMENT DES DÉPENSES EN SANTÉ, EN FINLANDE, 1990-2001 (% DES DÉPENSES TOTALES)

Source : « *The impact of changes in Finland's health care system* », Unto Häkkinen, 2005.

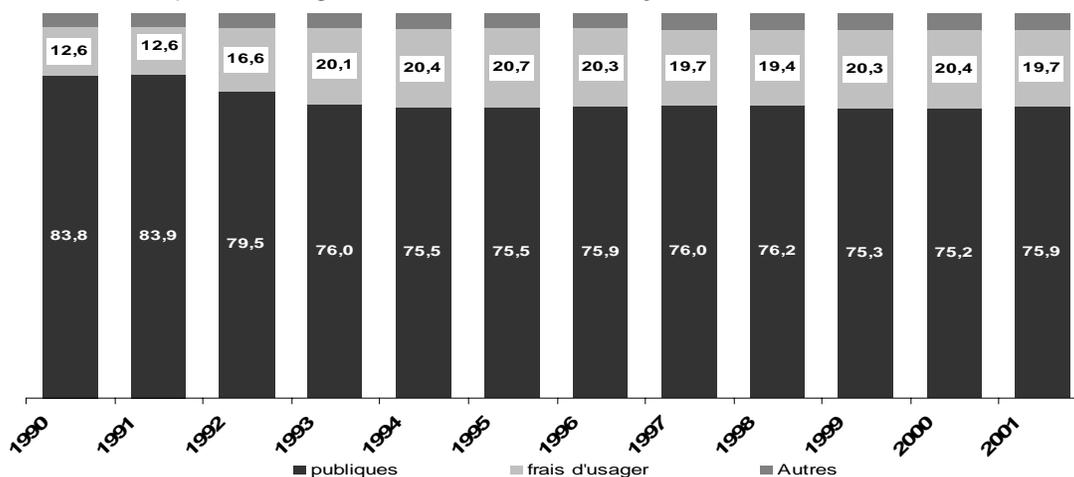
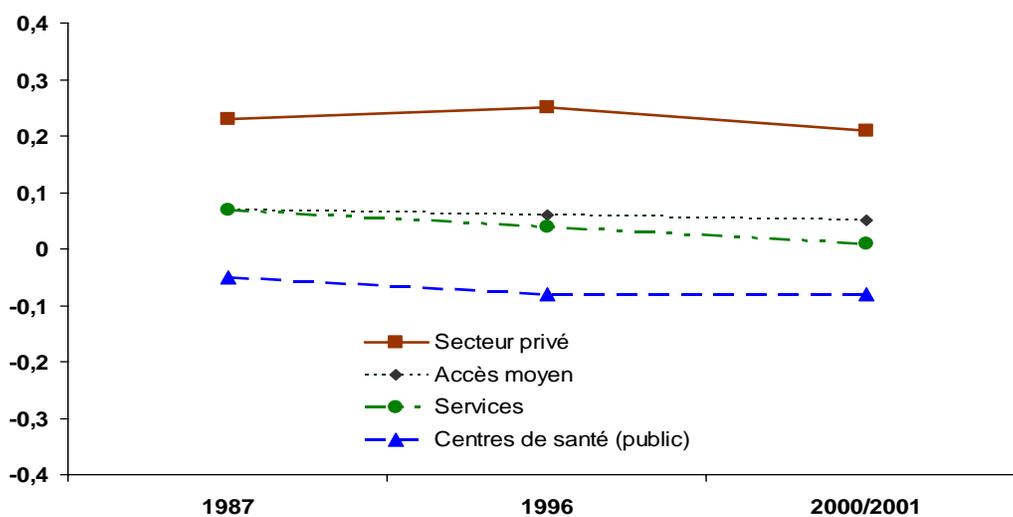


FIGURE 8
L'ÉVOLUTION DE L'INDICE D'ÉQUITÉ HORIZONTALE EN FINLANDE SELON LES SERVICES



Source : « *The impact of changes in Finland's health care system* », Unto Häkkinen, 2005.

En somme, les travaux de recherche montrent que l'imposition d'une contribution des usagers du système de santé peut affecter la demande de soins, notamment des plus pauvres. Toutefois, les analyses sur l'équité horizontale d'accès aux soins de santé montrent qu'il y a peu d'iniquité envers les pauvres dans les systèmes de santé de la zone de l'OCDE et que lorsqu'elle existe, elle s'applique à la fréquence des consultations et aux consultations auprès de spécialistes. Il apparaît également que pour les consultations auprès des généralistes et

des services hospitaliers, l'iniquité d'accès favoriserait plutôt les plus pauvres que les plus riches. Ceci implique que l'iniquité de ces services est envers les plus riches.

L'impact sur la santé

L'introduction d'une contribution des usagers a un impact à la baisse sur la demande de soins. Toutefois, qu'en est-il de l'impact sur l'état de santé? Au cours de l'expérience Rand, Newhouse a comparé l'évolution de l'état de santé des personnes couvertes par les différents régimes d'assurance. Il est apparu qu'en dépit de l'influence de la participation financière des usagers sur la quantité de soins consommés, l'impact de celle-ci sur la santé n'est démontré que dans des domaines particuliers. Un diagnostic médical a permis de constater une amélioration attribuable à la gratuité des soins de deux mesures physiologiques, la vision et l'hypertension. Toutefois, sur des indicateurs plus généraux d'état de santé, l'horizon d'observation de cette étude ne permettait pas de constater une amélioration.

Au Japon

Pour identifier les effets pouvant résulter de l'augmentation du taux de co-paiement sur la demande de services de santé, une étude a été faite en 2002¹² à partir des données de consultations médicales d'un grand fabricant industriel. Les données empiriques disponibles montraient que l'élasticité de la demande était généralement faible : de -0.18 à -0.26 avant la réforme et encore plus après la réforme, de -0.08 à -0.11 . Cette étude révélait aussi que l'augmentation du taux de co-paiement :

- a eu un impact négatif et significatif sur la demande de soins de santé des dépendants, mais aucun impact significatif n'a été observé pour les employés;
- a eu un impact plus considérable sur les personnes âgées de 15 à 20 ans et de 55 à 60 ans;
- a eu un impact plus significatif pour les maladies mineures telles que le rhume et les blessures non urgentes.

En somme, il n'a pas été démontré que l'imposition de contributions des usagers ait un impact important sur l'état de santé des individus. Il apparaît que, lorsque les gens sont sérieusement malades, ils se font soigner.

3.3 Recommandations pour le Québec

Malgré ce qui est souvent véhiculé dans le discours public, les contributions individuelles liées à l'utilisation des services de santé sont déjà bien présentes au Québec. D'une part, parce que nous prenons en charge une partie du coût des médicaments, que nous soyons assurés par le

¹² « Effects of the Reform of the Social Medical Insurance System in Japan », Atsushi Yoshida et Shingo Takagi, 2002.

secteur privé ou par le secteur public, et d'autre part, parce qu'une proportion de plus en plus importante de la population paie 100 % des frais de consultation pour avoir un accès plus rapide à un médecin.

Plusieurs travaux de recherche ont démontré l'efficacité de cette politique pour réduire la demande de services de santé. En outre, il a été démontré que lorsque cette politique est accompagnée de politiques d'exonération partielle ou totale pour les plus vulnérables, elle ne crée pas nécessairement d'iniquité d'accès et que si c'est le cas, elle est faible. En outre, les effets sur la santé de la population ne semblent pas importants, l'impact est plus marqué sur la demande pour des problèmes plutôt mineurs puisque la demande pour les services de santé est peu élastique.

Enfin, les auteurs sont d'avis que le Québec devrait introduire une politique de contributions des usagers dans le but de (1) responsabiliser davantage les individus dans leur consommation de services de santé et (2) dégager une marge de manœuvre au niveau du financement. Cette politique devrait, toutefois, être accompagnée d'une politique de remboursement ou d'exonération pour les personnes les plus vulnérables. Notez toutefois que, puisque cette politique contrevient à la Loi canadienne sur la santé, d'autres politiques devront être envisagées avant celle-ci.

4. L'ASSURANCE PRIVÉE DANS LES PAYS DE L'OCDE

4.1 L'état de la situation

Le Canada est l'un des seuls pays de l'OCDE¹³ où le rôle du secteur privé de l'assurance santé est limité à offrir une couverture des services qui ne sont pas assurés par le secteur public. Cela indique qu'il y a peut-être des avantages que le Canada (Québec) pourrait obtenir si la réglementation était moins restrictive. L'assurance privée fait l'objet au Québec de spéculations de toutes sortes lorsqu'il est question que celui-ci joue un rôle accru dans le financement du système de santé.

Les défenseurs de l'assurance privée font valoir que :

- le secteur privé a les capacités d'améliorer l'efficacité, de réduire les coûts et de fournir des soins plus nombreux et de meilleure qualité ;
- le secteur privé apporte une source additionnelle de financement au système et offre ainsi des possibilités aux individus qui souhaitent acheter plus de services de santé.

Les détracteurs de l'assurance privée en santé disent que :

- sa capacité à garantir l'équité et à réduire les coûts n'est pas démontrée ;
- elle peut contribuer à alourdir l'administration des réclamations et ses coûts ;
- elle peut exercer des pressions sur les ressources disponibles limitées pour offrir les services, ce qui aurait pour effet non seulement d'aggraver les problèmes de pénurie dans le secteur public mais aussi de faire augmenter les coûts.

Le fait est que dans certaines conditions, chacune de ces affirmations peut être vraie et dans d'autres chacune peut être fautive. Cette analyse tente de faire la lumière sur ces conditions en examinant comment l'assurance privée contribue au financement de la santé dans les pays de l'OCDE qui ont choisi cette option pour palier les lacunes de leur système de santé.

Elle est effectuée à partir d'une revue de la documentation sur l'assurance privée dans les pays de l'OCDE et de la base de données Eco-santé de l'OCDE.

¹³ Six autres pays de l'OCDE limitent la couverture privée de santé à une couverture des services non assurés par le secteur public. À l'exception de la Corée, où le secteur de l'assurance privé représente 3,9 % du financement de la santé, il n'y a pas de secteur privé de l'assurance santé dans les autres pays.

Le rôle des assurances privées dans les pays de l'OCDE

Les administrations publiques favorisent le développement de l'assurance privée pour atteindre différents objectifs dont les suivants :

- assurer des segments plus importants de la population ;
- assurer la population pour des services non couverts par l'assurance publique ;
- financer une part plus importante des coûts de santé actuellement financés par le secteur public.

L'assurance privée joue un rôle dans la protection de la santé des individus de tous les pays de l'OCDE à l'exception de deux pays, la Norvège et le Japon. Dans la plupart des cas, elle joue un rôle de soutien au régime public (voir tableau4).

L'assurance privée joue de multiples rôles, allant de la couverture primaire à une couverture parallèle ou duplicative en passant par des couvertures complémentaires et supplémentaires. Sa capacité à atteindre différents objectifs de santé, ses forces et ses faiblesses sont différents selon le rôle qu'elle joue dans le système.

L'assurance primaire est la première source de garantie pour les services de santé, tels que les visites chez le médecin et les services hospitaliers, pour une part importante de la population de deux pays, 72 % aux États-Unis et 28 % aux Pays-Bas. Dans quatre pays, les individus peuvent se retirer du système public et substituer leur couverture par une couverture primaire privée : Autriche (0,1 %), Allemagne, Belgique et Espagne (2,7 %). En Suisse, l'assurance privée primaire est obligatoire pour toute la population.

L'assurance complémentaire a pour rôle de compléter les remboursements du régime public (France et Medigap aux États-Unis). L'assurance complémentaire joue un rôle important en France où les franchises sont importantes pour les services hospitaliers. Dans les autres cas, au Danemark, au Luxembourg, en Suède et en Turquie, l'assurance privée finance moins de 2 % des coûts de santé. Nous pouvons donc supposer que l'assurance publique offre une couverture adéquate et qu'il y a peu ou pas de marché d'assurance privée en santé dans ces pays.

L'assurance supplémentaire couvre les services non compris par la couverture publique, comme c'est le cas, au Canada, pour le dentiste, les médicaments et l'accès aux services paramédicaux. Le Canada est un des sept pays de l'OCDE où l'assurance privée a un rôle limité à celui de régime supplémentaire. De ce groupe de sept pays, seuls le Canada (11,4 %) et la Corée (3,9 %) ont une part significative de leurs dépenses de santé qui est assumée par le secteur privée. Le secteur privé est peu ou pas développé dans les cinq autres pays (Hongrie, Islande, Pologne, République slovaque, République tchèque).

L'assurance privée duplicative ou parallèle double l'assurance publique universelle en offrant une alternative aux soins publics. L'assurance duplicative a pour objet de donner le choix du prestataire et d'accélérer l'accès aux services pour les détenteurs de l'assurance privée. En Australie et en Irlande, près de la moitié de la population choisit l'assurance privée, ce qui en fait les plus vastes marchés de l'assurance privée duplicative de l'OCDE. Les gouvernements de ces deux pays ont choisi cette option pour accroître le financement du secteur de la santé et améliorer l'accès. Cette option est également disponible en Angleterre, en Espagne, en Finlande, au Mexique au Portugal, mais l'assurance privée prend en charge, dans ces marchés, moins de 4 % du financement de la santé, en incluant la couverture supplémentaire. Certains de ces pays ont implanté l'assurance privée parallèle avant qu'il n'y ait de couverture publique importante, en Irlande par exemple, et d'autres l'ont permise pour apporter du financement additionnel au système public qui ne suffisait pas à la demande (un phénomène généralement observé par de longues listes d'attente, des ressources humaines épuisées et démotivées). Les insuffisances du système public, réelles ou perçues, incitent les individus à souscrire à des régimes privés d'assurance. Par exemple, lorsque les délais d'attente sont très longs ou lorsque la perception du système est qu'il est inadéquat (Australie, Irlande et Royaume-Uni).

TABLEAU 4 : COUVERTURE DES RÉGIMES PRIVÉS D'ASSURANCE MALADIE (2000)

<i>Pays</i>	<i>Assurance maladie privée en % des dépenses totales</i>	<i>% de la population couverte par des régimes privés</i>	<i>Pays</i>	<i>Assurance maladie privée en % des dépenses totales</i>	<i>% de la population couverte par des régimes privés</i>
Couverture primaire principale			Supplémentaire seulement		
États-Unis	35,1	71,9 primaire, suppl., compl.	Canada	11,4	65
Pays Bas	15,2	28 primaire 64 suppl.	Corée	3,9(2004)	n.d
Couverture primaire substitutive			Hongrie		négligeable
Autriche	7,2	0,1 primaire 31,8 compl. et suppl.	Islande	négligeable	négligeable
Allemagne	12,6	9,1 primaire/suppl. et 9,1 compl.	Pologne	négligeable	négligeable
Belgique	3,4 (2003)	57,5 primaire*, suppl., compl.	République Slovaque	négligeable	négligeable
Espagne	3,9	2,7 primaire 10,3 duplic.	République Tchèque	négligeable	négligeable
Couverture complémentaire et supplémentaire			Duplicative		
Danemark	1,6	28 compl. et suppl.	Australie	7,3	44,9 dupl. et compl. 40,3 suppl.
France	12,7	92 compl. et suppl.	Espagne	3,9	2,7 primaire 10,3 duplic.
Luxembourg	1,6	2,4 compl. et suppl.	Finlande	2,6	10 dupl. compl. et suppl.
Suède	n/d	Négligeable	Grèce	n.d.	10 dupl. et suppl.
Turquie	0,7(1994)	<2 compl. et suppl.	Irlande	7,6	43,8 dupl. compl. et suppl.
Couverture non déterminée			Italie	0,9	15,6 dupl. compl. et suppl.
Japon	0,3		Mexique	2,5(2001)	2,8 dupl. et suppl.
Norvège	négligeable	négligeable	Nouvelle Zélande	6,3	35 dupl. compl. et suppl.
Primaire obligatoire et supplémentaire			Portugal	1,5(1997)	14,8 dupl. compl. et suppl.
Suisse	65,4	100 primaire 80 suppl.	Royaume-Uni	3,3(1996)	10 dupl. et suppl.

* La couverture primaire en Belgique est soit substitutive ou principale, l'information n'est pas claire à cet égard. L'Espagne figure dans deux catégories : primaire substitutive et duplicative. En Suisse, les données sur l'assurance privée concernent strictement l'assurance volontaire. Les assurances primaires sont privées et obligatoires pour l'ensemble de la population

Source : L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE, Synthèse, Nicole Tapay et Francesca Colombo, OCDE 2004.

4.2 Les facteurs qui influencent le marché de l'assurance privée

Le développement de l'assurance privée dans les pays de l'OCDE dépend de facteurs historiques et des objectifs sanitaires des gouvernements. Dans de nombreux pays de l'OCDE, des régimes d'assurance privés à but non lucratif tels que des mutuelles ont précédé les programmes de couverture publique et d'assurance sociale. Lorsque l'assurance privée joue un rôle prédominant, il existe une tradition de prestation et de financement privé de la santé. Par exemple, en Australie, en Irlande et aux Pays-Bas, les régimes d'assurance publics se sont développés autour des régimes privés volontaires existants.

Certains facteurs culturels et de comportement face aux risques peuvent influencer le développement du marché privé

La demande pour l'assurance santé privée est liée aux lacunes des régimes publics

Par exemple, aux Pays-Bas la majorité des personnes qui n'ont pas accès à la couverture publique de santé souscrit à un régime privé et 90 % de la population couverte par le régime public souscrit à une assurance supplémentaire.

Certains pays ont encouragé le développement de l'assurance privée parce qu'ils sont convaincus que les régimes mixtes sont plus en mesure d'améliorer l'efficacité du système (en termes d'objectifs sociaux et sanitaires), soit l'Allemagne, l'Australie, l'Irlande, les États-Unis, les Pays-Bas et la Suisse. Ces gouvernements se sont servis d'instruments budgétaires, fiscaux et réglementaires afin d'accélérer le développement de l'assurance santé privée.

La part de marché (en % des dépenses totales) de l'assurance privée est généralement faible

En 2004, la part des assurances privées dans les coûts totaux de santé représentait plus de 5 % dans dix pays, et plus de 10 % dans quatre pays seulement. Ce portrait a peu changé depuis 1990 alors que seule la Nouvelle-Zélande ne figurait pas à ce palmarès. Parmi les pays dont l'assurance privée assume une part importante des dépenses de santé (plus de 10 %), seul le Canada restreint les régimes privés aux soins non couverts par le régime public.

On observe une certaine convergence vers les systèmes de financement mixte de la santé

Les chercheurs de l'OCDE ont observé, dans les pays où la part de financement privé des dépenses de santé est élevée (Corée, États-Unis et Mexique), une augmentation graduelle de la part du financement public dans le temps¹⁴. À l'inverse, dans les pays où la part de financement public est élevée, on note une progression de la part du financement privé. Cette évolution pourrait démontrer un processus de convergence entre les systèmes de financement mixte,

¹⁴ L'assurance maladie privée dans les Pays de l'OCDE, Synthèse, Nicole Tapay et Francesca Colombo, OCDE 2004

public-privé, dans la zone de l'OCDE, mais il est impossible de savoir s'il s'agit d'une tendance qui se poursuivra.

4.3 La performance des assurances privées

La diversité des garanties offertes au privé semble montrer qu'aucun service n'est mieux couvert par le régime public ou par les régimes privés. Toutefois, l'impact des assurances privées sur les systèmes de santé varie selon les régimes en place, la réglementation et son rôle dans le financement du système. Cette section analyse l'impact des assurances privées sur nos critères de performance, soit l'équité, les dépenses totales et publiques de santé, les coûts de santé, et sur l'offre de services. Enfin, l'assurance privée n'a pas d'impact sur la fiscalité à moins d'être obligatoire, lequel cas est équivalent à une prime santé publique. Le tableau 3 présente un sommaire des différents types d'assurance sur les critères de performance. Des fiches synthèses décrivant les grandes caractéristiques des principaux systèmes de santé ayant intégré les assurances privées sont présentées en annexe.

Équité

Le recours accru aux sources de financement privées dans certains pays (contributions des usagers et assurance maladie privée) réduit la progressivité du système de financement global des dépenses de santé¹⁵, étant donné que les personnes les plus susceptibles de souscrire volontairement à une assurance privée sont les personnes les mieux nanties.

Dans certaines conditions, être titulaire d'une assurance privée duplicative permet d'obtenir des soins plus rapidement (fonction parallèle et installations de santé privées). L'accès plus rapide engendre des inégalités de services entre les individus ; toutefois, elle dépend de la réglementation. Par exemple : en autorisant, sous certaines conditions, les prestataires à soigner dans les hôpitaux privés et publics à des tarifs différents, on favorise le développement d'une offre privée, sans diminuer l'offre dans le secteur public. En outre, l'accroissement de la rémunération incite les prestataires à augmenter leur offre. Pour certains pays, dont l'Irlande et l'Australie, l'accès plus rapide pour les titulaires d'une police d'assurance privée ne pose pas de problème en autant qu'il n'y ait pas d'impact négatif sur les délais d'attente pour ceux qui ne sont pas détenteurs de police d'assurance privée.

Enfin, l'étude de Van Doorsaler et Masseria (2004), dont les résultats sont discutés au chapitre 3 de ce rapport, montre que l'iniquité en faveur des plus riches s'applique davantage à la fréquence des visites et à l'accès à un spécialiste qu'à l'accès aux services de santé en général.

¹⁵ L'inégalité de l'utilisation des services de santé dans 21 pays de l'OCDE, Eddy Van Doorsaler et Cristina Masseria, OCDE, 2004

L'impact des assurances privées sur les dépenses de santé

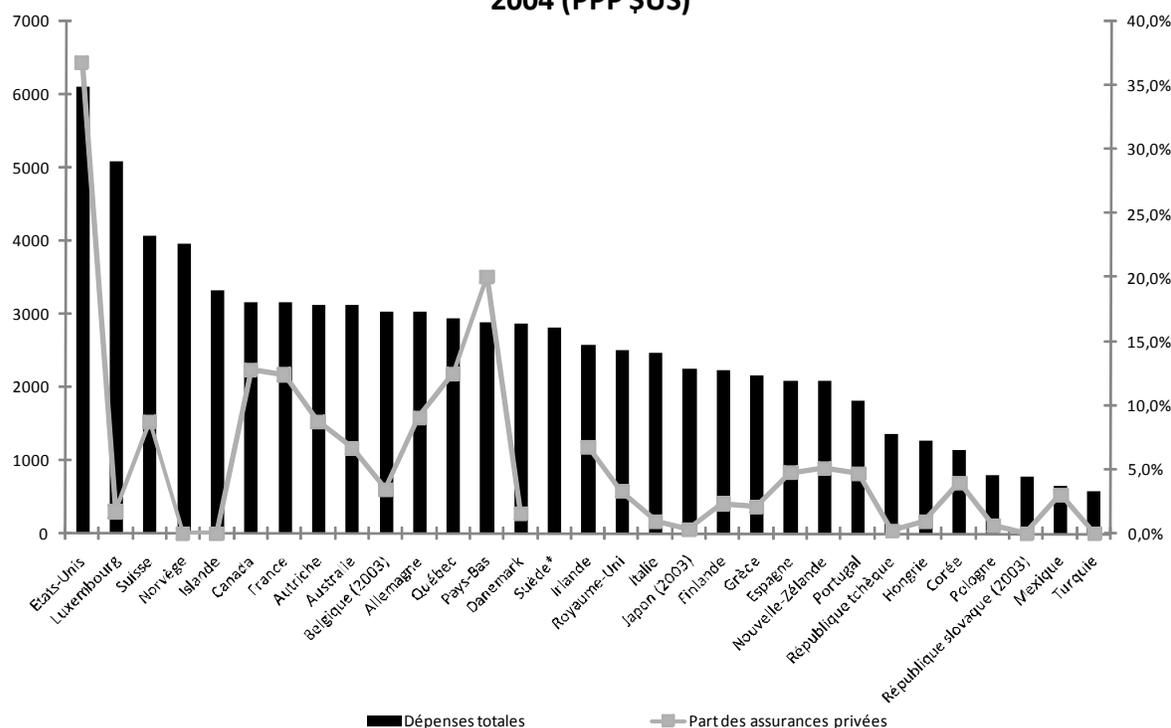
L'assurance privée contribue à la croissance des ressources financières et des dépenses totales

Les pays où l'assurance santé privée finance une part importante des dépenses totales de santé (États-Unis, Pays-Bas, Canada et France), ou encore où les assurances primaires sont privées pour une part importante de la population (Suisse, États-Unis et Pays-Bas), sont parmi ceux où les dépenses totales sont les plus élevées. Les assurances privées augmentent les ressources financières des pays qui encouragent leur développement parce que :

- les assureurs injectent des ressources financières additionnelles dans le système ;
- les dépenses publiques sont limitées dans presque tous les pays alors que celles du secteur privé ne le sont pas (à l'exception des Pays-Bas).

FIGURE 9

Part des dépenses assumées par les assureurs privés 2004 (PPP \$US)



Source : Eco-santé 2006

L'impact des assurances privées sur le système public de santé

La baisse de pression sur les dépenses publiques de santé due aux assurances privées est limitée

La pression sur les dépenses publiques ne diminue pas nécessairement avec le développement des assurances privées. Plusieurs facteurs expliquent cette résistance dont les suivants :

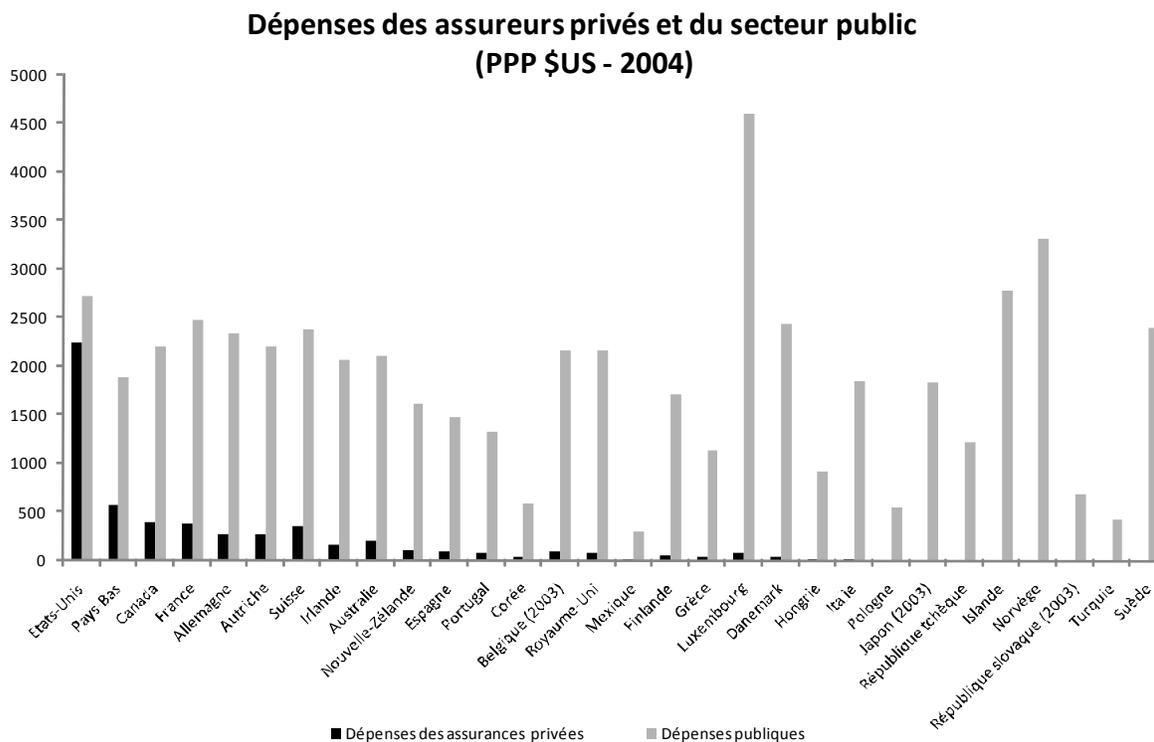
- Même s'il y a prise en charge de certains coûts par les régimes privés, il y a généralement une demande latente (non répondue) qui comblera rapidement les places laissées par les nouveaux affiliés au régime privé.
- Le risque moral est plus élevé : les gens prennent plus de risques parce qu'ils sont mieux assurés.
- Les hôpitaux privés offrent généralement moins de services que les hôpitaux publics. Les soins tertiaires de pointe ne sont généralement pas offerts par les régimes privés étant donné les coûts élevés et le marché restreint. Ce qui implique que les affiliés des régimes privés continuent de fréquenter les hôpitaux publics.
- Lorsque l'assurance est **complémentaire**, elle a pour effet d'annuler les charges aux patients. Ce type d'assurance supprime les signaux de marché et donc les incitations à la parcimonie dans l'utilisation des services¹⁶. Il en est de même pour les assurances supplémentaires dont les primes sont à la charge des employeurs.

L'assurance privée est plus efficace pour réduire les pressions sur les régimes publics lorsque les affiliés au système privé renoncent aux services publics pour lesquels ils sont assurés.

La figure 10 illustre comment les pays dont la part de marché des assurances privées est importante (plus de 10 %) n'ont pas nécessairement un faible niveau de dépenses publiques. En effet, les dépenses publiques de santé aux États-Unis, en France et en Suisse sont au 4^e, 5^e et 8^e rang des pays de l'OCDE. Le Canada et les Pays-Bas sont au 10^e et 15^e rang des dépenses publiques. Toutefois, dans les deux cas, les budgets sont fixés par le gouvernement et les délais d'attente causent des problèmes considérables.

¹⁶ Plusieurs études ont démontrés l'impact à la hausse sur l'utilisation des services de santé suite à l'implantation de l'assurance complémentaire en France.

FIGURE 10



Source: *Eco-santé 2006, OCDE*

L'impact des assurances privées sur les coûts de santé

L'assurance maladie privée a peu d'impact sur les coûts de santé

Plusieurs facteurs expliquent le peu d'impact qu'ont eu les assureurs privés dans le contrôle des coûts des prestations de santé. Au Canada, cela s'explique par leur absence dans la prestation des services essentiels. Aux États-Unis, malgré que les assureurs aient contribué à faire diminuer les coûts des prestations en intégrant les services et le financement des prestations au cours des années 90, la hausse des coûts a repris de plus belle, essentiellement à cause de l'intensité des nouvelles technologies. En général, les assureurs privés ont peu de concurrence dans leur marché respectif, par exemple en Irlande il n'y a que deux assureurs privés. Il est donc difficile d'instaurer un processus de concurrence basé sur la valeur étant donné que :

- La réglementation entrave les possibilités de faire des gains sur les coûts en limitant la transférabilité de la couverture, en empêchant la concurrence axée sur les risques ou en imposant une couverture de base. En outre, les assurances ne disposent pas de l'information leur permettant de miser sur ce type de stratégie.

- La position de négociation des assureurs privés étant plus faible que celle des acheteurs de services, les négociations sur les tarifs s'effectuent entre les acheteurs publics et les prestataires dans la majorité des pays.
- Ils ont plus d'avantages à transférer les coûts sur d'autres payeurs, par exemple sur le régime public dans le cas où les tarifs sont réglementés et la sélection des risques est prévenue.
- Puisqu'une des raisons motivant le développement de l'assurance maladie privée est la possibilité d'offrir des choix. La concurrence axée sur la valeur, si elle se traduit par une standardisation des pratiques, restreint les choix des usagers et des prestataires. Le manque d'incitation à cet égard, la résistance du corps médical, et la volonté de ne pas restreindre les choix individuels expliquent le peu d'effort sur l'amélioration des coûts des prestations.

La contribution de l'assurance privée sur l'offre

L'assurance privée contribue au développement de l'offre si les conditions le permettent

Quatre pays ont misé sur l'assurance privée, duplicative, essentiellement pour accroître l'offre de services et ainsi réduire les délais d'attente : l'Australie, la Grande-Bretagne, l'Irlande et la Nouvelle-Zélande¹⁷. L'expérience de ces pays a permis de faire un constat sur la nécessité de créer les conditions de marché nécessaires pour que le marché de l'assurance privée se développe et surtout que la politique se traduise en augmentation de l'offre de services privés.

Si les conditions limitent la marge de manœuvre des assureurs de sorte que les risques de marché soient trop élevés, l'industrie de l'assurance santé ne se développera pas. Les conditions de marché doivent donc être suffisantes pour que l'espérance de profit encourage les assureurs privés à développer une offre. Par exemple, en Irlande, l'ouverture à l'assurance santé parallèle a mis l'accent sur une amélioration aux soins dans les hôpitaux publics en libérant des lits pour les soins assurés par le privé. Cette stratégie a initialement eu pour effet d'accroître le financement des hôpitaux publics, mais puisqu'il y avait peu d'impact sur l'attente pour les chirurgies électorales, la différenciation entre services publics et privés était trop faible pour retenir la clientèle et les assureurs privés ont perdu leur part de marché. Fort de ce constat, le gouvernement irlandais a limité les places privées dans les hôpitaux publics, encouragé le développement d'hôpitaux privés et l'achat des assurances maladie privées. La demande pour les assurances privées a depuis repris et même dépassé les parts de marché perdues.

¹⁷ L'annexe propose des fiches descriptives de quelques systèmes de santé dans lesquels l'assurance privée joue un rôle significatif, les États-Unis, les Pays-Bas, la France, le Canada, l'Australie, l'Irlande et le Royaume Uni. Il n'y a pas de fiche sur la Nouvelle-Zélande faute d'avoir localisé l'information pertinente.

En Australie, la stratégie inverse a été adoptée, soit celle de favoriser le développement d'hôpitaux privés dont les services seraient rémunérés par les assurances privées. Les délais d'attente observés en Australie sont plus faibles qu'en Irlande.

En Angleterre, la stratégie de développement des assurances privées a été somme toute assez limitée essentiellement parce que le régime et le système public répondent aux besoins du marché.

L'assurance privée a peu pénétré le marché, 10 % de la population est assurée par le privé incluant les assurances supplémentaires. Le Royaume-Uni a plutôt misé sur des mécanismes d'incitation à la performance pour accroître l'efficacité du système et sur le financement des immobilisations dans le cadre de partenariats public-privé pour l'offre.

En France et aux États-Unis, la présence d'hôpitaux privés est historiquement ancrée dans le système. Les politiques publiques qui misent davantage sur le rôle des assureurs privés, par exemple l'assurance complémentaire privée et publique en France, se sont traduites par le développement de l'offre.

En plus du rôle qui est donné aux assurances privées, les politiques réglementaires sur la prestation des services influenceront également le potentiel de marché pour les assurances privées. Par exemple :

- Pour motiver les prestataires et éviter d'aggraver les pressions sur le système public, il faut donner la possibilité aux prestataires d'exercer dans les deux secteurs.
- Pour éviter d'aggraver le manque de ressources humaines, exiger une prestation minimum dans le secteur public.
- Pour injecter des fonds additionnels dans le secteur public, donner la possibilité aux hôpitaux publics de prendre en charge les assurés privés à condition de ne pas diminuer l'offre publique de services et d'exiger une rémunération basée sur le coût total du service.

TABLEAU 5 : CARACTÉRISTIQUES DES ASSURANCES PRIVÉES

	Primaire : Pays-Bas et États-Unis	Complémentaire : France	Supplémentaire : Canada	Duplicative : Angleterre, Irlande et Australie
Équité	Aux É.-U. les iniquités sont grandes mais non aux Pays-Bas.	La réglementation élimine les iniquités.	L'équité verticale est préservée mais pas nécessairement l'équité horizontale à cause des délais d'attente.	Les iniquités en Irlande viennent du fait que les patients privés sont traités dans les hôpitaux publics et subventionnés.
Impact sur la demande de services publics		Augmentent les dépenses privées et publiques parce que les incitatifs à la parcimonie sont annulés.		Les assurés du régime privé ont plus de choix et déplacent leur demande vers le privé. Il y a moins de pressions sur le régime public.
Impact sur les dépenses totales de santé	Aux É.-U., elles augmentent parce que les personnes non assurées se font traiter lorsque leur cas est critique.	Augmentent les dépenses privées et publiques parce que les incitatifs à la parcimonie sont annulés.	N'a d'impact que sur la portion privée des dépenses donc pour des services non essentiels.	Accroît la part privée des dépenses totales.
Impact sur la performance du système (à diminuer les coûts)	Aux É.-U. une meilleure gestion des coûts a amélioré l'efficacité du système en intégrant le financement et la prestation des services.	Concurrence et la négociation des assureurs fait diminuer les coûts.		Diminution des coûts par la négociation des tarifs en Irlande.
Impact sur l'offre de services totale	Incite le secteur privé à investir dans une offre de services.	Incite le secteur privé à injecter des fonds dans le système.	Prévient le secteur privé à investir dans une offre de services essentiels.	Incite le secteur privé à injecter des fonds dans le système.
Défis	Contrôler les coûts et réduire les iniquités aux É.-U.	Contrôler la demande et les coûts.	Réduire les délais d'attente très élevés.	Éviter de créer des iniquités et encourager le développement de l'offre privée.

4.4 Recommandations pour le Québec sur les assurances santé privées

Le rôle que joue l'assurance privée actuellement dans le marché canadien porte à confusion. En effet, selon les statistiques de l'OCDE, les Canadiens apparaissent comme la population parmi les plus assurés de la Zone, puisque nous sommes 6^e au chapitre des dépenses totales et 4^e en termes de part de marché des dépenses des assureurs privés. Toutefois, puisque les assurances privées ne sont permises que pour les services jugés non essentiels et que les dépenses publiques sont limitées et relativement faibles, surtout au Québec, **nous sommes relativement bien assurés pour les services jugés non essentiels et moins bien assurés pour les services essentiels**. En outre, étant donné que 15 % du financement de la santé provient directement de la poche des citoyens, **il apparaît que nous sommes disposés à payer davantage**. Enfin, le taux élevé de la fiscalité, indique **qu'il est impératif que les contributions additionnelles à la santé soient sous une forme volontaire plutôt qu'obligatoire**.

Les assurances privées semblent définitivement offrir un potentiel intéressant pour accroître le financement de la santé et diminuer les pressions sur le système public, soit en tant qu'assurance duplicative ou primaire substitutive. Toutefois, l'obtention de résultats est conditionnelle à un environnement réglementaire propice au développement de son plein potentiel tout en évitant de créer des difficultés additionnelles, c'est-à-dire :

- encourager les assurés au privé à renoncer aux services publics pour lesquels ils sont assurés;
- ne pas permettre aux assureurs privés d'offrir une assurance complémentaire aux assurances publiques;
- permettre aux prestataires de pratique à la fois dans le secteur privé et public et charger des tarifs différents dans les deux secteurs;
- imposer une pratique minimum dans le secteur public afin d'éviter de créer une pénurie de ressources dans le secteur public;
- limiter la concurrence axée sur les risques s'il s'agit d'une assurance primaire substitutive ou primaire en imposant une police standard minimum tout en offrant une compensation pour la prise en charge des cas les plus lourds;
- faciliter le développement de l'industrie privée par des crédits d'impôts ou d'autres mécanismes facilitant.

Le tableau 6 présente un sommaire des avantages, difficultés et réglementation pour compenser les difficultés selon le type d'assurance privée. Il importe de noter que le

développement des assurances privées ne peut être considéré comme une solution unique à la résolution des problèmes actuels et à venir de financement et de pressions sur la demande de services publics de santé au Québec. Cette option devrait être envisagée en complémentarité avec l'imposition d'une contribution des usagers et une réforme importante des mécanismes de gouvernance du système de santé, deux thématiques qui font l'objet de chapitres indépendants de ce rapport.

TABLEAU 6 : AVANTAGES, ENJEUX ET RÉGLEMENTATION SELON LE RÔLE DE L'ASSURANCE PRIVÉE

Type de couverture	Avantages	Problématique du point de vue du gouvernement (législateur)	Réglementation pour limiter les difficultés
Primaire	<ul style="list-style-type: none"> Assure une partie de la population non couverte. 	<ul style="list-style-type: none"> Accès pour les plus vulnérables et population à hauts risques 	<ul style="list-style-type: none"> Assurance sociale peut offrir la même couverture pour les plus démunis et les malades chroniques. Les politiques devraient s'assurer que l'ensemble de la population soit couverte soit par le système public soit par le système privé.
Couverture parallèle	<ul style="list-style-type: none"> Augmente les choix. Contribue au financement et au développement de l'offre. Améliore l'accès pour les assurés au privé et potentiellement aussi pour les personnes assurées par le régime public. 	<ul style="list-style-type: none"> Différences au niveau de l'accès aux services et aux prestataires entre détenteurs d'assurance privée et autres. Pression sur la demande de prestataires. 	<ul style="list-style-type: none"> Exiger des prestataires une prestation minimum au sein du système public, soit en termes d'heures ou de proportion de revenu.
Couverture complémentaire	<ul style="list-style-type: none"> Gratuité des services. 	<ul style="list-style-type: none"> Incite les prestataires et les individus à une surconsommation Risque moral et donc équité envers les payeurs de taxes et ceux qui devront payer pour les déficits de fonctionnement. 	<ul style="list-style-type: none"> Ce type d'assurance n'est pas recommandé.
Assurance supplémentaire	<ul style="list-style-type: none"> Assure les services non couverts par le régime public. Pourrait permettre de désassurer les services moins essentiels et les rendre obligatoires auprès du régime privé. 	<ul style="list-style-type: none"> Sélection adverse. 	<ul style="list-style-type: none"> Rendre illégal la sélection des risques tout en offrant une compensation pour la prise en charge des cas lourds.

5. LA CAISSE SANTÉ

L'impact du vieillissement de la population sur la demande de services de santé préoccupe les décideurs publics chargés de financer le système de santé. En effet, en 2006 alors que le budget de santé a considérablement augmenté, les délais d'attente sont importants et le système public ne semble pas répondre à la demande. Or, les premiers baby-boomers auront 65 ans en 2010, ce qui est en voie d'exercer des pressions additionnelles sur la demande de services de santé. La capacité du gouvernement d'accroître le financement à la santé est extrêmement limitée si non nulle. Les dépenses de santé accaparent déjà plus de 43 % des dépenses de programmes¹⁸, la fiscalité au Québec est comparativement élevée et l'endettement aussi. Le financement pour le développement des services pour les personnes âgées pose un problème reconnu généralement.

Cette préoccupation n'étant pas récente, le gouvernement a lancé, dans le contexte du forum sur les générations, un comité chargé d'analyser les options pour assurer la pérennité du système de santé, le Comité Ménard. Ce chapitre a pour objet d'examiner la proposition du comité Ménard, soit la création d'une Caisse santé¹⁹, en comparaison avec les solutions adoptées par les autres pays de l'OCDE pour faire face à ce problème. Ce chapitre dresse tout d'abord un bref portrait de l'état des finances publiques au Québec afin de bien cerner la marge de manœuvre dont dispose le gouvernement pour répondre à un besoin accru de services publics. En second lieu, il décrit la solution proposée par le comité Ménard et l'évalue en fonction de nos critères de performance²⁰. Ensuite, il examine les solutions adoptées par les pays de l'OCDE afin de répondre aux besoins accrus de services aux personnes âgées. Enfin, il propose des politiques que le gouvernement du Québec aurait avantage à envisager.

5.1 L'enjeu du financement des soins aux personnes âgées

La croissance des coûts de santé

En 2005-2006, les dépenses de santé et de services sociaux représentaient 43 % des dépenses de programmes du gouvernement du Québec, soit les dépenses du gouvernement excluant le service de la dette. Cette proportion était de 32 %, il y a vingt ans.

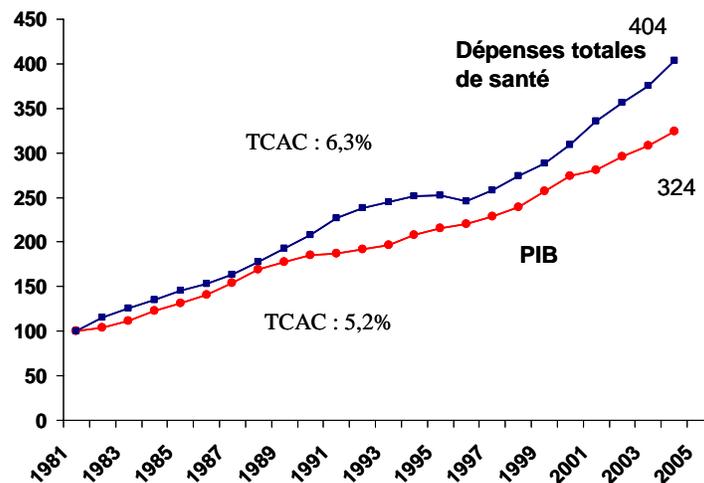
¹⁸ Les dépenses de programmes correspondent au budget courant du gouvernement moins le service de la dette. Étant donné que plus de 17 % du budget gouvernemental provincial est alloué au service de la dette, les dépenses de programmes sont considérablement réduites comparativement aux taxes et impôts collectés dans une année donnée.

¹⁹ Aussi appeler régime d'assurance contre la perte d'autonomie.

²⁰ Décrits dans le chapitre 3 de ce document.

La proportion des dépenses de santé dans les dépenses de programme augmente régulièrement parce que notre gouvernement augmente son budget en santé à un taux plus élevé que le taux de croissance du PIB. Cette différence était en moyenne de 1 % au cours des vingt dernières années. Si bien que les dépenses de santé sont passées de 8,6 % du PIB en 1981 à 10,3 % en 2004.

FIGURE 11
ÉVOLUTION COMPARATIVE DU PIB ET DES DÉPENSES
DE SANTÉ AU QUÉBEC
1980 = 100



Source: www.icis.ca et CANSIM

Évidemment, plusieurs éléments font pression sur la demande de services, notamment le vieillissement de la population, l'évolution technologique et l'effet d'enrichissement. Pour répondre à ces pressions, le gouvernement a le choix entre soit augmenter la proportion des dépenses de santé dans le total de son budget, soit augmenter ses sources de revenus (transferts fédéraux, croissance économique, impôts ou tarifs) ou encore rationner les services de santé. Selon toute vraisemblance, il a opté depuis vingt ans pour un mélange de ces différentes politiques. Or, puisque les problèmes d'accès demeurent importants et continueront de s'accroître, il devra encore faire des choix, qui s'avéreront de plus en plus difficiles. La pérennité des listes d'attente en témoigne.

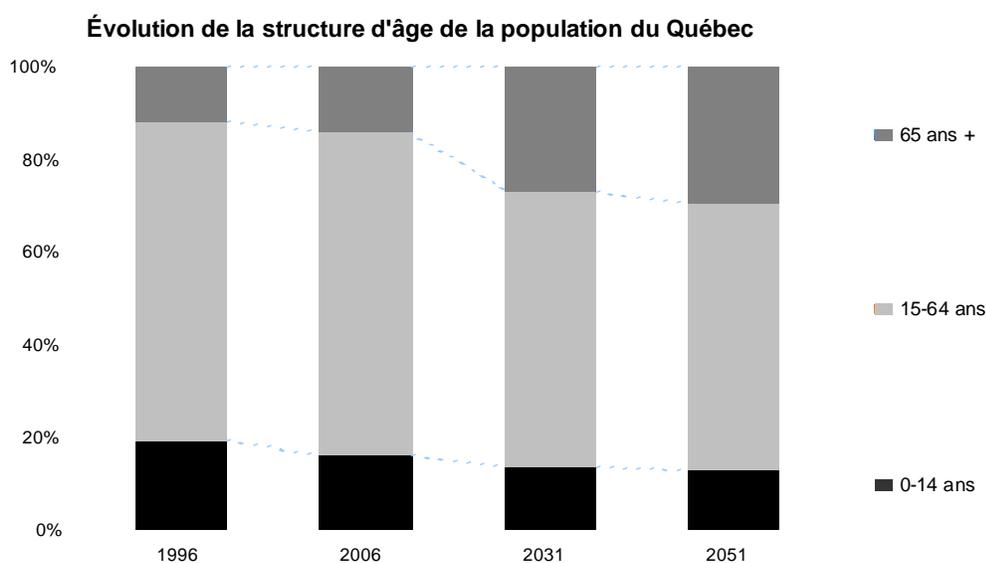
Le gouvernement estime que, s'il augmente les dépenses de santé au même rythme que le taux de croissance de la demande de services, qu'il évalue à 5,1 %, les dépenses

de santé représenteront 50 % des dépenses de programmes en 2015²¹, une proportion difficilement soutenable dans le total des dépenses gouvernementales.

Le vieillissement de la population

À l’instar de la population des pays développés, la population québécoise vieillit. Alors que la population âgée de 65 ans et plus représentait 12 % de la population québécoise en 1996, elle représentera près de 16 % en 2011 et 27 % en 2031. Autrement dit, de 2001 à 2016 le nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans, c’est-à-dire en âge de travailler, augmentera de 100 000, soit de 2 %, alors que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera de 480 000 soit 50 %. Il en résulte alors qu’en 2006, il y avait quatre personnes en âge de travailler pour chaque personne âgée de plus de 65 ans, il n’y en aura plus que deux en 2030. Il sera alors impossible pour ces deux personnes de financer le niveau de services publics dont nous jouissons à l’heure actuelle. Un constat qui met en jeu la survie des services publics de santé.

FIGURE 12



Source: Institut de la Statistique du Québec

Une des caractéristiques de la distribution des dépenses en santé est la concentration à la fin de la vie et pour les groupes d’âge les plus élevés. En 2004, les dépenses moyennes annuelles en santé étaient de 2 370 \$ pour l’ensemble de la population alors qu’elles étaient plus de trois fois plus élevées, soit 5 812 \$ pour les gens âgés entre 65 et 74 ans et 10 fois plus élevées, pour les plus de 85 ans, avec 17 382\$. En fait, alors que les plus de 65 ans représentent 15 % de la population, ils accaparaient 52 % des

²¹ Pour un taux de croissance moyen du PIB estimé à 3,5 %, un taux plutôt optimiste selon la majorité des économistes.

dépenses de santé. Essentiellement, parce que la durée des hospitalisations est plus grande, les thérapies médicamenteuses sont plus nombreuses et les soins plus intensifs.

TABLEAU 7
DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ PAR HABITANT RÉPARTIES
SELON L'ÂGE 2004

	Dépenses moyennes per capita	Part des dépenses totales	Part de la population totale
0-64	1 724	52,2 %	86%
65-74	5 812	18,1%	8%
75-84	10 405	20,2%	5%
85+	17 382	13,8%	2%
Moyenne	2 370		

Source : ICIS (2006) et Institut de la statistique du Québec (2006)

Le vieillissement de la population va accroître la demande de services de santé puisque la proportion de personnes âgées sera plus élevée. La demande pour des soins aigus et pour des soins de longue durée sera plus grande. À l'heure actuelle, seuls les soins aigus aux personnes âgées font partie explicitement du panier de services assurés par le système public. Certains soins aux personnes en perte d'autonomie sont fournis, mais il n'y a pas de règles qui permettent de déterminer clairement ce qui est assuré et ce qui ne l'est pas.

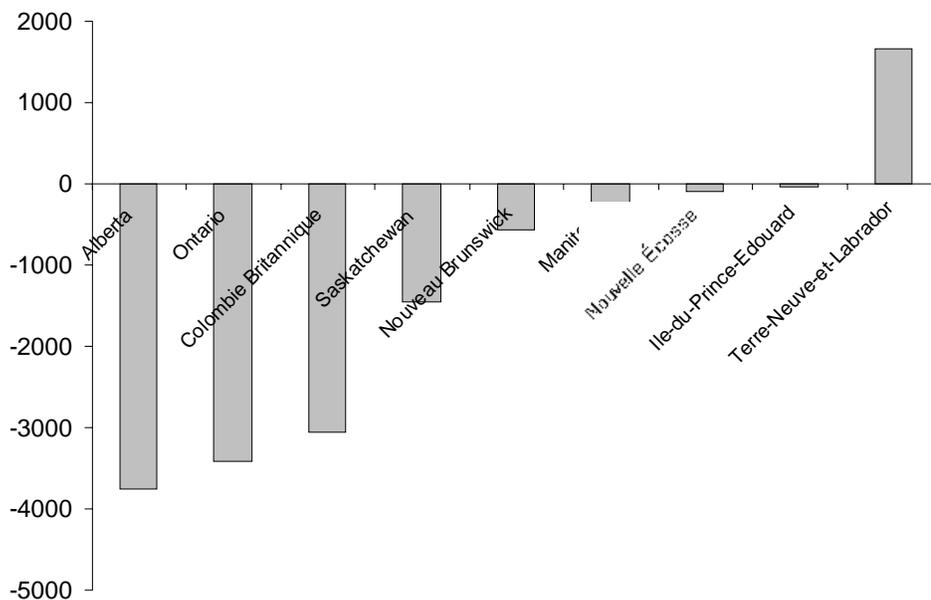
Toutes choses étant égales par ailleurs, le vieillissement de la population exercera certainement une pression accrue sur les dépenses de santé. Évidemment, d'autres facteurs auront un impact sur les coûts des services. Par exemple, puisque l'espérance de vie sans morbidité s'accroît, les gens seront en santé plus longtemps. Alors les coûts de santé par tranche d'âge devraient diminuer. Toutefois, puisque l'espérance de vie augmentera aussi, rien ne permet de conclure qu'il y aura une diminution de la pression sur les coûts de santé associés à ces phénomènes. Enfin, l'amélioration des technologies et des techniques pharmaceutiques auront également un impact sur la morbidité des personnes. Leur impact sur les coûts de santé est difficilement prévisible étant donné que ni le coût des nouvelles techniques, ni leur impact sur la morbidité ne sont connus. En somme, nous pouvons nous attendre à une hausse considérable de la demande de services et une pression sur les coûts de santé associées au vieillissement de la population.

Les finances publiques laissent peu de marge de manœuvre

La fiscalité n'est pas compétitive

Le fardeau fiscal des québécois est parmi le plus élevé au monde et son accroissement nous apparaît peu souhaitable. Comparativement au reste du Canada et aux États-Unis, la fiscalité des individus et des corporations au Québec n'est pas compétitive. En appliquant la structure de taxation des autres provinces au Québec, l'écart fiscal est de plus de 1 milliard \$ avec la moyenne canadienne et de 3,8 milliards \$ avec l'Ontario. Pour les entreprises, le constat est le même. Les impôts des entreprises sont de deux points de pourcentage du PIB plus élevés que ceux du reste du Canada et de près de quatre points de pourcentage plus élevés que ceux des entreprises américaines. Une fiscalité élevée a non seulement pour effet de réduire la marge de manœuvre du gouvernement en termes de moyens pour augmenter ses dépenses (ou réduire la dette), mais aussi de diminuer la capacité du Québec à attirer de nouveaux investissements.

FIGURE 13
ÉCART FISCAL DES PARTICULIERS ENTRE LE QUÉBEC ET
LES AUTRES PROVINCES EN 2006



Source : Le redressement de la situation fiscale, Desjardins Études Économiques et CIRANO 2006

TABLEAU 8
LE FARDEAU FISCAL DES SOCIÉTÉS

<i>Impôts des sociétés en % des sociétés</i>	<i>Capital*</i>	<i>Travail**</i>	<i>Total</i>
États-Unis	1,8	3,4	5,2
Canada (excluant le Québec)	3,6	3,2	6,8
Québec	4,1	4,9	9,0

*: *Impôt sur les profits et les taxes sur le capital*

** : *Charges sociales et autres taxes salariales*

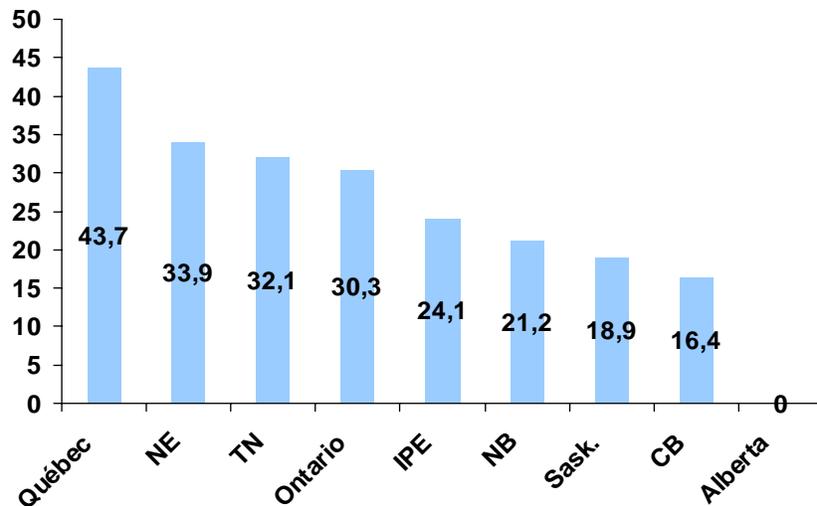
Source : *Le redressement de la situation fiscale, Desjardins Études Économiques et CIRANO 2006*

Le Québec est la province la plus endettée du Canada

Lorsque l'on compare le niveau d'endettement du gouvernement du Québec à celui des autres provinces canadiennes, un constat saute aux yeux : le Québec est très endetté. En pourcentage du PIB, le Québec est la province dont le gouvernement provincial est le plus endetté. En 2005-2006, la dette nette du gouvernement du Québec s'établissait à 43,7 % du PIB²². À ce chapitre, le Québec devance l'Ontario de 13,4 points de pourcentage (à 30,3 %) et la Colombie-Britannique de 34,4 points (à 9,3 %). Quant à l'Alberta, qui a fortement bénéficié des cours élevés du pétrole et du gaz naturel durant la dernière décennie, elle a éliminé sa dette nette. Compte tenu de la situation, il est toutefois étonnant de constater le peu d'enthousiasme des Québécois, relativement aux autres Canadiens, à l'endroit d'une politique de remboursement de la dette.

²² Données calculées sur la base des comptes publics des provinces, tels que compilés par le MSSS dans « Garantir l'accès » février 2006.

FIGURE 14
 DETTE NETTE DES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX
 EN POURCENTAGE DU PIB EN 2005-2006



Source: Plans budgétaires et comptes publics des provinces– 2005-2006, puisé dans « Garantir l'accès »

Le poids du service de la dette représente une somme annuelle de près de 2500 \$ par personne.

Au poids du service de la dette du gouvernement provincial, s'ajoute celui du service de la dette des gouvernements fédéral et municipaux²³. Aussi, sur chaque dollar perçu par les trois niveaux de gouvernement au Québec, 18 cents servent seulement au paiement des intérêts sur la dette publique, ce qui représentait une somme annuelle de 2 454 \$ par personne en 2002. Si l'on reporte ce fardeau parmi les personnes qui paient des impôts sur le revenu au Québec, cette somme s'élève maintenant à 5 446 \$. **Cela veut dire que tous les contribuables du Québec paieront en moyenne 5 446\$ pour les intérêts sur la dette publique seulement.** Ils ne reçoivent donc aucuns biens et services en retour sur ces paiements.

L'endettement du gouvernement entraîne un certain nombre de problèmes :

- Sur le plan macroéconomique, un recours accru à l'épargne et aux investissements étrangers, qui entraîne une réduction de l'excédent commercial sur les marchés extérieurs.

²³ Voir Joanis et Montmarquette (2005), pour une répartition détaillée du poids de la dette par niveau gouvernemental.

- Sur le plan de l'efficacité économique, un accroissement du fardeau fiscal des contribuables et une augmentation de l'incertitude face aux conditions économiques et financières.
- Sur le plan de l'équité intergénérationnelle, le fait de faire porter le fardeau des dépenses présentes et passées sur les générations futures de contribuables encourage l'exode de nos meilleurs éléments.
- Sur le plan politique, l'écart entre les services reçus et les impôts payés, pose un problème de plus en plus aigu dans les débats publics.

La gravité du problème de l'endettement public au Québec et l'urgence d'y faire face sont toujours des sujets de débats difficiles. **Toutefois, l'analyse de Joanis et Montmarquette (2005) porte à croire que « les effets négatifs de la dette publique sur l'économie québécoise et sur le caractère durable des programmes publics sont importants, et qu'ils s'ajoutent aux considérations d'équité intergénérationnelle en faveur d'une politique de réduction de la dette²⁴».** Une conclusion que les auteurs partagent avec plusieurs autres chercheurs canadiens.

Principaux constats

- Le vieillissement de la population ne laisse aucun doute sur le fait qu'il exercera des pressions à la hausse sur les dépenses de santé.
- À l'heure actuelle, les dépenses de santé accaparent déjà 43 % des dépenses de programmes. Depuis quelques années, la majeure partie de la croissance des budgets gouvernementaux est octroyée à la santé, 60 %. Le ministère de la santé estime que les dépenses de santé pourraient bien s'élever à 50 % des dépenses de programmes dès 2015. Pour maintenir le ratio actuel des dépenses de santé dans les dépenses totales, il faudrait réduire la croissance des dépenses de santé à 3,5 % annuellement comparativement à 6,3 % qu'il est actuellement.
- On peut donc envisager un accroissement du rationnement des services par rapport à la demande qui se traduira par des délais d'attente encore plus long, des pénuries de ressources et un accroissement de l'insatisfaction envers le système. Il est donc absolument essentiel que de nouvelles sources de financement soient rapidement développées.
- Étant donné que, comparativement à ses principaux partenaires commerciaux, la fiscalité du Québec et son niveau d'endettement sont nettement plus élevés, les seules façons d'accroître la quantité de services offerts sont : l'accroissement du financement privé ou l'amélioration de l'efficacité du système.

²⁴ *Ibid.*, p. 10

5.2 La proposition du comité Ménard : La Caisse santé

Selon le rapport Ménard (2005), les services de soins à domicile et les services d'hébergement et de soins de longue durée souffrent déjà de graves lacunes (accessibilité difficile et variable, manque de coordination, de continuité, de ressources disponibles, etc.) À court terme, un rehaussement important de l'offre de ces services sera nécessaire pour répondre adéquatement aux besoins de la population vieillissante, alors que la capacité de payer du gouvernement offre peu de possibilités.

Face à cette problématique, le ministère de la santé du Québec propose dans son document « Garantir l'accès », la création d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie parmi les avenues à explorer pour assurer la pérennité du financement du système de santé. Le régime proposé serait un nouveau régime distinct. Il couvrirait les services liés à la perte d'autonomie dispensés dans les CHSLD ainsi que les services de soutien à domicile : soins infirmiers, service d'aide à la vie quotidienne, services spécialisés telle la réadaptation, etc.

Au départ, le régime serait doté des crédits budgétaires consacrés actuellement aux services aux personnes en perte d'autonomie. Il serait également financé par des contributions obligatoires de 396 \$ par année de la part de tous les contribuables et par les revenus d'intérêt accumulés. Selon le document, le régime serait partiellement capitalisé de manière à accumuler une réserve financière, permettant d'atténuer à long terme les impacts découlant du vieillissement de la population.

L'impact de la Caisse santé par rapport à nos indicateurs de performance

À l'instar des analyses des autres mécanismes de financement des services de santé, la performance du régime d'assurance contre la perte d'autonomie est analysée selon sa contribution aux enjeux d'augmentation des coûts de santé, de financement de la santé et d'équité intergénérationnelle.

La Caisse santé du gouvernement aurait pour effet d'augmenter les impôts personnels et la part du budget allouée à la santé

L'introduction d'un nouveau régime d'assurance contre la perte d'autonomie aurait pour effet d'augmenter le niveau des impôts des contribuables québécois qui sont déjà surtaxés par rapport à leurs voisins. Le paiement d'une cotisation obligatoire constitue un impôt, peu importe le nom qui lui est donné. En outre, le nouveau régime aurait pour effet d'augmenter les services de santé financés publiquement et exercerait donc des pressions additionnelles sur les coûts publics de santé, ce qui est contraire aux objectifs de contrôle des coûts de santé du gouvernement.

En effet, à l'heure actuelle, les services aux personnes en perte d'autonomie ne sont pas officiellement assurés pour l'ensemble de la population. Ceux qui ont les moyens de s'héberger dans des maisons privées le font et le système public recueille les personnes les plus vulnérables. Si le gouvernement exigeait une cotisation pour les services aux personnes en perte d'autonomie, alors toute la population, peu importe le niveau de revenu, serait assurée et pourrait exiger du gouvernement qu'il la prenne en charge. Il s'agit là d'un élargissement important du panier de services assurés. Ainsi, en exigeant une contribution annuelle de 396 \$, le fonds ainsi créé serait de 1 337 millions \$²⁵, soit un montant tout juste suffisant pour financer les soins à domicile de 30 % de la population de 85 ans et plus en 2006. Puisque ce montant ne permettrait pas de financer la totalité des coûts annuels associés aux personnes en perte d'autonomie, il en résulterait une augmentation des dépenses publiques de santé. En outre, puisque l'on s'attend à ce que le nombre de contribuables diminue et à une augmentation du nombre de personnes âgées, la situation risquerait d'être désastreuse.

TABLEAU 9

Nombre de contribuables qui paient des impôts (2003)	3 376 000
Contributions à la Caisse santé (1 000\$)	1 336 896
Nombre de personnes âgées de 85 ans et plus (2006)	117 445
Coûts annuels des services à domicile pour une personne*	38 280 \$
Part des personnes âgées de + de 85 ans pouvant être couvertes par la Caisse santé	30 %

Sources : *Finances Québec, Éco-santé 2006 et Ministère de la santé et des services sociaux du Québec*

*: *La Presse, section Affaires, p. 3, dimanche 12 mars 2006.*

²⁵ 3,4 millions de contribuables, qui paient des impôts (2003), contribueraient 396 \$ à la Caisse.

La dette augmenterait et l'iniquité intergénérationnelle serait aggravée

Au lieu de réduire le problème d'iniquité intergénérationnelle, le nouveau régime aurait pour effet de l'aggraver. Le niveau de cotisation proposé ne couvrirait qu'une faible proportion des dépenses que le régime serait appelé à assumer. Ainsi, le nouveau régime serait déficitaire à plus ou moins court terme si le statu quo était maintenu pour tous les autres facteurs (c'est-à-dire que d'autres sources de financement pour le régime n'étaient pas développées). Il aggraverait le problème de la dette publique et forcerait les générations suivantes à payer pour ces services. En d'autres termes, alors que la vague des naissances d'après-guerre arrive à la retraite, l'État établirait à toute fin pratique pour eux un régime spécial d'assurance contre la perte d'autonomie garantissant une large gamme de services. Ce qui signifie que les baby-boomers seraient à l'abri des rationnements actuels et éventuels touchant le reste de la population. L'établissement d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie aurait pu être envisagé il y a environ 20-25 ans, soit avant l'arrivée des baby-boomers à la retraite. Procéder maintenant aurait pour effet d'imposer un énorme et inéquitable fardeau sur les générations montantes.

Enfin, si le gouvernement décidait de scinder le financement du système de santé en introduisant une contribution pour un risque spécifique, soit celui de la perte d'autonomie, il s'engagerait dans une voie qui risquerait de soulever d'épineuses questions. En effet, il serait tout aussi et même davantage justifié d'imposer une cotisation additionnelle aux personnes qui choisissent de s'exposer à des risques additionnels tels que, à titre d'exemples, les sportifs qui s'adonnent à des activités risquées ou encore les fumeurs.

5.3 Les solutions adoptées dans les pays de l'OCDE

Un examen de la situation relative aux soins prolongés montre que les pays membres ont adopté une variété d'approches face à cette problématique.

Les régimes publics de l'Australie et de l'Irlande incluent les soins de longue durée dans leur panier de services essentiels. En Allemagne, l'assurance pour les soins de longue durée est obligatoire. La population est couverte soit par le régime public ou par le régime privé. Les régimes publics des pays scandinaves, des Pays-Bas, de l'Autriche et de l'Australie assurent une très bonne couverture des soins de longue durée. Dans ces pays, la couverture publique étant adéquate, le marché de l'assurance privée est relativement faible.

L'assurance privée pour les soins de longue durée se développe essentiellement en Allemagne, en France, aux États-Unis et au Royaume-Uni. L'industrie de l'assurance

privée pour ce type de soins est embryonnaire dans la majorité des autres pays de l'OCDE, même si la couverture publique pour ces soins est inexistante. Essentiellement parce que le prix prohibitif de ce type d'assurance en ralentit le développement. À moins que des politiques publiques favorisant son développement soient mises en place, il est peu probable qu'elle se développe.

TABLEAU 10
LES DÉPENSES EN SOINS DE LONGUE DURÉE DANS LES PAYS DE L'OCDE
(POURCENTAGE DU PIB)

Pays	Soins à domicile	Services Institutionnels	Total	desquels		Part de la population de + de 65 ans recevant soins institutionnels	Part de la population de + de 65 ans recevant soins à domicile
				Dépenses Publiques	Dépenses privées		
Suède	0,8	2,1	2,9	2,7	0,1	7,9	9,1
Danemark				2,5			
Norvège	0,7	1,5	2,2	1,9	0,3	6,0	18,0
Autriche				1,3		3,6	14,8
Allemagne	0,5	0,9	1,4	1,0	0,4	3,9	7,1
Irlande	0,2	0,4	0,6	0,5	0,1	4,6	5,0
Pays-Bas	0,6	0,8	1,4	1,3	0,1	2,4	12,3
Espagne	0,2	0,4	0,6	0,2	0,5		
Suisse	0,2	1,3	1,5			7,0	5,4
Royaume-Uni	0,4	1,0	1,4	0,9	0,5	5,1	20,3
Australie	0,4	0,8	1,2	0,9	0,3	5,3	14,7
Canada	0,2	1,1	1,3	1,0	0,2	3,7	
Japon	0,3	0,6	0,9	0,8	0,1	3,2	5,5
Nouvelle Zélande	0,1	0,6	0,7	0,5	0,2		5,2
États-Unis	0,3	1,0	1,3	0,7	0,6	4,3	2,8

Source : "Long term care policies for older people" OCDE 2005

Deux types de stratégies ont été adoptés pour financer les régimes publics de soins de longue durée : (1) l'établissement de contributions et de fonds spécifiques à ces services, stratégie adoptée par l'Autriche, l'Allemagne, la Hollande, le Japon et le

Luxembourg et (2) le financement à même les revenus généraux de la fiscalité, stratégie adoptée en Suède, Australie et au Royaume-Uni.

5.3.1 Les régimes financés par des contributions spécifiques

Les dispositions des régimes d'assurance sociale à l'égard des soins prolongés sont très variées. Toutefois, elles ont certains points en commun. Dans tous les régimes, le financement du régime est réparti entre deux sources : les contributions spécifiques et les revenus généraux de la taxation. De façon générale, tous les travailleurs sont tenus de contribuer de même que les personnes âgées. Dans tous les cas, les régimes sont administrés par des instances décentralisées, régionales et locales, déjà impliquées dans l'administration et le financement de la santé. Enfin, les régimes ont tous été établis depuis un certain nombre d'années.

TABLEAU 11

Pays	Année d'institution
Hollande	1968
Autriche	1993
Allemagne	1995-96
Luxembourg	1999
Japon	2000

Devant la montée continue des coûts liés au vieillissement, tous les pays envisagent actuellement d'apporter des réformes importantes à leur régime public d'assurance de longue durée pour assurer leur viabilité financière. Seul le régime du Luxembourg, dont l'établissement est relativement récent, semble faire exception à cet égard. Selon l'OCDE, la viabilité financière future de ces régimes est loin d'être assurée.

5.3.2 Les régimes financés par la fiscalité générale

La Suède

Les services de longue durée en Suède occupent une place beaucoup plus importante dans le système de santé et social du pays que chez les autres membres de l'OCDE. En effet, la Suède dépense plus que tout autre pays pour assurer les services aux personnes en perte d'autonomie, soit 2,9 % de son PIB, comparativement à moins de 1,5 % en moyenne. Cette proportion est essentiellement expliquée par le fait que le

taux d'emploi chez les femmes est élevé et donc les besoins pour prendre soins des aînés sont élevés.

La Suède a été confrontée à un problème de financement de l'ensemble de son système de protection sociale dont les coûts étaient élevés, ce qui excluait la possibilité de dépenses additionnelles. Une réforme a été effectuée afin que le niveau existant des dépenses produise de meilleurs résultats sans toutefois remettre en cause les principes de base du système de santé suédois : un accès égal à tous les services de santé pour tous les citoyens. L'approche retenue a consisté d'une part à **identifier plus clairement et limiter les services couverts et cibler les personnes dont les besoins étaient les plus grands**. D'autre part, l'emphase a été placée sur l'achat de services privés et l'aide financière aux familles les plus vulnérables. Enfin, une dévolution de responsabilités et de ressources financières vers les municipalités a été effectuée, notamment en ce qui concerne les services aux personnes âgées. Cette initiative avait pour objectif de changer la culture de soins médicaux vers une culture de soins sociaux.

Il est intéressant de noter que cette réforme a eu pour effet de réduire de 15 % le nombre de lits occupés par des patients nécessitant des soins de longue durée dans les hôpitaux de soins aigus. De plus, la proportion de la population bénéficiant de soins à domicile a diminué de 14 % à 6 %. En contrepartie, le niveau des soins pour les personnes couvertes s'est amélioré.

En conséquence, alors que les dépenses de santé en Suède étaient beaucoup plus élevées que dans le reste des pays de l'OCDE, elles correspondent depuis la réforme à la valeur moyenne pour ces pays.

Le Royaume-Uni

La capacité de financer à long terme les soins prolongés est devenue une préoccupation du gouvernement travailliste vers la fin des années 1990 et le demeure depuis.

Les citoyens ayant des besoins de soins de longue durée subissent un test de besoins afin de vérifier leur éligibilité à une subvention d'assistance sociale. Or, les groupes de pression ont fait valoir leurs préoccupations à l'effet que les personnes en perte d'autonomie doivent épuiser leur épargne avant d'être éligible aux prestations sociales.

En 1997, devant cette tendance à l'accroissement des pressions sur la demande d'assistance pour les soins de longue durée, une commission royale a été créée, dont le mandat était de développer des options et recommander un système viable de financement de ces services pour le futur.

Dans son rapport, la commission a conclu que les soins prolongés constituaient un risque qui devait être couvert par une forme d'assurance (« risk pooling »). Après avoir rejeté l'assurance privée de soins prolongés et un régime d'assurance sociale, la commission a recommandé que les soins institutionnels et à domicile soient assurés par le « National Health System » et financés par les revenus généraux de l'état.

Le gouvernement n'a pas accepté la recommandation de la Commission. Il a plutôt procédé à des modifications des tests de besoins. Selon le gouvernement, le fait de rendre les soins prolongés gratuits aurait impliqué d'énormes dépenses sans que de nouvelles sources de financement soient générées. Il n'y aurait donc pas d'augmentation possible des services disponibles.

L'Australie

À l'instar des autres membres de l'OCDE, le gouvernement Australien s'inquiète au sujet de la viabilité du système de soins prolongés devant l'augmentation anticipée de la population âgée. En 1997, elle a procédé à une réforme majeure de ce système.

Les différents programmes de soins ont été intégrés en un seul système. Au plan financier, les usagers ont été soumis à trois types de contributions soit (1) une contribution uniforme de base fixée à un niveau jugé acceptable pour les bénéficiaires du régime public de pension de vieillesse; (2) une contribution sujette à un test de revenu et (3) une contribution sujette à un test d'actif.

Apparemment, la réforme a eu pour résultat d'améliorer le financement des soins de longue durée et donc de réduire les pressions sur les finances publiques pour ces services. En outre, l'intégration des services a eu pour effet non seulement d'améliorer l'efficacité du système mais aussi la qualité des soins.

Aucun pays ne semble avoir résolu la problématique du financement des soins de longue durée

Selon l'OCDE, les pays qui ont introduit des régimes contributifs d'assurance sociale ont résolu des problèmes immédiats mais se trouvent en contrepartie confrontés par de nouveaux engagements significatifs pour maintenir dans l'avenir ces régimes sans égard à la conjoncture économique. Il est loin d'être assuré que leur viabilité financière à long terme soit assurée. D'ailleurs, dans chacun de ces pays, des réformes sont présentement envisagées.

Les autres pays ont voulu atteindre un meilleur équilibre entre, d'une part, l'équité et la qualité des soins et, d'autre part, la viabilité du système à l'intérieur de l'enveloppe

fiscale existante. Ces pays ont dû faire des choix difficiles de réduction des services (Suède) et d'introduction ou de modification de tests de revenus et d'actifs (Suède, Grande-Bretagne, Australie).

La solution ne passe pas par l'établissement d'une Caisse santé

Cette analyse ne permet aucunement de conclure que l'établissement d'un régime contre la perte d'autonomie assurerait la pérennité du système de santé. Au contraire, en plus d'être incertain, l'établissement d'un tel régime irait nettement à l'encontre des prémisses qui découlent du contexte actuel de la fiscalité et des finances publiques. Il n'en reste pas moins que la population vieillit et que les besoins de services de santé pour les personnes en perte d'autonomie vont augmenter considérablement.

De l'avis des auteurs, l'ajout de services publics ne saurait être envisagé à moins que le gouvernement s'engage dans des réformes importantes qui auraient pour effet de dégager une marge de manœuvre financière pour le faire. Étant donné les contraintes importantes auxquelles les finances publiques sont soumises, cette marge de manœuvre ne pourrait être dégagée qu'en :

1. désassurant certains services de santé;
2. introduisant des mesures visant à accroître la participation du privé dans le financement des soins de santé;
3. encourageant les personnes qui en ont les moyens à s'assurer auprès du privé tout en renonçant aux services publics pour lesquels ils sont assurés.

Enfin, devant un tel constat, il serait essentiel que le Québec renonce à introduire des services additionnels gratuitement pour l'ensemble de la population. Le fait que le système assure la population la plus vulnérable ne devrait pas impliquer nécessairement que les services devraient être gratuits pour tous et surtout pour ceux qui ont les moyens de payer (si ce n'est qu'une partie).

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Cette étude est une première étape dans l'analyse des options pour diminuer les pressions sur les finances publiques associées au financement de la santé. Pour cette raison, elle s'est limitée à l'analyse de trois options largement discutées au Québec comme étant des solutions potentielles, soit l'imposition d'une contribution des individus, ouvrir la possibilité de s'assurer auprès du privé pour des soins de santé autrement couvert par le régime d'assurance maladie et la Caisse santé.

La situation du Canada est assez particulière en ce sens que nous sommes un des seuls pays de l'OCDE qui limite l'assurance privée à des assurances pour des services qui ne sont pas assurés par le système public. Même dans ces conditions, nous sommes le quatrième pays de la zone de l'OCDE en termes de part des dépenses totales de santé assumées par les assureurs privés. Puisque nous ne pouvons nous assurer que pour des services « non essentiels », il apparaît que nous sommes de gros consommateurs de « médecines alternatives ». Serait-ce parce que les usagers sont prêts à investir davantage dans leur santé?

Puisque les services de santé « essentiels » sont exclusivement financés par les finances publiques et gérés par le système public, les fonds qui y sont attribués, et donc l'offre de services, sont déterminés en fonction de la disponibilité des budgets fiscaux. Comme dans les autres pays où c'est le cas, il en résulte de très longs délais d'attente. Or, nos finances publiques sont dans un état précaire et laissent peu de marge de manœuvre pour accroître le financement à la santé. Puisque cette situation perdure, les salaires des professionnels de santé sont maintenus artificiellement bas et il apparaît, si on se fie aux journaux, que la qualité des services commence à en souffrir (épidémies de C. difficile, niveau de services dans les CHSLD, etc.). Le statu quo est dorénavant insoutenable.

L'analyse des systèmes de santé des pays de l'OCDE nous a permis de formuler les recommandations suivantes :

- la mise en place d'une Caisse santé au Québec serait une erreur;
- il n'existe pas de système idéal ou de réglementation optimale applicable à tous les pays;
- la solution n'est pas unique et se trouve plutôt dans la complémentarité des politiques;

- le développement de nouvelles sources de financement repose sur le développement de l'assurance privée et d'un secteur privé de la santé qui ne se développeront que si les conditions propices à leur développement sont mises en place;
- la responsabilisation est également une source additionnelle de financement et elle repose sur la contribution des usagers au moment de recevoir la prestation de services;
- enfin, l'ensemble de ces options doivent être envisagées en mettant des politiques en place visant à maintenir un accès équitable et universel aux services de santé.

Toutefois, il est apparu à plusieurs auteurs de façon générale, et il nous apparaît pour la situation québécoise, que ce type de solutions n'apportera qu'un bref répit à la problématique si la gouvernance de notre système de santé n'est pas améliorée. En effet, plusieurs facteurs nous portent à croire qu'une bonne part de la solution réside dans cette option. Nous souhaitons analyser en profondeur en deuxième étape de cette analyse, notamment les facteurs suivants :

- Selon les chercheurs de l'OCDE, les seuls pays qui ont réussi à ralentir les coûts des régimes publics de santé sont ceux qui se sont attaqués à la gouvernance de leur régime (incitation à la performance, concurrence, évaluation et contrôle des coûts et séparation des mécanismes de financement et de prestation des services).
- D'une façon générale, les pays de l'OCDE ont remplacé le système de remboursement des coûts pour la rémunération des hôpitaux, des médecins et autres dépenses, mécanisme encourageant l'inefficience, par un système de tarification à l'activité qui encourage la productivité²⁶.
- Exception faite de la Grande-Bretagne, tous les pays de l'OCDE²⁷ sont dotés de structures décentralisées au niveau régional ou de comté. Ces structures sont généralement responsables de l'organisation et de la distribution des soins. La fonction de financement ou d'acheteur de soins est dissociée du ministère. Cette séparation ouvre la porte à différents modes d'évaluation dans lesquels l'évaluateur n'est pas à la fois juge et partie.
- Au Québec, les composantes fondamentales du système, soit les soins hospitaliers et les soins médicaux, sont publiques et entièrement financées par le gouvernement. La

²⁶ « Vers des systèmes de santé plus performants, Résumé » OCDE, 2004

²⁷ Les États-Unis sont exclus de cette analyse en raison du caractère totalement particulier de leur système de santé.

radiologie en cliniques privées constitue la seule exception significative. Notre système constitue donc essentiellement un monopole.

- Non seulement notre système constitue un monopole, mais il est totalement centralisé et toutes les fonctions sont assumées par le ministère de la santé (MSSS). Il n'existe aucune structure régionale décentralisée détentrice de pouvoirs décisionnels. Le ministère prend en charge l'élaboration des politiques et programmes, la répartition des ressources financières, le contrôle sur l'utilisation des ressources financières et l'évaluation de la performance du système et de ses constituantes. Il est à la fois juge et partie et ne partage ses pouvoirs avec aucune instance.
- L'existence d'un monopole sur les soins hospitaliers et médicaux fait en sorte que les personnes n'ont aucun choix quant à ces soins. Cette absence de choix ou de compétition à l'intérieur du système élimine le besoin d'être innovateur et efficace.
- Il serait possible d'introduire un élément de concurrence dans le système par la création d'un marché interne et l'abolition de la prohibition sur l'assurance et les soins privés. Toutefois, les effets découlant de la création d'un marché interne au moyen de l'achat de services ne semblent pas concluants surtout hors des grands centres où les conditions nécessaires pour la création d'un marché n'existent pas. Une entreprise de cette envergure qui s'étendrait à l'ensemble du système ne serait pas justifiée.
- Les fonctions de financement du système et de l'organisation des services pourraient être séparées en faisant de la RAMQ une entité séparée du MSSS. La RAMQ pourrait assumer les fonctions de contrôle de l'utilisation des ressources et d'évaluation du système. Ce transfert de responsabilité éliminerait la situation de conflit au sein du MSSS et introduirait un élément d'analyse et de vérification objective dans le système. La RAMQ pourrait également assumer le développement de programmes destinés à compléter ceux du MSSS en matière de prévention, d'éducation et d'innovation.
- Enfin, ces changements exigeraient une révision de la mission de la RAMQ et de la composition de son conseil d'administration. Afin de bien dissocier les fonctions de contrôle et d'évaluation du MSSS, la RAMQ devrait être placée sous la responsabilité du Conseil du trésor. Il faudrait anticiper la résistance de la part des instances concernées, notamment des médecins et des pharmaciens. Toutefois, ce type de politique serait très bien accueilli du public en général.

En somme, il importe d'exposer clairement les coûts de la santé. Ce faisant, la responsabilisation individuelle pourra prendre place. Si l'intérêt d'un meilleur système de santé mixte s'exprime, il y aura alors une volonté plus ferme de travailler davantage pour se payer

6. Conclusion et recommandations

ce système. Pour le moment, les uns comme les autres ne sont pas suffisamment exposés aux coûts dans la mesure où un tiers intervient et la majorité des coûts n'est même pas connue.

7. BIBLIOGRAPHIE

Aballea, P., Bras, P.-L. et S. Seydoux (2006) « Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé », IGAS.

Castonguay, J., Castonguay, C., Montmarquette, C., « La pérennité du système de santé : un enjeu de finances publiques, Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales, CIRANO 2006

Colombo, F. et N. Tapay (2004) « Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems », OECD Health Working Papers, DELSA/ELSA/WD/HEA(2004)6.

Colombo, F. et N. Tapay (2003) « Private Health Insurance in Australia: A Case Study », OECD Health Working Papers, DELSA/ELSA/WD/HEA(2003)8.

Colombo, F. et N. Tapay (2004) « Private Health Insurance in the Netherlands: A Case Study », OECD Health Working Papers, DELSA/ELSA/WD/HEA(2004)9.

Colombo, F. et N. Tapay (2004) « Private Health Insurance in the Ireland: A Case Study », OECD Health Working Papers No. 10.

Dupuis, F., Durocher, B., Montmarquette, C., Robert, D., « Le redressement de la situation fiscale du Québec : Un défi à la fois prioritaire et incontournable, Cirano et Desjardins Études économiques, 2006

Esmail, N., Walker, M. and S. Yeudall (2004) « How Good is Canadian Health Care? 2004 Report An International Comparison of Health Care Systems », 2004 Critical Issues Bulletin, The Fraser Institute.

Feldman R. et Dowd B. (1991), « A New Estimate of Welfare Loss of Excess Health Insurance », *American Economic Review*, 81, (1), pp. 297-301.

Feldstein M. S. (1973), « The Welfare Loss of Excess Health Insurance », *Journal of Political Economy*, 81, (1), pp. 251-280.

Finances Québec, « Statistiques fiscales des particuliers, année d'imposition 2003

Fortin, G. (2004) « SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies Canada National Health Accounts 1999 » OECD Health Technical Papers, DELSA/ELSA/WD/HTP9(2004)2.

Graam, W. et M. Green « The Economics of Health Care », Office of Health Economics.

Häkkinen, Unto. (2005), « The impact of changes in Finland's health care system », *Health Economics*, 14, pp. S101-S118.

Hall, J. (2004) « Can we design a market for competitive health insurance? », Centre for Health Economics Research and Evaluation, Discussion Paper 53.

Keskimäki, Ilmo. (2003), « How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socio-economic equity in the use of hospital care? », *Social Science & Medicine*, 56, pp. 1517-1530.

Hit summary: Australia (2002) « Health Care Systems in Transition », European Observatory on Health Systems and Policies.

Hit summary: Canada (2005) « Health Systems in Transition », European Observatory on Health Systems and Policies.

Hit summary: France (2004) « Health Care Systems in Transition », European Observatory on Health Systems and Policies.

Hit summary: Germany (2004) « Health Care Systems in Transition », European Observatory on Health Systems and Policies.

Hit summary: Italy (2001) « Health Care Systems in Transition », European Observatory on Health Systems and Policies.

Hit summary: Netherlands (2005) « Health Care Systems in Transition », European Observatory on Health Systems and Policies.

Newhouse J. P., (1993), « Free for All ? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment », Harvard University Press, Cambridge, Mass.

Oliver, A. (2005) « The English National Health Service: 1979-2005 », Health Economics 14: S75-S99.

OCDE (2004) « L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE », OCDE L'Observateur, novembre.

OCDE (2004) « Vers des systèmes de santé plus performants », Études thématiques, Le projet de l'OCDE sur la santé.

OCDE (2004) « Vers des systèmes de santé plus performants », Résumé, Le projet de l'OCDE sur la santé.

OCDE (2005), "Paying for long term Care: Current reforms and issues for the Future"

Rice T. (1993), « Demand curves, economists, and desert islands : A response to Feldman and Dowd », *Journal of Health Economics*, 12, pp. 201-204.

Tableau de bord du conseil d'administration (2006-2007), CHU Sainte-Justine, Le centre hospitalier universitaire mère-enfants, Pour l'amour des enfants, Université de Montréal.

Van Doorslaer Eddy, Masseria Cristina, (2004) « L'inégalité de l'utilisation des services de santé en fonction du revenu dans 21 pays de l'OCDE », OCDE

Yasushi O., Honda C., (2003), « Horizontal Inequity in Health Care Utilization in Japan », *Health Care Management Science*, 6, 3, pp. 189-196.

Zweifel P., Manning W. G. (2000), « Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care », in : *Handbook of Health Economics*. Culyer A. J., Newhouse J.P. (ed.) Elsevier Science, pp. 409-459.

Roy, David. « Getting better value for money from Sweden's health care system », Economic department working papers, OCDE, 2005.

ANNEXE 1 : LES POLITIQUES DE CO-PAIEMENT DANS LES RÉGIMES D'ASSURANCE PUBLICS DANS LES PAYS DE L'OCDE

Pays	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Médicaments	Soins aux malades hospitalisés	Versements nets des ménages % des dépenses totales de santé (2003)
Allemagne	Un forfait de 10 EUR (14 CAD) par trimestre couvre toutes les consultations au cours du trimestre. Les actes préventifs ne sont pas facturés par les praticiens.	Les patients qui sont référés par un autre médecin ne paient pas de contribution supplémentaire sous réserve que la consultation intervienne au cours du même trimestre.	Participation aux frais jusqu'à 10 % du prix, mais ne pouvant être inférieure à 5 EUR (7 CAD) ni supérieure à 10 EUR (14 CAD) par médicament.	Participation aux frais jusqu'à 10 EUR (14 CAD) par jour, limité à 28 jours au maximum dans l'année civile.	11,8 %
Australie	Les patients sont remboursés à hauteur de 85 % du tarif inscrit au barème sauf en cas de facturation globale.	Les patients sont remboursés jusqu'à 85 % du tarif inscrit au barème s'ils sont envoyés par un médecin référent.	Maximum de 23.70 AUD (21 CAD) par ordonnance pour les patients de médecine générale (liste de médicaments approuvés par le gouvernement).	Nul.	19,7 %
Autriche	Aucun paiement pour 80 % de la population; et 20 % de la population paie environ 20% des honoraires des médecins	Idem que pour les généralistes.	4,50 USD (5 CAD) par ordonnance.	Maximum de 6 USD (7 CAD) par jour, maximum 28 jours par an.	15,0 %
Belgique	10 % pour les catégories vulnérables (personnes à revenu faible, handicapés, orphelins et veuves) jusqu'à 25 % pour le reste de la population.	Idem que pour les médecins généralistes.	Taux de coassurance de 10, 20, 30 et 50 % du coût selon sa catégorie. 100 % pour les médicaments non remboursables.	Participation aux frais jusqu'à 5 à 6 USD (5 à 7 CAD) par jour (jours 1 à 8), jusqu'à 13,50 USD (17,40 CAD) par jour pour des hospitalisations au-delà de 90 jours. Frais réduits pour les catégories vulnérables.	23,5 %

Annexe 1 : Les politiques de co-paiement dans les régimes d'assurance publics dans les pays de l'OCDE

Canada	Nul.	Nul.	À l'appréciation des provinces.	Nul.	14,5%
Pays	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Médicaments	Soins aux malades hospitalisés	Versements nets des ménages % dépenses totales de santé (2003)
Corée	Frais de consultations externes : 30 % pour les consultations en centre de soins, 40 % en hôpital, 55 % en hôpital général.	Frais de consultations externes : 30 % pour les consultations en centre de soins, 40 % en hôpital, 55 % en hôpital général.		20 % des soins avec hospitalisation (frais d'hospitalisation).	37,8%
Danemark	Nul sauf pour environ 2 % de la population qui ont un accès directe aux spécialistes.		Taux fixe plus 50, 70 et 100 %.	Nul.	13,9%
Espagne	Nul.	Nul.	Taux de coassurance de 40 % avec un taux réduit de 10% pour les retraités et les malades de longue durée.	Nul.	24,1%
États-Unis	20 % en plus de la franchise de 100 USD (112 CAD). Plus une prime mensuelle de 66,60 USD (75 CAD) pour couvrir les frais des médecins.		100%	Franchise de 876 USD (987 CAD) pour les 60 premiers jours d'hospitalisation ; ticket modérateur de 219 USD (246 CAD) par jour du 61 ^e au 90 ^e jour ; 438 USD (495 CAD) par jour au-delà de 90 jours.	13,5%
Finlande	Nul pour les jeunes âgés de moins de 18 ans. Le tarif est de 11 EUR (16 CAD) la consultation. Il existe un plafonnement de contribution annuelle de 22 EUR (32 CAD).	La consultation externe est de 22 EUR et elle est gratuite dans les unités de traitement de patients psychiatriques non hospitalisés.	Remboursement de 50 % du coût des médicaments au-delà d'une franchise de 10 EUR (14,50 CAD).	Hôpital : 26 EUR (37,50 CAD) par jour, 12 EUR (17 CAD) par jour dans les services psychiatriques. Soins de longue durée : les contributions sont établies en fonction des ressources et plafonnées à 80 % du revenu du patient.	19,4 %

Annexe 1 : Les politiques de co-paiement dans les régimes d'assurance publics dans les pays de l'OCDE

Pays	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Médicaments	Soins aux malades hospitalisés	Versements nets des ménages % dépenses totales de santé (2003)
France	Taux de coassurance de 30 % et plus en cas de dépassement d'honoraires. La participation aux frais peut être inférieure si elle est couverte par l'assurance complémentaire. L'assurance complémentaire couvre plus de 80 % de la population. Exonération du ticket modérateur pour les groupes vulnérables et les malades chroniques.		0 % pour certains médicaments; 35 % pour la plupart des médicaments, 65 % pour les médicaments de confort ou sans valeur thérapeutique démontrée.	11 EUR (16 CAD) par jour plus 20 % des coûts totaux pendant les 30 premiers jours, jusqu'à de 200 EUR (288 CAD)	7,7 %
Grèce	Nul.	Nul.	0, 10 et 25 %.	15 USD (17 CAD)	43,7%
Hongrie	Nul.	Participation aux frais si le patient n'est pas envoyé par un médecin référent (sauf pour les urgences).	0, 10, 30, 50 ou 100 % ; système de prix de référence pour certains médicaments.	Aucun frais pour la catégorie I ; catégorie II : 17 USD (19 CAD) par jour, avec un maximum de 166 USD (187 CAD) pour une période de 12 mois.	24,8%
Irlande	Nul pour les personnes à revenu faible (catégorie I : 1/3 de la population) ; 19 à 25,40 EUR (27 à 37 CAD) pour les personnes ayant un revenu au-delà du seuil de la catégorie II.	Idem que pour les médecins généralistes.	Aucun frais pour la catégorie I ; remboursement de la fraction des coûts dépassant 21 USD (24 CAD) pour la catégorie II.	Aucun frais pour la catégorie I ; catégorie II : 17 USD (19.17 CAD) par jour, avec un maximum de 166 USD (187 CAD) pour une période de 12 mois.	13,4%
Islande	9 USD (10 CAD)	17 USD (19 CAD) plus 40 % du reste du coût.	0, 12, 50 ou 25 %	Nul.	16,5%
Italie	Nul.	Maximum de 41 USD (46 CAD)	Gratuit pour les médicaments de la catégories I ; 50 % pour la catégorie II ; gratuit pour les médicaments de catégorie I et II pour les personnes exonérées et 100 % pour les médicaments de catégorie III.	Nul.	22,2 %

Annexe 1 : Les politiques de co-paiement dans les régimes d'assurance publics dans les pays de l'OCDE

Pays	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Médicaments	Soins aux malades hospitalisés	Versements nets des ménages % dépenses totales de santé (2003)
Japon	30 % (20 % pour les enfants de moins de 3 ans).	Idem que pour les médecins généralistes.	30 % (20 % pour les enfants de moins de 3 ans).	Idem que pour les médecins généralistes.	17,3 %
Luxembourg	5 %.	5 %.	0 ou 20 %.	Taux fixe de 5,30 EUR (8 CAD) par jour.	6,7 %
Mexique	Pas de participation aux frais pour les affiliés aux régimes de sécurité sociale (soit à peu près la moitié de la population). S'agissant des établissements dépendants du ministère de la Santé, qui sont ouverts à l'ensemble de la population. Le ministère des Finances fixe des taux indicatifs de participation financière en fonction du revenu des ménages mais les taux appliqués varient selon les États et selon les hôpitaux.				52,9 %
Norvège	11 USD (12 CAD)	16 USD (18 CAD).	25 % pour les médicaments du ticket bleu, maximum de 43 USD (49 CAD) par ordonnance.	Nul.	15,5 %
Nouvelle-Zélande	Dépassement d'honoraires	Patients externes 3 à 17 USD.	2 à 8 USD (2 à 9 CAD) avec plafonnement des frais non remboursables.	Nul.	15,6 %
Pays-Bas	Nul.	Nul.	Les médicaments prescrits sont remboursés s'ils sont jugés valables d'un point de vue pharmaceutique et financier.	Nul.	7,9 %
Pologne	Nul.	Nul.	Liste de base : taux fixe = 0,05 % du salaire minimum ; liste supplémentaire : 30 à 50 % du coût du médicament. Les patients souffrants de maladies chroniques et les anciens combattants sont intégralement ou partiellement remboursés.	Nul.	26,4 %

Annexe 1 : Les politiques de co-paiement dans les régimes d'assurance publics dans les pays de l'OCDE

Pays	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Médicaments	Soins aux malades hospitalisés	Versements nets des ménages % dépenses totales de santé (2003)
Portugal	Un forfait de 1,50 EUR (2 CAD).	Maximum de 213 USD (241 CAD).	0, 30, 60 ou 100 % selon les catégories de médicaments.	30 USD (34 CAD).	20,3 %
République slovaque	Nul.	Nul.	La catégorie I est entièrement couverte, la catégorie II est partiellement remboursée et la catégorie III est à la charge du patient.	Nul.	11,7 %
République tchèque	Nul.	Nul.	Les médicaments génériques sont couverts. Les autres sont remboursés s'ils constituent la seule solution.	Nul.	10,0 %
Royaume-Uni	Nul.	Nul.	9 USD (11 CAD) par ordonnance, ou gratuit avec un « abonnement » de 130 USD (147 CAD). Nombreuses personnes exonérées.	Nul.	11,0 % (1996)
Suède	13 à 20 USD (15 à 23 CAD) la consultation. Plafonnement des contributions par période de 12 mois à 120 USD (135 CAD).	26 à 40 USD (29 à 45 CAD) la consultation. Plafonnement des contributions par période de 12 mois à 120 USD (y compris honoraires des médecins généralistes).	Le patient paie 100 % du coût des médicaments jusqu'à 120 USD (135 CAD), passé ce seuil, la participation est dégressive : 50, 20 et 10 %. Les frais pour les médicaments sont plafonnés à 240 USD (270 CAD) par période de 12 mois.	Un maximum de 10 USD (11 CAD) par jour.	-
Suisse	10 %	10 %	10%	10 CHF (9 CAD) par jour.	31,6
Turquie	Nul.	Nul.	10 % pour les retraités et 20 % pour les actifs.	Nul.	19,9

ANNEXE 2 : LES POLITIQUES D'EXEMPTION OU DE RÉDUCTION DE LA PARTICIPATION DANS LES PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE.

Pays	Exemption ou réduction de la participation
Allemagne	Les enfants et les cas sociaux.
Autriche	Pas de participation pour les enfants, les retraités et les indigents.
Belgique	Régime préférentiel pour invalides, pensionnés, veufs, orphelins, bénéficiaires du revenu garanti aux personnes âgées, enfants handicapés bénéficiant d'allocations familiales majorées, bénéficiaires d'une allocation pour handicapés, chômeurs depuis au moins un an, âgés de 50 ans ou moins ayant à charge une famille ou isolés, lorsque les revenus annuels bruts imposables de leur famille sont inférieurs à un maximum annuel de (EUR 11.76) + (EUR 2.18) par personne à charge.
Danemark	Non applicable: aucune participation.
Espagne	Non applicable: aucune participation.
Finlande	Pas de participation des enfants de moins de 15 ans.
France	Titulaires d'une pension d'invalidité pris en charge à 100 % du taux de responsabilité. Titulaires d'une rente d'accident de travail d'un taux supérieur à 66,66 %, pris en charge à 100 % ainsi que leurs ayants droit.
Grèce	Non applicable: aucune participation.
Hongrie	Pas de participation pour les indigents.
Irlande	Pas de participation pour les personnes à revenu faible (catégorie 1 : un tiers de la population).
Islande	Participation réduite pour pensionnés et enfants. Le montant maximum annuel pour une famille est de ISK 12.000 (EUR 164).

Annexe 2 : Les politiques d'exemption ou de réduction de la participation dans les pays de l'union européenne

Italie	<p>Les analyses, les visites chez les spécialistes et les médicaments de la tranche B sont gratuits pour :</p> <p>Les invalides civils à plus de 2/3, les invalides de service, les invalides de guerre, les enfants jusqu'à 6 ans, les personnes âgées de plus de 65 ans avec un revenu familial inférieur à 36.152 EUR par an, les bénéficiaires de la pension minimale âgés de plus de 60 ans et les chômeurs avec un revenu annuel inférieur à 8.263 EUR (isolés) ou à 11.362 EUR (couple) + 516 EUR par enfant à charge, les bénéficiaires de pension sociale et leur famille à charge, aveugles et sourds-muets.</p> <p>Ils sont partiellement gratuits pour:</p> <p>Ceux qui souffrent de maladies chroniques provoquant une invalidité; les invalides civils et du travail en-dessous de 2/3, en cas de grossesse et de maternité.</p>
Luxembourg	Pas d'exemptions.
Mexique	Pas de participation aux frais pour les affiliés aux régimes de sécurité sociale (soit à peu près la moitié de la population).
Norvège	Les enfants de moins de 7 ans sont exemptés de certains frais. La participation des enfants entre 7 et 16 ans est prise en compte pour le plafond d'un des deux parents. Des exemptions spéciales sont appliquées à certaines maladies et catégories de patients. Pas de participation dans le cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.
Pays-Bas	Non applicable: aucune participation.
Portugal	Exonération pour certaines catégories: par exemple, les femmes enceintes, les enfants de moins de 12 ans, les pensionnés dont les revenus sont inférieurs au salaire minimum national, les personnes ayant la charge de certains jeunes handicapés, les personnes nécessiteuses d'un point de vue économique et social.
Royaume-Uni	Non applicable: aucune participation.
Suède	Urgences: Pas de frais en dessous de 20 ans.
Turquie	Non applicable: aucune participation.

Montants approximatifs en dollars canadiens, américains ou en euros, convertis selon les taux de changes nominaux.

Source : Le projet de l'OCDE sur la santé, Vers des systèmes de santé plus performants.

ANNEXE 3 : FICHES DESCRIPTIVES DES SYSTÈMES DE SANTÉ DE DIFFÉRENTS PAYS DE L'OCDE

ASSURANCE SANTÉ, PUBLIQUE ET PRIVÉE, AU PAYS-BAS

	Assurance publique	Assurance privée
Médecins généralistes	Couverture universelle pour 70 % de la population sous seuil de revenu. Primes assurances sociales obligatoires.	Couverture primaire volontaire pour 30 % de la population au-dessus d'un seuil de revenu. Couverture supplémentaire.
Médecins spécialistes	Couverture universelle pour 70 % de la population sous seuil de revenu.	Couverture pour 30 % de la population au-dessus d'un seuil de revenu.
Services hospitaliers	Couverture universelle pour 70 % de la population sous seuil de revenu.	Couverture pour 30 % de la population au-dessus d'un seuil de revenu.
Soins longue durée	Assurance sociale universelle (Fonds de santé)	N/A
Médicaments	Liste de médicaments couverts pour les patients externes.	Assurances primaires : liste de médicaments. Assurances supplémentaires : autres.
Services dentaires	Visites annuelles, soins de base et prothèses dentaires pour les adultes.	Certains soins dentaires sont inclus dans la couverture de base. Assurances supplémentaires : soins dentaires additionnels

Source : *Health systems in transition – HiT summary Netherlands, OCDE 2005*

Dépenses de santé en % du PIB : 9,1 % (2004)

Proportion des coûts totaux de santé en 2004 financés par le public : 65,4 %, par les assureurs privés : 20 % et les individus : 8,2 %.

Assurances privées primaires couvrent 30 % de la population et l'assurance supplémentaire 93 % des assurés sociaux.

Caractéristiques :

Les assurances privées (AP) sont offertes par des mutuelles et des compagnies d'assurance à but lucratif et à but non lucratif.

La source de la couverture santé est déterminée selon les catégories de risques, du type de maladies et du niveau de revenu.

L'assurance sociale (AS) couvre tous les soins de longue durée.

Les services assurés par l'assurance sociale et l'AP sont les mêmes, mais l'AP offre plus de choix. L'AP est également souvent sujet à un partage des coûts avec l'assuré.

Financement :

Les assurés au privé contribuent obligatoirement aux fonds sociaux et les plus en santé paient une surcharge pour compenser pour les plus grands risques. Une police standard pour les soins primaires doit être offerte par tous les assureurs.

Les généralistes et les dentistes sont rémunérés par capitation pour les assurés sociaux (70 % de la population) et à l'acte pour ceux couverts par un régime privé. Dans certains cas les spécialistes sont rémunérés sur une base de capitation et dans d'autres leur rémunération est incluse dans le budget des hôpitaux.

Performance du système

L'assurance privée aux Pays Bas n'a pas provoqué une hausse des coûts de santé comparativement aux coûts de l'AS.

Des mesures strictes sont implantées pour contrôler les coûts totaux de santé. La part de la population assurée par AP demeure relativement constante et n'est pas sujette à de grandes fluctuations au niveau de la taille et de la composition du pool. En outre, les taux aux fournisseurs de soins (GP, hôpital et spécialistes) sont les mêmes pour tous.

Le régime WTZ²⁸ n'encourage pas les AP à une plus grande efficacité puisque les assureurs sont remboursés pour le coût réel encouru pour les soins aux personnes âgées et celles plus à risque, ce qui élimine le risque aux assureurs privés d'assurer

²⁸ Régime : réglementation qui oblige les assureurs privés à offrir une police d'assurance standard qui assure une couverture minimum aux personnes les plus à risque.

cette population, réduit la concurrence non désirable entre les assureurs sur la base de la sélection des risques.

Les AP ne sont pas très impliquées dans les décisions sur les moyens d'offrir les services de santé. À contrario, certaines AS suivent avec les prestataires les habitudes de consommation et investissent sur l'amélioration de l'efficacité.

Équité

Le système de financement mixte public privé aux Pays-Bas semble bien fonctionner du point de vue de l'équité. Les affiliés de l'AP et de l'AS ont accès aux mêmes prestataires et il n'y a donc pas de système « à deux vitesses ». Les systèmes mis en place pour équilibrer les sources de financement, la standardisation des polices standards primaires d'AP avec la couverture sociale et le régime WTZ pour les plus vulnérables éliminent les différences au niveau de la couverture. La seule différence qui puisse exister est le choix plus grand accessible aux titulaires d'AP. Il y a donc peu d'incitatifs pour que les individus achètent une police qui accède à différents prestataires.

Défis

Il y a dans certains services des problèmes d'attente qui seraient possiblement liés au fait que le budget global soit fixé par le gouvernement.

ASSURANCE SANTÉ, PUBLIQUE ET PRIVÉE, AUX ÉTATS-UNIS

	Assurance publique	Assurance privée
Médecins généralistes	Medicare pour les personnes âgées - Medicaid pour les enfants pauvres, les plus vulnérables et les handicapés (13 % de la population)- co-paiement de 20 % en plus de la franchise de 100 USD (112 CAD), plus une prime mensuelle de 66,60 USD (75 CAD) pour couvrir les frais des médecins. Le coût est moindre pour les affiliés à un organisme de santé intégré (HMO, PPP). Maximum de services annuels.	Assurance primaire pour une partie importante de la population.
Médecins spécialistes	Medicare / Medicaid.	Assurance primaire pour une partie importante de la population.
Services hospitaliers	Medicare / Medicaid.	Assurance primaire pour une partie importante de la population.
Médicaments	Non couverts.	Assurance groupe et individuelle.

Source : *The U.S. Health system : an assessment and prospective directions for reform, economic department working papers no. 350, OCDE, 2003*

Dépenses de santé en % du PIB : 14 %

Proportion des coûts totaux de santé en 2004 financés par le public : 44,7 %, par les ass. privées : 36,7 % et les individus : 13,2 %.

Assurances privées primaires, supplémentaires et complémentaires couvrent 71,9 % de la population.

Caractéristiques

Le système américain est principalement caractérisé par :

- une part importante (14 %) de la population n'a aucune couverture d'assurance pour ses soins de santé;
- des coûts de santé très élevés 14 % du PIB comparativement à la moyenne de 8 % des pays de l'OCDE (les coûts publics de santé aux É.-U. accaparent près de 6 % du PIB).
- Les systèmes publics Medicare et Medicaid sont financés par les impôts généraux et par des primes et co-paiements chargés aux affiliés.

- Étant donné la décentralisation et l'étendue des programmes publics, le gouvernement a peu de contrôle sur l'organisation des services et donc sur les incitatifs à diminuer les coûts du système.
- Les médecins sont principalement payés à l'acte ou à capitation. Ceux qui exercent en milieu hospitalier tels les radiologistes sont salariés. Les régimes publics déterminent les tarifs payés et confient de plus en plus la responsabilité d'une population donnée à des groupes de soins de santé intégrés.

Performance

Au cours des années 90, le régime public avait freiné la croissance des coûts en favorisant un système de paiement prospectif. À cette époque, les organisations de santé privées contrôlaient les coûts avec l'implantation de « Health Maintenance Organisation » (HMO)²⁹ et des « Preferred Provider Organisations » (PPO). Toutefois la croissance des coûts a repris son niveau d'avant les réformes depuis le début des années 2000.

Les coûts élevés aux États-Unis s'expliquent par plusieurs facteurs notamment une utilisation intensive de technologies (ce qui accroît les volumes), et de nouvelles technologies (les précurseurs paient plus chers); un nombre de médecins élevé comparativement aux autres pays et des problèmes de santé importants tels que l'obésité.

Équité

La majorité des personnes non assurées appartiennent à des familles qui travaillent. Les plus à risque sont les petits salariés et ceux qui travaillent dans des PME. Les non assurés n'ont pas accès à des services de prévention (par exemple aux visites annuelles) et retardent leur visite jusqu'à ce qu'ils se présentent à l'urgence et ont aggravé leur cas. Puisque aucun patient ne peut être refusé à l'urgence, il en résulte des coûts élevés pour le système public pour des cas qui souvent auraient pu être évités.

En plus, il semble que les traitements prescrits soient différents pour les personnes de sexe et de race différents.

Défis

²⁹ Les HMO ont amélioré la performance du système de santé en intégrant le financement et la prestation de services.

Contrôler les coûts élevés du système de santé. Fournir une couverture universelle sans ajouter aux pressions inflationnistes.

ASSURANCE SANTÉ, PUBLIQUE ET PRIVÉE, EN FRANCE

	Assurance publique	Assurance privée
Médecins généralistes	Couverture universelle financée selon le statut : régime général, mutuelle agricole, régime travailleurs indépendants. Ticket modérateur : 30 % Plus CMU couverture maladie universelle : ass. compl. pour les plus défavorisés.	Assurance complémentaire : ticket modérateur.
Médecins spécialistes	Couverture universelle financée selon le statut : régime général, mutuelle agricole, régime travailleurs indépendants. Ticket modérateur : 30 %.	Assurance complémentaire : ticket modérateur.
Services hospitaliers	Couverture universelle financée selon le statut : régime général, mutuelle agricole, régime travailleurs indépendants. Ticket modérateur : 10,67 euros et plus par jour.	Assurance complémentaire : ticket modérateur
Soins longue durée		
Médicaments	Couverture universelle avec ticket modérateur de 0 % sur médicaments prescrits non substituables jusqu'à 65 % pour autres sur liste et CMU.	Assurance complémentaire pour le ticket sur les médicaments prescrits
Services dentaires	Certains.	Assurance complémentaire.

Dépenses de santé en % du PIB : 9,5 % (2004)

Proportion des coûts totaux de santé en 2004 financés par le public : 78,3 %, par les ass. privées : 12,4 % et les individus : 7,6 %.

Assurances privées complémentaires et supplémentaires couvrent 92 % de la population.

Caractéristiques

Il y a trois catégories d'assureurs, les mutuelles d'assurance au nombre de 1275, les fonds de prévoyance au nombre de 51, les assurances privées SBL et à but lucratif au nombre de 118. La réglementation empêche les assureurs de discriminer sur la base du risque (principe de solidarité).

En 2000, le gouvernement a mis en place le nouveau programme public « couverture maladie universelle » (CUM) qui propose aux personnes les plus défavorisées une assurance complémentaire gratuite.

Le tarif des médecins pour les patients CUM est réglementé et la loi empêche les médecins de leur charger un surplus. En plus, les médecins en France n'ont pas le droit de refuser de soigner un patient assuré par le système public général (CUM).

Les patients peuvent choisir leur médecin et l'assurance privée permet de réduire le coût d'accès aux médecins de catégorie 2 (ceux qui chargent au-delà du tarif général).

Performance

La France n'a jamais encouragé la concurrence soit au niveau des assureurs en santé ou du contrôle des coûts. Toutefois, le système français encourage la concurrence d'une certaine manière, du simple fait que le nombre de joueurs sur le marché de l'assurance est élevé et que les tarifs pour les médecins et pour les hôpitaux privés sont négociés par les assureurs. Toutefois, les assureurs ont peu d'impact sur la façon dont les soins sont organisés.

Équité

La CUM avait pour objectif de réduire l'iniquité au niveau des coûts de santé et l'objectif est atteint. Les services hospitaliers, les médecins, les médicaments et les soins dentaires sont gratuits pour toutes personnes couvertes par le régime CUM et pour tous les détenteurs d'une assurance complémentaire (92 % de la population).

À l'exemple du Québec, le système de santé est équitable verticalement, c'est-à-dire que l'accès est égal peu importe la capacité de payer.

Enjeux

Une recherche abondante montre que l'assurance complémentaire, en gommant les co-paiements, augmente significativement la consommation médicale. L'augmentation des primes de santé et les déficits budgétaires du secteur public requièrent des

changements dans le système de santé. L'assurance maladie connaît des déficits récurrents sans précédents, en 2004, plus d'un mois de fonctionnement n'était pas financé par les recettes courantes.

ASSURANCE SANTÉ, PUBLIQUE ET PRIVÉE, AU CANADA

	Assurance publique	Assurance privée
Médecins généralistes	Couverture universelle - les médecins ne peuvent charger un surplus.	Couverture privée non permise.
Médecins spécialistes	Couverture universelle - les médecins ne peuvent charger un surplus.	Couverture privée non permise.
Services hospitaliers	Couverture universelle complète.	Couverture privée non permise.
Médicaments	Médicaments prescrits dans les hôpitaux seulement. Au Québec - médicaments sur la liste sont couverts par le fonds médicaments pour les personnes inscrites au régime public avec franchise.	Couverture supplémentaire – franchise (obligatoire au Québec pour les personnes non inscrites au régime public).
Services dentaires	Chirurgies d'urgence et une visite annuelle pour les enfants.	Couverture supplémentaire volontaire.
Soins longue durée	Ces services sont par définition exclus des services essentiels mais souvent fournis.	

Source : *Health systems in transition – HIT summary Canada, OCDE 2005*
SHA-based health accounts in 13 OCDE countries: Country studies Canada, Gilles Fortin, OCDE 1999

Dépenses de santé en % du PIB : près de 10 % (2003)³⁰

Proportion des coûts totaux de santé en 2004 financés par le public : 69,8 %, par les assurances privées : 12,8 % et les individus : 14,9 %.

Assurances privées supplémentaires seulement couvrent 65 % de la population.

³⁰ Le pourcentage du PIB des dépenses de santé, calculé par l'OCDE, est beaucoup plus élevé que celui rapporté par L'Institut canadien d'information sur la santé qui est 6,4 %. La différence s'explique du fait que le ratio est calculé en parité du pouvoir d'achat pour être comparable entre tous les pays.

Caractéristiques

Les hôpitaux sont principalement des organisations publiques et dans certains cas (esthétiques, orthopédie) ils sont privés.

Les cliniques médicales sont des organisations privées ou publiques.

Les Canadiens sont libres de choisir leur médecin.

Récemment les réformes suivantes modifient la façon dont les soins ambulatoires sont fournis : certaines provinces ont modifié leur réglementation pour ouvrir la pratique aux infirmières praticiennes et remplacer la rémunération à l'acte des médecins par des contrats de services.

Les soins de longue durée sont fournis par les autorités régionales de santé ou des organisations privées (OSBL et OBL).

Le financement du système de santé provient essentiellement des impôts généraux et des primes santé prélevées par certaines provinces. Les hôpitaux sont financés par budgets annuels et les médecins sont principalement rémunérés à l'acte (83 %). Les autres sont salariés ou contractuels (mélange, salaire, capitation et à l'acte). Les autres professionnels sont salariés à même le budget des hôpitaux.

Il y a 13 payeurs « uniques » (un par province et territoire) pour les services dits essentiels, principalement les services hospitaliers, les services diagnostiques et les services des médecins.

Performance du système

La performance du système de santé évaluée à partir des indicateurs de santé est bonne : espérance de vie, années de vie perdues, taux de mortalité infantile, taux de survie aux accidents cérébrovasculaires... Mais pas très bonne au niveau des maladies respiratoires, taux de survie aux cancers et maladies du cœur.

Équité

Même si les obstacles financiers ont été éliminés, des obstacles en termes d'accès aux services essentiels demeurent nombreux pour certaines chirurgies, des tests diagnostiques et un médecin de famille.

Selon la loi canadienne, tous les résidents du Canada ont droit à des services de santé gratuits.

Six provinces canadiennes interdisent l'assurance privée pour les services essentiels : Colombie-Britannique, Québec, Alberta, Manitoba, Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard. Cette loi a été déclarée à l'encontre de la Charte des droits et liberté par la cour suprême du Canada dans un jugement en juillet 2005 (Chaoulli versus Québec).

Défis

Bien que le niveau de santé de la population soit élevé, et que le système de santé ait subi multiples réformes, plusieurs défis importants se posent pour les Canadiens, incluant : une population vieillissante, une augmentation des coûts de santé plus élevée que la croissance du PIB (en particulier par les médicaments), de très longs délais d'attente pour les chirurgies électives, et une pénurie de ressources humaines.

ASSURANCE SANTÉ, PUBLIQUE ET PRIVÉE, EN IRLANDE

	Assurance publique		Assurance privée
	Individus de catégorie 1	Individus de catégorie 2	Individus de catégorie 2
Médecins généralistes	Couverts.	Non couverts.	Couverture primaire privée.
Médecins spécialistes	Couverts.	Non couverts.	Couverture primaire privée.
Services hospitaliers	Couverts gratuitement.	Couverts, franchise de 45 euros jusqu'à un maximum de 450 euros par an	Couverture duplicative pour les soins hospitaliers privés (1999). Couverture complémentaire pour les contributions individuelles.
Médicaments	Couverts.	Couverts avec franchise de 70 euros par mois.	
Dentistes	Couverts.	Non couverts.	Couverture partielle.
Soins longue durée	Couverts.	Services publics sont couverts pour les personnes de plus de 70 ans.	Couverture partielle.

Source : *Private health insurance in Ireland, a case study*, Francesco Colombo et Nicole Tapay, OCDE, 2004.

Note : les usagers de catégorie 1 sont les 30 % d'individus éligibles aux soins hospitaliers, d'un médecin généraliste, de spécialistes, de soins dentaires, soins pharmaceutiques, de soins à long terme, de soins de réhabilitation et de services à domicile entièrement gratuits. L'éligibilité est déterminée en termes de vulnérabilité par rapport au revenu et à l'âge, incluant tous les individus de plus de 70 ans. Les individus de catégorie 2 sont tous les autres usagers, dont les soins hospitaliers publics et les services d'un spécialiste sont couverts, mais pour lesquels il y a une franchise de 45 euros par jour jusqu'à un maximum de 450 euros par année.

Dépenses de santé en % du PIB : près de 7 % (2000)

Proportion des coûts totaux de santé en 2004 financés par le public : 79,7 %, par les assurances privées : 6,7 % et les individus : 13,6 %.

Assurances privées duplicatives, complémentaires et supplémentaires couvrent 43,8 % de la population.

Caractéristiques

Les médecins généralistes sont rémunérés par capitation pour les détenteurs de la carte d'assurance maladie publique et à l'acte pour les autres. Les spécialistes sont

salariés pour leur pratique publique et ils sont payés à l'acte dans leur pratique privée. Les tarifs privés sont non réglementés et établis par le marché.

Les hôpitaux publics sont financés sur une base budgétaire, à laquelle certains ajustements sont apportés pour tenir compte de la population traitée (case-mix). Les hôpitaux publics réservent des lits pour les services offerts par le privé auprès de détenteurs d'assurance privée. Ces lits offrent une source additionnelle de revenus per diem pour les hôpitaux publics. Le coût chargé pour ces lits est réputé être plus bas que le coût réel au réseau public. Il résulte donc de cette pratique une subvention indirecte publique pour l'offre de services privés.

La fonction principale de l'AP en Irlande est de fournir une alternative au système public universel, i.e. des lits privés dans les hôpitaux publics ou des lits dans des hôpitaux privés. Les détenteurs de police d'assurance privée duplicative sont concentrés au sein de la population la plus nantie.

La stratégie irlandaise de favoriser le développement de l'assurance privée a pour objet de réduire les pressions sur la demande de soins publics et donc sur les coûts publics de santé.

Récemment, l'industrie a introduit une assurance privée duplicative pour les soins hospitaliers (vers 1999). Cette assurance permet d'avoir le choix du prestataire et d'obtenir les soins plus rapidement. Ces assurés ont accès aux services privés offerts dans les hôpitaux publics ou dans les hôpitaux privés.

Performance

L'effort des AP pour contrôler les coûts de santé s'est surtout traduit par des négociations sur les tarifs. Les assureurs, qui sont concentrés (essentiellement deux grands) ont un pouvoir important de négociation. Dans le but de contrôler les coûts, ils négocient des budgets annuels, des limites de remboursements, des durées de séjour prédéterminées et des protocoles de soins.

Pour le moment l'assurance privée a fait augmenter les frais d'administration de 7 % approximativement. Toutefois le pourcentage des primes alloué aux remboursements a diminué. En somme, encourager le développement de l'AP n'a pas fait diminuer ni augmenter les coûts publics de santé. Les AP ne recherchent pas vraiment à améliorer la productivité des soins de santé.

Équité

Pour que le système soit plus équitable, les régimes d'assurance privés en Irlande sont réglementés de sorte qu'une couverture minimum de base doit être offerte en termes de services offerts et de remboursements minimums.

L'accès à des assurances privées est également garanti, notamment aux personnes âgées et celles à hauts risques. En outre, les compagnies d'assurance n'ont pas le droit de refuser un renouvellement de couverture basé sur le risque.

La possibilité de tenir compte de l'état de santé des individus dans la détermination des primes est restreinte.

Le gouvernement considère équitable de continuer à faciliter le développement de l'assurance privée puisqu'en prenant la responsabilité des personnes assurées privéement les AP prennent également en charge les coûts et la demande de services qui autrement auraient été à la charge du système public.

Certaines évidences suggèrent que les détenteurs d'AP accèdent plus rapidement aux services de santé que ceux qui détiennent seulement des assurances publiques. Les interventions les plus souvent effectuées privéement dans les hôpitaux publics sont celles pour lesquelles les délais sont les plus longs et le fait que le secteur soit subventionné pour utiliser des lits publics réduit l'accès à ces lits par le système public. Ces subsides publics accentuent l'iniquité des AP.

L'utilisation de lits privés dans les hôpitaux publics peut avoir des implications négatives sur la disponibilité de lits et de médecins pour les patients du public. Les patients privés soignés dans les hôpitaux privés n'ont pas d'avantages pour tous les services car ces hôpitaux ne les offrent pas tous.

Les assurances privées ne sont pas accessibles à tous.

Avantages : La population assurée par le privé a plus de choix. Les assureurs privés réagissent plus rapidement à la demande pour une couverture plus grande.

La satisfaction des usagers est élevée, surtout en ce qui concerne la couverture pour les soins hospitaliers.

Un avantage considérable d'une perspective individuelle est la réduction du temps d'attente.

Et d'un point de vue global, l'AP fournit une source additionnelle de financement aux hôpitaux publics.

Enjeux

Diminuer les iniquités dans le système (décourager le traitement de patients privés dans les hôpitaux publics pour des interventions disponibles dans les hôpitaux privés).

ASSURANCE SANTÉ, PUBLIQUE ET PRIVÉE, EN AUSTRALIE

	Assurance publique	Assurance privée
Médecins généralistes	Couverture universelle correspondant à 85 % du taux officiel. Les médecins peuvent charger un surplus.	Couverture privée non permise.
Médecins spécialistes	Couverture universelle correspondant à 85 % du taux officiel. Les médecins peuvent charger un surplus.	Couverture privée non permise.
Services hospitaliers	Couverture universelle complète.	Couverture duplicative pour les soins hospitaliers privés. Le taux public est remboursé pour les patients privés.
Médicaments	Médicaments sur la liste sont couverts mais une franchise s'applique.	Possibilité de couvrir la franchise.
Soins longue durée	Généralement couverts.	Couverture permise mais non répandue.

Source : *Private health insurance in Australia, a case study*, Francesco Colombo et Nicole Tapay, OCDE, 200e.

Dépenses de santé en % du PIB : près de 8,5 %

Proportion des coûts totaux de santé en 2004 financés par le public : 67,5 %, par les assurances privées : 6,7 % et les individus : 20,0 %.

Assurances privées duplicatives et complémentaires couvrent 45 % de la population et les assurances privées supplémentaires couvrent 40,3 % de la population.

Caractéristiques

Le système de santé australien offre un accès universel aux soins de santé sans égard à la capacité de payer des individus, via le système d'assurance santé du pays, financé par l'impôt. Ce régime subventionne les visites chez le médecin de leur choix pour toute la population, les services hospitaliers gratuits ainsi que médicaments.

L'assurance privée est volontaire pour les services hospitaliers et son achat est fortement incité par le gouvernement par des incitatifs fiscaux. Initialement, la couverture offerte par les AP incitait peu la population à acquérir une couverture (de 1984 à 1998, le pourcentage de la population qui détenait une police privée est passé de 50 % à 30 %). Les services publics devaient également mieux répondre aux besoins. En 2000, la « Protection à vie » a été implantée, une police dont la prime augmente de 2 % chaque année après l'âge de 30 ans, et pour laquelle le coût est fixé à vie. En 2 ans, la part de la population assurée est passée à près de 45 %.

Il existe en Australie un important secteur de la santé privé : les hôpitaux privés fournissent 30 % des lits et des services diagnostiques. En outre, 45 % de la population est membre d'un régime d'assurance privé.

Les services de santé ne sont pas rationnés.

Les généralistes sont des employés autonomes et rémunérés à l'acte. Le régime public finance l'accès ambulatoire aux spécialistes à 85 % du taux accordés par le NHS. Les hôpitaux sont financés par un budget public prospectif. Dans certains cas, le NHS acquiert des services privés.

L'État finance, administre et fournit des soins de santé; les praticiens sont autonomes et il existe un important secteur hospitalier et d'assurance privés.

L'Australie a progressivement adopté un mécanisme de financement basé sur la mixité des cas (casemix funding) et a développé sa propre version de DRG.

Équité

La plus grande fierté du système de santé australien est la capacité avec laquelle il a su préserver l'universalité des services publics de santé financés (soins hospitaliers) par l'impôt.

Les Australiens considèrent que le système de santé est équitable bien que les paiements des usagers et les services aux personnes vulnérables aient augmenté.

Enjeux

Les longs délais d'attente pour les chirurgies électives, l'inégalité d'accès entre les régions urbaines et rurales ainsi que la mauvaise santé des aborigènes australiens préoccupent la population.

Les Australiens souhaitent éviter de créer un système à deux vitesses, celui pour les patients publics et celui pour ceux qui détiennent une assurance duplicative.

ASSURANCE SANTÉ, PUBLIQUE ET PRIVÉE, AU ROYAUME UNI

	Assurance publique	Assurance privée
Médecins généralistes	Couverture universelle.	Couverture duplicative volontaire.
Médecins spécialistes	Couverture universelle.	Couverture duplicative volontaire.
Services hospitaliers	Couverture universelle complète.	Couverture duplicative volontaire.
Médicaments	Couverture universelle avec franchise de 6,40 £ par prescription et gratuité pour 30 % de la population (enfants, malades chroniques et bas revenus)	Couverture duplicative volontaire.
Services dentaires	Couverture universelle avec déductible de 80 % du montant jusqu'à un maximum de 378 £ en 2004 et gratuité pour 30 % de la population (enfants, femmes enceintes et bas revenus).	Couverture duplicative volontaire.

Source : *The English National Health service : 1979-2005*, Adam Oliver, LSE Health and social care, London school of economics, 2005.

Dépenses de santé en % du PIB :

Proportion des coûts totaux de santé en 2004 financés par le public : 82,9 %, par les ass. privées : 3,3 % et les individus : 11 %.

Assurances privées supplémentaires et duplicatives couvrent 10 % de la population.

Caractéristiques

Pour les Britanniques, le système de santé principalement financé par l'impôt est un moyen efficace de contrôler les coûts de santé, un objectif important dans un secteur qui n'est pas particulièrement productif économiquement.

La majorité des hôpitaux sont la propriété de l'état à l'exception des hôpitaux privés propriété de médecins et de dentistes qui ont des ententes avec le service national de santé (NHS), soit le système public.

En Angleterre, le budget de santé est réparti entre 14 régions qui reçoivent un budget de capitation pondéré démographiquement et selon le taux de mortalité.

Depuis 1991, le Royaume-Uni est à la recherche de moyens pour créer un marché interne pour les services de santé dans le but d'inciter les prestataires à la performance. Les régions acquièrent les services ambulatoires auprès de fonds gérés

par les généralistes qui ont la responsabilité de fournir les soins primaires pour une population donnée et d'acheter certains services secondaires (hospitaliers) pour leurs patients. Tous les généralistes sont obligés de joindre un fonds de généraliste (PCG) ou « Primary Care Group », qui a été transformé en 2004 en « Primary Care trusts » (PCT), financé par capitation.

En outre, les immobilisations hospitalières sont de plus en plus acquises dans le cadre de Partenariat public privé (« Private finance initiative (PFI) »). Les hôpitaux ainsi bâtis sont financés et opérés par le privé pour tous les services qui ne concernent pas les soins aux patients (services de buanderie, services de restauration et gestion des immeubles).

Plus récemment, les acheteurs de soins de santé ont obtenu le droit de mandater des organisations privées pour effectuer certaines chirurgies électives dans le but de réduire les délais d'attente.

Un nouveau système de paiements pour les services hospitaliers, privés et publics, basé sur les DRG a été initié en 2004. Les hôpitaux ne seront donc pas en mesure de se concurrencer sur la base des prix mais ils pourront garder les surplus générés par une meilleure efficacité. En 2007-2008, 93 % des hôpitaux seront financés selon ce régime.

Équité

L'objectif premier du système de santé britannique est d'assurer un traitement égal (accès égal) aux personnes dont les besoins de santé sont égaux.

Une proposition a récemment été déposée par le gouvernement travailliste pour améliorer le choix du patient en lui permettant de se faire traiter par des prestataires localisés loin de sa région. Cette proposition n'est pas jugée inéquitable si elle permet aux individus qui ont une mauvaise santé de se donner les meilleures chances de récupérer.

Enjeux

Une emphase croissante sur l'importance de la concurrence et de la capacité de choisir influencera certainement le débat public en santé au cours des prochaines années. Il est plausible de penser que plus de choix et de concurrence vont améliorer le système en réduisant les inefficacités. Toutefois, cette augmentation des choix ne viendra pas sans coûts et à mesure que ces coûts vont augmenter les Britanniques devront faire des choix afin de préserver les objectifs fondamentaux du système.