

2013RP-15

Le financement des dépenses publiques de santé dans cinq fédérations : Australie, Belgique, Espagne, États-Unis et Suisse

Julien Tousignant, François Vaillancourt

Rapport de projet
Project report

Montréal
Août 2013

© 2013 *Julien Tousignant, François Vaillancourt*. 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

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Laurentienne du Canada
Banque Nationale du Canada
Banque Scotia
Bell Canada
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du Québec
Fédération des caisses Desjardins du Québec
Financière Sun Life, Québec
Gaz Métro
Hydro-Québec
Industrie Canada

Investissements PSP
Ministère des Finances du Québec
Power Corporation du Canada
Rio Tinto Alcan
State Street Global Advisors
Transat A.T.
Ville de Montréal

Partenaires universitaires

École de technologie supérieure (ÉTS)
École Polytechnique de Montréal
HEC Montréal
Institut national de la recherche scientifique (INRS)
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)

Le financement des dépenses publiques de santé dans cinq fédérations : Australie, Belgique, Espagne, États-Unis et Suisse¹

Julien Tousignant², François Vaillancourt³

Sommaire exécutif

L'annonce par le gouvernement fédéral en 2011 du maintien jusqu'en 2016-2017 de l'accroissement de 6 % par année du Transfert canadien en matière de santé (TCS) et de son remplacement ensuite par une croissance de son enveloppe indexée au PIB nominal canadien a été mal accueillie par plusieurs provinces, dont le Québec. Cette étude a pour objectif, au travers de la présentation du financement des dépenses publiques de santé et des systèmes de santé dans 5 systèmes fédéraux - l'Australie, la Belgique, l'Espagne, les États-Unis et la Suisse, d'alimenter le débat sur le système de financement du système de santé canadien et de donner des pistes pour son évolution dans les prochaines années.

L'étude débute par un portrait quantitatif des dépenses de santé dans les cinq pays retenus, au Canada et dans les pays de l'OCDE. On s'aperçoit ainsi que si les pays étudiés présentent des profils variés au niveau de la taille du secteur de la santé en pourcentage du PIB et du niveau des dépenses totales de santé per capita, tous les pays ont vu leurs dépenses augmenter entre 1970 et 2010, bien que de manière plus ou moins marquée. De plus, dans tous les pays hormis les États-Unis et la Suisse, les dépenses publiques de santé sont beaucoup plus importantes que les dépenses privées.

La description détaillée des systèmes de santé et des réformes en cours ou à venir dans les cinq pays étudiés permet de découvrir des systèmes dont les principes de base, le mode de financement des dépenses publiques de santé, le rôle des différents ordres de gouvernement, l'organisation, les acteurs, les mécanismes de financement des soins de santé, ou encore la place du secteur privé, sont très variés.

¹ Les auteurs remercient David Guimond pour son apport pour le texte sur les États-Unis ainsi que Bernard Dafflon, Marine de Montaignac, Martial Foucault, Magali Verdonck et des experts du Ministère des Finances du Québec pour des commentaires sur une première version de ce texte.

² Assistant de recherche.

³ Fellow CIRANO.

L'analyse comparée de ces systèmes avec le système canadien permet de mettre en exergue les différences entre les systèmes, et de déterminer si une transposition au Canada de ce qui se fait dans d'autres pays est envisageable et souhaitable. L'étude se conclut ainsi par une comparaison du système canadien avec celui des autres pays en examinant cinq aspects du système de santé. Pour les auteurs, il apparaît ainsi peu probable que, en termes de liberté de choix du patient, le système canadien évolue vers les systèmes en place aux États-Unis et en Suisse, où le patient a moins de liberté dans le choix de son médecin ou davantage de souplesse pour recevoir des soins en dehors de sa province de résidence. La fourniture de services santé directement par l'État fédéral, comme cela se fait aux États-Unis ou encore en Australie, quant à elle, ne présente pas d'intérêt pour le Canada. Il est également peu probable que l'on décide au Canada de réinstaurer un système de cofinancement en pourcentage des dépenses⁴ pour remplacer les contraintes sur la façon de fournir les services de santé et sur leur tarification, comme c'est le cas aux États-Unis avec *Medicaid*, étant donné l'impact négatif que cela a sur les incitations à une bonne gestion provinciale des dépenses de santé; en effet un tel cofinancement réduit le coût marginal d'un dollar pour celui qui le dépense. Par contre, rien n'empêche le gouvernement fédéral du Canada de mettre en place des mécanismes centraux de détermination des tarifs payés, comme ceux utilisés en Australie ou aux États-Unis. Enfin, on ne devrait pas voir se développer au Canada un système d'encouragement à l'assurance-santé privée comme celui en place en Australie, car une telle incitation encouragerait l'émergence d'un système dit à deux vitesses.

⁴ Un tel mécanisme était en place jusqu'en 1977 avec une clef de co-financement de 50/50.

Table des matières

Introduction	1
1. Portrait global des dépenses de santé	2
1.1 <i>Importance des dépenses de santé dans l'économie des pays</i>	2
1.2 <i>Niveau des dépenses totales de santé</i>	6
1.3 <i>Importance des dépenses du secteur public</i>	10
2. Analyse comparée de cinq pays	15
2.1 <i>Australie</i>	15
2.2 <i>Belgique</i>	30
2.4 <i>États-Unis</i>	47
2.5 <i>Suisse</i>	70
3. Quelques comparaisons avec le Canada	90
3.1 <i>Le système de santé au Canada</i>	90
3.2 <i>Cinq éléments de comparaison</i>	93
Conclusion	95
Bibliographie	96
Annexes	102

Introduction

L'objectif de ce texte est de présenter de l'information sur cinq systèmes fédéraux de financement des dépenses publiques de santé. Ceci est pertinent pour le Québec car le système canadien de financement des dépenses publiques de santé a été modifié pour la dernière fois en 2004. Le gouvernement fédéral a alors convenu d'augmenter l'enveloppe totale du Transfert Canadien en matière de Santé (TCS) et d'accroître cette enveloppe de 6 % par année et ce jusqu'en 2014. En décembre 2011, il a annoncé le maintien de ce 6 % de croissance de l'enveloppe jusqu'en 2016-2017 et ensuite, une croissance correspondant au PIB nominal canadien. De plus, il a modifié la formule de répartition de l'enveloppe à compter de 2014⁵ ⁶. Ceci a été mal accueilli par plusieurs provinces, dont le Québec. L'information dans ce texte peut être utilisée dans le débat qui entoure cette nouvelle formule d'indexation du TCS car en donnant un aperçu de ce qu'il se fait dans d'autres fédérations, elle permet de mettre en perspective le fonctionnement du système de santé au Canada. Le texte se divise en trois parties. La première présente de façon globale les dépenses de santé et le financement public du système de santé pour le Canada et les cinq pays étudiés, soit l'Australie, la Belgique, l'Espagne, les États-Unis et la Suisse. La seconde présente par ordre alphabétique les systèmes de ces cinq pays. La troisième fait une synthèse de ces informations incluant une comparaison avec le Canada.

Les cinq pays ont été retenus pour diverses raisons. Les États-Unis et la Suisse sont les deux fédérations qui en termes de niveau de décentralisation sont les plus similaires au Canada. Les États-Unis de par leur proximité au Canada et l'Australie de par l'origine britannique de sa fédération sont des points de comparaison naturels. La Belgique et l'Espagne sont deux fédérations récentes dont le système de financement public de la santé peut être amené à évoluer; cette évolution peut être source de pratiques à imiter ou à éviter au Canada.

⁵ Pour plus de détail consulter : Ministère des Finances du Québec, *Budget 2012-2013 - Plan Budgétaire*, annexe E (pp. E21-E29), <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2012-2013/fr/documents/Planbudgetaire.pdf>.

⁶ Plus précisément, le TCS augmentera en fonction d'une moyenne mobile de croissance sur trois ans du produit intérieur brut (PIB) nominal canadien et le financement croîtra à un taux minimum de 3 % par année. Source : Ministère des Finances du Canada, *Fiche d'information sur le renouvellement des principaux transferts*, http://www.fin.gc.ca/n11/data/11-141_1-fra.asp.

1. Portrait global des dépenses de santé

Dans cette première partie du texte, nous présentons un portrait quantitatif des dépenses de santé dans les cinq pays retenus, le Canada et l'OCDE dans son ensemble. Ceci permet d'avoir une idée globale des ressources allouées à leur système de santé avant de les analyser plus en profondeur par la suite. Nous nous penchons donc sur l'importance des dépenses de santé dans l'économie des pays, le niveau des dépenses de santé de même que sur l'importance des dépenses du secteur public par rapport aux dépenses totales de santé.

1.1 Importance des dépenses de santé dans l'économie des pays

Afin de caractériser l'importance des dépenses de santé dans l'économie d'un pays, l'indicateur utilisé est le montant des dépenses totales de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) du pays. Cet indicateur regroupe les dépenses courantes et d'investissement des secteurs public et privé⁷. Les dépenses courantes se réfèrent aux dépenses pour toute activité à caractère médical tant au niveau de la prévention, du diagnostic, du traitement que du suivi ainsi qu'aux dépenses encourues par l'administration et l'élaboration des tâches se rattachant aux programmes de soins de santé, aux assurances et à leurs ententes de financement. Sont exclues de ce montant les dépenses en formation de la main d'œuvre et en recherche et développement.

⁷ L'OCDE utilise la classification des dépenses de l'ICHA (International Classification for Health Accounts) et les dépenses totales incluent :

HC.1 Services de soins curatifs

HC.2 Services de soins de réhabilitation

HC.3 Services de soins infirmiers de long terme

HC.4 Services auxiliaires de soins de santé (transport, imagerie, laboratoires)

HC.5 Biens médicaux (médicaments et appareils thérapeutiques)

HC.6 Services de prévention et de santé publique

HC.7 Administration de la santé et des assurances

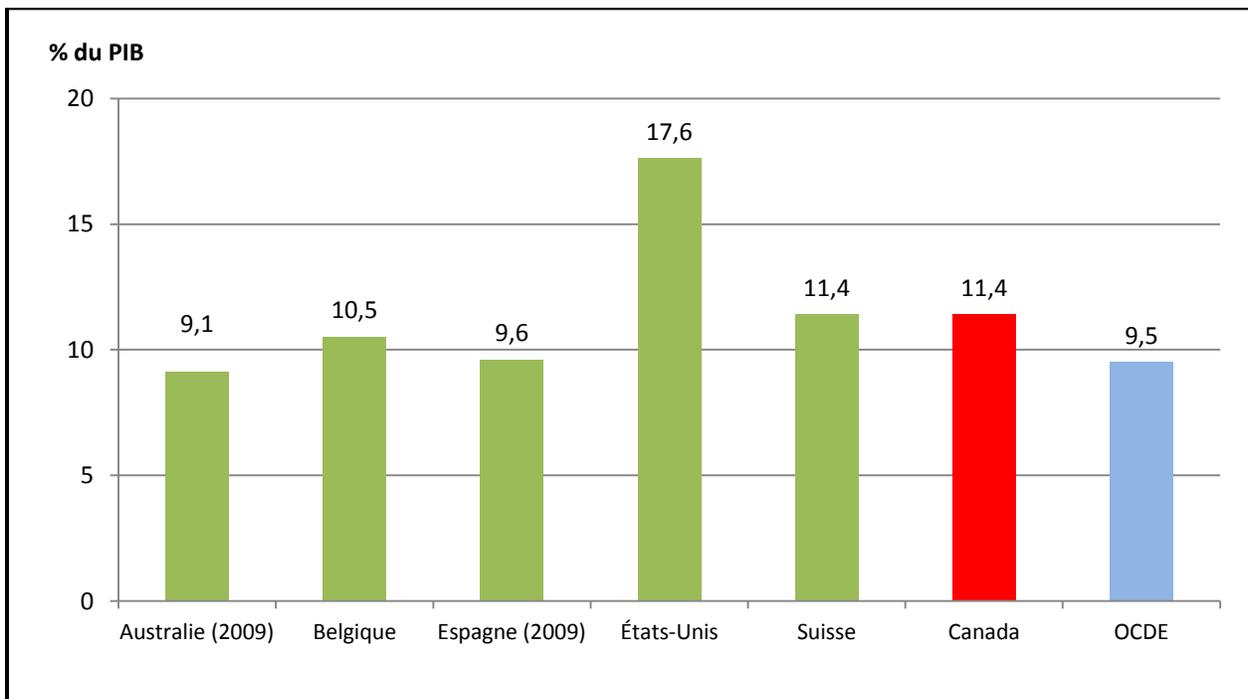
HC.9 Autres soins de santé non classifiés

HC.R.1 Investissement en santé (formation brute de capital fixe)

SITUATION EN 2010

Nous présentons le pourcentage des dépenses de santé par rapport au PIB pour 2010 à la Figure 1. Les États-Unis enregistraient en 2010 le % le plus élevé de notre échantillon, mais également de tous les pays de l'OCDE avec 17,6 % alors que la Belgique (10,5 %), la Suisse (11,4 %) et le Canada (11,4 %) ont quant à eux consacré à la santé une part de leur PIB légèrement supérieure à la moyenne de l'ensemble des pays de l'OCDE (9,5 %). Finalement, l'Espagne (9,6 %) a enregistré un niveau assez semblable à la moyenne de l'OCDE alors que le niveau de dépenses de santé en Australie par rapport à son PIB était le plus bas de notre échantillon à 9,1 %.

Figure 1 - Dépenses totales de santé par pays en pourcentage du PIB en 2010



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2012 et calcul des auteurs.

ÉVOLUTION DEPUIS 1970

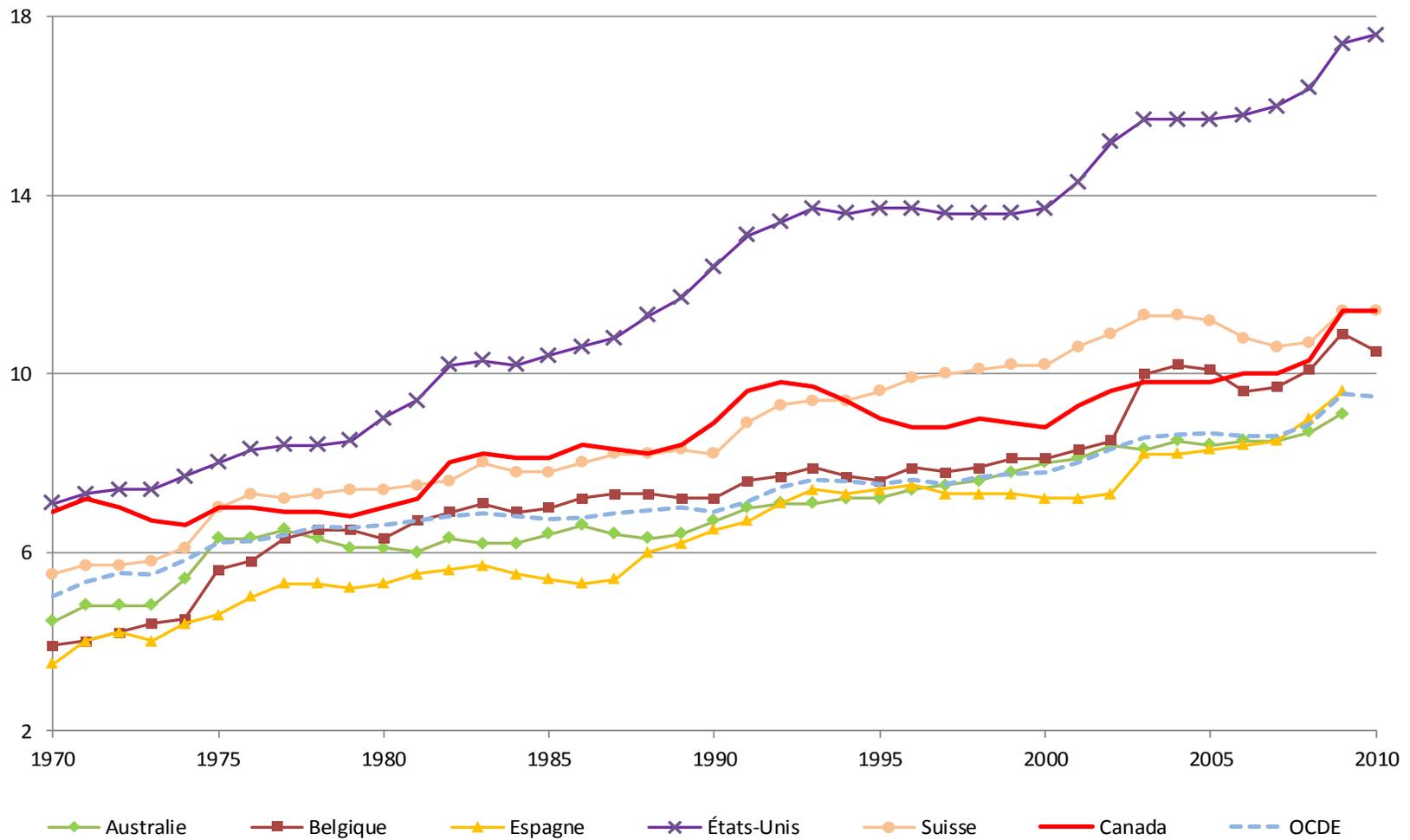
La Figure 2 nous permet d'observer la tendance à la hausse des dépenses de santé dans l'économie des pays de notre échantillon depuis 1970. Certaines périodes ont néanmoins été caractérisées par une relative constance des dépenses de santé par rapport au PIB, soit entre 1992 et 2000 ainsi qu'entre 2003 et 2006. Ces intervalles représentent des périodes d'expansion économique dans la plupart des pays industrialisés, permettant même au Canada de voir cet indicateur décroître entre 1992 et 2000. À l'inverse, les périodes de ralentissement économique comme le début des années 1990 ou le début des années 2000 ont occasionné une hausse de la part des dépenses de santé dans le PIB des pays.

Tant pour les pays sélectionnés que pour la moyenne de l'OCDE, 2009 a été caractérisée par une hausse notable de la part des dépenses de santé en pourcentage du PIB. En 2009, la récession mondiale a causé une chute du PIB de plusieurs pays comparativement à 2008 (ou une baisse importante de sa croissance). Cette situation, couplée à la croissance continue des dépenses en soins de santé, explique la hausse de 9,1 % des dépenses de santé en proportion du PIB pour la moyenne des pays de l'OCDE⁸ entre 2008 et 2009.

La Figure 2 fait également ressortir l'évolution distincte des États-Unis comparativement aux autres pays sélectionnés. Si en 1970 les États-Unis dépensaient en santé de façon similaire aux autres pays de l'échantillon, un écart s'est creusé durant les 40 dernières années. En 2010, la part de la santé dans le PIB était 6,2 points de pourcentage plus élevé aux États-Unis qu'au Canada et qu'en Suisse. Le Tableau A1 en annexe présente les données sur les dépenses totales de santé par pays en pourcentage du PIB entre 1970 et 2010.

⁸ Base de données de l'OCDE sur la santé 2012 et calcul des auteurs.

Figure 2 – Dépenses totales de santé par pays en pourcentage du PIB entre 1970 et 2010



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2012 et calcul des auteurs.

1.2 Niveau des dépenses totales de santé

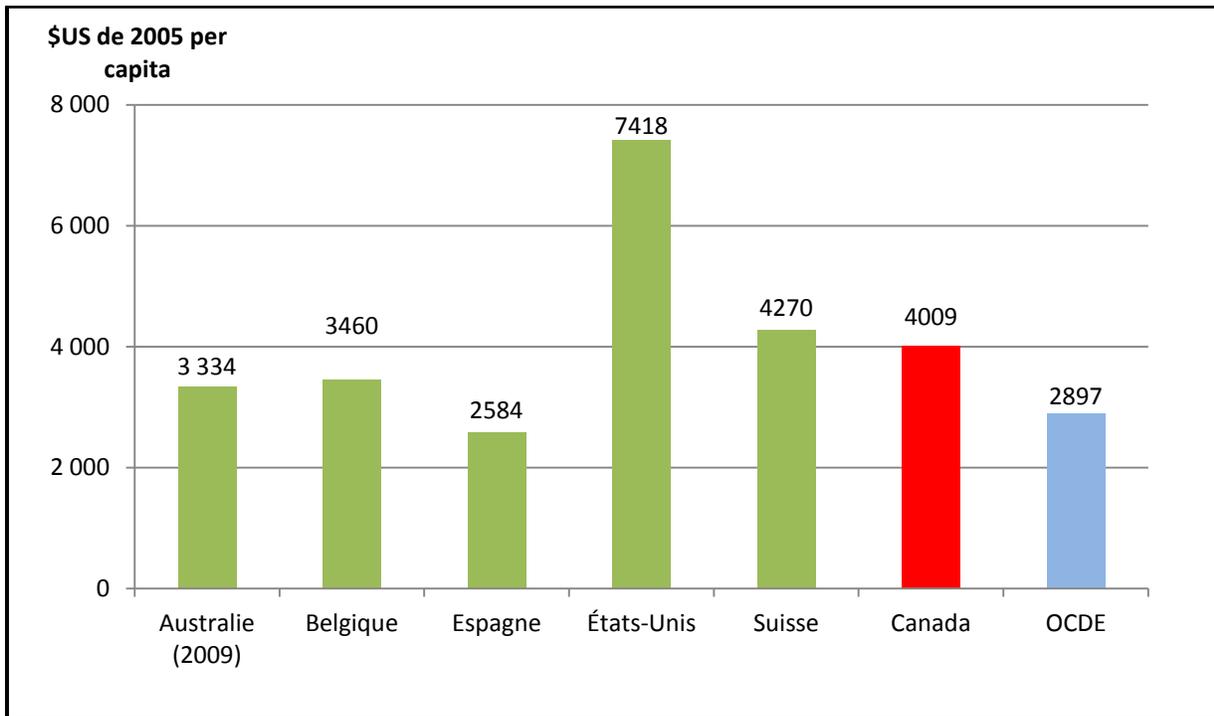
Les données sur les dépenses totales de santé per capita rapportées dans cette section sont exprimées en dollars américains ajustés pour les parités de pouvoir d'achat (PPA). « Les PPA permettent la comparaison des dépenses entre les pays sur une base commune. Les PPA sont des taux de conversion monétaire qui égalisent le coût d'un 'panier' donné de produits et services dans différents pays⁹. » Les données de l'OCDE utilisées sont également dégonflées en utilisant un indice de prix national; ceci permet une meilleure comparaison des données dans le temps puisque les variations de prix sont exclues du montant des dépenses. Les données rapportées ici sont donc ramenées en \$ US constants de 2005.

SITUATION EN 2010

La Figure 3 présente le niveau de dépenses de santé per capita pour 2010. On observe que les États-Unis représentent le pays de notre échantillon qui consacre le plus d'argent aux dépenses de santé (7 418 \$ US, soit plus du double de la moyenne de l'OCDE), suivi bien loin par la Suisse (4 270 \$ US). Les États-Unis arrivent également en tête de liste à travers l'ensemble des pays de l'OCDE. Suivent dans notre échantillon le Canada (4 009 \$ US) et la Belgique (3 460 \$ US) avec des dépenses per capita supérieures à la moyenne de l'OCDE qui s'établissait à 2 897 \$ US de 2005 per capita en 2010. Finalement, l'Australie (3 334 \$ US) a enregistré en 2009 un niveau de dépenses per capita légèrement supérieur à la moyenne de l'OCDE et l'Espagne est le pays de notre échantillon avec le niveau le plus bas de dépenses totales de santé per capita avec 2 584 \$ US de 2005.

⁹ OCDE, *Base de données de l'OCDE sur la santé 2012*, Organisation de Coopération et de Développement Économiques, Paris, juin 2012.

Figure 3 - Dépenses totales de santé per capita par pays en \$ US de 2000 en PPA en 2010



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2012 et calcul des auteurs.

ÉVOLUTION DEPUIS 1970

La Figure 4 présente l'évolution du montant des dépenses totales de santé per capita par pays entre 1970 et 2010. On remarque une tendance généralisée à la hausse sur l'ensemble de la période. Seul le Canada a été en mesure de contenir la hausse des dépenses de santé per capita au milieu des années 1990. En outre, ce qui ressort de ce graphique est l'écart qui s'est creusé à travers les années entre les États-Unis et les autres pays. Si les dépenses per capita aux États-Unis étaient 83 % supérieures à la moyenne de l'OCDE en 1970, elles étaient 157 % supérieures à celle-ci en 2010. Dans notre échantillon, seule l'Espagne maintient un niveau de dépenses inférieur à la moyenne de l'OCDE. On retrouve ces montants au tableau A2 en annexe.

Pour compléter notre analyse du niveau des dépenses de santé, le Tableau 1 présente le taux de croissance annuel moyen des dépenses de chaque pays. Sur la période de 40 ans retenue, ce ne sont pas les États-Unis (4,03 %) qui enregistrent le taux de croissance le plus élevé, mais bien la Belgique (4,35 %) et l'Espagne (4,26%). La Suisse, qui se trouvait à un même niveau de dépenses que les États-Unis en

1970, a de son côté enregistré le taux de croissance moyen le plus faible avec 2,61 %. Le Canada (2,87 %) a connu le deuxième plus faible taux de croissance des dépenses, sous la moyenne de l'OCDE (2,89 %).

Si l'on se concentre sur les 10 dernières années, la Suisse a maintenu un taux de croissance de ces dépenses de santé très faible, soit de 1,94 %. L'Australie (3,02 %) a pour sa part réussi à maintenir une croissance moyenne des dépenses inférieure à la moyenne de l'OCDE (3,23 %). Le Canada (3,37 %) a plutôt enregistré une croissance supérieure à celle observée dans la moyenne des pays de l'OCDE et les États-Unis une croissance équivalente à l'OCDE. La Belgique et l'Espagne ont quant à eux les taux les plus élevés de notre échantillon avec 3,43% et 3,60% respectivement.

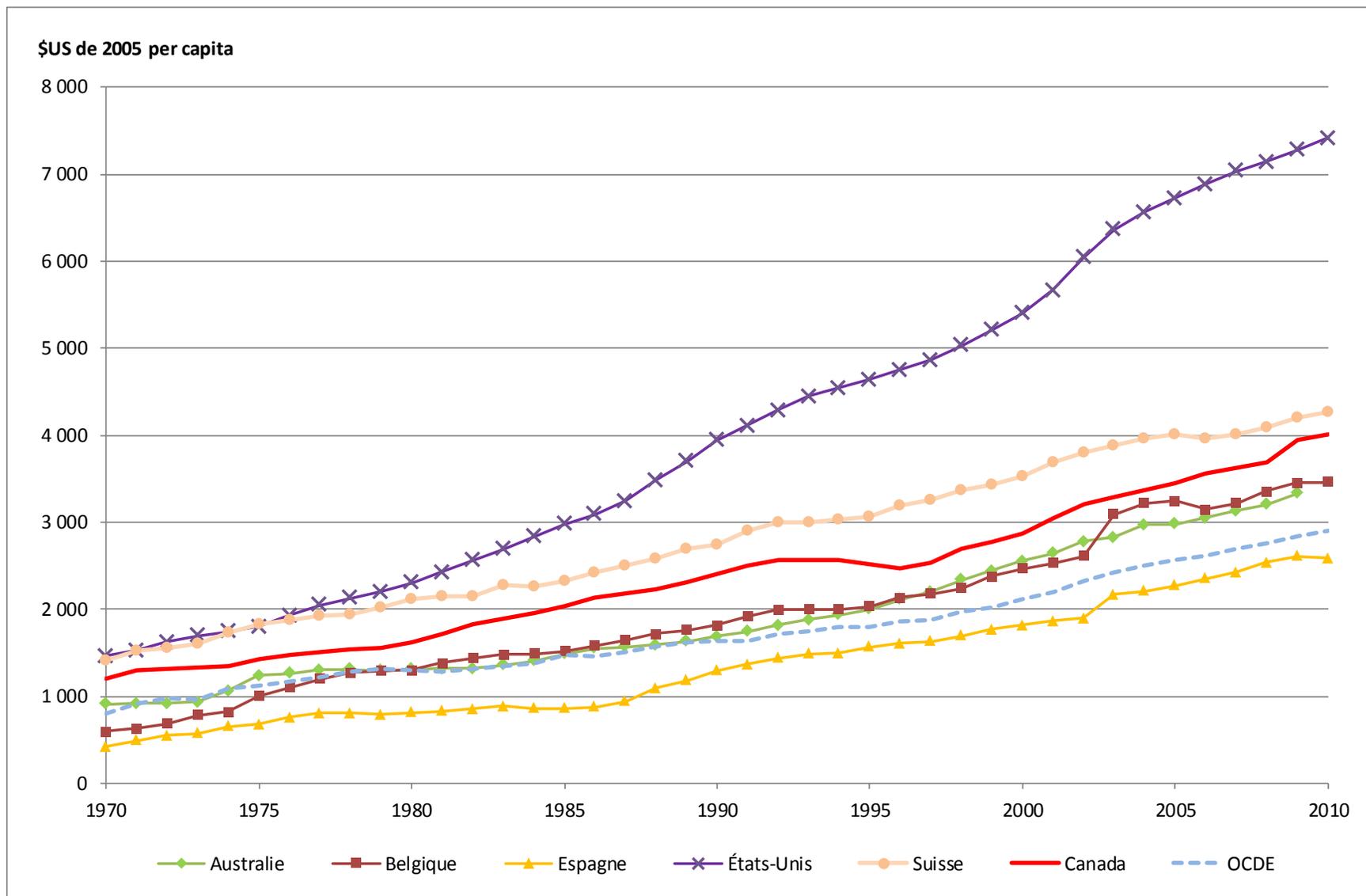
Tableau 1 - Taux de croissance annuel moyen en pourcentage des dépenses totales de santé per capita par pays en \$ US de 2005 en PPA, périodes sélectionnées

	1970-2010	2000-2010
Australie*	3,47	3,02
Belgique	4,35	3,43
Espagne	4,26	3,60
États-Unis	4,03	3,23
Suisse	2,61	1,94
Canada	2,87	3,37
OCDE	2,95	3,23

* Pour l'Australie, les périodes se terminent en 2009.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2012 et calcul des auteurs.

Figure 4 - Dépenses totales de santé per capita par pays en \$ US de 2005 en PPA entre 1970 et 2010



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2012 et calcul des auteurs.

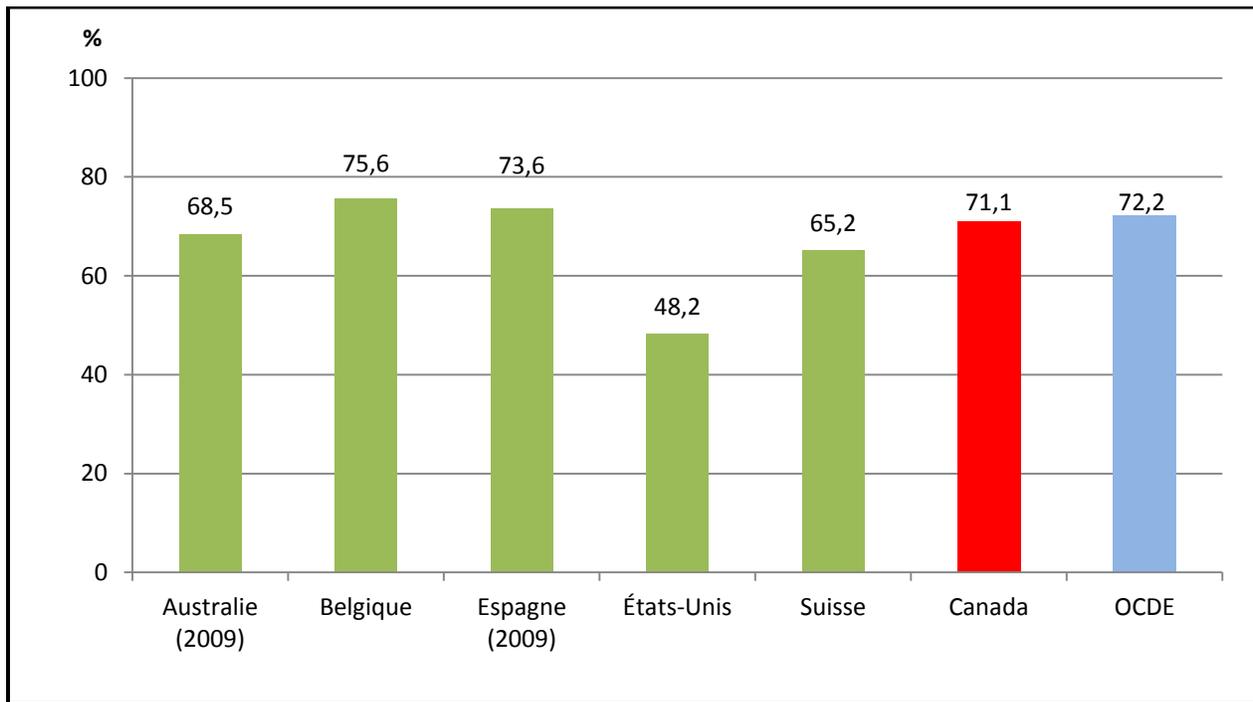
1.3 Importance des dépenses du secteur public

L'importance des dépenses du secteur public est mesurée par le pourcentage des dépenses totales de santé qui sont encourues par des entités publiques. On y regroupe ainsi les dépenses de santé des divers ordres de gouvernement (national, régional et local) de même que celles effectuées par les assurances sociales. Sont notamment inclus dans cette catégorie les dépenses publiques d'investissement pour des installations de santé ainsi que les transferts au secteur privé pour la construction et l'équipement d'hôpitaux. L'OCDE comptabilise les dépenses selon l'agent qui paye directement pour que le bien ou le service de santé soit fourni au patient et non pas selon l'agent qui en supporte le financement. Certains éléments des portraits de chaque pays dans la deuxième section permettront de distinguer quel agent finance la santé.

SITUATION EN 2010

Tel que présenté dans la Figure 5, les dépenses publiques de santé des pays de l'OCDE représentaient en moyenne 72,2 % des dépenses totales de santé en 2010. Parmi les pays retenus dans le cadre de notre analyse, c'est en Belgique (75,6 %) et en Espagne (73,6 %) que le poids des dépenses publiques de santé est le plus important. Viennent ensuite dans notre échantillon le Canada (71,1%) et l'Australie (68,5 % en 2009). La Suisse (65,2 %) suit alors que les États-Unis (48,2 %) enregistraient en 2010 la part des dépenses publiques au sein des dépenses totales de santé la plus faible des pays sélectionnés.

Figure 5 - Dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses totales de santé par pays en 2010



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2012 et calcul des auteurs.

ÉVOLUTION DEPUIS 1970

La Figure 6 présente l'évolution de la part des dépenses du secteur public dans les dépenses totales de santé depuis 1970 pour quatre pays et après pour deux autres, ce qui s'explique par la disponibilité des données. Si l'on observe tout d'abord la moyenne des pays de l'OCDE, on remarque que l'indicateur a atteint son niveau le plus élevé au milieu des années 1970 avant de connaître une légère baisse entre 1975 et 1995. Depuis ce temps, l'importance des dépenses publiques de santé s'est plutôt stabilisée autour de 72 %. Le Canada a connu une évolution similaire à celle de la moyenne de l'OCDE avec une stabilisation des dépenses publiques en pourcentage des dépenses totales de santé autour de 70 % depuis 1997. Le cas de l'Espagne montre une progression plutôt marquée de l'importance des dépenses publiques de santé entre 1970 et 1983 où un sommet de 84,9 % a été atteint. Toutefois, les années qui ont suivi ont plutôt été marquées par une tendance à la baisse du poids des dépenses publiques de santé jusqu'en 2004 où il s'est établi à 70,2 %. Les dernières années sont quant à elles caractérisées par une tendance légèrement haussière de l'importance des dépenses publiques de santé en Espagne.

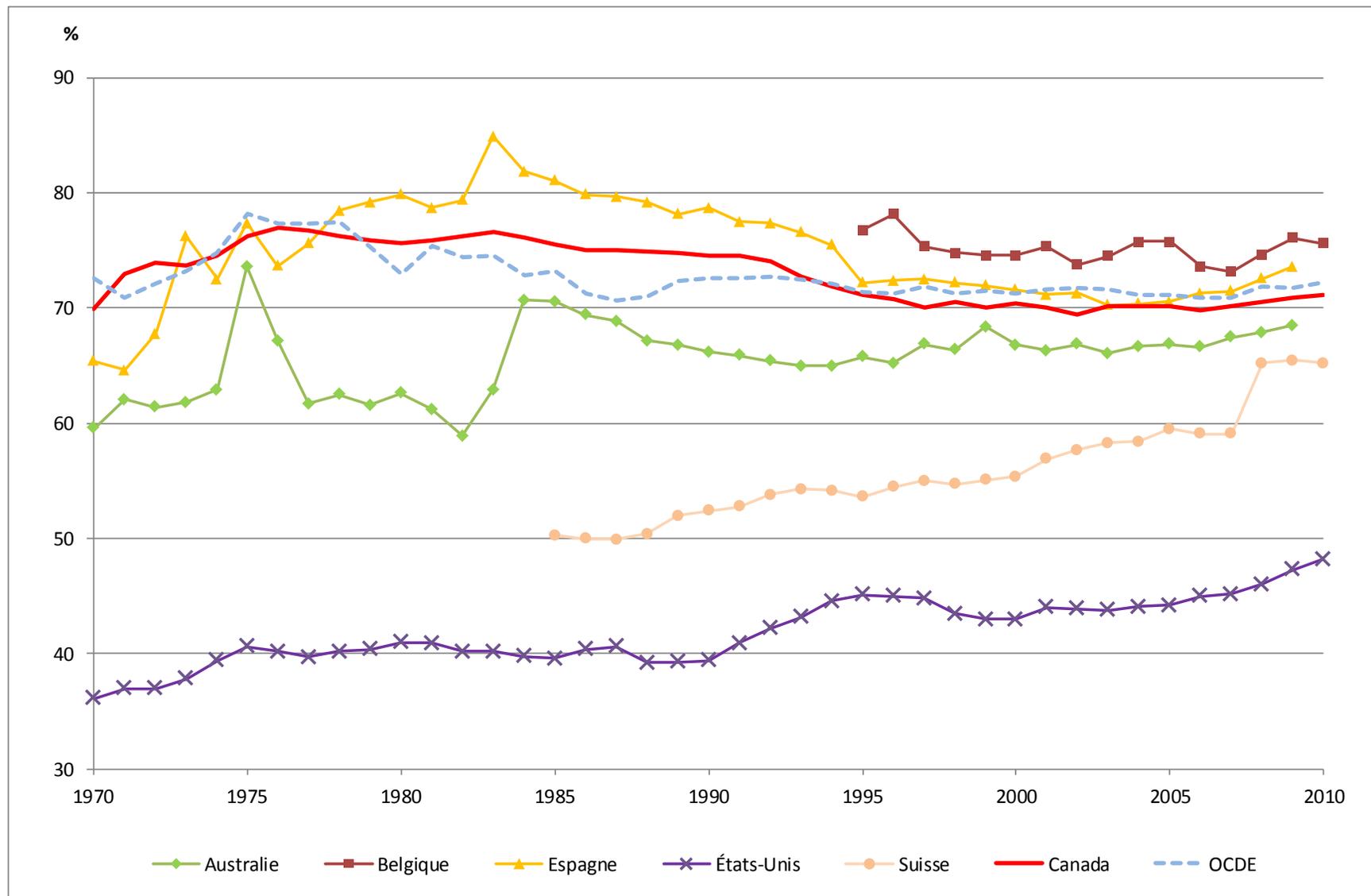
Évoluant à un niveau légèrement supérieur aux autres pays, la Belgique, dont les données sur cet indicateur ne sont disponibles que depuis 1995, se maintient entre 74 % et 78 %. À l'inverse, la part des dépenses publiques australiennes de santé se situe légèrement en deçà du Canada, de l'Espagne et de l'OCDE et se maintient en moyenne à 67 % des dépenses totales de santé depuis 25 ans.

La Suisse a quant à elle vu la part de ses dépenses publiques de santé croître de façon quasi continue depuis 1985, ce qui a réduit l'écart qui la sépare de la moyenne de l'OCDE. Son indicateur a crû de près de 15 points de pourcentage durant cette période.

Les États-Unis ont enregistré tout au long de la période analysée la plus faible part des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses totales de santé. De 36,1 % en 1970 à 48,2 % en 2010, la part des dépenses publiques a suivi une tendance haussière qui a réduit l'écart entre les États-Unis et la moyenne de l'OCDE. Toutefois, cet écart demeure encore important à 24 points de pourcentage. Les gouvernements américains occupent donc une place de plus en plus importante dans la fourniture des soins de santé et ceci semble se poursuivre. Si le pays a connu certaines périodes où son indicateur s'est stabilisé (1975-1987 et 1994-2004), les 5 dernières années disponibles font état d'une hausse que les réformes adoptées en 2010 (Obamacare) devraient vraisemblablement accentuer.

Le Tableau A3 en annexe présente les données sur la part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé par pays entre 1970 et 2010.

Figure 6 - Dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses totales de santé par pays entre 1970 et 2010



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2012 et calcul des auteurs.

Le prochain élément analysé est le rôle des divers niveaux de gouvernement dans le financement de ces dépenses publiques de santé. Ceci ne peut pas se faire avec les données de l'OCDE; c'est pourquoi nous menons dans la deuxième partie du texte qui suit une analyse reposant sur les données et les caractéristiques du système de santé de chaque pays disponibles dans divers documents dont le degré de détail et le contenu varient d'un pays à un autre. Ceci explique que la comparabilité ne soit pas complète.

2. Analyse comparée de cinq pays

2.1 Australie

Le système de santé australien repose sur l'assurance santé nationale offerte par le gouvernement fédéral (Commonwealth) *Medicare* qui offre une couverture de santé universelle depuis 1984 et sur un réseau d'hôpitaux publics gérés par les États. Il est à noter que chaque patient qui se présente dans un hôpital en Australie doit formellement déclarer s'il compte être soigné en tant que patient public ou privé, et ce, le plus rapidement possible. Un patient privé aura notamment la liberté de choisir son médecin, mais aura une couverture de soins par *Medicare* moins importante.

COUVERTURE DES SOINS

La couverture de *Medicare* se base sur des barèmes tarifaires établis par le gouvernement australien. Outre l'accès gratuit aux traitements offert aux patients publics dans un hôpital public, *Medicare* rembourse 100 % du tarif établi pour la consultation de médecins généralistes à l'hôpital ou à l'extérieur et 85 % du tarif des autres soins reçus à l'extérieur des hôpitaux, notamment de médecins spécialistes¹⁰. Bien que légèrement moins généreuse, *Medicare* offre également une couverture aux individus choisissant de se faire soigner à titre de patient privé, que ce soit dans un hôpital privé ou public, de l'ordre de 75 % du tarif établi par *Medicare*; on utilise donc ce tarif public pour ces diverses fins. Le solde peut alors être partiellement ou complètement remboursé par une assurance privée. Des cotisations annuelles équivalentes à 1,5 % du revenu imposable sont prélevées auprès de chaque citoyen pour financer *Medicare*, exception faite des individus à faible revenu¹¹.

¹⁰ Australian Government: Department of Health and Ageing, *Medicare Benefits Schedule Book*, July 2011, p.20, [http://www.health.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/25A57EED964157D1CA257891007D9E BE/\\$File/201107-MBS.pdf](http://www.health.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/25A57EED964157D1CA257891007D9E BE/$File/201107-MBS.pdf).

¹¹ Pour l'exercice 2010-2011, les individus admissibles aux crédits d'impôt pour personnes âgées dont le revenu imposable est inférieur à 30 685 \$ AU sont entièrement exemptés du paiement des cotisations; ils en sont partiellement exemptés si leur revenu imposable est entre 30 685 \$ AU et 36 100 \$ AU. Les individus admissibles aux crédits d'impôt pour pensionnés dont le revenu imposable est inférieur à 30 439 \$ AU sont entièrement exemptés du paiement des cotisations; ils en sont partiellement exemptés si leur revenu imposable est entre 30 439 \$ AU et 35 810 \$ AU. Pour les autres contribuables, ils sont entièrement

Les tarifs de *Medicare* servent à l'établissement des paiements aux patients, mais les médecins ne sont aucunement assujettis à ces tarifs; ils ont la possibilité de facturer le tarif établi ou encore de facturer un tarif plus élevé. Dans le premier cas, le patient n'a aucun montant à déboursier et autorise *Medicare* à verser le remboursement du soin reçu directement au médecin. Dans le deuxième cas, le patient doit déboursier le montant total facturé par le médecin et doit ensuite demander le remboursement auquel il a droit auprès de *Medicare*.

Le gouvernement australien a introduit un filet de sécurité sociale afin de limiter les montants pouvant être déboursés directement par un patient ou sa famille au cours d'une année pour des soins hors des hôpitaux. Ces dépenses sont essentiellement constituées de la différence entre le coût des soins reçus et les remboursements reçus de *Medicare*. Les services dont le coût est couvert par les filets de sécurité sociale incluent donc la consultation de médecins spécialistes pour des services reçus à l'extérieur des hôpitaux tels que : les tests sanguins, la tomographie, la biopsie de tissus, les soins psychiatriques, la radiothérapie, les tests Pap, les ultrasons ainsi que les examens radiographiques. Le filet de sécurité sociale de base compte deux niveaux d'intervention. Le premier niveau utilise un montant annuel de dépenses au-delà duquel la couverture par *Medicare* des soins reçus à l'extérieur des hôpitaux passe de 85 % à 100 % du tarif *Medicare* (les patients ont tout de même à déboursier la différence entre le coût total demandé par le médecin et le tarif établi, s'il y a une telle différence). En 2012, ce montant s'élève à 413,50 \$ AU. Il existe un deuxième niveau d'intervention du filet de sécurité sociale au-delà duquel *Medicare* rembourse 80 % des montants payés de manière privée par les individus (80 % du montant restant à payer après remboursement du tarif établi). En 2012, ce deuxième seuil s'établit à 1 198,00 \$ AU pour les bénéficiaires généraux et à 598,80 \$ AU pour les bénéficiaires concessionnaires¹² et les familles éligibles aux allègements fiscaux de type A (avoir

exemptés du paiement des cotisations si leur revenu imposable est inférieur à 18 839 \$ AU; ils en sont partiellement exemptés si leur revenu imposable est entre 18 839 \$ AU et 22 163 \$ AU. (Australian Taxation Office, *Guide to Medicare levy*).

¹² Les bénéficiaires concessionnaires sont les individus possédant une des cartes suivantes : carte de concession pour pensionnés, carte de santé des aînés, carte du Département des vétérans ou carte de soins de santé. La carte de soins de santé est remise aux individus bénéficiant déjà de certains programmes sociaux ainsi qu'aux individus à faible revenu. En 2012, les personnes se qualifiant pour cette dernière catégorie doivent avoir un revenu hebdomadaire (calculé sur une période de 8 semaines) inférieur à :

Personne seule sans enfant : 480 \$ AU

Couple (revenu combiné) sans enfant : 834 \$ AU

Personne seule avec un enfant : 834 \$ AU

Pour chaque enfant additionnel : ajout de 34 \$ AU

au moins un enfant ou un étudiant à charge ainsi qu'un revenu inférieur à un montant déterminé selon les conditions de la famille). Finalement, les Australiens dont les dépenses pour les soins de santé hors des hôpitaux précédemment mentionnés dépassent un seuil établi annuellement (2 060 \$ AU pour l'exercice 2011-12) peuvent demander un crédit d'impôt équivalent à 20 % de ces dépenses pour eux-mêmes ou les membres de leur famille, et ce, sans maximum. Aux fins de comparaison, le revenu moyen disponible des ménages était de 42 172 \$ AU pour l'exercice 2007-08 (ajusté pour le nombre d'individus par ménage)¹³.

Le paiement des médicaments prescrits s'effectue quant à lui conjointement par le patient et le *Pharmaceutical Benefits Scheme* (PBS), un programme fédéral. Les utilisateurs de médicaments déboursent un copaiement maximal pour chaque prescription ou renouvellement de médicaments inscrits dans la liste de couverture. Établi chaque année, ce copaiement maximum est de 35,40 \$ AU en 2012 sauf pour les bénéficiaires concessionnaires dont le copaiement maximum est de 5,80 \$ AU en 2012. La couverture en médicaments prévoit également un plafond annuel de paiements pour les individus ou pour leur famille. En 2012, le montant maximal de copaiement est de 1 363,30 \$ AU sauf pour les bénéficiaires concessionnaires pour qui il est de 348,00 \$ AU. Lorsque ce seuil est atteint, les utilisateurs normaux n'ont qu'à débourser le copaiement des bénéficiaires concessionnaires alors que ces derniers reçoivent les médicaments supplémentaires gratuitement.

L'assurance santé nationale ne couvre les soins dentaires que pour les patients souffrant de conditions médicales chroniques; ils doivent tout d'abord être évalués par un médecin spécialiste qui les réfère ensuite à un dentiste. Cette assurance ne couvre pas les articles de lunetterie (les examens de la vue sont toutefois couverts), la physiothérapie et la chiropractie.

Outre la couverture universelle offerte par le Commonwealth, les Australiens peuvent recourir à une assurance privée complémentaire. Une telle assurance permet une couverture des services reçus à titre de patient privé dans les hôpitaux, ce qui permet le remboursement de la différence entre le coût total du soin reçu et le remboursement accordé par *Medicare*. Toutefois, l'État australien interdit aux assurances privées de rembourser la partie non couverte

¹³ Australian Bureau of Statistics, *Household Income and Income Distribution – 2007-08*, [http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/32F9145C3C78ABD3CA257617001939E1/\\$File/65230_2007-08.pdf](http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/32F9145C3C78ABD3CA257617001939E1/$File/65230_2007-08.pdf).

par *Medicare* des coûts reliés aux soins de santé primaires fournis par un médecin à l'extérieur des hôpitaux; c'est le patient qui doit payer directement. Mise à part cette exclusion, les assurances privées offrent une couverture supplémentaire en ce qui a trait aux articles de lunetterie, aux services dentaires, aux services ambulanciers, à la physiothérapie, à la chiropractie ainsi qu'à des médicaments non inscrits dans la liste de couverture du *Pharmaceutical Benefits Scheme*. Les assurances privées s'adressent également aux individus non éligibles à *Medicare* tels les étrangers résidant en Australie.

Le gouvernement australien a tenté par plusieurs moyens depuis 1984 de limiter la chute du nombre de bénéficiaires d'assurances privées causée par l'introduction de *Medicare*. Tout d'abord, depuis 1997, les individus à revenu élevé éligibles à *Medicare*, mais n'ayant pas une couverture privée suffisante des soins hospitaliers se voient imposer des cotisations annuelles de 2,5 % de leur revenu imposable pour le financement de *Medicare*, soit un point de pourcentage de plus que les cotisations normalement prélevées (1,5 %). Pour l'exercice financier 2011-12, cette surcharge touche les individus dont le revenu personnel imposable est supérieur à 80 000 \$ AU ou dont le revenu familial imposable est supérieur à 160 000 \$ AU. Également, en 1999, une remise de 30 % des primes d'assurance privée a été introduite, et ce, sans égard à la situation financière de chacun¹⁴. En 2005, des modifications à ce remboursement d'impôt ont été apportées faisant passer le remboursement à 35 % pour les individus âgés entre 65 et 69 ans et à 40 % pour les individus de plus de 70 ans. Finalement, en 2000, le gouvernement fédéral a créé la *Lifetime Health Cover* qui incite les Australiens à se doter d'une assurance privée pour les soins hospitaliers plus tôt dans leur vie et à conserver cette couverture. Cette incitation prend la forme de primes plus élevées pour les individus désirant souscrire à une assurance privée, mais n'ayant pas souscrit à une telle assurance de façon continue depuis le 31 juillet suivant leur 31e anniversaire. Les primes sont donc plus élevées que la prime de base à raison de 2 % pour chaque année entre l'âge où l'individu y souscrit et le barème de 30 ans, jusqu'à un supplément maximal de 70 %. Par exemple, un individu de 40 ans souscrivant pour la première fois à une assurance privée paiera 20 % de plus que la prime de base. La prime de base est fixée individuellement par chaque assureur privé et peut varier en fonction de la couverture désirée, mais non en fonction du risque individuel; de plus, un assureur ne peut pas refuser d'assurer un

¹⁴ Ce rabais peut être demandé par le bénéficiaire auprès de son assurance privée directement, à un bureau *Medicare* ou encore dans son rapport d'impôt sous la forme d'un crédit d'impôt remboursable.

demandeur d'assurance. Cette mesure compense en partie pour l'absence de tarification fondée sur le risque car il est plausible que celui-ci augmente avec l'âge et que les jeunes assurés compensent pour les moins jeunes. Depuis 2007, une modification a été apportée à ce système; elle permet aux individus ayant souscrit une couverture privée pendant 10 ans de ne plus payer de supplément de primes pour les années subséquentes à condition qu'ils conservent leur couverture. En plus de réduire le coût de la souscription à une assurance privée, cette troisième mesure vise aussi à décourager la pratique du « hit and run » consistant à se doter d'une couverture privée pour quelques années, de profiter de cette période de couverture pour recevoir plusieurs services, et ensuite de mettre fin à sa couverture privée.

En juin 1997, tout juste avant l'application de la première mesure visant à augmenter l'adhésion à une assurance hospitalisation privée, 32 % des Australiens disposaient d'une assurance privée. En mars 2011, la proportion d'Australiens assurés privément était de 45 %¹⁵.

RÉFORME EN COURS¹⁶

Depuis plusieurs années déjà, certains observateurs du système de santé australien soulèvent que la fragmentation des services et des programmes de santé entre les mains d'une multitude d'acteurs empêche une coordination efficace et globale du système de santé australien¹⁷. Dans cette optique, le Commonwealth d'Australie a entrepris en 2010 une importante réforme du financement et de la distribution des responsabilités dans l'organisation du système de santé. Le *National Health Reform Agreement* (NHRA), entériné en août 2011 par le Commonwealth d'Australie ainsi que par les 6 états et 2 territoires le composant (« les États » selon la pratique australienne), énonce les changements qui affecteront le système de santé australien au cours des dix prochaines années. Cette réforme simplifie et clarifie le rôle financier et organisationnel de chaque ordre de gouvernement afin de mettre fin à une situation où le Commonwealth et les États se renvoyaient le blâme quant aux problèmes du système de santé. Les mesures visent en outre à favoriser l'accès des patients aux soins de santé en augmentant l'efficacité du système

¹⁵ Private Health Insurance Administration Council, *Statistical Trends in Membership and Benefits*, Data Tables, March 2011.

¹⁶ Texte principalement basé sur le *National Health Reform Agreement* signé en août 2011.

¹⁷ European Observatory on Health Systems and Policies, *Health System Review: Australia*, Health Systems in Transition, 2006.

via un financement basé sur le nombre de soins offerts. Également, le NHRA a pour objectif d'assurer de façon soutenable le financement des hôpitaux et la transparence de ce financement. D'importants efforts sont également déployés pour élever les standards cliniques et la performance des établissements en mettant sur pied des agences de vérification. Aussi, le NHRA accorde une place importante aux réalités de chaque région d'un point de vue organisationnel et financier.

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Depuis le 1^{er} juillet 2012, le Commonwealth australien prend en charge l'administration, la supervision ainsi que le financement intégral des médecins généralistes et des soins de santé primaires. De plus, le gouvernement australien assume la responsabilité entière du financement, de la planification et de la prestation des soins aux personnes âgées qui regroupent entre autres les soins à domicile et en résidence. Les États demeurent en charge de l'administration des hôpitaux publics.

Parallèlement, les deux ordres de gouvernement se partagent les responsabilités quant à la détermination des normes uniformes en matière de soins de santé et quant au financement des services offerts dans les hôpitaux publics. À ce sujet, le Commonwealth s'engage à fournir un financement supplémentaire minimal de 16,4 milliards \$ AU pour les hôpitaux publics comparativement aux conditions de l'ancien fonctionnement du système de santé, et ce, pendant les exercices 2014-15 à 2019-20.

Le NHRA amène une modification importante de la structure du système de santé en décentralisant l'administration des hôpitaux publics au niveau local. Cette évolution s'est notamment faite par la création par chaque État de plusieurs *Local Hospital Networks* (LHN). Depuis juillet 2012, leur rôle est d'assurer la gestion de l'offre de services dans les hôpitaux publics. Chaque LHN reçoit un budget financé conjointement par le Commonwealth et l'État dans lequel il se trouve et en est entièrement responsable. La création de ces LHN a pour but d'augmenter la responsabilité locale afin d'inciter les agents à trouver des mécanismes pour augmenter la performance et l'efficacité de leur système de soins et limiter la croissance de leurs dépenses. Ainsi, chaque LHN jouit d'une certaine flexibilité pour définir les services

adaptés aux besoins de sa population tout en respectant les normes de santé établies par les instances (État et Commonwealth) le chapeautant. Trois principaux types de LHN ont été créés :

- Les LHN métropolitains, qui incluent un ou plusieurs hôpitaux rapprochés géographiquement, se forment autour des principaux centres hospitaliers d'envergure;
- Les LHN spécialisés qui s'étendent pour la plupart à travers un État entier et regroupent les hôpitaux spécialisés;
- Les autres LHN, qui incluent un ou plusieurs hôpitaux, regroupent les hôpitaux publics opérés différemment, notamment ceux gérés par des communautés religieuses.

Une série d'accords entre le gouvernement australien et les États sur la détermination des frontières de LHN ont été annoncés à partir d'août 2011, suivant les consultations réalisées auprès de la communauté et du gouvernement. En date d'août 2012, la création de 137 LHN a été confirmée; 124 LHN couvrent un secteur géographique précis et 13 LHN couvrent un État entier. Il est à noter qu'aucun accord n'a encore été conclu avec les États de Victoria et de l'Australie-Occidentale.

Le gouvernement central a aussi mis en place en 2012 des *Medicare Locals* dont l'objectif principal est de favoriser une coopération et une coordination entre les différents intervenants des soins de santé de première ligne, notamment en travaillant avec les LHN et les médecins généralistes. Au nombre de 61, leur but est d'être très près des besoins autant des professionnels de la santé que de ceux de la population et ainsi d'organiser des soins adaptés à leur situation locale spécifique.

Une *National Health Performance Authority* (NHPA)¹⁸, entièrement indépendante, a été mise sur pied en 2012. Son comité de gestion est composé d'un président nommé par le Commonwealth, d'un vice-président nommé par les États et de cinq autres membres nommés par le *Council of Australian Governments* dont un membre possédant une expertise du système de santé dans les zones régionales et rurales. Toujours en phase de développement au moment d'écrire ces lignes, elle est responsable de faire un rapport trimestriel sur la performance de chaque LHN, de chaque hôpital privé ou public ainsi que de chaque *Medicare Local*. En outre, elle devra veiller à ce que les établissements sous-performants mettent en place des mesures de redressement et

¹⁸ Pour plus de détails voir : <http://www.nhpa.gov.au/internet/nhpa/publishing.nsf>

devra permettre aux établissements faisant bonne figure de partager les pratiques qui assurent leur succès.

La vision que sous-tend le NHRA est donc caractérisée par une volonté de réduire le dédoublement de services, d'augmenter la communication entre les différents agents du système de santé dans le but d'accroître la transparence et l'échange d'information ainsi que de supporter l'innovation et la diversité des mesures. Ceci dit, la création en 2012 d'entités sous-étatiques pourrait faciliter la prise en charge directe des hôpitaux publics par le Commonwealth dans une phase ultérieure de réforme non prévue pour le moment.

SOURCES DU FINANCEMENT

En 2009, 68,5 % du financement du système de santé australien provenait de financement public¹⁹, principalement du gouvernement australien et des États. Tout d'abord, comme mentionné précédemment, des cotisations annuelles sont prélevées pour financer le programme *Medicare*. En 2007-08, les cotisations perçues s'élevaient à 8,049 milliards \$ AU et représentaient 18,2 % du budget du gouvernement fédéral australien en dépenses de santé²⁰. Pour le reste, le Commonwealth finance le secteur de la santé (dépenses propres et transferts aux États) via ses recettes générales.

Chaque année, le gouvernement fédéral effectue une série de transferts aux États, certains devant être dépensés dans un secteur bien précis et d'autres n'étant soumis à aucune contrainte quant au poste de dépenses. Nous retrouvons dans la première catégorie un transfert dédié aux soins de santé. Avant 2009, celui-ci se nommait le *Healthcare Specific Purpose Payment* (Healthcare SPP) et était réparti entre les États selon leur population. Le montant national de ce transfert évoluait en fonction d'un indice des prix de la santé, de la croissance de la population pondérée pour leur utilisation de soins en hôpitaux ainsi qu'en fonction des progrès technologiques dans la fourniture des soins de santé. Toutefois, la réforme du système de santé en cours a introduit le *National Health Reform funding* (NHR funding) et une transition est présentement en cours entre les deux fonds. Ce nouveau fonds distribuera ses

¹⁹ Voir Figure 5.

²⁰ Australian Institute of Health and Welfare, *Australia's Health 2010*, Australian Government, <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442468376>, p.414.

transferts aux États en grande partie sur la base de l'activité en soins de santé publics que connaît chaque État. Il est également convenu qu'aucun État ne pourra recevoir un financement moindre sous le NHR *funding* que le financement qui aurait été effectif sous le *Healthcare SPP* et ce, à court et à long terme. Dans la deuxième catégorie de transferts, le gouvernement australien perçoit une taxe sur les produits et services de type valeur ajoutée au taux de 10 % dont les revenus sont entièrement versés aux États selon une formule de péréquation. En plus de tenir compte de la population de chaque État, cette formule vise à tenir compte de la capacité fiscale et des besoins en dépenses propres à chaque État. Les États peuvent allouer ces fonds aux postes de dépenses, dont la santé, à leur guise. Le financement de la santé en provenance des États se fait donc par l'entremise de ces deux fonds ou de leurs autres recettes générales.

La balance du financement du système de santé australien (31,5 %) est de source privée. Une première partie de ce financement se compose des dépenses effectuées par les patients pour couvrir la part du coût des soins médicaux et produits pharmaceutiques non remboursée par *Medicare*, le *Pharmaceutical Benefits Scheme* ou par leur assurance privée. En 2007-08, les dépenses des individus représentaient 16,8 % des dépenses totales de santé. Une seconde partie du financement privé provient des compagnies d'assurance santé privées dont les dépenses constituaient 7,6 % des dépenses totales de santé pour la même année²¹. Le reste du financement privé provient principalement des paiements pour l'assurance automobile obligatoire pour les accidents causés à des tiers ainsi que pour l'assurance pour les accidents de travail.

FINANCEMENT DES SOINS HOSPITALIERS PUBLICS

Tel que mentionné, le financement des soins hospitaliers se fait maintenant conjointement par le gouvernement australien et les États.

Depuis juillet 2012, le gouvernement australien a introduit un financement sur la base de l'activité, lorsque possible. Cette procédure s'applique notamment à la distribution d'une

²¹ Australian Institute of Health and Welfare, Health expenditure Australia 2008-09, Health and Welfare Expenditure Series, n°42, Canberra.

enveloppe supplémentaire de 16,4 milliards \$ AU pour les soins hospitaliers que prévoit débloquer le Commonwealth (montant supplémentaire comparativement au financement qu'auraient obtenu les États sous l'ancienne formule de financement par le *Healthcare SPP*).

Ainsi, à partir de juillet 2014, le gouvernement s'engage à financer 45 % de la « croissance efficace » des coûts des services de santé fournis dans les hôpitaux publics et augmentera cet engagement à 50 % de la croissance efficace à partir de juillet 2017. La « croissance efficace » est déterminée sur la base de :

- La croissance du volume des services offerts;
- L'augmentation du « prix national efficace » de ces services.

Chaque année, la *Independent Hospital Pricing Authority*²² (IHPA) détermine le « prix national efficace » pour 1 unité d'activité nationalement pondérée, soit l'unité de référence. L'IHPA, autorité indépendante qui relève du Commonwealth, a aussi été mandatée pour développer une classification des divers soins de santé et attache à chaque catégorie une pondération relativement à l'unité de référence. Ce système vise à donner un signal de prix aux LHN. Si le coût de fournir un soin pour un établissement est plus élevé que le prix national efficace de ce soin, l'établissement mesure aussitôt son retard par rapport aux autres établissements et a un incitatif à améliorer ses pratiques puisque qu'elle reçoit un financement inférieur à ce qu'elle débourse pour offrir le soin. La classification des soins repose sur les *Australian Refined Diagnosis Related Groups* (AR-DRG) pour les patients hospitalisés, les *Urgency Related Groups* (URG) et les *Urgency Disposition Groups* (UDG) pour les cas traités à l'urgence ainsi que les *Tier 2 Outpatient Clinic Definitions* pour les patients non admis allant en clinique externe ou qui ne sont pas hospitalisés. L'IHPA se base sur plusieurs principes pour déterminer le « prix national efficace » :

- assurer un accès raisonnable aux soins de santé publics;
- assurer des standards de sécurité et de qualité de soins;
- assurer de façon soutenable le financement des hôpitaux publics tout en favorisant des gains d'efficacité;

²² Pour plus de détails, voir <http://www.ihoa.gov.au/internet/ihoa/publishing.nsf>

- tenir compte du coût actuel de fournir les services dans un large éventail d'établissements;
- assurer une continuité et une prévisibilité des prix;
- tenir compte des variations dans le coût des intrants financés par d'autres programmes du Commonwealth (certains médicaments et les services d'imagerie par résonance magnétique);
- faire des projections sur les hausses raisonnables de coûts qui surviendront dans les prochaines années.

L'IHPA apporte également des ajustements au « prix national efficace » pour certains établissements qui font face à une situation particulière expliquant des salaires ou un coût des intrants plus élevés. Plusieurs ajustements peuvent survenir :

- un ajustement si l'hôpital est considéré comme étant dans une région éloignée (*outer area, remote area, very remote area*);
- un ajustement pour des patients privés;
- un ajustement pour des soins pédiatriques qui ne sont pas spécifiquement inclus dans un AR-DRG;
- un ajustement pour des patients autochtones;
- un ajustement pour des soins dans une unité de soins intensifs.

Ainsi, pour les exercices 2014-15, 2015-16 et 2016-2017, le montant des versements défini sur la base de l'activité, pour chaque catégorie de services médicaux dans chaque État, consistera en la somme de 3 éléments²³ :

- 1- Le montant de la dernière année, soit le taux de financement en pourcentage accordé l'année dernière par le Commonwealth à l'État multiplié par le volume pondéré (par type) des services fournis l'année précédente, multiplié par le prix national efficace de l'année précédente;
- 2- Un montant d'ajustement au prix, soit le volume pondéré des services fournis l'année précédente multiplié par la variation relative du prix national efficace par rapport à l'année précédente, multiplié par 45 %;

²³ National Health Reform Agreement signé en août 2011, p. 18-19.

- 3- Un montant d'ajustement au volume, soit le changement net du volume pondéré des services par rapport au volume pondéré de l'année précédente, multiplié par le prix national efficace multiplié par 45 %.

On peut écrire le tout comme suit

$$\text{Versement}_t^i = \left(\theta_{t-1}^i \times V_{t-1}^i \times P_{t-1}^i \right) + \left(V_{t-1}^i \times \frac{P_t^i - P_{t-1}^i}{P_{t-1}^i} \times 45\% \right) + \left[(V_t^i - V_{t-1}^i) \times 45\% \right]$$

Versement_t^i	Versement du Commonwealth sur la base de l'activité pour la catégorie de services « i » pour l'année en cours
θ	Taux de financement en pourcentage accordé par le Commonwealth
V	Volume pondéré de la catégorie de services
P	Prix national efficace
i	Catégorie de services, $i = 1, 2, \dots$
t	Année, t faisant référence à l'année en cours et $t-1$ à l'année dernière

Le taux de financement en pourcentage accordé par le Commonwealth pour chaque catégorie de services médicaux pour une année est calculé en divisant le montant total obtenu précédemment (1+2+3) par le volume pondéré des services pour l'année en question multiplié par le prix national efficace :

$$\theta_t^i = \frac{\text{Versement}_t^i}{V_t^i \times P_t^i}$$

À partir de l'exercice 2017-18, le Commonwealth augmentera sa contribution au financement de la croissance efficace des dépenses de 45 % à 50 %.

Chaque État sera informé des prévisions officielles du financement pour chaque catégorie de services qu'il devrait recevoir en vertu de ce nouveau système de financement avant le début de l'année financière.

Ces calculs établissent donc les montants préliminaires qui seront versés à chaque État pour chaque catégorie de services. Toutefois, des ajustements à la contribution financière du Commonwealth seront effectués durant l'année. Le premier ajustement, l'ajustement semestriel, vise une réconciliation du volume prévu avec le volume de services réellement fournis par les LHN. Les États peuvent demander que cette réconciliation soit effectuée plus souvent, notamment dans le cas où des améliorations opérationnelles ou technologiques sont observées. Le second ajustement, l'ajustement annuel, se base sur le volume de services officiel et validé de l'exercice entier et assure que le Commonwealth remplisse ses promesses en termes de financement de la croissance efficace des soins de santé. Cet ajustement inclura aussi les transferts qui assureront aux États un financement d'un niveau supérieur ou égal à ce qu'ils auraient reçu si le système de *Healthcare SPP* prévalait toujours.

Selon le Commonwealth, ces changements visent l'introduction d'un financement plus durable du système de santé public. Le gouvernement australien a relevé que le vieillissement de la population, l'arrivée de nouveaux traitements, l'augmentation du nombre de maladies chroniques et la hausse du prix des soins de santé allaient faire pression sur le financement du système de santé dans les prochaines années. Selon ses estimations, d'ici 2045-46, les dépenses de santé surpasseront à elles seules l'ensemble des revenus des gouvernements des États et des municipalités.

Lorsque le financement sur la base de l'activité n'est pas faisable, le Commonwealth aura plutôt recours à un financement via des subventions globales. Cette procédure convient entre autres à l'enseignement, à la formation et à la recherche. Dans ces cas, le Commonwealth financera également 45 % de la « croissance efficace » du coût des services offerts ou des fonctions exécutées à partir de juillet 2014 et 50 % à partir de juillet 2017.

Il est à noter que le financement du gouvernement australien sera tributaire de la fourniture par les hôpitaux publics des données sur leurs activités (nom des patients traités, statut des patients) aux autorités nationales devant les étudier, notamment l'IHPA.

En revanche, les États devront établir le montant des contributions financières qu'ils fournissent aux établissements en calculant la différence entre le coût des soins administrés et les transferts qu'ils reçoivent du gouvernement central. Tout comme le Commonwealth, les États vont recourir à un financement des LHN sur la base de l'activité lorsque possible; des subventions globales seront utilisées lorsque l'activité ne sera pas aisément mesurable. Le but est donc de créer des incitatifs à l'efficacité chez les LHN; les LHN opérant plus efficacement que le niveau de financement qui leur a été accordé pourront conserver et investir ces montants afin d'offrir davantage de services.

La réforme inclut aussi la création d'un *National Health Funding Pool* (NHFP) qui s'accompagne de l'ouverture d'un compte de la *Reserve Bank of Australia* pour chaque État qui recueillera le financement accordé par le Commonwealth ainsi que le financement basé sur l'activité des hôpitaux publics en provenance de l'État. Un administrateur indépendant est alors chargé de répartir chaque fonds entre les LHN de chaque état. On crée donc un compte santé partiel dont on dit qu'il jouera un rôle important dans la divulgation d'information quant au financement et aux activités de chaque LHN.

Il est à noter que pour assurer une administration plus flexible des établissements de santé sous leur gouverne, les États auront la possibilité d'utiliser une part des subventions globales du Commonwealth ou encore une part de leurs propres fonds pour l'administration du système afin d'offrir un financement supérieur au financement basé sur l'activité devant être versé à chaque LHN. Ceci permettra aux États d'ajuster et de rendre similaire le niveau et la qualité des soins de santé à travers le territoire de l'État, mais aussi de se doter d'un compte de mise en commun permettant de répondre à des événements imprévus. Les États auront également la possibilité de faire preuve d'innovation dans leur système de financement et même de réaliser certains essais; le gouvernement australien devra toutefois être préalablement informé de ces modifications et un suivi de la mesure appliquée sera effectué. Par exemple, un État pourrait décider de réduire le financement des LHN de son territoire en deçà du prix national efficace en se basant sur le coût réel de fournir les soins de santé et la capacité des LHN à aller chercher des sources de financement externes.

En conclusion, le Commonwealth australien en partenariat avec les États est présentement à réformer de façon importante le système de santé australien. Les changements se feront selon deux principaux axes : d'une part, une centralisation du financement vers le Commonwealth qui à terme supportera la moitié de la croissance des dépenses en soins hospitaliers et d'autre part, une décentralisation à un niveau sous-étatique de l'organisation et de la délivrance des soins de santé. Assuré par la création des LHN et des *Medicare Locals*, ce processus de décentralisation veut augmenter la responsabilité décisionnelle des décideurs locaux qui siègeront au conseil d'administration de ces entités (experts en santé et en gestion et représentants de la population). En misant sur un financement sur la base de l'activité où l'argent suit le patient plutôt que d'être versé à une institution quel que soit son niveau d'activité, les gouvernements australiens désirent voir émerger des incitatifs à l'efficacité qui motiveront les organisations, tant au niveau des États que des localités, à améliorer leurs pratiques. C'est en grande partie à ce niveau que résidera le succès de la réforme; sans de tels progrès, la réforme se limitera à des modifications d'ordres financier et comptable dont l'effet au niveau des soins reçus par la population sera moindre.

2.2 Belgique

Le système de santé belge offre une couverture universelle qui repose sur une assurance santé obligatoire.

SOURCES DU FINANCEMENT

La grande majorité du financement de ce régime provient de l'état fédéral qui alloue chaque année un budget pour subvenir aux soins de santé de la population. Une loi fédérale impose une croissance réelle maximale de l'objectif budgétaire des soins de santé. La croissance réelle maximale était de 4,5 % par année entre 2004 et 2011, est devenue 2 % pour 2012 et 3 % pour 2013 et 2014. L'objectif budgétaire est établi au début de l'année budgétaire en se basant sur l'objectif de la précédente année. En pratique, la croissance accordée ces dernières années est toujours le maximum permis et s'accompagne d'une majoration pour tenir compte de l'augmentation prévue de l'indice des prix de la santé. Par exemple, l'indice santé prévu pour 2011 de 1,9 % a occasionné une augmentation totale de 6,4 % de l'objectif budgétaire. En pratique, le taux accordé a été légèrement supérieur pour 2011 à 6,7 %. Cette majoration est entre autres expliquée par l'indexation du coût de certaines dépenses spécifiques²⁴ qui ne sont pas régies par l'objectif budgétaire global. Toutefois, depuis les mesures d'économie de 2005 et 2006, les dépenses effectuées sont inférieures à l'objectif budgétaire du gouvernement²⁵. La marge budgétaire disponible a alors permis la réalisation de nouvelles initiatives dans d'autres secteurs de la sécurité sociale, le transfert de montants s'accumulant dans le compte « boni » des mutuelles ou encore le transfert de montants dans le Fonds d'avenir des soins de santé.

Les versements fédéraux au régime d'assurance maladie-invalidité proviennent en premier lieu du transfert d'une partie des cotisations de sécurité sociale que le gouvernement belge perçoit auprès des employés et employeurs via l'Office national de sécurité sociale (ONSS). Les cotisations sont perçues de façon centrale par l'ONSS pour financer diverses prestations de

²⁴ Parmi ces dépenses, notons les soins ou médicaments novateurs, les dépenses occasionnant des recettes et certains systèmes de remboursements spécifiques auprès des médecins et autres professionnels.

²⁵ Crommelynck, Anja, *Budget 2011 : le paradoxe de l'assurance maladie. Les dépenses augmentent, les surplus s'accroissent*, MC-Information, n° 243, pp. 27-34, mars 2011.

sécurité sociale : chômage, allocations familiales, aide aux personnes invalides, aide aux accidentés au travail, etc. Pour l'année 2011-2012, dans le cas des employés salariés, la cotisation sociale totale est de 37,84 % du revenu brut dont 24,77 % sont payés par l'employeur et 13,07 % sont payés par le travailleur. De ces cotisations, 7,35 % sont destinés spécifiquement au financement des soins de santé (3,55 % pour l'employé et 3,80 % pour l'employeur)²⁶. Ces cotisations portent sur le salaire total; il n'y a pas de minimum exempté ou de montant maximum (plafond) avec un excédent non cotisé. Dans le cas des travailleurs indépendants, leur cotisation est calculée à partir de leur revenu net de la 3^e année précédant l'année de référence et versée directement à leur organisme assureur. Pour 2011, les cotisations annuelles pour tous les programmes de sécurité sociale sont déterminées en fonction du revenu net de 2008 comme suit : 22 % du revenu pour un revenu de 52 378,55 € et moins (cotisation annuelle minimale de 2 668,56 €, donc applicable jusqu'à un revenu de 12 129,76 €) puis 14,16 % du revenu supérieur à 52 378,55 € jusqu'à 77 189,40 €, niveau où les cotisations sont plafonnées dans le cas où une personne a un revenu supérieur²⁷.

En deuxième lieu, l'état s'est doté de sources de revenus dites alternatives afin de combler la différence entre le budget alloué et les recettes des cotisations. Les sommes proviennent principalement d'une partie des recettes de la taxe sur la valeur ajoutée et d'une partie des taxes d'accises sur le tabac. Pour l'exercice 2011, le budget de l'assurance maladie-invalidité indique que son financement provient à 85 % des cotisations des membres et à 7 % de taxes sur les produits et services²⁸. Le reste du montant à financer est constitué de cotisations personnelles d'assurés dans des conditions exceptionnelles, de cotisations de pensionnés et d'une part des recettes des assurances hospitalisation et automobile.

COUVERTURE DES SOINS

C'est à travers l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) que ce budget global est réparti entre les différents organismes assureurs dont le rôle d'intermédiaire est de rembourser

²⁶ Social Security, *Social Security : Everything you have always wanted to know*, Federal Public Service, Bruxelles, http://www.socialsecurity.fgov.be/docs/en/alwa2011_en.pdf.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ INAMI, *Budget de l'assurance soins de santé et indemnités : Recettes et dépenses 2011*, <http://www.inami.fgov.be/information/fr/accounting/budgets/index.htm>.

en partie le coût admissible des soins de santé reçus par les citoyens et de distribuer une partie du financement des établissements de santé. Ces organismes assureurs prennent 3 différentes formes :

- 1- Les mutuelles sont des organisations d'intérêt public sans but lucratif regroupées en 5 unions nationales sur la base de leur affiliation politique ou religieuse (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (41,8 % des bénéficiaires), Union Nationale des Mutualités Socialistes (29,5 %), Union Nationale des Mutualités Libres (17,2 %), Union Nationale des Mutualités Libérales (5,3 %) et Union Nationale des Mutualités Neutres (4,2 %)).
- 2- La Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (0,8 %) permet aux Belges ne désirant pas s'affilier à l'une des unions précédentes d'être assurés par cet organisme public.
- 3- La Caisse des Soins de santé de la SNCB Holding (1,2 %) est l'organisme assureur obligatoire pour les employés des chemins de fer.²⁹

Tout résident, inscrit au Registre national belge, est considéré comme bénéficiaire de l'assurance santé mais chaque individu doit s'inscrire auprès d'une mutuelle afin d'être assuré et de recevoir des prestations et indemnités. Le choix est entièrement libre (exception faite des travailleurs des chemins de fer) et les mutuelles ne peuvent refuser aucun bénéficiaire qui leur fait une demande. Près de 99 % de la population belge est donc couverte par l'assurance santé (via le régime général ou le régime pour travailleurs indépendants). On dénombrait environ 103 000 bénéficiaires non assurés en 2010 en Belgique, résultat du non-paiement de leur cotisation totale ou de pièces justificatives manquantes³⁰. Les citoyens sont également libres de déboursier une prime d'assurance supplémentaire pour souscrire une assurance complémentaire couvrant un éventail plus large de soins. Ils sont d'ailleurs de plus en plus nombreux à le faire : on comptait 4,5 millions de souscrits à une assurance complémentaire en 1997 alors qu'ils étaient 7,8 millions en 2008³¹ (pour une population totale de 10,7 millions d'habitants en 2008).

²⁹ INAMI, *Statistiques des effectifs, Année 2010*,
<http://www.riziv.fgov.be/information/fr/statistics/people/index.htm>.

³⁰ *Ibid.*

³¹ Fédération des entreprises belges, *Les paradoxes des soins de santé en Belgique : Performances, qualité et coûts à réconcilier*, juin 2011.

L'assurance santé offre une couverture pour les « risques majeurs et mineurs » aux bénéficiaires du régime général et aux bénéficiaires du régime pour travailleurs indépendants depuis 2008. Auparavant, les travailleurs indépendants n'étaient couverts que pour les risques majeurs. Les risques majeurs comprennent entre autres les soins hospitaliers, les accouchements, les chirurgies majeures, les soins de dialyse, l'implantation de dispositifs médicaux et les soins de spécialistes. Les risques mineurs comprennent quant à eux la visite d'un médecin généraliste, les soins dentaires, les chirurgies mineures, les soins à domicile ainsi que les prescriptions médicales.

Malgré leur couverture, les résidents doivent déboursier directement certains montants d'argent afin de recevoir des soins. Il existe 2 mécanismes de paiement en fonction du type de soin. Le premier demande au patient de payer la totalité de la facture pour ensuite demander un remboursement auprès de sa mutuelle. Le remboursement peut ne pas couvrir la totalité du coût (quote-part), dépendamment du type de soin reçu. Ce mécanisme est normalement rencontré lors du paiement de soins de santé reçus sans qu'il n'y ait hospitalisation (en cabinet ou en clinique principalement). Le second type de paiement implique que la mutuelle paye directement le fournisseur du soin de santé alors que le patient doit déboursier un supplément déterminé; ce type de paiement est considéré comme un ticket modérateur. Par exemple, un montant fixe qui doit être déboursé pour chaque jour d'hospitalisation. Ce mécanisme est normalement présent lors du paiement de soins d'hospitalisation et de médicaments achetés en pharmacie. Autrement, si le service n'est pas couvert par son assurance, le patient doit déboursier la totalité du coût.

La couverture des soins par l'assurance santé varie selon le type de soins. En 2012, la couverture est en moyenne de 75 % pour la consultation d'un médecin généraliste, de 60 % pour la consultation d'un médecin généraliste à domicile et de 65 % pour la consultation d'un médecin spécialiste. Le régime belge reconnaît un statut particulier de « bénéficiaire de l'intervention majorée » (BIM) aux individus ayant une condition sociale particulière et dans certains cas, ayant de faibles revenus. Ceux-ci profitent d'un remboursement préférentiel des soins : la couverture moyenne passe à 90-95 % pour la consultation d'un médecin généraliste, à 90 %

pour la consultation d'un médecin généraliste à domicile et pour la consultation d'un médecin spécialiste³².

Un individu est éligible à une intervention majorée s'il bénéficie d'une des aides suivantes, et ce, sans égard à son revenu :

- une aide sociale octroyée par un centre public d'action sociale;
- une garantie de revenu aux personnes âgées ou une majoration de rente;
- une allocation du Service public fédéral Sécurité sociale pour personne handicapée;
- une allocation familiale majorée.

Les individus dans une position particulière (veuf, invalide, pensionné, orphelin, handicapé sans allocation, chômeur de longue durée, résident âgé de 65 ans et plus, famille monoparentale) peuvent être admissibles à une intervention majorée si le revenu brut imposable de leur ménage en 2012 est inférieur à 16 306,33 € (avec majoration du plafond de 3 018,74 € pour chaque personne à charge supplémentaire dans le ménage).

Le gouvernement belge a créé en 2002 le système de « maximum à facturer » (MAF) qui plafonne les dépenses de santé des patients selon le revenu net de leur ménage et leur situation sociale. Cette mesure vise principalement à alléger le fardeau financier des individus à faible revenu et/ou souffrant de maladies graves, chroniques ou de longue durée. Il existe 3 types de MAF :

- 1- Le MAF revenu, tel que présenté dans le tableau qui suit;

Tableau 2 – Maximum à facturer selon le revenu net du ménage en 2012, Belgique

Revenu net du ménage	Maximum à facturer
17 039,73 € et moins	450 €
17 039,74 € à 26 195,40 €	650 €
26 195,41 € à 35 351,10 €	1 000 €
35 351,11 € à 44 125,29 €	1 400 €
44 125,30 € et plus	1 800 €

Source : INAMI, *Maximum à facturer (MAF) – Tranches de revenus et plafonds*.

³² INAMI, *Honoraires, prix et remboursements – Tarifs 2012*,
<http://www.inami.fgov.be/insurer/fr/rate/index.htm>.

- 2- Le MAF social, d'un montant de 450 €, s'applique aux individus du ménage bénéficiant de l'intervention majorée;
- 3- Le MAF pour les enfants qui permet à tout enfant de moins de 19 ans d'avoir de façon individuelle un MAF de 650 € par année, peu importe le revenu du ménage (ce MAF peut être plus faible dans les cas où le MAF du ménage est de 450 € ou lorsque les enfants ont droit à une allocation familiale majorée).

Depuis 2009, le montant du MAF revenu et social peut être réduit de 100 € lorsqu'un membre du ménage a déboursé individuellement plus de 450 € pour recevoir des soins de santé durant les 2 précédentes années. Quant au montant du MAF pour enfants, celui-ci est plutôt majoré de 100 € lorsqu'on a déboursé pour l'enfant plus de 450 € pour recevoir des soins de santé durant les 2 précédentes années.

FINANCEMENT DES SOINS HOSPITALIERS

Le financement hospitalier en Belgique a subi une importante transformation entre 2002 et 2006; alors que les budgets des hôpitaux étaient auparavant déterminés en fonction de la structure de l'établissement en termes de nombre de lits et de nombre de jours d'hospitalisation, le nouveau système de financement repose sur les activités réalisées dans l'établissement (les « activités justifiées ») ainsi que le nombre de « lits justifiés » en conséquence de celles-ci. Cette nouvelle approche prend également en compte le type de pathologie traitée ainsi que la durée d'hospitalisation normale qui en découle.

Le financement des soins hospitaliers se divise en deux grandes catégories selon le type de service offert : un financement pour les services non médicaux et un financement pour les services médicaux.

Le financement pour les services non médicaux est assuré par le Budget des Moyens Financiers (BMF) qui est dédié à couvrir les services généraux (buanderie, alimentation, chauffage, entretien, administration), les dépenses pour la fourniture de services cliniques (personnel infirmier et soignant, produits médicaux, médicaments courants, pansements, etc.), les services d'urgence (salles d'opération, stérilisation, plâtres) ainsi que certains amortissements des

investissements et charges financières. Ce financement est établi sur la base de « l'activité justifiée » de l'établissement qui dépend du nombre et du type de pathologies traitées durant une année de référence. Chaque admission à l'hôpital est classée parmi les différents sous-groupes de diagnostics auxquels est rattachée une « durée de séjour justifiée ». Ce système s'apparente donc à un système de points et le budget à l'échelle nationale est réparti entre les hôpitaux en fonction de leur pointage. Le BMF a deux composantes :

- 1- Une enveloppe fixe calculée sur la base des activités du dernier exercice et versée sous forme d'avances en douze versements mensuels par les organismes assureurs;
- 2- 20 % du financement des services généraux et des services cliniques sont exclus de l'enveloppe précédente et sont plutôt versés via une enveloppe variable dont une moitié est versée en fonction du nombre d'admissions et l'autre moitié en fonction du nombre de jours d'hospitalisation. Ceci vaut pour les hôpitaux généraux alors que pour les autres hôpitaux cette enveloppe est versée en fonction du nombre de jours d'hospitalisation seulement. Il est important de noter que cette enveloppe doit être facturée par les hôpitaux aux différents organismes assureurs.

Puisque certains calculs utilisés pour déterminer le montant du BMF versé se basent sur des données du dernier exercice, une révision des montants alloués est réalisée une fois que les données réelles sont obtenues.

Le financement des services médicaux et médicaux techniques se fait plutôt par le paiement d'honoraires aux professionnels en lien direct avec les actes médicaux qu'ils posent. Tel que mentionné précédemment, il arrive que le patient ait à acquitter la totalité des honoraires pour les soins reçus pour ensuite demander un remboursement à son assurance ou encore il est possible que le patient ne débourse qu'un ticket modérateur, le solde étant directement versé par l'organisme assureur. Les honoraires complets tout comme les tickets modérateurs sont perçus de façon centralisée par l'hôpital ou par un conseil médical. Ensuite, ces honoraires sont distribués aux prestataires de soins selon les actes médicaux effectués. Toutefois, l'hôpital conserve une partie des honoraires représentant les coûts engendrés par l'acte médical à la source de cet honoraire, mais qui ne sont pas inclus dans le financement reçu par l'établissement par son BMF.

Les médecins sont donc rémunérés à l'acte, mais ont la liberté de détenir ou non le statut de médecin conventionné. Un médecin conventionné accepte de se conformer aux accords signés avec les divers organismes assureurs : il doit alors facturer des honoraires fixés par les conventions avec les organismes assureurs, mais jouit d'avantages sociaux provenant de l'INAMI. Un médecin non conventionné peut quant à lui choisir le montant des honoraires qu'il facture, mais ne bénéficie pas des avantages sociaux de l'INAMI.

Outre ces deux sources majeures, les hôpitaux reçoivent du financement pour les médicaments utilisés. Dans le cas de patients hospitalisés, l'hôpital reçoit pour chaque admission un montant visant à couvrir une partie des frais des médicaments remboursables. Dans le cas de patients ambulatoires non hospitalisés, le prix des médicaments fournis par l'hôpital inclut une surcharge visant à couvrir les frais de la pharmacie de l'hôpital. Aussi, un établissement peut recevoir des subventions particulières des entités fédérées et de l'état central pour des investissements.

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE ET RÉFORMES

Le processus décisionnel est donc centralisé autour du parlement fédéral qui légifère sur l'organisation et le financement du système de santé. Par exemple, les hôpitaux et autres établissements de soins doivent satisfaire certains critères et normes établis par le gouvernement fédéral en vue d'être accrédités et de recevoir leur financement. Les normes d'accréditation prennent la forme d'exigences concernant la qualification de la main d'œuvre, de responsabilités d'ordre hygiénique, de critères relatifs à la construction et à la disposition des chambres et d'un seuil minimal d'activités à assurer en tout temps.

Le gouvernement belge a aussi mis en place des réformes de son système de santé visant à améliorer les performances des mutuelles, des hôpitaux et des professionnels de la santé. Tel que présenté, des réformes sur l'allocation des ressources entre les hôpitaux sur la base de leur productivité, de leur activité et des caractéristiques des patients traités, soient leurs « coûts justifiés », plutôt que sur une base historique sont des interventions de l'état fédéral pour améliorer l'efficacité du système.

De même, dans ces réformes, une plus grande responsabilité financière a été attribuée aux mutuelles. D'une part, 30 % de leur budget est déterminé sur une base normative. Ce montant est déterminé en fonction des risques associés aux caractéristiques de leurs membres comme l'âge, le sexe, le taux de chômage, la composition des ménages, le taux d'urbanisation et le taux de mortalité. Les 70 % restants sont établis sur la base des dépenses réellement encourues. D'autre part, les mutuelles sont responsables de leur santé financière. En cas de surplus, elles doivent créer une réserve ou accorder des avantages à leurs membres; en cas de déficit, elles sont tenues de prélever des cotisations supplémentaires ou de puiser dans leurs réserves.

De leur côté, les communautés belges ont un rôle limité à la coordination et l'administration du système de santé en suivant les consignes du gouvernement central. Elles s'occupent donc des soins de santé de base ainsi que des services sociaux. Elles se chargent aussi d'accréditer les établissements de santé en s'assurant qu'ils rencontrent les normes établies. Finalement, elles sont responsables de la promotion de la santé et de la prévention auprès de la population.

L'entente d'octobre 2011³³ dite sixième réforme de l'État et qui forme la base du programme du gouvernement en formation prévoit le transfert de quelques compétences dans le domaine de la santé aux communautés (aide aux personnes âgées et soins de longue durée). On précise cependant que le financement des hôpitaux sauf pour le budget d'investissement demeure de responsabilité fédérale.

En conclusion, le système belge est très centralisé en termes de financement et responsabilités; on peut voir les unions de mutuelles comme des entités décentralisées remplaçant les provinces canadiennes. Bien que n'ayant pas de pouvoir décisionnel, ces unions de mutuelles permettent que ce soit un choix individuel qui détermine quelle entité offre la couverture et non pas le lieu de résidence.

³³ Chambre des représentants de Belgique, *Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'État*, http://www.lachambre.be/kvvcr/pdf_sections/home/FRtexte%20dirrupo.pdf.

2.3 Espagne

L'Espagne a entrepris dans les années 1980 une importante refonte de son système de santé comprenant la création en 1986 du Système National de Santé (SNS) offrant une couverture obligatoire, universelle et gratuite des soins de santé à sa population. Le gouvernement central a également opté pour une décentralisation de l'organisation et du financement du système de santé en transférant la responsabilité d'offrir les soins de santé aux 17 communautés autonomes composant le pays. Cette transition s'est échelonnée jusqu'en 2002, moment où le transfert des compétences aux communautés a été complété.

COUVERTURE DES SOINS

La quasi-totalité de la population (99,5 %) est couverte par le régime public espagnol via deux formules d'accès au système. La première formule est le régime général d'assurance sociale obligatoire; il couvre 95 % de la population espagnole. La deuxième formule s'adresse aux employés du gouvernement central et aux personnes à leur charge. Ceux-ci ont accès à un régime d'assurance sociale distinct qui leur laisse le choix entre la souscription à une assurance entièrement privée ou la souscription à la couverture d'une des trois mutuelles financées publiquement (MUGEJU, pour le personnel au service de l'administration de la justice, ISFAS, pour les forces armées et la garde civile ainsi que MUFACE pour les autres fonctionnaires). En 2008, environ 14 % des employés du gouvernement choisissaient d'être couverts par une assurance privée³⁴.

La couverture nationale de base exclut plusieurs services dentaires ainsi que les articles de lunetterie. Les individus de moins de 65 ans doivent également déboursier un copaiement de 40 % du prix des médicaments prescrits. Les fonctionnaires membres d'une des trois mutuelles déboursent quant à eux une quote-part de 30 %. Les individus fortement handicapés ou victimes d'un accident de travail peuvent être exemptés de ce paiement alors que les personnes souffrant d'une maladie chronique doivent déboursier un copaiement de 10 % sur une gamme de médicaments. Outre cette couverture de base, les communautés autonomes ont la liberté

³⁴ European Observatory on Health Systems and Policies, *Health System Review:Spain*, Health Systems in Transition, 2010.

d'augmenter la couverture de soins offerte à leurs résidents, ce qui peut mener à quelques différences régionales. Ainsi, certaines communautés autonomes (Cantabrie, Castille-La Manche, Castille-et-Léon, Galice, Navarre et Pays Basque) offrent une couverture des soins dentaires aux enfants. Certaines ont décidé de couvrir certains médicaments exclus de la couverture de base nationale (Andalousie et Navarre). Des différences existent aussi dans la définition des soins de longue durée, considérés comme une responsabilité publique (en Cantabrie et Castille-La Manche par exemple) ou encore comme une responsabilité individuelle supportée publiquement (en Catalogne par exemple) selon la communauté³⁵.

Seulement 0,5 % de la population n'est pas couverte par le régime public; ce sont des individus ayant un revenu très élevé et non salariés qui ne sont pas tenus de se joindre au système de sécurité sociale du pays.

Outre le régime public obligatoire, les Espagnols peuvent se doter d'une assurance privée complémentaire. Compte tenu de la très grande couverture de soins de santé déjà offerte par le régime public, la souscription à une assurance privée supplémentaire est normalement motivée par les délais d'attente plus courts, le nombre plus important d'options pour être soigné, la qualité des installations sanitaires (chambre privée) et la couverture plus large en termes de médicaments, soins dentaires ou articles de lunetterie.

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

La série de réformes a introduit un système fortement décentralisé, tant du côté décisionnel que du financement, laissant la possibilité à chaque communauté de mettre en place une organisation des soins adaptée à sa population. À cet effet, les données provisoires de 2009 indiquent que 91 % des ressources financières publiques dédiées à la santé ont été administrées par les communautés autonomes, 4 % par le gouvernement central et le système de sécurité

³⁵ Puig-Junoy, J. et al., Health Basket Project : Spanish Health Care Benefits Report, Center for Research in Health and Economics de l'Université Pompeu Fabra, 2005.

sociale, près de 3 % par les mutuelles des employés de la fonction publique et près de 2 % par les municipalités³⁶.

Le ministère national de la Santé et de la Politique Sociale garde un rôle de coordination globale du système de santé et veille à ce que les soins de santé soient offerts équitablement à travers le territoire. Pour ce faire, il détermine les seuils à respecter en termes de qualité des soins et de niveau de dépenses, définit la gamme de soins de base couverts par le SNS et assure une surveillance de la performance du système. De plus, le gouvernement espagnol est responsable des ententes internationales en matière de santé, de réguler la formation des médecins ainsi que de la recherche et du développement.

Jouissant de la responsabilité complète des soins de santé, les communautés veillent à fournir l'ensemble des soins de santé requis et à permettre à leur population d'y avoir accès gratuitement. Les communautés organisent dans la plupart des cas leurs soins de santé par l'entremise d'un ministère régional de la santé et d'un service régional de santé. Le premier élabore la politique de santé en répartissant les responsabilités parmi les acteurs du système et détermine l'organisation des soins de santé à travers son territoire. Il est en outre chargé de déterminer les soins complémentaires à ceux de base inclus dans les soins couverts par l'assurance santé qui couvre sa population. Le deuxième se charge quant à lui de fournir les soins de santé à la population. La majorité des communautés divisent l'organisation des services en deux catégories, selon que ce sont des soins primaires ou des soins spécialisés. À travers les réformes, la planification des soins de santé dans les communautés a suivi une trajectoire vers une « gestion directe » reposant sur la formulation d'objectifs auprès de certaines équipes de professionnels ou de certains établissements. Ces objectifs peuvent s'accompagner d'incitatifs financiers obtenus lors de leur réussite. Parallèlement, les communautés ont également eu recours à la sous-traitance privée pour réaliser certaines tâches comme l'entretien, la sécurité et certains soins ambulatoires.

Afin d'améliorer la coordination des divers acteurs du système de santé, le Conseil interterritorial du système national de santé a été mis sur pied. Il regroupe autour d'une même

³⁶ Estadística del Gasto Sanitario Público, Serie 2002-2009 (Gasto sanitario público según criterio de devengo: Gasto real) [Dépenses publiques réelles en santé : Séries 2002-2009], Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

table les 17 ministres régionaux de la santé avec le ministre national de la santé et a comme mandat l'élaboration consensuelle de politiques visant une amélioration continue du système de santé.

Finalement, les municipalités et gouvernements locaux sont impliqués dans les politiques d'hygiène et d'environnement des activités de santé ainsi que dans la promotion de la santé auprès de la population. Elles peuvent à l'occasion jouir de responsabilités élargies lorsque des ententes existent avec leur communauté autonome. Cette situation est souvent rencontrée lorsque certaines municipalités se sont historiquement occupées de certains services particuliers de santé. La loi générale sur les soins de santé de 1986 stipule que les municipalités peuvent continuer à être propriétaires des installations et financer des activités, mais doivent transférer l'administration et l'emploi des professionnels au niveau de leur communauté autonome. En pratique, plusieurs municipalités ont refusé de mettre en place de tels transferts et ont quelquefois menacé de retirer leur financement. Face à cette situation, la législation a permis à certains gouvernements locaux de poursuivre leur implication dans l'administration de certains soins de santé, notamment en leur accordant un siège sur les conseils de santé des communautés autonomes. Une entente spéciale a également été signée entre la ville de Barcelone et la Catalogne pour que les deux partenaires forment un consortium leur permettant d'administrer conjointement le réseau de santé de Barcelone.

SOURCES DU FINANCEMENT

Les données provisoires de 2009 indiquent que le financement public provient majoritairement des revenus de taxation (94,93 %) et est complété par les cotisations des employés et employeurs au système de sécurité sociale (2,10 %). Quant à elles, les mutuelles couvrant les fonctionnaires gèrent 2,97 % du financement public de la santé qui est tiré à la fois de la taxation et de cotisations salariales³⁷.

Le gouvernement espagnol a mis en place en décembre 2001 un nouveau système de financement de la santé pour aller de pair avec la décentralisation des responsabilités aux

³⁷ Estadística del Gasto Sanitario Público, Serie 2002-2009 (Gasto sanitario público según criterio de devengo: Gasto real) [Dépenses publiques réelles en santé : Séries 2002-2009], Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, tableau 54.

communautés. Pour la première fois, le gouvernement central a intégré les transferts destinés à la santé à l'intérieur du système général de financement des communautés. À partir de ce moment, le gouvernement de chaque communauté est devenu libre de distribuer les sommes reçues comme il le désire entre ses divers postes de dépenses. La seule condition imposée aux communautés est que le montant annuel de leurs dépenses nominales totales de santé s'élève au-dessus du niveau de 1999. Auparavant, les transferts du gouvernement espagnol étaient scindés en diverses enveloppes budgétaires devant être affectées à une fin particulière; chaque communauté recevait donc un montant servant expressément aux dépenses de santé. Cette réforme contenait également un premier pas vers l'autonomie fiscale des communautés en augmentant leur pouvoir en matière fiscale. Le système de financement général des communautés a été modifié pour la dernière fois en 2009 afin d'en améliorer certains points et d'apaiser les revendications de certaines communautés telle la Catalogne. La révision de 2009, entrée en vigueur dans les budgets de 2011, modifie le système de transferts et accroît la responsabilisation fiscale des communautés. S'y rajoute l'amendement constitutionnel de septembre 2011 interdisant à partir de 2014 les déficits structurels des communautés.

Ainsi, le financement général en provenance du gouvernement central obtenu par les communautés provient aujourd'hui de 2 sources : de transferts du budget général de l'état espagnol ainsi que de revenus de diverses taxes dont une partie ou le tout revient aux communautés.

Les transferts du gouvernement central visent à permettre une offre de service de même niveau dans chaque communauté autonome et sont déterminés selon une formule d'allocation des ressources. Cette formule comprend d'abord le calcul du montant de deux premiers fonds généraux transférés à chaque communauté³⁸ :

- 1- Le « Fonds de garantie pour les services publics essentiels » vise à couvrir les dépenses en santé, en services sociaux et en éducation des secteurs dont la responsabilité revient aux communautés. Le montant de ce fonds est calculé en fonction du nombre de résidents couverts et est modulé en fonction de leurs caractéristiques afin d'établir un

³⁸ Pour plus de détails voir :

Zabalta, A. et J. Lopez-Laborda, *The New Spanish System of Intergovernmental Transfers*, International Tax and Public Finance, Volume 18, No 6, 2011, pp. 750-786.

financement per capita ajusté pour une « population couverte équivalente ». Parmi les caractéristiques prises en compte, notons le nombre d'enfants d'âge scolaire, le nombre de personnes âgées ainsi que la densité et l'insularité de la population.

- 2- Le « Fonds global de suffisance » représente la différence entre les besoins en financement estimés de chaque communauté et ses revenus provenant des taxes et du fonds précédemment décrit. Il assure qu'aucune communauté autonome ne voit ses revenus atteindre un niveau inférieur à l'année de référence 2007 suite à la nouvelle formule d'allocation des ressources.

La formule calcule également l'éligibilité des communautés à deux autres fonds dits de « convergence » :

- 3- Le « Fonds de compétitivité » offre une compensation aux communautés autonomes disposant de ressources financières ajustées pour les besoins de leur population en dessous de la moyenne nationale.
- 4- Le « Fonds de coopération » fournit une contribution supplémentaire aux communautés autonomes accusant un retard sur la moyenne nationale en termes de croissance du PIB per capita, de croissance démographique ou encore dont la densité de population est très faible.

La deuxième source de financement provient d'une partie des revenus de taxation des communautés. Depuis 1997, l'administration et la levée de certaines taxes ont été entièrement transférées aux communautés autonomes. Elles ont donc la capacité de fixer les taux de taxation et d'allouer des crédits et allocations selon leurs propres critères. Parmi les taxes maintenant contrôlées par les communautés, notons celles sur le jeu de hasard, sur l'enregistrement de véhicules, sur l'héritage, sur les gains en capital, sur la vente d'hydrocarbures et sur l'électricité. De plus, la réforme de 2009 a grandement augmenté la capacité fiscale des communautés en ce qui a trait à l'impôt personnel et leurs dispositions à légiférer sur la taxation. Entre autres, la part de l'impôt sur le revenu personnel ainsi que la part de la taxe sur la valeur ajoutée que cède le gouvernement central aux communautés sont toutes deux passées à 50 % (elles étaient respectivement de 33 % et 35 % auparavant). Les communautés ont également la liberté de fixer le taux pour leur part de l'impôt sur le revenu.

Les communautés ont aussi vu leur part des recettes des taxes d'accises sur l'alcool, le tabac et le pétrole augmenter à 58 % (elle était de 40 % auparavant).

Des estimations montrent que la réforme de 2009 permettrait une augmentation des ressources allouées aux communautés de l'ordre de 1,2 % du PIB espagnol et une réduction de la variabilité des dépenses per capita à travers les différentes communautés (baisse du coefficient de variation de 11,1 % à 7,7 %)³⁹. Ces calculs ont cependant été faits avant la crise financière.

FINANCEMENT DES SOINS HOSPITALIERS

Chaque communauté espagnole décide comment le financement des soins hospitaliers offerts sur son territoire s'effectue. Dans la majorité des communautés, le ministère régional de la santé (entité décisionnelle) négocie avec le service régional de la santé (entité prestataire des soins) le budget annuel qui lui sera accordé. À son tour, le service régional de la santé négocie annuellement un contrat avec les établissements de soins primaires, spécialisés ou hospitaliers de sa juridiction. Ces contrats stipulent normalement les objectifs que doit atteindre l'hôpital et précisent le financement qui lui est accordé pour y arriver. Les objectifs prennent souvent la forme de seuils à atteindre concernant une série d'indicateurs calculés pour chaque établissement.

Si ces indicateurs ne reflétaient pas toujours de façon adéquate la qualité des services et le niveau d'activité réel des établissements dans le passé, entre autres en raison d'un manque de suivi, il demeure que des améliorations ont été apportées à ce système au cours des quinze dernières années. Une plus grande attention est accordée à l'élaboration d'une stratégie commune où les actions des divers établissements prestataires se complètent et sont cohérentes les unes avec les autres. Une plus grande emphase est également mise sur la qualité des soins par l'entremise d'incitatifs plus importants à cet égard ainsi que par la présence de coordonnateurs dans les établissements dont le mandat est d'améliorer la qualité des soins offerts. Du côté du niveau d'activité des établissements, bien que la situation varie parmi les différentes communautés, il demeure qu'une transition marquée vers un système de pointage de soins de santé pondérés s'apparentant à un système DRG (diagnosis-related group), donc

³⁹ *Ibid.*

basé sur l'activité, s'est effectuée. Ce système transpose chaque service offert ou activité réalisée dans un hôpital en un multiple d'un standard d'activité pris comme point de référence. La pondération attachée à chaque classe de soins de santé dépend de la durée du séjour établie pour ce soin et du coût moyen de fournir ce soin. Le pointage obtenu par chaque établissement sert donc à établir certaines clauses des contrats avec le service régional de santé. Certains services de santé particuliers par leur coût de fourniture ou par leur aspect prioritaire ne font pas partie de ce système de pointage et les hôpitaux reçoivent dans ces cas un financement spécifique pour ces services. Certains services spécifiques peuvent également être délégués au secteur privé en négociant des contrats qui portent normalement sur une quantité déterminée de services à fournir, notamment dans le but de réduire les listes d'attente. Ainsi, les contrats portent sur la gamme de services que doit offrir l'établissement ainsi que les objectifs visés en termes de niveau d'activité et de qualité des soins.

En somme, la décentralisation importante du système de santé espagnol a remis entre les mains de chaque communauté autonome la responsabilité entière de fournir les soins de santé à sa population et s'est accompagnée, mais sans lien direct, d'une responsabilité accrue de lever des taxes et impôts. Certains observateurs ont soulevé des questions quant au coût de la décentralisation en termes d'équité entre les communautés et en termes de cohésion sociale⁴⁰. Il n'en demeure pas moins que ce processus a permis aux communautés d'adapter leur système selon les particularités de leur population et d'utiliser leur autonomie décisionnelle pour faire preuve d'innovation⁴¹. Partageant maintenant la responsabilité fiscale du financement avec le gouvernement central, les communautés ont davantage d'incitatifs à la performance. Certaines communautés, comme la Catalogne, ont opté pour une privatisation de l'administration de certains services tout en maintenant un financement et un contrôle publics. La région a également augmenté son nombre de lits dédiés aux soins de longue durée afin de refléter l'âge moyen plus élevé de sa population. L'Espagne veut voir émerger de ce système décentralisé une meilleure efficacité à mesure que chaque communauté perfectionne son système de soins de santé en l'adaptant à son contexte historique et démographique. Les effets que les diverses mesures d'austérité mise en place en 2012 auront à ce chapitre ne sont pas encore connus.

⁴⁰ Rey, P. et J. Rey, *La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver*, Fundación Alternativas, Madrid, document de travail N° 100, 2006.

⁴¹ Martin-Moreno, J. M. et al., *Spain : a decentralised health system in constant flux*, British Medical Journal, vol 338, pp. 863-866, avril 2009.

2.4 États-Unis

Le système de santé américain n'est pas composé d'un réseau public national, mais plutôt d'établissements qui sont en grande partie détenus et opérés par le secteur privé. Les individus peuvent être assurés pour les soins de santé reçus via un programme d'assurance publique s'ils en remplissent les conditions d'éligibilité (*Medicare, Medicaid et CHIP*) ou via une assurance privée (assurance collective de l'employeur ou assurance individuelle). Ils peuvent également ne pas être assurés.

FINANCEMENT ET COUVERTURE DES SOINS DES PROGRAMMES PUBLICS DE SANTÉ

La santé aux États-Unis occupe 17,6 % du PIB en 2010, le % le plus élevé des pays de l'OCDE dont environ la moitié provient de fonds publics⁴². Une partie des dépenses totales de santé va à l'achat d'assurance santé auprès des fournisseurs privés et publics. Le public compte pour 55 % des dépenses en assurance santé en 2009⁴³. Les deux principaux programmes publics sont *Medicaid* et *Medicare* qui représentent respectivement 21 % et 28 % de toutes les dépenses (privées et publiques) en assurance santé aux États-Unis⁴⁴. Au niveau des dépenses totales de santé en 2009 (soit 2486,3 milliards), *Medicaid* représente 15 % des dépenses avec un montant de 366,5 milliards de dollars, et *Medicare* 20 % des dépenses, avec un montant de 502,35 milliards de dollars⁴⁵. Le Tableau A4 en annexe fournit le montant des dépenses pour ces deux programmes dans chaque État.

Medicare est le programme public offrant une couverture d'assurance santé le plus important aux États-Unis. Ce programme offert et donc financé par le niveau fédéral couvre les personnes de 65 ans et plus et certaines personnes handicapées moins âgées. C'est un programme d'assurance maladie puisqu'il rembourse les fournisseurs de services médicaux privés qui offrent les soins aux bénéficiaires. Ce programme couvrait en 2010 environ 38 millions de personnes de plus de 65 ans et 7 millions de personnes handicapées. Les différentes options de

⁴² Base de données de l'OCDE sur la santé 2012 et calcul des auteurs.

⁴³ U.S. Department of Health and Human Services, *National Health Expenditure Tables*, <https://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/downloads/tables.pdf>, p. 1.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 14.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 3.

couverture de *Medicare* sont présentées en annexe. Son financement est assuré par deux fonds fiduciaires : le *Hospital Insurance Trust Fund* et le *Supplementary Medical Insurance Trust Fund*. Le *Hospital Insurance Trust Fund* vise à financer les soins couverts pour les patients hospitalisés ainsi que les autres soins couverts par l'option de couverture A de *Medicare*. Son financement provient majoritairement de cotisations sociales perçues sur la masse salariale et affectées à ce fonds; ces cotisations représentaient 85 % du financement de ce fonds et 37 % du financement total de *Medicare* en 2011⁴⁶. Les employés tout comme les employeurs doivent contribuer à hauteur de 1,45 % du revenu imposable des employés alors que les travailleurs autonomes doivent verser des cotisations équivalant à 2,90 % de leur revenu imposable. Ces cotisations ne sont soumises à aucun plafond et leurs taux prévalent depuis 1986. Le *Supplementary Medical Insurance Trust Fund* vise à financer la couverture des visites chez le médecin, des autres soins couverts par l'option B de *Medicare* ainsi que de la couverture en médicaments de l'option D de *Medicare*. Le financement de ce fonds est composé des primes versées par les individus qui sont couverts par les options B et D de *Medicare* ainsi que de revenus généraux versés par le gouvernement fédéral (représentant respectivement 22 % et 74 % du financement de ce fonds et 12 % et 42 % du financement total de *Medicare*)⁴⁷. Le *Supplementary Medical Insurance Trust Fund* n'est jamais déficitaire ni excédentaire étant donné que les revenus généraux et le montant des primes sont ajustés annuellement en fonction des dépenses devant être couvertes. Au contraire, le *Hospital Insurance Trust Fund*, financé par des cotisations sociales, peut connaître des années déficitaires ou excédentaires en fonction de l'état du marché du travail qui influence les cotisations versées et en fonction des dépenses effectuées pour la couverture des soins. Dans le cas où les revenus sont supérieurs aux dépenses, le fonds prête au gouvernement fédéral ces réserves et obtient des revenus d'intérêt.

De son côté, *Medicaid* offre une couverture d'assurance santé et de soins de longue durée qui s'adresse aux personnes à faible revenu et aux enfants⁴⁸. Il couvre environ 61 millions de personnes. Ce programme profite aussi aux personnes âgées et handicapées qui ont de faibles revenus, qui forment la clientèle de *Medicare*; ils sont donc doublement couverts. En fait, 19 %

⁴⁶ Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *2012 Annual Report*, Tableau II.B1, p. 10.

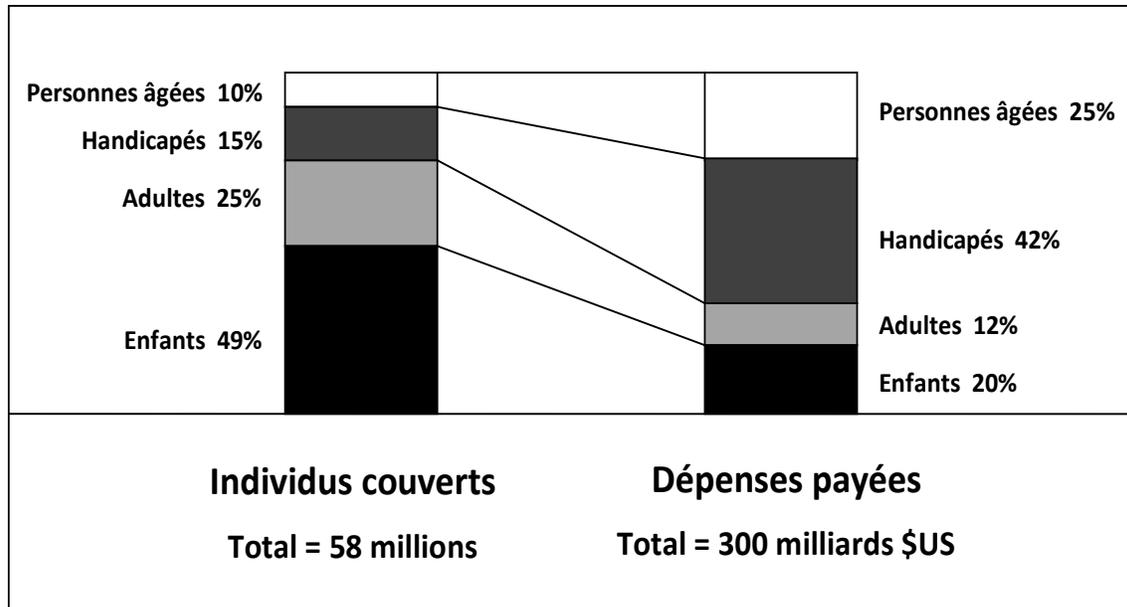
⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ Smith, Vernon, Kathleen Gifford and Eileen Ellis. 2010. *Hoping for Economic Recovery, Preparing for Health Reform: A Look at Medicaid Spending, Coverage and Policy Trends*. Kaiser commission on Medicaid and the uninsured. p. 10.

de la clientèle de *Medicare* ont utilisé *Medicaid* en 2010, essentiellement pour payer les franchises et les soins de longue durée non couverts par *Medicare*⁴⁹.

La Figure 7 présente la composition des individus couverts et des dépenses payées par *Medicaid* au niveau américain.

Figure 7 – Individus couverts et dépenses pour *Medicaid* par groupe de couverture, 2007



Source : Kaiser Commission on Medicaid et Uninsured and Urban Institute, estimations 2007 basées sur les données MSIS et CMS64.

Medicaid est géré par chaque État, mais est financé conjointement par l'État et le gouvernement fédéral. Le gouvernement fédéral octroie des sommes couvrant en partie les dépenses réclamées par les États, après que ceux-ci aient payé les fournisseurs de soins. La part des dépenses de *Medicaid* financée par le gouvernement fédéral, soit les *Statutory Federal Medical Assistance Percentages* (FMAP), est déterminée par la section 1905(b) du *Social Security Act*. La formule d'établissement du % FMAP est :

$$\text{FMAP} = 1 - (0,45) \times ((\text{revenu par habitant de l'État}) - (\text{revenu par habitant aux É-U})).$$

Sous contraintes que $0,83 > \text{FMAP} > 0,50$

⁴⁹ *Ibid.*

Le FMAP d'un État est donc le % de financement fédéral et est au minimum de 50 % et au maximum de 83 %; le Tableau 3 présente les % FMAP par État. Les États les plus pauvres ont des FMAP qui atteignent 75 % pour 2011⁵⁰, ce qui veut dire qu'ils n'ont à financer que 25 % des dépenses de *Medicaid*⁵¹.

Puisque ce sont les États qui administrent *Medicaid*, ils ont une marge de manœuvre à l'intérieur des directives fédérales fixant les critères de base du programme. En respectant ces règles minimales, les États déterminent notamment les critères d'éligibilité, l'étendue des services couverts, les montants accordés aux fournisseurs de soins, le choix d'établissements et comment le programme est organisé et géré⁵². Par exemple, la plupart des États (46) ont fixé le seuil d'inéligibilité des enfants de familles à faible revenu à 200 % du seuil de pauvreté. Autrement dit, les enfants ne sont pas couverts par *Medicaid* s'ils vivent dans une famille qui a un revenu supérieur au double du revenu identifié par le gouvernement fédéral comme étant le seuil de pauvreté pour leur type de famille. Inversement, 34 États ont établi leur seuil d'accessibilité pour les parents à faible revenu sous la barre du niveau de pauvreté fédéral. Finalement, seulement 5 États et D.C. étendent la couverture de *Medicaid* aux adultes qui n'ont pas d'enfants (AZ, CT, DE, NY et VT)⁵³.

⁵⁰ Certains FMAP atteignent 75 % en 2011 à cause du plan de relance de 2009 (ARRA). Une des mesures de l'ARRA est une bonification des FMAP. Le fédéral augmente donc les FMAP au minimum de 6,2 points de % et au maximum de 17,7 points de %. Les États qui ont touché la bonification maximale sont ceux qui ont connu les plus fortes augmentations de leur taux de chômage. Ces mesures d'aide financière se sont terminées à la fin de l'année fiscale de 2011. Le tableau 3 sera donc légèrement différent en 2012.

⁵¹ Smith, Vernon, Kathleen Gifford and Eileen Ellis, *Hoping for Economic Recovery, Preparing for Health Reform: A Look at Medicaid Spending, Coverage and Policy Trends*. Kaiser commission on Medicaid and the uninsured, 2010, p. 10.

⁵² *Ibid.*, p. 13.

⁵³ The Henry J. Kaiser Family Foundation, *Income Eligibility Limits for Working Adults at Application as a Percent of the Federal Poverty Level (FPL) by Scope of Benefit Package*.

Tableau 3 – Seuil d'inéligibilité pour Medicaid et % de copaiement fédéral (FMAP) pour Medicaid et CHIP/CHIPRA en 2011, États-Unis

État	Seuil d'inéligibilité pour Medicaid (% seuil pauvreté fédéral) <i>Choix de l'état</i>	FMAP pour Medicaid <i>Règle fédérale</i>	FMAP pour CHIP et CHIPRA <i>Règle fédérale</i>
Alabama	24 %	68,54 %	77,98 %
Alaska	81 %	50,00 %	65,00 %
Arizona	106 %	65,85 %	76,10 %
Arkansas	17 %	71,37 %	79,96 %
Californie	106 %	50,00 %	65,00 %
Colorado	106 %	50,00 %	65,00 %
Connecticut	191 %	50,00 %	65,00 %
Delaware	120 %	53,15 %	67,21 %
District de Columbia	207 %	70,00 %	79,00 %
Floride	59 %	55,45 %	68,82 %
Géorgie	50 %	65,33 %	75,73 %
Hawaïi	100 %	51,79 %	66,25 %
Idaho	39 %	68,85 %	78,20 %
Illinois	191 %	50,20 %	65,14 %
Indiana	36 %	66,52 %	76,56 %
Iowa	83 %	62,63 %	73,84 %
Kansas	32 %	59,05 %	71,34 %
Kentucky	62 %	71,49 %	80,04 %
Louisiane	25 %	63,61 %	74,53 %
Maine	200 %	63,80 %	74,66 %
Maryland	116 %	50,00 %	65,00 %
Massachusetts	133 %	50,00 %	65,00 %
Michigan	64 %	65,79 %	76,05 %
Minnesota	215 %	50,00 %	65,00 %
Mississippi	44 %	74,73 %	82,31 %
Missouri	25 %	63,29 %	74,30 %
Montana	56 %	66,81 %	76,77 %
Nebraska	58 %	58,44 %	70,91 %
Nevada	88 %	51,61 %	66,13 %
New Hampshire	49 %	50,00 %	65,00 %
New Jersey	133 %	50,00 %	65,00 %
Nouveau-Mexique	67 %	69,78 %	78,85 %
New York	150 %	50,00 %	65,00 %
Caroline du Nord	49 %	64,71 %	75,30 %
Dakota du Nord	59 %	60,35 %	72,25 %
Ohio	90 %	63,69 %	74,58 %
Oklahoma	53 %	64,94 %	75,46 %
Oregon	40 %	62,85 %	74,00 %

Pennsylvanie	46 %	55,64 %	68,95 %
Rhodes Island	181 %	52,97 %	67,08 %
Caroline du Sud	93 %	70,04 %	79,03 %
Dakota du Sud	52 %	61,25 %	72,88 %
Tennessee	127 %	65,85 %	76,10 %
Texas	26 %	60,56 %	72,39 %
Utah	44 %	71,13 %	79,79 %
Vermont	191 %	58,71 %	71,10 %
Virginie	31 %	50,00 %	65,00 %
Washington	74 %	50,00 %	65,00 %
Virginie-Occidentale	33 %	73,24 %	81,27 %
Wisconsin	200 %	60,16 %	72,11 %
Wyoming	52 %	50,00 %	65,00 %
Moyenne simple des taux	88 %	59,89 %	71,92 %

Note : Seuil d'inéligibilité de *Medicaid* pour les parents.

Sources : <http://www.statehealthfacts.org/comparereport.jsp?rep=54&cat=4>,

<http://aspe.hhs.gov/health/fmap11.pdf> et

<http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=239&cat=4>.

L'autre levier qu'utilisent les États pour contrôler les coûts de *Medicaid* est le montant remboursé pour les services médicaux (*Provider Reimbursement Rates*). Les États ont régulièrement gelé la valeur des remboursements en période de difficultés financières pour limiter les coûts du programme⁵⁴. Aussi, les remboursements de *Medicaid* sont habituellement moins généreux que ceux de *Medicare*; ils étaient en moyenne 28 % plus faibles en 2008 pour un même acte médical.⁵⁵

Le dernier programme public important est le *Children's Health Insurance Program* (CHIP). Il s'adresse à 7 millions d'enfants qui vivent dans des familles ayant des revenus faibles, mais qui sont suffisamment élevés pour ne pas être éligibles à *Medicaid*. Le 4 février 2009, le président Obama a prolongé la durée du programme jusqu'en 2013 en adoptant le *Children's Health Insurance Program Reauthorization Act* (CHIPRA). Le financement de CHIP/CHIPRA est assuré au minimum à 65 % par le gouvernement fédéral, utilisant une règle de financement semblable à

⁵⁴ Smith, Vernon, Kathleen Gifford and Eileen Ellis, *Hoping for Economic Recovery, Preparing for Health Reform: A Look at Medicaid Spending, Coverage and Policy Trends*. Kaiser commission on medicaid and the uninsured. 2010, p. 33.

⁵⁵ The Henry J. Kaiser Family Foundation, *Medicaid-to-Medicare Fee Index*, 2008, <http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=196&cat=4>.

celle de *Medicaid*⁵⁶ et dont les pourcentages, qui apparaissent au tableau 3 et sont dénommés *Enhanced Federal Medical Assistance Percentage*, sont déterminés par une formule analogue à celle des FMAP. Le total des dépenses de ce programme atteint dix milliards de dollars en 2008, c'est donc un programme beaucoup moins important que *Medicare* et *Medicaid* en termes de dépenses⁵⁷.

RÉFORMES : RÉSUMÉ D'OBAMACARE

Avec le *Patient Protection and Affordable Care Act*⁵⁸ et le *Health Care and Education Reconciliation Act of 2010*⁵⁹ qui l'amende et le complète (ensemble, PPACA), respectivement officialisés par le président Obama les 23 et 30 mars 2010, le gouvernement américain a adopté les principes d'une importante réforme de son système de santé qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2014. Ces lois ont pour but de compléter la couverture de santé de la population américaine et ainsi minimiser la part de la population n'ayant aucune couverture. À partir de 2014, les Américains non couverts par *Medicare*, *Medicaid*, un autre programme d'assurance public ou par une assurance via leur employeur seront tenus de détenir une assurance santé offrant une couverture acceptable sans quoi ils devront payer une pénalité via leur déclaration d'impôts. Pour 2014, la pénalité représente le montant le plus élevé entre un montant fixe de 95 \$ US et 1 % du revenu de l'individu au-dessus du seuil de revenu nécessitant de remplir une déclaration d'impôts⁶⁰. Pour 2015 et 2016 respectivement, la pénalité fixe passe à 325 \$ US et 695 \$ US alors que le pourcentage du revenu passe à 2 % et 2,5 %⁶¹.

⁵⁶ The Henry J. Kaiser Family Foundation. *Enhanced Federal Medical Assistance Percentage (FMAP) for the Children's Health Insurance Program (CHIP)*, <http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=239&cat=4>.

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ U.S. Government Printing Office, *Public Law 111-148*, <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/html/PLAW-111publ148.htm>

⁵⁹ U.S. Government Printing Office, *Public Law 111-152*, <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ152/html/PLAW-111publ152.htm>

⁶⁰ En 2010, les seuils de revenu étaient généralement de 9 350 \$ US pour un individu et de 18 700 \$ US pour un couple remplissant conjointement leur déclaration.

⁶¹ Joint Committee on Taxation, *Technique explanation of the revenue provisions of the "Reconciliation Act of 2010," as amended, in combination with the "Patient Protection and Affordable Care Act"*, Congress of the United States, March 2010.

Également, le PPACA interdit aux compagnies d'assurance de refuser de couvrir un individu sur la base de son état de santé et les oblige à demander des primes d'assurance identiques pour toutes les personnes du même âge et de la même région géographique, sans égard au sexe ou à d'autres caractéristiques personnelles.

Le PPACA comporte plusieurs mesures complémentaires visant à étendre la couverture des soins de santé à l'ensemble de la population américaine.

Medicaid / CHIP

La première dimension du PPACA est l'élargissement en 2014 de la couverture des programmes *Medicaid* et CHIP. Le seuil minimal (optionnel) d'inéligibilité de *Medicaid* est élevé à 133 % du seuil de pauvreté fédéral pour les adultes. Aussi, le programme va maintenant couvrir les adultes qui n'ont pas d'enfant. Auparavant, les États devaient demander une exception (*waiver*) au gouvernement fédéral pour inclure les adultes sans enfants dans *Medicaid*. Le seuil de pauvreté déterminé par le fédéral étant en 2011 un revenu de 10 890 \$ US pour un adulte et de 22 350 \$ US pour une famille de deux adultes et deux enfants⁶², le nouveau seuil d'inéligibilité pour *Medicaid* sera, au plus bas, de 14 483 \$ US pour un individu et de 29 725 \$ US pour une famille de quatre. Les individus ou familles qui gagnent plus ne pourront profiter de *Medicaid*. Les États auront toujours la liberté d'offrir un seuil plus élevé à leurs résidents.

Medicaid sera aussi bonifié au niveau des taux de remboursement pour augmenter le nombre d'établissements qui accepteront des clients couverts par *Medicaid*. Les taux pour les soins essentiels (*primary care services*) vont être augmentés au même niveau que ceux de *Medicare*. Les taux de remboursement pour les autres types de service vont demeurer à la discrétion des États.

Cette hausse du seuil de couverture du programme, combinée à la hausse des taux de remboursement, va entraîner une augmentation des coûts de *Medicaid*. Le PPACA prévoit que le

⁶² Office of the Secretary of the Department of Health and Human Services, *Annual Update of the HHS Poverty*, Federal Register, <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-01-20/pdf/2011-1237.pdf>.

gouvernement fédéral va financer la totalité des hausses de coûts de 2014 à 2016⁶³. Par la suite, le fédéral va transférer, à un rythme de 2,5 % par année, une part de la facture aux États de sorte qu'en 2020, le niveau fédéral ne financera que 90 % des coûts reliés à la hausse du seuil d'inéligibilité et à la hausse des taux de remboursement de *Medicaid*⁶⁴. Par contre, le *Congressional Budget Office* (CBO) prévoit qu'après 2020, la croissance supplémentaire des coûts de *Medicaid* résultant de la mise en place du PPACA va plafonner à un taux de 0,6 %⁶⁵. En résumé, le CBO estime que les changements des seuils d'inéligibilité et de couverture de *Medicaid*/CHIP vont coûter 434 milliards de dollars entre 2014 et 2019 et cette somme sera absorbée à 95 % par le gouvernement fédéral⁶⁶. Il prévoit aussi qu'après 2020, la croissance des coûts associés à ces changements sera marginale⁶⁷.

Cet élargissement de *Medicaid* incluse dans le PPACA devait initialement s'appliquer à tous les États de façon obligatoire sans quoi les États réfractaires se seraient vus retirer l'ensemble de leur financement de *Medicaid* en provenance du gouvernement fédéral. Toutefois, dans son jugement sur la constitutionnalité du PPACA de juin 2012, la Cour suprême américaine a statué que cette obligation violait la Constitution en menaçant le financement existant de *Medicaid* pour les États⁶⁸. La Cour a donc annoncé que l'expansion de *Medicaid* serait optionnelle et que le gouvernement fédéral américain ne pouvait pas menacer les États de leur retirer leur financement de *Medicaid*. En juillet 2012, des gouverneurs républicains ont déjà annoncé leur intention de ne pas mettre en branle cette expansion de *Medicaid* prévue pour 2014 dans leur État (Floride, Caroline du Sud, Wisconsin, Louisiane, Texas, Mississippi) et ce, malgré que le gouvernement fédéral s'engage à financer la grande majorité des coûts qu'implique cette expansion.

⁶³ Smith, Vernon, Kathleen Gifford and Eileen Ellis, *Hoping for Economic Recovery, Preparing for Health Reform: A Look at Medicaid Spending, Coverage and Policy Trends*, Kaiser commission on medicaid and the uninsured, 2010, p. 18.

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ Congressional Budget Office, *The Long-Term Outlook for Medicare, Medicaid, and Total Health Care Spending*, Juin 2009, Table 2.4, <http://www.cbo.gov/publication/20776>.

⁶⁶ Smith, Vernon, Kathleen Gifford and Eileen Ellis, *Hoping for Economic Recovery, Preparing for Health Reform: A Look at Medicaid Spending, Coverage and Policy Trends*, Kaiser commission on medicaid and the uninsured. 2010, p. 18.

⁶⁷ Congressional Budget Office, *The Long-Term Outlook for Medicare, Medicaid, and Total Health Care Spending*, Juin 2009, Table 2.4, <http://www.cbo.gov/publication/20776>.

⁶⁸ Supreme Court of the United States, *National Federation of Independent Business et al. v. Sebelius, Secretary of Health and Human Services et al.*, <http://www.supremecourt.gov/opinions/11pdf/11-393c3a2.pdf>.

Affordable Insurance Exchanges

Pour les individus et familles qui ne sont pas éligibles à *Medicaid* parce qu'ils ont un revenu supérieur au seuil d'inéligibilité, mais qui demeurent peu fortunés, les États vont devoir mettre sur pied des *Affordable Insurance Exchanges*.

Les *Affordable Insurance Exchanges* sont des établissements dont le but est de créer un marché regroupant plusieurs assurances privées pour permettre aux individus et aux petites entreprises de comparer les polices d'assurance et les primes pour faire leur choix d'assurance. Leur rôle sera d'établir les assureurs dont elle veut offrir les polices et aussi d'informer les individus sur leur éligibilité aux subventions. S'ils le sont, les *Affordable Insurance Exchanges* pourront offrir directement le rabais. Ces subventions fédérales aux individus dites *Health Insurance Premium Tax Credit* prennent la forme d'avances financières avec réconciliation en fin d'année par le biais de la déclaration d'impôt avec la situation réelle des bénéficiaires. Il est possible qu'ils transitent par les *Affordable Insurance Exchanges* de façon à réduire les primes demandées. De cette façon, le montant du crédit d'impôt est transféré aux *Affordable Insurance Exchanges* au moment même où l'individu souscrit une assurance et ce dernier n'a pas à payer la totalité des primes et à attendre le traitement de sa déclaration de revenus pour impôt avant de recevoir le crédit. Les polices d'assurance achetées par les *Affordable Insurance Exchanges* vont être regroupées en différents produits pour les bénéficiaires, ce sont les *benefit packages*. Le fédéral a déjà déterminé le produit minimal qui devra être proposé, c'est le *essential benefit package*. Les États devront déterminer ce qu'ils incluent dans leurs (51) *Medicaid benchmark benefit packages*, ainsi que dans les groupes de produits plus généreux qui vont permettre d'avoir une sélection complète entre la couverture minimale identifiée par le fédéral et les produits complets de l'industrie de l'assurance privée.

Les subventions vont donc aider les personnes à faible revenu (entre 100 % et 400 % du seuil de pauvreté, soit de 10 890 \$ US à 43 560 \$ US selon les seuils de 2011) à acheter des polices d'assurance santé au privé et à réduire leurs frais médicaux en diminuant les quotes-parts à déboursier. Les individus éligibles jouiront de crédits d'impôt remboursables inversement proportionnels à leur revenu. Ils bénéficieront également d'un seuil maximal annuel à déboursier sous forme de quotes-parts au-delà duquel les frais à déboursier sont entièrement couverts par leur assurance. De plus, les individus ayant un revenu situé entre 100 % et 250 % du seuil de

pauvreté recevront des subventions afin de souscrire sans aucun supplément à des plans d'assurance dont la valeur actuarielle est supérieure à 70 %, soit la valeur actuarielle des assurances de base offertes. Cette assurance plus avantageuse permet donc de contrôler les montants déboursés par les individus éligibles sous forme de quotes-parts et de franchises.

Ainsi, dans les États qui choisiront de mettre en application l'expansion de *Medicaid* qui offrira une couverture aux individus jusqu'au seuil minimal d'inéligibilité de 133 %, ce sont les individus dont le revenu se situe entre 133 % et 400 % du seuil de pauvreté qui profiteront de ces subventions. Toutefois, le jugement rendu par la Cour suprême en juin 2012 permettra aux États ne participant pas à cette expansion de maintenir des seuils d'inéligibilité à *Medicaid* inférieurs à 133 % du seuil de pauvreté, donc possiblement inférieurs à 100 %. Plusieurs États ont présentement un seuil d'inéligibilité en deçà de 100 %, ce qui pourrait occasionner une brèche dans la couverture de leur population dans le cas où ces mêmes États refuseraient de mettre en place l'expansion de *Medicaid*. Par exemple, si la Floride maintenait son seuil d'inéligibilité actuel de 59 %, les individus dont le revenu se situe entre 59 % et 100 % du seuil de pauvreté ne seraient pas couverts par *Medicaid*, pas plus qu'ils ne seraient éligibles aux subventions visant la souscription à une assurance privée.

Une autre mesure comprise dans le PPACA touche les firmes de 50 employés et plus et est en lien avec les *Affordable Insurance Exchanges*. Dès 2014, ces firmes auront à payer un *shared responsibility requirement* lorsqu'au moins un de leurs employés travaillant à temps plein bénéficie de crédits d'impôts relatifs aux primes d'assurance santé en adhérant à une police d'assurance dans un *Affordable Insurance Exchange*.

- 1- Si la firme n'offre pas d'assurance santé à ses employés, elle devra déboursier 2 000 \$ US pour chacun de ses employés à temps plein au-delà d'un seuil de 30 employés, et ce, dès qu'un seul d'entre eux bénéficie de subventions. Ainsi, une firme de 100 employés n'offrant pas d'assurance santé et dont un seul employé profite de subventions pour ses primes d'assurance devra déboursier 140 000 \$ US.
- 2- Si la firme offre un plan d'assurance santé à ses employés, mais qu'au moins un d'eux a tout de même recours aux subventions, la firme devra déboursier le plus faible montant entre 2 000 \$ US par employé à temps plein excédant le seuil de 30 employés ou 3 000 \$ US par employé bénéficiant de subventions.

En ce qui a trait aux firmes de moins de 50 employés, le PPACA prévoit qu'elles pourront recevoir des subventions si elles contractent des assurances via un *Affordable Insurance Exchange*.

Financement supplémentaire

Outre ces pénalités aux entreprises et celles qui seront perçues auprès des individus ne contractant pas d'assurance santé, le PPACA comprend l'introduction de divers frais et hausses de cotisations afin de financer la hausse des coûts associée aux mesures annoncées.

- La première mesure, en vigueur depuis juillet 2010, est l'introduction d'une taxe de vente fédérale de 10 % sur les services de bronzage intérieur⁶⁹.
- En 2013, les cotisations *Medicare* perçues sur la masse salariale passeront de 2,9 % à 3,8 % pour tout revenu excédant 200 000 \$ US pour un individu ou 250 000 \$ US pour un couple remplissant une déclaration d'impôts commune (joint filing). Pour les personnes dont le revenu dépasse ces seuils, le PPACA prévoit aussi d'élargir l'assiette fiscale pour les cotisations *Medicare* en incluant les revenus d'investissement suivants : gain en capital, dividendes, intérêts, royautés, locations et revenus provenant d'activités antérieures ne nécessitant plus de travail. Un taux de 3,8 % est donc appliqué sur ces revenus d'investissement en plus des impôts sur le revenu réguliers. Le calcul des cotisations s'applique sur le montant le moins élevé entre 1- le revenu d'investissement net et 2- le revenu brut ajusté dépassant les seuils de revenus de 200 000 \$ US pour un individu et de 250 000 \$ pour un couple. L'ajustement du revenu brut consiste à rajouter au revenu brut les revenus de travail gagnés à l'étranger et les montants déboursés par son employeur étranger pour l'hébergement étant donné que ces revenus sont exemptés d'imposition aux États-Unis.
- Toujours en 2013, le seuil au-delà duquel les dépenses de santé faites par les Américains sont déductibles d'impôts sera haussé à 10 % de leur revenu brut ajusté alors qu'il était auparavant de 7,5 %.

⁶⁹ Pour plus de détails, voir: <http://www.irs.gov/Businesses/Small-Businesses-&-Self-Employed/Excise-Tax-on-Indoor-Tanning-Services-Frequently-Asked-Questions>

- Des modifications touchant davantage l'industrie des soins de santé sont aussi prévues afin de financer les mesures contenues dans le PPACA. En 2011, une taxe d'accise touchant les fabricants et importateurs de médicaments de marque déposée a été introduite⁷⁰. Cette taxe, d'un montant total de 2,5 G\$ US en 2011 qui atteindra 4,1 G\$ US en 2018 pour ensuite se stabiliser à 2,8 G\$ US à partir de 2019, sera supportée par les compagnies dont les ventes de médicaments au Département de la Défense, au Département des Vétérans, dans le cadre de *Medicaid* et dans le cadre des options B et D de *Medicare*, dépassent 5 millions \$ US. La répartition du montant total de la taxe parmi ces compagnies se fera sur la base de leur part de marché deux ans avant l'exercice en question. Il est à noter que le montant déboursé par les compagnies relativement à cette taxe n'est pas déductible au niveau de l'impôt fédéral sur les profits des corporations.
- En janvier 2013 entre en vigueur une taxe d'accise de 2,3 % sur le montant des ventes des fabricants et importateurs de matériel, instruments et dispositifs médicaux. Sont exemptés de cette taxe les produits exportés ainsi que le matériel destiné au milieu de la recherche⁷¹. Cette taxe n'est pas déductible au niveau de l'impôt fédéral sur les profits des corporations.
- À partir de l'année fiscale 2013, le montant annuel de déductions fiscales pour la rémunération sous forme de compensation que versent les compagnies d'assurance santé à certains de leurs employés passera de 1 million \$ US à 500 000 \$ US par employé.
- À compter de 2014, une taxe d'accise sera prélevée auprès des compagnies offrant des produits d'assurance santé aux Américains. Le montant de cette taxe est établi à 8 G\$ US la première année, à 11,3 G\$ US en 2015, 2016 et 2017 et à 14,3 G\$ US en 2018, avec indexation de ce montant à la croissance du montant des primes pour les années suivantes. Cette taxe est répartie parmi les compagnies selon leur part de marché et n'est pas déductible au niveau de l'impôt fédéral sur les profits des corporations.

⁷⁰ Pour plus de détails, voir: Morgan Lewis, *Healthcare Reform Law: Impact on Pharmaceutical Manufacturers*,

http://www.morganlewis.com/pubs/WashGRPP_ImpactOnPharmaManufacturers_LF_15apr10.pdf.

⁷¹ Voir KPMG, *New Excise Tax on Medical Devices*,

http://www.us.kpmg.com/microsite/taxnewsflash/2010/Jun/Excise_Tax.pdf.

- Finalement, à partir de 2018, les compagnies offrant des produits d'assurance santé se verront imposer une taxe sur les produits d'assurance dont la couverture est très généreuse, communément appelés les « *Cadillac insurance plans* »⁷². Une taxe de 40 % sera donc imposée sur les produits d'assurance santé dont le coût annuel est supérieur à 10 200 \$ US pour un individu ou supérieur à 27 500 \$ US pour une famille (ces montants incluent les contributions des employeurs et des employés). Cette taxe n'est pas déductible au niveau de l'impôt fédéral sur les profits des corporations et est à la charge des compagnies d'assurance qui pourront choisir de refiler cette facture sous forme de primes plus élevées aux consommateurs.

MISE EN PLACE DE LA RÉFORME

Il semble que les principaux défis que soulève le PPACA pour les États concernent sa mise en œuvre. La réforme de la santé inclut notamment une nouvelle méthodologie pour mesurer le revenu, de nouveaux critères d'éligibilité, ainsi que de nouveaux systèmes centralisés, soit les *Affordable Insurance Exchanges*.

En 2014, les États devront utiliser une nouvelle formule, intitulée *Modified Adjusted Gross Income* (MAGI), pour déterminer l'éligibilité financière des individus à *Medicaid*. Plusieurs États éprouvent des difficultés à prévoir avec précision les impacts sur le nombre d'admissions supplémentaires causés par ce changement de méthode de calcul du revenu des bénéficiaires. Il semble aussi que les États vont devoir continuer à utiliser l'ancienne formule pour déterminer l'éligibilité des individus qui se qualifient d'après les critères actuels (voir Tableau 3). De fait, le fédéral ne prévoit allouer aux États des fonds supplémentaires que pour les nouveaux bénéficiaires éligibles, suite à la hausse du seuil minimal optionnel d'inéligibilité à 133 % du seuil de pauvreté. Et ce nouveau seuil d'inéligibilité est calculé d'après la nouvelle formule MAGI, mais les règles de financement pour la clientèle préexistante ne changent pas. Par exemple, l'Alabama devra déterminer si un postulant est éligible selon les seuils actuels (24 % du seuil de pauvreté) ou s'il fait partie des nouveaux bénéficiaires (entre le seuil actuel de 24 % et le seuil minimal de 133 % du seuil de pauvreté qui entrera en vigueur si l'État va de l'avant avec l'expansion de *Medicaid*). Si le nouveau bénéficiaire se qualifie selon les critères actuels, l'État

⁷² Pour plus de détails, voir : Towers Watson, *Cadillac Health Plan Tax to Penalize Majority of Employers by 2018*, <http://www.towerswatson.com/press/1895>.

de l'Alabama va payer 31,46 % des dépenses reliées à ce nouveau bénéficiaire, soit la balance des coûts car ses FMAP sont de 68,54 %. S'il se qualifie selon les nouveaux seuils d'inéligibilité, c'est le fédéral qui paiera la totalité des coûts reliés à ce nouveau bénéficiaire.

La grande difficulté pour les États est qu'ils ne peuvent utiliser la nouvelle formule du MAGI pour déterminer l'éligibilité du postulant selon les critères actuels. Les États devront donc continuer à utiliser les deux formules en parallèle, jusqu'à ce que le fédéral les harmonise⁷³. Toutefois, cette problématique n'est vécue que par les États qui ont des seuils d'inéligibilité moins généreux que le nouveau seuil de 133 % imposé par le fédéral. Par exemple, le Wisconsin qui a fixé son taux à 200 % du seuil de pauvreté n'aura aucune modification à faire s'il va de l'avant avec l'expansion de *Medicaid*. Par contre, cet État ne recevra pas de nouveaux fonds du fédéral. De fait, le fédéral n'octroie des fonds supplémentaires que pour ceux qui sont forcés de hausser leur seuil d'inéligibilité en participant à l'expansion de *Medicaid*.

Une autre question d'implantation est soulevée par les *Affordable Insurance Exchanges*. Le PPACA ne détermine pas leur fonctionnement et laisse aux États la liberté d'organiser ce programme. Il est possible qu'une seule structure propre à chaque État soit établie ou que des structures plus globales voient le jour⁷⁴. Cette situation d'incertitude force les législateurs étatiques à étudier la question. Le gouvernement américain a déjà offert de nouvelles possibilités d'implantation aux États devant leur hésitation à vouloir établir leur propre *Affordable Insurance Exchange*. Un État pourrait ainsi choisir une formule de partenariat où il assure qu'une partie des responsabilités d'un *Affordable Insurance Exchange*, laissant le *Department of Health and Human Services* assurer le reste. Les *Affordable Insurance Exchanges* doivent entrer en fonction en 2014 (ou être réformés si une structure similaire existait déjà).

Ces organismes permettront aux citoyens d'avoir accès à toute l'information nécessaire sur tous les programmes fédéraux et étatiques au niveau de la santé (*Medicaid*, *Medicare*, *CHIP* et *Health*

⁷³ Smith, Vernon, Kathleen Gifford and Eileen Ellis, *Hoping for Economic Recovery, Preparing for Health Reform: A Look at Medicaid Spending, Coverage and Policy Trends*, Kaiser commission on medicaid and the uninsured. 2010, p. 69.

⁷⁴ Weil & all., *A State Policymakers' Guide to Federal Health Reform*, 2009, p.8.

Insurance Exchanges). Ce sont donc les États qui seront en charge d'organiser la coordination de *Medicare*, CHIP et des futurs programmes de subvention d'achat de police d'assurance privée⁷⁵.

Il semble que plusieurs États suivent l'exemple de la Californie qui a été la première à créer un organisme public indépendant pour gérer les *Affordable Insurance Exchanges*. Créée en août 2010, la *California Health Benefit Exchange* est dirigée par un CA de cinq membres dont l'un est le *state Secretary of Health and Human Services*, soit le membre du gouvernement qui supervise l'agence *Medicaid* de Californie. C'est cet organisme qui fera l'achat de lots de polices d'assurance pour en faire des ensembles de couvertures (*benefit packages*), déterminera les critères d'éligibilité⁷⁶ et gèrera l'adhésion des bénéficiaires aux programmes étatiques subventionnés⁷⁷. D'autres États ont créé des sociétés à but non lucratif qui remplissent essentiellement les mêmes rôles. La prise en charge de la création des *Affordable Insurance Exchanges* repose sur différentes institutions, soit le gouverneur de l'État, les agences étatiques d'assurance (*state insurance agency*) ou les agences de santé/*Medicaid*. En janvier 2012, 28 États ainsi que le District de Columbia avaient entamé les démarches vers l'établissement de leur propre *Affordable Insurance Exchange*⁷⁸.

Le principal problème d'implantation de la réforme pour les États est un problème de ressources. Dans un contexte de sortie de récession et d'obligation constitutionnelle d'équilibrer leurs budgets, les États se plaignent de ne pas avoir le personnel nécessaire pour gérer l'implantation de la réforme de la santé⁷⁹. Certes, le *US department of health and human services* (HHS) octroie des fonds pour la planification et la mise en œuvre de la réforme (*Exchange Grants*) jusqu'en 2014⁸⁰. Toutefois, pour y avoir accès, les États doivent atteindre les seuils d'avancement prédéterminés par le HSS.

⁷⁵ *Ibid.*, p.70.

⁷⁶ Les critères d'éligibilité étatiques ne pourront jamais être moins généreux que les critères fédéraux.

⁷⁷ Bachrach, D., Boozang P. et M. Dutton, *Medicaid's Role in the Health Benefits Exchange: A Road Map for States*, National academy for state health policy, 2011, p. 35.

⁷⁸ Healthcare.gov, *Report: States Moving Forward to Implement Affordable Insurance Exchanges*.

⁷⁹ Smith, Vernon, Kathleen Gifford and Eileen Ellis, *Hoping for Economic Recovery, Preparing for Health Reform: A Look at Medicaid Spending, Coverage and Policy Trends*, Kaiser commission on medicaid and the uninsured, 2010, p. 70.

⁸⁰ Bachrach, D., Boozang P. et M. Dutton, *Medicaid's Role in the Health Benefits Exchange: A Road Map for States*, National academy for state health policy, 2011, p. 30-32.

STRUCTURE ET FINANCEMENT DES SOINS HOSPITALIERS

La majorité des établissements du système de santé américain sont des établissements privés, principalement des hôpitaux privés à but non lucratif. Il existe également des hôpitaux privés réalisant des profits, mais ceux-ci sont bien moins nombreux. Ainsi, le système américain n'est pas caractérisé par un système de santé national avec des établissements détenus par le gouvernement fédéral ou les États, mais certains établissements sont publics et financés par le gouvernement fédéral, les États et/ou les communautés locales. Les hôpitaux publics sont bien souvent associés à une école de médecine et offrent des soins de santé à une part importante des individus non assurés. Le gouvernement fédéral américain gère entre autres des établissements dédiés expressément aux vétérans par l'entremise de la *Veteran Health Administration*, des hôpitaux pour les militaires par l'entremise du *Department of Defense*, des hôpitaux pour des populations autochtones ainsi que des hôpitaux spécialisés en psychiatrie, en soins de longue durée et en réadaptation pour par exemple les prisonniers des pénitenciers fédéraux.

Le financement des services hospitaliers provient de quatre principales sources :

- 1- Le programme *Medicare*
- 2- Le programme *Medicaid*
- 3- Les assureurs privés
- 4- Les frais déboursés directement par les individus assurés et non assurés

1. Le programme Medicare

Le programme *Medicare* utilise pour tout le pays un système de paiement préétabli (PPS, ou *prospective payment system*). Le financement des hôpitaux par *Medicare* est donc fonction des soins offerts par l'établissement; chaque traitement de patient est classé dans un des groupes de traitement médical préétablis et l'hôpital reçoit un paiement en conséquence. Le système de paiement de *Medicare* est distinct selon que les soins sont pour un patient hospitalisé (IPPS,

inpatient prospective payment system) ou pour un patient externe considéré comme n'étant pas hospitalisé (*OPPS, outpatient prospective payment system*)⁸¹.

Le système de paiement pour les patients hospitalisés sous *Medicare* est basé sur les *diagnosis-related groups* (DRG), un système de classification des diagnostics qui permet de classer les traitements offerts dans les hôpitaux en grandes catégories. Chaque catégorie de traitement se voit attribuer une pondération reposant sur les coûts qu'elle engendre en comparaison avec le coût moyen à l'échelle du pays de tous les traitements, soit le point de référence. Cette classification établit donc le montant versé par *Medicare* aux hôpitaux (ou de façon équivalente le taux de remboursement) pour les deux composantes du paiement : la composante pour les dépenses d'opération et la composante pour les dépenses de capital (dépréciation, location, assurances de propriété, intérêts à payer).

Bien que ce système de paiement soit uniformisé, notamment en ce qui a trait à la classification des traitements, il demeure que des ajustements dans les paiements aux hôpitaux sont effectués.

- Le premier ajustement est effectué pour refléter les différences dans le marché du travail. Ainsi, le remboursement de *Medicare* est ajusté en utilisant un indice géographique des salaires qui est attribué à chaque hôpital. La composante pour les dépenses en capital est entièrement ajustée par cet indice des salaires alors que la composante pour les dépenses d'opération n'est ajustée que partiellement. En effet, la composante des dépenses d'opération comporte une portion pour les dépenses en salaires et avantages sociaux et c'est cette portion seulement qui est ajustée. La portion de la composante des dépenses d'opération affectée aux dépenses en salaires et avantages sociaux est établie pour chaque établissement en fonction de l'indice géographique des salaires; 68,8 % pour un établissement dont l'indice

⁸¹ Un individu est considéré comme un *outpatient* tant qu'il n'a pas été admis formellement à l'hôpital par la décision d'un médecin. Les soins offerts aux *outpatients* visent normalement à observer et évaluer la situation du patient pour qu'un médecin puisse ensuite se prononcer sur la nécessité ou non de l'admettre en tant que *inpatient*. Les soins reçus en tant que *outpatients* comprennent généralement les services d'urgence, les services d'observation, les tests en laboratoire, les rayons X, les consultations en clinique et les opérations ambulatoires. Ainsi, même si un patient demeure à l'hôpital plusieurs jours sous observation sans être admis, il sera considéré comme un *outpatient*. Il est important de noter que le statut du patient influence ce que *Medicare* couvre comme soins.

géographique des salaires est supérieur à 1 et 62 % pour un établissement dont l'indice géographique est inférieur ou égal à 1⁸².

- Un second ajustement est effectué pour les hôpitaux qui assurent la formation de médecins ou qui accueillent des étudiants résidents. Ces établissements reçoivent des fonds supplémentaires pour refléter les coûts d'opération plus élevés occasionnés par ceci; ces fonds sont déterminés par le coût évalué de former un résident spécifique à chaque établissement, le nombre de résidents et la proportion de patients traités sous *Medicare* dans cet établissement.
- Un troisième ajustement prend la forme d'une compensation allouée aux hôpitaux formant des résidents afin de refléter les coûts indirects liés à cette particularité. Cet ajustement est établi selon l'intensité de l'enseignement promulgué dans l'établissement en calculant le nombre de résidents qu'il forme pour chaque lit d'hospitalisation qu'il compte.
- Un quatrième ajustement est possible pour soutenir les hôpitaux dont la clientèle est composée de façon importante par des patients à faible revenu. Ces hôpitaux jouissent de paiements supplémentaires autant pour la composante des dépenses d'opération que pour celle des dépenses de capital.
- Finalement, des hôpitaux se qualifiant pour certains statuts particuliers (*Sole Community Hospitals, Medicare Dependant Hospitals, Low-Volume Hospitals*) obtiennent des paiements *Medicare* plus généreux.

Le système de paiement pour les patients externes sous *Medicare*⁸³ s'appuie quant à lui sur les *ambulatory payment classifications* (APC) qui permettent de classer chaque service médical dans une catégorie. Les services sont classés sur la base de leurs caractéristiques et des coûts qu'ils engendrent; chaque catégorie se voit associer un taux de paiement propre relativement à un service moyen de référence. Le paiement pour un service englobe normalement les coûts rattachés aux accessoires et équipements auxiliaires qu'il requiert. Tout comme le système de

⁸² Medicare Learning Network, *Acute Care Hospital Inpatient Prospective Payment System*, Centers for Medicare & Medicaid Services, Février 2012.

⁸³ Il est à noter que le système de paiement pour *outpatients* englobe aussi certains soins inclus dans l'option B de *Medicare* fournis à des *inpatients* qui n'ont pas la couverture de l'option A de *Medicare*.

paiement pour les services offerts à des patients hospitalisés, certains ajustements de paiement sont effectués dans ce système. 60 % du paiement est ajusté selon l'indice géographique des salaires de l'établissement, soit la portion fixe représentant les dépenses en salaires et avantages sociaux. Des bonifications du paiement standard peuvent aussi être accordées si l'hôpital est en milieu rural, si l'hôpital est spécialisé dans le traitement du cancer ou dans les soins infantiles.

Dans tous les cas, les systèmes de classification des traitements font l'objet de mises à jour sur une base annuelle au minimum pour tenir compte des changements de clientèle des hôpitaux, des avancées technologiques, des nouvelles approches médicales et traitements ainsi que pour apporter des correctifs émanant d'observations soulevées. Aussi, des paiements spécifiques peuvent être faits pour des traitements particulièrement onéreux ou pour des patients présentant des conditions médicales particulières.

Il est à noter que les « Centres de service *Medicare* et *Medicaid* » ont annoncé leur intention de prendre en compte la qualité des soins offerts dans les hôpitaux ainsi que leur performance afin d'ajuster les paiements de *Medicare*⁸⁴.

2. Le programme Medicaid

Medicaid étant géré par chaque État séparément, il existe un système de paiement différent pour chacun d'eux. Il demeure que le gouvernement fédéral établit certains critères que doivent respecter les États afin de recevoir leurs transferts fédéraux. Ces balises comprennent des règles concernant les méthodes et taux de remboursement aux fournisseurs de soins afin que chaque État atteigne des standards en termes d'efficacité et de qualité des soins et dans le but de s'assurer que suffisamment de prestataires de soins accepteront d'offrir des soins dans le cadre du programme élaboré par l'État.

Du côté des soins pour des patients hospitalisés, les principales méthodes de paiement de *Medicaid* aux hôpitaux sont :

⁸⁴ Centers for Medicare & Medicaid Services, *Roadmap for Implementing Value Driven Healthcare in the Traditional Medicare Fee-for-Service Program*, http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/Downloads/VBPRoadmap_OEA_1-16_508.pdf

- Un paiement fixe par catégorie de prestations via un système DRG. Dans plusieurs cas, les montants sont fixés comme un pourcentage des paiements alloués par *Medicare* pour cette même catégorie de soins.
- Un paiement fixe par jour d'hospitalisation

En ce qui a trait aux soins pour des patients externes, la méthode de paiement est généralement composée d'un remboursement des coûts raisonnables supportés par l'hôpital pour fournir ces soins. Ces coûts raisonnables sont souvent établis a priori comme un pourcentage des frais encourus par l'hôpital avec un ajustement a posteriori selon les rapports présentés par l'établissement. À ces paiements s'ajoute généralement une grille tarifaire qui rémunère l'hôpital pour certains services précis comme les services d'imagerie, les services en laboratoire ou les actes chirurgicaux. Toutefois, il semble que la tendance actuelle soit de modifier ces méthodes de paiement pour adopter celle des APC comme *Medicare*.

Tel que mentionné précédemment, la réforme de *Medicaid* introduira en 2014 des taux de remboursements nationaux pour les soins de santé essentiels (*primary care services*) qui seront relevés au même niveau que ceux de *Medicare*.

3. Les assureurs privés

Chaque hôpital négocie avec chaque assureur avec qui il s'associe un contrat stipulant l'ensemble du système de paiements auquel devra se conformer l'assureur lorsque les individus qu'il couvre recevront des soins à cet hôpital. Il n'est donc pas anormal de voir des hôpitaux conclure des dizaines de contrats différents avec autant d'assureurs privés.

Le système de paiements des assureurs aux hôpitaux peut donc varier selon les contrats, mais en général, les systèmes de paiement sont inspirés ou dérivés des systèmes DRG et APC. Dans ces cas, le montant des paiements fait l'objet de renégociations annuelles qui portent généralement sur le montant du remboursement de l'unité d'activité de référence ainsi que sur la pondération appliquée aux catégories de soins. Les contrats peuvent également inclure certains paiements sur la base du nombre de jours d'hospitalisation.

4. Frais déboursés par les patients

Que ce soit à travers le paiement de franchises, de quotes-parts ou le paiement de biens et services non couverts par leur assurance, les patients doivent parfois acquitter des frais pour recevoir des soins de santé. Ces frais dépendent de la couverture en assurance du patient, des soins reçus, de la durée de l'hospitalisation et de l'établissement où ont été reçus ces soins.

En 2009, la ventilation du financement des dépenses en soins hospitaliers par source de financement était comme suit : 35,0 % des assureurs privés, 29,0 % de *Medicare*, 17,9 % de *Medicaid*, 3,2 % en frais aux patients⁸⁵. Le reste du financement provient de divers programmes dont CHIP ainsi que du *Department of Defense* et du *Department of Veterans Affairs*.

En conclusion, avec le rôle central des États dans l'harmonisation des différents programmes gouvernementaux pour offrir un continuum complet d'options d'assurance santé à leur population, les États ne perdent que peu de contrôle sur leur système de santé suite à la réforme qui sera mise en place en 2014. Bien qu'il leur soit fortement recommandé de le faire, les États n'ont pas l'obligation d'aller de l'avant avec l'expansion de *Medicaid* et peuvent décider de ne pas relever leur seuil minimal d'inéligibilité à *Medicaid* à 133 % du seuil de pauvreté. Aussi, seuls les taux de remboursement pour les soins essentiels de *Medicaid* seront fixés à l'échelle nationale, chaque État demeurant libre de fixer le taux de remboursement des autres soins.

Suite à la réforme de la santé d'Obama, le pourcentage de la population couverte par une assurance santé augmentera sensiblement puisque ceux qui ne participeront pas à un programme public et qui n'auront pas d'assurance privée devront payer une amende. Davantage de gens seront aussi éligibles à *Medicaid* dans les États qui mettront en place l'expansion proposée; ce ne sont donc plus seulement les individus extrêmement pauvres qui y auront accès, mais tous ceux qui vont gagner moins de 14 483 \$ US annuellement. Ce changement va affecter les États qui vont participer à l'expansion de *Medicaid* et qui sont parmi les 40 États ayant actuellement un seuil d'inéligibilité sous 133 % du seuil de pauvreté. Par

⁸⁵ Calculs des auteurs et U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services, *National Health Statistics Group*, tableau 141, <http://www.census.gov/compendia/statab/2012/tables/12s0141.pdf>.

ailleurs, les États conserveront toujours la possibilité de lever leur seuil au-delà du critère minimal fédéral.

Les caractéristiques qui demeurent sous le contrôle étatique et qui vont continuer à grandement varier entre les États sont : le choix de fournisseurs, l'organisation de la fourniture des soins de santé, le financement et les taux de remboursement pour toutes les catégories de soins, sauf pour les soins essentiels. Puisque ce sont les États qui font l'ingénierie de cette réforme, qu'ils vont en faire l'administration après 2014 et que le fédéral leur octroie des fonds pour planifier, implanter et couvrir la croissance de coûts associée à l'expansion de la couverture, la *National Academy for State Health Policy* arrive à la conclusion que les États ne perdent que très peu de contrôle sur leur système de santé suite à cette réforme, et ce, même s'ils vont de l'avant avec l'expansion de *Medicaid*.

2.5 Suisse

ASSURANCE MALADIE ET COUVERTURE DES SOINS

En 1996, la Suisse s'est dotée d'un nouveau système de santé universel avec l'entrée en vigueur de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Le nouveau système, qui remplace un système remontant à 1912, impose à chaque individu de se doter d'une assurance santé de base auprès de l'une des compagnies d'assurance (caisse maladie) desservant son territoire. La souscription à une assurance se fait sur une base individuelle même pour les personnes à charge et elle n'est aucunement financée par les employeurs. Les compagnies d'assurance, bien qu'ayant la possibilité d'offrir d'autres types d'assurance qu'une assurance santé, ne peuvent pas réaliser de profits dans le cadre de la couverture des soins de santé de base qu'ils offrent à la population. Chaque compagnie d'assurance, publique comme privée, doit obtenir son enregistrement comme *assureur LAMal* auprès du Département fédéral de l'Intérieur et fera l'objet de surveillance de la part de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). En plus de s'assurer du respect de la LAMal, l'OFSP étudie le budget et les rapports annuels de chaque *assureur LAMal* et veille au maintien de leur équilibre budgétaire.

La LAMal oblige les *assureurs LAMal* à accepter tout individu qui fait une demande de couverture auprès de leur compagnie et à leur faire payer la même prime, peu importe les facteurs de risque présentés par l'individu, son sexe ou son revenu. Un mécanisme de compensation pour les risques a néanmoins été mis en place afin de tenir compte de la variation des coûts observée entre les différents assureurs en raison des différentes structures de risque de leurs assurés. Cette compensation corrige pour les différences d'âge et de sexe des assurés. L'utilisation de ces deux indicateurs n'est pas nécessairement efficace au regard de cet objectif⁸⁶.

Chaque Suisse a donc la liberté entière de choisir sa compagnie d'assurance à l'intérieur du canton où il réside et également de changer de compagnie d'assurance; deux occasions se présentent chaque année pour effectuer un transfert d'assureur, soit au 30 juin ou au 31

⁸⁶ OCDE et OMS, *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse*, Paris, 2006.

décembre. Pour une transition au 30 juin, l'assuré doit en faire l'annonce à son assureur trois mois à l'avance. Pour une transition à la fin de l'année, les assureurs sont tenus de communiquer au moins deux mois avant la fin de l'année à leurs assurés la prime qui sera en vigueur l'année suivante. Les assurés ont alors jusqu'au 30 novembre pour résilier leur assurance alors en vigueur et adhérer à une nouvelle assurance (un préavis d'un mois est donc nécessaire).

Malgré l'obligation pour les assureurs d'utiliser des primes uniformes, la tarification d'un même assureur peut varier selon le canton desservi (et quelquefois à l'intérieur même d'un canton, comme dans le cas de Fribourg) et chaque assureur détermine ses propres primes dans un contexte de concurrence. Cette « cantonalisation » des primes est en principe motivée par les différences de coût des prestations médicales entre les cantons. Les prestations médicales de base sont « payées en points » selon le TARMED (tarif médical fédéral). Ce sont les cantons qui fixent la valeur en franc du point. Cette situation implique qu'une même prestation peut avoir un coût différent d'un canton à l'autre.

La détermination des primes demandées par chaque assureur se base sur leur prévision de dépenses pour un canton pour l'année; cette prime doit être approuvée par l'OFSP avant d'être appliquée et l'OFSP peut forcer un assureur à réduire le niveau des primes qu'il compte introduire. Les *assureurs LAMal* ont également la possibilité d'établir un maximum de trois échelons de primes à l'intérieur d'un canton pour tenir compte de différences de coûts dans l'offre de soins de santé entre les diverses parties du canton. Toutefois, les assureurs doivent utiliser un découpage régional fixé pour tous. Il existe également trois catégories de primes établies selon l'âge : les enfants (18 ans et moins), les jeunes adultes (19 à 25 ans) et les adultes (plus de 25 ans). En outre, les assurés peuvent bénéficier d'une réduction de leur prime de base dans le cas où ils ont une assurance accident et/ou souscrivent une forme particulière d'assurance-maladie (voir détails qui suivent).

En effet, les Suisses peuvent se doter d'une assurance-maladie particulière sur une base volontaire toujours dans le cadre du régime obligatoire LAMal. Il existe trois catégories d'assurance particulière distinctes de l'assurance-maladie obligatoire de base avec franchise ordinaire.

L'assurance obligatoire de base avec franchise ordinaire

Elle permet à l'assuré de choisir son hôpital et son médecin si celui-ci est en mesure d'être remboursé par l'assurance-maladie obligatoire. La franchise⁸⁷ annuelle est de 300 CHF (les enfants de 18 ans et moins en sont exemptés) et la quote-part supportée par l'assuré pour les produits et services au-delà de ce montant est de 10 % jusqu'à un maximum annuel individuel de 700 CHF pour les adultes et de 350 CHF pour les enfants de moins de 18 ans. Par contre, une quote-part de 20 % est demandée pour les médicaments de marque déposée ayant un équivalent générique. L'assuré doit également déboursier 15 CHF pour chaque jour d'hospitalisation sans aucun plafond pour cette contribution. Toutefois, les enfants de moins de 18 ans, les jeunes adultes en formation et les femmes enceintes sont exemptés de cette contribution.

Ce régime de base s'applique à tout assuré qui ne fait pas de demande pour obtenir une des formules alternatives qui suivent.

L'assurance de base avec choix de franchise

Tout assuré peut opter pour une franchise plus élevée qui lui permet de payer une prime d'assurance moins élevée. Il existe cinq différents niveaux de franchise pouvant être offerts aux adultes et 6 pour les enfants (voir le Tableau 4). Les assureurs ne sont pas tenus d'offrir chacun de ces niveaux et peuvent à leur guise offrir aux jeunes adultes des franchises différentes de celles pour adultes. Quant aux primes associées à cette catégorie d'assurance, elles doivent représenter au moins 50 % de la prime équivalente (groupe d'âge, région) de l'assurance ordinaire. Plus la franchise choisie est élevée, plus la réduction de la prime est grande. Toutefois, un montant maximal de réduction de la prime est imposé par la loi pour chaque niveau de franchise (voir le Tableau 4). Outre les différences au niveau de la prime et de la franchise qu'implique cette assurance, les modalités de l'assurance de base avec choix de franchise sont les mêmes que l'assurance obligatoire de base avec franchise ordinaire (choix du médecin, quote-part et contributions pour hospitalisation). Cette assurance implique donc un risque

⁸⁷ Tant que le montant de la franchise n'est pas atteint, l'assuré défraye la totalité des coûts des soins reçus. La couverture de l'assurance s'applique donc seulement aux coûts des soins dépassant cette franchise.

financier légèrement plus grand pour l'assuré qui doit entre autres guider son choix de franchise en fonction de la quantité de soins qu'il prévoit devoir recevoir au cours de l'année et son désir de se protéger contre d'éventuels imprévus.

Tableau 4 – Niveaux de franchise annuelle et réduction maximale permise de la prime annuelle associée, en CHF, 2011

Adultes						
Niveaux de franchise	500	1 000	1 500	2 000	2 500	
Réduction maximale permise de la prime	140	490	840	1 190	1 540	
Enfants						
Niveaux de franchise	100	200	300	400	500	600
Réduction maximale permise de la prime	70	140	210	280	350	420

Source : Office fédéral de la santé publique de Suisse, *Assurance de base avec franchise ordinaire et franchises à option*, en date d'août 2012, <http://www.priminfo.ch/fr/base.php>.

L'assurance avec bonus

L'assurance avec bonus comporte les mêmes franchises, quotes-parts, contributions pour hospitalisation et choix de médecin que l'assurance obligatoire de base. La différence se situe au niveau de la prime à payer; elle est 10 % supérieure à la prime ordinaire lors de la première année, mais est ensuite réduite au prorata des années où l'assuré ne soumet aucune réclamation à son assurance (ceci est normalement le cas lorsque le coût des soins reçus par l'assuré n'atteint pas le montant de la franchise). Sur une période de cinq années, la prime peut être réduite jusqu'à un maximum de 50 %. Cette assurance ne permet pas de choisir une franchise supérieure à celle de base de 300 CHF et implique elle aussi un certain risque financier pour l'assuré. Cette assurance est très rarement choisie par les assurés.

L'assurance avec choix limité de prestataires de soins

Cette assurance oblige l'assuré à se faire soigner auprès de professionnels appartenant à un réseau de santé ayant signé une convention avec son assureur.

Une première structure de réseaux prend la forme d'organisations HMO (*Health Maintenance Organization*) qui peut regrouper dans un même cabinet plusieurs professionnels de la santé, notamment des médecins généralistes et spécialistes, mais également divers thérapeutes. Un assuré qui opte pour cette assurance devra donc toujours se référer à son médecin (exception faite des situations d'urgence) qui pourra, le cas échéant, le référer à un spécialiste au sein même de l'organisation HMO ou ailleurs s'il n'y en a pas. Le recours à cette catégorie d'assurance peut réduire les primes de l'assuré jusqu'à un maximum de 20 %.

Une deuxième structure de réseaux prend la forme d'un regroupement de médecins généralistes. L'assuré qui opte pour cette structure choisit son médecin de famille qui devient son interlocuteur de référence pour tout service médical. La réduction de prime associée à cette structure varie normalement entre 5 et 15 %. Pour l'instant, cette deuxième structure est plus répandue que la première.

Notons qu'en juin 2012 une révision de l'assurance-maladie portant sur les réseaux de soins intégrés a été rejetée par référendum. Cette révision visait à rendre le modèle des réseaux de soins le modèle prédominant en Suisse. Ce revers ne signifie pas la fin de tels réseaux, mais il demeure que leur promotion et leur développement s'en voient affectés.

Outre ces assurances à choix limité de prestataires, un assureur peut également accorder une réduction de prime à un assuré choisissant une assurance qui l'engage à consulter un professionnel médical par téléphone avant chaque visite médicale.

La répartition des assurés en 2008 selon la catégorie d'assurance est la suivante : 38,7 % pour l'assurance de base avec franchise ordinaire, 31,2 % pour l'assurance de base avec choix de franchise, 0,1 % pour l'assurance avec bonus et 30,0 % pour l'assurance avec choix limité de prestataires de soins. Il est à noter que cette dernière catégorie d'assurance accapare depuis 2002 une part croissante des assurés, au détriment principalement de l'assurance de base avec franchise ordinaire⁸⁸.

⁸⁸ Office fédéral de la santé publique, *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2008*, Berne, <http://www.bag.admin.ch/shop/00102/00537/index.html?lang=fr>.

En 2011, la prime mensuelle moyenne pour l'ensemble de la Suisse pour l'assurance de base avec franchise ordinaire d'un adulte incluant le risque accident s'élevait à 373,82 CHF (soit 4473,84 CHF pour l'année entière)⁸⁹. Il existe une mesure publique pour aider les individus connaissant une situation financière précaire à acquitter les frais relatifs aux soins de santé, dans ce cas-ci en réduisant les primes d'assurance. Des réductions de primes sont accordées aux familles et individus sur la base de leurs ressources financières et visent à atténuer l'effet régressif des primes fixes, indépendantes du revenu de l'assuré. En 2009, environ 2 355 000 Suisses ont obtenu une réduction de leur prime, soit 30,5 % de la population totale du pays⁹⁰.

Les versements pour réduction de primes sont financés conjointement par la Confédération et les gouvernements cantonaux, mais ce sont ces derniers qui ont la responsabilité d'accorder et de gérer les réductions de primes. Tous les cantons ont jusqu'à la fin de l'année 2013 pour verser leurs réductions de primes directement aux assureurs qui peuvent réduire les primes facturées aux assurés concernés; auparavant, certains cantons versaient la réduction de primes directement aux assurés. Les cantons ont donc la tâche de déterminer les critères d'éligibilité à ces réductions ainsi que le montant de ces réductions; il existe donc un système de réduction de primes pour chaque canton. Toutefois, les critères d'éligibilité établis par les cantons doivent prendre en compte la situation financière des individus et le gouvernement suisse étudie chaque année si les réductions accordées par les cantons poursuivent la politique sociale visée. Il est à noter que depuis 2005, les cantons sont tenus par la LAMal de réduire d'au moins 50 % le montant des primes des enfants et des jeunes adultes en formation considérés comme étant dans une situation de revenus bas ou moyens.

La Confédération transfère un montant global annuel aux cantons visant spécifiquement la réduction de primes. Ce montant est calculé selon les principes de la réforme de la péréquation financière de 2008. Ce nouveau système détermine à l'automne de t-1 le transfert de l'année t en fonction :

- des coûts bruts supportés par la population (somme des primes d'assurance);

⁸⁹ Office fédéral de la santé publique, *Primes moyennes cantonales pour 2010/2011 de l'assurance oblig. des soins (avec accident)*.

⁹⁰ Office fédéral de la santé publique, *Statistique de poche de l'assurance-maladie et accidents : Édition 2010*, <http://www.bag.admin.ch/shop/00102/00536/index.html?lang=fr>.

- de la prime moyenne que devra payer un adulte durant l'année pour une franchise ordinaire et une couverture pour accidents;
- du nombre moyen d'assurés prévu durant l'année.

La LAMal stipule que ce transfert de la Confédération doit supporter 7,5 % des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins à l'échelle nationale. En 2008, ce montant s'est établi à 1 779 millions CHF et représentait 51,4 % des dépenses totales en réduction de primes, la balance étant supportée par les cantons⁹¹. La répartition de l'enveloppe globale entre les cantons se fait sur la base de la population résidente des cantons et du nombre de frontaliers (ce sont les résidents d'un autre pays qui travaillent dans un canton suisse, au nombre de 246 252 au deuxième trimestre de 2011⁹²).

Parallèlement à la LAMal, 2 autres importants régimes d'assurance sont présents en Suisse afin de couvrir les risques liés à la santé.

L'assurance-accidents

Obligatoire selon la Loi fédérale sur l'assurance accidents (LAA) pour tout travailleur, elle couvre les risques d'accident et de maladie professionnelle et les primes sont à la charge de l'employeur. Selon le secteur d'activité, la couverture est fournie par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) qui couvrait 50,7 % des employés assurés en 2009 (surtout présente dans le secteur secondaire) ou par un autre assureur⁹³. Les prestations de cette assurance visent le remboursement des soins et frais découlant d'un accident, le versement d'indemnités journalières lors d'une incapacité de travail temporaire et le versement de rentes en cas d'incapacité de travail prolongée ou de décès.

L'assurance-invalidité

⁹¹ Office fédéral de la santé publique, *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2008*, <http://www.bag.admin.ch/shop/00102/00537/index.html?lang=fr>, p.239.

⁹² Office fédéral de la statistique, *La statistique des frontaliers : frontaliers étrangers en activité*, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/02/blank/data/05.html>.

⁹³ Commission des statistiques de l'assurance-accidents LAA (CSAA), *Statistique des accidents LAA 2011*, http://www.unfallstatistik.ch/f/publik/unfstat/pdf/Ts11_f.pdf.

Obligatoire pour toute personne résidant en Suisse ou y poursuivant une activité lucrative, l'assurance-invalidité est financée conjointement par le gouvernement et les travailleurs qui doivent payer des cotisations basées sur leur salaire. Cette assurance couvre les dépenses en services médicaux visant la réadaptation de la personne invalide. Aussi, l'assurance-invalidité assure le versement de rentes et d'indemnités d'invalidité.

Étendue de la couverture en services et produits médicaux de l'assurance-maladie

L'assurance-maladie universelle offre une couverture des examens et traitements reçus par les patients sous forme ambulatoire, à domicile, à l'hôpital ou dans un établissement médico-social figurant sur la liste des établissements reconnus par le canton et dispensés par un médecin, un chiropraticien ou tout autre professionnel qui fournit des soins suite à une prescription médicale. La couverture s'applique pour les tests et examens prescrits par un médecin (pour des fins curatives et préventives) ainsi que pour les produits pharmaceutiques prescrits répertoriés dans la « liste des spécialités ». En sont exclus les soins dentaires de routine et ceux non requis dans le traitement d'une maladie ou d'un problème dentaire important.

En plus de l'adhésion obligatoire à une assurance-maladie de base, les Suisses peuvent souscrire une assurance-maladie volontaire. Souscrite à titre individuel, cette assurance permet normalement d'étendre la couverture de l'assuré, entre autres pour les soins dentaires. Les prestations de cette assurance peuvent également couvrir le coût de certaines prestations supplémentaires, notamment l'hospitalisation dans des chambres mi-privées (2 lits) et privées (1 lit). Notons que cette assurance supplémentaire d'hospitalisation ne devrait couvrir que les frais de confort additionnels (chambre et nourriture). Par contre, il arrive en pratique qu'elle implique une sélection de la part de certains spécialistes qui « n'acceptent » pas de travailler sous le régime de l'assurance de base. Depuis 2001, la LAMal interdit tout de même aux assurances complémentaires de couvrir les coûts auxquels doivent participer les assurés dans le cadre de leur couverture par l'assurance-maladie obligatoire. Elles ont néanmoins la possibilité d'établir leurs primes en fonction des risques présentés par l'assuré et même de refuser de couvrir certains individus, dont la situation présente de trop grands risques.

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Par l'adoption de lois et d'ordonnances, le gouvernement fédéral suisse est responsable d'établir la structure organisationnelle et légale nécessaire à la fourniture coordonnée des soins de santé à la population. En ce sens, il délimite formellement les pouvoirs des compagnies d'assurance-maladie qui par ailleurs peuvent contester des décisions des cantons tels les tarifs. Il les soumet à des règles et des vérifications; il contrôle également la mise en œuvre des autres assurances sociales comme l'assurance-invalidité, l'assurance-accident, l'assurance-militaire ainsi que l'assurance-vieillesse et survivants. Son rôle consiste également à élaborer et mettre en œuvre des plans d'action pour le contrôle des maladies transmissibles et à organiser la recherche médicale. Finalement, le gouvernement fédéral est en charge de fournir les statistiques de santé et de contrôler la qualité et la sécurité des médicaments et appareils médicaux.

De leur côté, les gouvernements cantonaux sont les maîtres d'œuvre de l'organisation de la fourniture des soins de santé dans les établissements médicaux en plus d'être responsables du financement partiel des soins hospitaliers avec les assureurs. Leurs actions et décisions doivent mettre en œuvre les directives énoncées dans les lois fédérales. Chaque gouvernement cantonal est responsable de déterminer les standards requis afin qu'un professionnel obtienne sa licence pour pratiquer. De plus, les cantons se chargent de préparer des campagnes de prévention des maladies et d'éducation sanitaire et d'autoriser les cabinets de médecins et les pharmacies à fournir des services médicaux.

Finalement, les communes ont un rôle variable à jouer selon la délégation de tâches propre à chaque canton. Dans la plupart des cas, elles se voient transférer la responsabilité des soins à domicile, des soins en centres d'hébergement pour personnes âgées ou encore de certains services relatifs à la santé mentale.

VENTILATION DES DÉPENSES ET SOURCES DU FINANCEMENT

Avant de se pencher sur les sources du financement des soins de santé en Suisse, des données intéressantes sur la ventilation des dépenses de santé de ce pays sont disponibles et sont présentées ci-dessous.

Ventilation des dépenses de santé

En 2009, 59,7 % des dépenses ont été effectuées par des entités publiques, soit 40,8 % en provenance des assureurs accrédités en vertu de la LAMal et 18,9 % en provenance des divers ordres gouvernementaux (0,4 % du gouvernement central, 16,3 % des cantons et 2,2 % des communes)⁹⁴. Les dépenses de santé de sources privées étaient quant à elles partagées entre les assureurs privés (8,8 %) et les dépenses directes des patients (30,5 %), qui incluent les contributions aux coûts d'hospitalisation, le montant des quotes-parts, le montant des franchises déboursées et les dépenses pour des soins aucunement couverts⁹⁵. La ventilation des dépenses utilisée ici fait référence à l'agent qui paye pour la fourniture des biens et services et est rapportée de cette façon par l'OCDE.

Toutefois, si l'on observe le financement sous l'angle de l'agent qui en somme supporte la charge du financement des soins de santé, les ménages supportent la plus grande part du financement avec 66,8 % du coût total des soins de santé (données provisoires pour 2009)⁹⁶. La différence s'explique principalement par le montant des prestations des assureurs LAMal dirigées vers le système de santé qui, en fin de compte, sont supportées par les primes d'assurance-maladie déboursées par les assurés. En 2009, le montant total des primes des assurés atteignait 20,13 milliards CHF et le montant payé par les assurés net des réductions de primes atteignait 16,58 milliards CHF, soit plus de 28 % du financement total des dépenses en

⁹⁴ Il est à noter que cette méthode de comptabilisation ne prend pas en compte les dépenses encourues par le gouvernement fédéral et les gouvernements cantonaux pour la réduction des primes car ce ne sont pas des dépenses pour des soins de santé à proprement parlé.

⁹⁵ OCDE, *Dépenses de santé par financement*, OECD.Stat.

⁹⁶ Office fédéral de la statistique, *Financement du système de santé sous l'angle économique*, http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/05/blank/key/perspektive_der_direktzahler.html.

soins de santé⁹⁷. Toujours sous cet angle, les entreprises supportaient 5,7 % des coûts du système de santé via leurs contributions aux régimes d'assurance-accidents, d'assurance-invalidité et d'assurance-vieillesse et survivants. De leur côté, les gouvernements soutenaient 27,5 % des coûts en santé⁹⁸ via :

- les subventions aux fournisseurs de soins comme les hôpitaux, les centres médicaux de long séjour et les services de soins à domicile. Ces versements sont effectués majoritairement par les cantons, mais également par les communes;
- les réductions de primes d'assurance-maladie financées conjointement par la Confédération et les cantons (respectivement 1,813 milliard CHF et 1,728 milliard CHF en réductions en 2009)⁹⁹ telles que décrites précédemment;
- la prévention, l'administration publique des soins ainsi que d'autres protections sociales assurées par les trois ordres gouvernementaux.

Sources du financement

Le financement global des dépenses et transferts du gouvernement fédéral provient principalement des impôts directs sur le revenu des individus et sur les bénéfices des entreprises et de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA). En 2009, un référendum auprès de la population a autorisé le relèvement du taux général de la TVA pour la période 2011-2017. Ainsi, pour 2011, le taux général de la TVA est de 8,0 %, le taux réduit¹⁰⁰ de 2,5 % et le taux spécial¹⁰¹ de 3,8 %. 5 % des revenus de la TVA doivent être affectés chaque année aux assurances-maladie afin de réduire les primes des assurés de condition modeste. Depuis 2003, le gouvernement fédéral perçoit aussi des taxes d'incitation sur les huiles de chauffage et composés organiques causant des externalités négatives sur l'environnement. Le but de ces taxes n'étant pas

⁹⁷ Office fédéral de la santé publique, *Statistique de poche de l'assurance-maladie et accidents : Édition 2010*, <http://www.bag.admin.ch/shop/00102/00536/index.html?lang=fr>.

⁹⁸ Office fédéral de la statistique, *Financement du système de santé sous l'angle économique*, http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/05/blank/key/perspektive_der_direktzahler.html.

⁹⁹ Office fédéral de la santé publique, *Statistique de poche de l'assurance-maladie et accidents : Édition 2010*, <http://www.bag.admin.ch/shop/00102/00536/index.html?lang=fr>.

¹⁰⁰ S'applique aux prestations visant à combler des besoins humains de première nécessité tels que les denrées alimentaires hors restauration, l'eau courante, les plantes, les semences, les médicaments, certains journaux, revues et livres sans caractère publicitaire.

¹⁰¹ S'applique aux prestations du secteur de l'hôtellerie et de l'hébergement.

d'accroître l'importance de l'État, mais plutôt de diminuer la consommation de ces produits, les revenus qui en sont tirés sont redistribués à la population sous forme de réductions de primes d'assurance-maladie. Les réductions de primes accordées une année sont fonction des recettes des taxes d'incitation perçues deux ans auparavant. Ainsi, en 2013, chaque assuré profitera d'une réduction de sa prime de base annuelle LAMal de 35,40 CHF¹⁰². Autrement, la Confédération perçoit également des revenus d'impôts sur le tabac, l'alcool, les automobiles ainsi que des droits de douane et de timbre.

Les gouvernements cantonaux et communaux vont pour leur part chercher leur financement en levant des impôts directs sur le revenu et la fortune des individus et sur les profits des entreprises. Chaque canton a la liberté de choisir ses taux d'imposition ainsi que le niveau de progressivité de ses impôts. Cela occasionne donc des différences parfois notables entre les cantons. Parmi les autres sources de revenus, notons les impôts sur les successions et les donations, l'impôt foncier (dans environ la moitié des cantons), la taxe personnelle fixe (dans certains cantons et communes seulement) et la taxe sur la loterie (dans la majorité des cantons).

C'est donc à travers ces multiples levées fiscales que les gouvernements parviennent à financer leur budget global, dont une partie sera affectée aux dépenses du système de santé et à leurs transferts de péréquation financière.

Péréquation financière

Outre les versements effectués pour sa contribution à la réduction des primes d'assurance-maladie, la Confédération ne transfère pas de montants aux cantons visant spécifiquement le financement des soins de santé. La Confédération a plutôt recours à des versements globaux que les cantons peuvent affecter librement parmi leurs différents postes de dépenses, dont la santé.

La Suisse a entrepris au milieu des années 1990 un ambitieux projet de Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT). Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, la RPT a pour objectifs la réduction des disparités

¹⁰² Office fédéral de l'environnement, *COV: Répartition du produit de la taxe à la population*, <http://www.bafu.admin.ch/voc/01263/index.html?lang=fr>.

entre les cantons au niveau des biens publics fournis et de leur charge fiscale ainsi qu'une augmentation de la rentabilité des montants transférés par la Confédération, buts que l'ancienne péréquation n'arrivait plus à poursuivre efficacement. Reposant sur la loi fédérale sur la péréquation financière et la compensation des charges (PFCC) du 3 octobre 2003 et l'ordonnance sur la péréquation financière et la compensation des charges (OPFCC) du 7 novembre 2007, la péréquation financière suisse se compose de 2 principaux mécanismes. Le premier, la péréquation au sens large, consiste en la répartition des tâches. Le deuxième, la péréquation financière au sens strict, consiste en la répartition des moyens financiers et c'est sur ce mécanisme que nous nous attardons ici.

Péréquation financière au sens strict

Elle repose sur 2 instruments :

- La péréquation des ressources : les cantons sont répartis selon qu'ils ont un fort ou un faible potentiel de ressources¹⁰³. Les cantons à faible potentiel reçoivent des versements de péréquation tirés de contributions de la Confédération et des cantons à fort potentiel. Ces versements ne sont pas liés à une utilisation spécifique;
- La compensation des charges : la Confédération verse une compensation aux cantons afin qu'ils puissent supporter les charges involontaires ou excessives en regard de facteurs sociodémographiques (pauvreté, personnes âgées, chômeurs, toxicodépendants, etc.) et de facteurs géo-topographiques (densité de population, altitude de résidence, déclivité, etc.).

RÉFORME DU FINANCEMENT DES SOINS HOSPITALIERS

Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) est la nouvelle structure nationale tarifaire de rémunération des soins hospitaliers dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire dont l'entrée en vigueur a eu lieu le 1^{er} janvier 2012. Cette réforme permet un financement basé sur l'acte; les hôpitaux et maisons de naissance reçoivent leur financement en fonction du nombre

¹⁰³ Le potentiel de ressources d'un canton est le montant des ressources exploitables fiscalement, soit le revenu imposable et la fortune des personnes physiques ainsi que les bénéfices des personnes morales.

et de la nature des services fournis. Un tel mécanisme de financement prévalait déjà dans 10 cantons, mais cette réforme l'étendra à l'ensemble des cantons.

Pour ce faire, une classification nationale uniforme des différents groupes de soins a été établie (SwissDRG version 1.0 pour 2012) et ceux-ci sont mis en relation les uns avec les autres afin d'établir leur « coût relatif » respectif. Ainsi, les hôpitaux classent le traitement effectué à chaque patient selon le groupe de soins concerné sur la base des diagnostics posés, des traitements offerts, de l'âge du patient et de la sévérité de son état¹⁰⁴. Le forfait, soit le montant que recevra l'hôpital pour avoir fourni ce soin, est le produit du coût relatif du soin (selon la structure tarifaire nationale) avec le « tarif de base » déterminé. La détermination des tarifs de base découle de négociations entre les assureurs et les fournisseurs de soins, essentiellement les hôpitaux ou les fédérations de professionnels. Il est donc possible pour les assureurs de négocier un tarif de base différent avec chaque établissement hospitalier ou encore de conclure une entente à l'échelle du canton. Les conventions tarifaires convenues dans le cadre de cette relative autonomie tarifaire des assureurs sont néanmoins supervisées par des autorités d'approbation : par le gouvernement cantonal lorsque l'entente se limite à son territoire ou par le Conseil fédéral si l'entente s'étend à toute la Suisse. En tout temps, les conventions tarifaires doivent respecter les exigences fixées par l'article 49 alinéa 1 de la LAMal¹⁰⁵ : [...] *Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse.* D'après l'article 59c alinéa 1 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)¹⁰⁶, l'autorité d'approbation doit également veiller à ce que la convention tarifaire respecte les principes suivants :

- le tarif couvre au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente;
- le tarif couvre au plus les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations;
- un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires.

¹⁰⁴ La détermination du groupe de soins se fera notamment à l'aide de la 10^e révision de la classification internationale des maladies (CIM-10) et de la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP).

¹⁰⁵ Les autorités fédérales de la Confédération suisse, *Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)*, http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/, état au 1^{er} janvier 2011.

¹⁰⁶ Les autorités fédérales de la Confédération suisse, *Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)*, http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_102/index.html, état au 1^{er} août 2011.

La structure tarifaire nationale établit aussi la durée moyenne du séjour associé à chaque groupe de soins en plus de déterminer une borne inférieure et supérieure de durée de séjour. Dans la situation où le patient séjourne moins de temps que la borne inférieure, l'établissement voit le forfait associé à ce cas être réduit. À l'inverse, l'établissement reçoit un forfait supérieur lorsqu'un patient demeure hospitalisé plus longtemps que la borne supérieure. Un système de regroupement de cas a aussi été instauré afin de considérer des admissions multiples d'un même patient pour la même cause en un seul forfait, comme si le patient n'avait effectué qu'un seul séjour. Ainsi, tout cas réadmis dans le même hôpital pour le même groupe de soins dans un délai de 18 jours suivant sa sortie est regroupé en un seul cas. Cette mesure vise entre autres à inclure les réadmissions pour cause de complication. Par contre, certaines exceptions s'appliquent au regroupement de cas lorsque certaines maladies justifient une réadmission régulière du patient.

Concrètement, le financement des hôpitaux via les forfaits est assuré conjointement par le canton et les assureurs. Au plus tard 9 mois avant le début d'une année civile, chaque canton établit le niveau de son financement pour l'année en question. La LAMal oblige les cantons à assurer au minimum 55 % du financement hospitalier, laissant un maximum de 45 % aux assureurs. Toutefois, une période transitoire sera en vigueur pour une durée de 5 ans et permettra aux cantons dont les primes d'assurance-maladie sont inférieures à la moyenne nationale d'abaisser leur contribution jusqu'à 45 %. Durant cette même période, les cantons auront aussi la possibilité d'établir leur contribution à un niveau inférieur à leur niveau actuel. Cette transition apparaît nécessaire puisque les mécanismes de paiements variaient considérablement à travers la Suisse.

Normalement, le canton de résidence du patient paye directement sa contribution à l'hôpital. Toutefois, des ententes peuvent être conclues entre un canton et les assureurs afin que le canton verse sa contribution aux assureurs qui se chargeront alors de verser le financement complet aux hôpitaux. Il ne faut pas oublier qu'une part du financement proviendra aussi des versements des patients à titre de contribution au coût des soins hospitaliers.

Une autre modification contenue dans cette réforme est le passage d'une rémunération distincte pour les coûts d'exploitation et le coût des infrastructures à un financement intégré de ces deux composantes. Ainsi, le tarif de base établi vise à financer la totalité des dépenses

encourues par les hôpitaux en fournissant leurs soins. Ceci implique d'importants changements pour les hôpitaux privés qui ne bénéficiaient auparavant que d'une rémunération pour leurs coûts d'exploitation, leur laissant la tâche de recueillir les fonds nécessaires pour financer leurs frais d'infrastructure.

De pair avec ce nouveau financement des hôpitaux, la révision de la LAMal offre aux patients la liberté de choisir leur hôpital parmi ceux aptes à traiter leur maladie et figurant sur la liste cantonale des établissements répertoriés, que ce soit dans leur canton de résidence ou non. Les hôpitaux sont donc en concurrence dans un contexte où le coût de leurs prestations sera davantage transparent et comparable grâce au nouveau système tarifaire. Si un patient opte librement pour un hôpital répertorié à l'extérieur de son canton de résidence, l'assureur du patient et son canton de résidence prennent en charge leur part respective du coût de la prestation selon les ententes établies jusqu'à un montant équivalent au tarif applicable pour ce même traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence. Le patient doit toutefois prendre en charge la différence de tarif dans le cas où le tarif de l'hôpital sélectionné est supérieur (le patient n'a pas à assumer cette différence dans le cas où le traitement nécessaire n'était pas disponible dans son canton de résidence). Si le tarif de l'hôpital est inférieur au tarif applicable au lieu de résidence de l'assuré, le service reçu est entièrement couvert et l'assuré n'a rien à déboursier. Le canton de résidence et l'assureur prennent également en charge leur part respective du coût de la prestation lorsque pour des raisons médicales (situations d'urgence ou impossibilité de traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence), l'assuré reçoit des soins dans un hôpital non répertorié. Un patient choisissant librement un traitement dans un hôpital non répertorié ne recevra une aide que s'il possède une assurance complémentaire couvrant cette situation.

Cette réforme, qui vise le développement d'une plus grande transparence des coûts des soins de santé et d'un système plus efficient, implique une plus grande documentation des services fournis. Des efforts devront être déployés afin de limiter la complexification de la bureaucratie du système de santé. Pour ce faire, une coopération des divers acteurs du système est essentielle. Malgré que la *SwissDRG SA*¹⁰⁷ regroupe les représentants des hôpitaux (*H+*), des

¹⁰⁷ La société indépendante à vocation publique responsable de l'élaboration et du développement du système de tarification à l'acte.

assureurs (*Santésuisse* et *CTM*), des médecins (*FMH*) et les directeurs cantonaux de la santé (CDS), la réforme a subi un revers non négligeable en août 2011. En effet, les membres de l'association des hôpitaux H+ ont rejeté la convention complémentaire des partenaires tarifaires nationaux portant sur la mise en œuvre du système de financement à l'acte. Face à cette situation, le Conseil fédéral suisse a approuvé des dispositions additionnelles au niveau de l'ordonnance sur l'assurance-maladie en novembre 2011 afin de ne pas entraver l'entrée en vigueur du nouveau système de façon uniforme à travers le pays en janvier 2012. Ces dispositions incluent :

- En 2012, un supplément de 10 % sur les tarifs de base convenus est versé aux établissements pour refléter les coûts d'investissement liés à l'introduction du nouveau système de rémunération DRG. À partir de 2013, la rémunération globale intégrée (coûts d'exploitation et d'investissement) se basant entièrement sur les coûts justifiés sera complétée.
- Une inspection des fournisseurs de prestation est mise en place à l'introduction du nouveau système afin d'observer l'évolution des coûts et des prestations et décider des mesures de correction appropriées. Durant les 2 premières années, les recettes supplémentaires injustifiées feront l'objet de corrections.

Un projet de réglementation devra aussi être soumis par le Département fédéral de l'intérieur pour établir les conditions relativement à la transmission des données nécessaires à la facturation dans le nouveau système. Les mesures de protection de données devront être établies dans ce projet tout comme les conditions sous lesquelles les assureurs contrôleront les factures.

Le portrait du système de santé suisse nous permet d'observer le rôle financier tout de même limité de la Confédération. Pour l'aspect décisionnel, la Confédération dicte le contenu de la politique de la santé : elle fixe dans le TARMED les actes médicaux reconnus dans l'assurance de base et elle chapeaute la Swiss DRG SA. Comme mentionné, c'est également la Confédération qui pilote l'entrée en vigueur du nouveau système hospitalier devant les conflits persistants entre les assurances, les hôpitaux et les cantons. Les cantons sont quant à eux les acteurs de premier plan dans l'organisation des soins de santé, mais également dans le financement des soins, notamment par leur participation au financement hospitalier avec les assureurs. Notons

que l'ouverture des frontières cantonales pour les hospitalisations rend plus difficiles les planifications hospitalières cantonales : un canton peut envoyer ses patients à l'extérieur pour des soins autres que « traditionnels ». La Suisse jouit globalement d'un système de très bonne qualité et les individus profitent d'une grande liberté quant au choix de leur mutuelle et de l'hôpital dans lequel ils désirent être soignés. Par contre, ceux-ci doivent défrayer plusieurs coûts afin d'avoir accès à ce système.

Le tableau 5 qui suit présente de façon synthétique les principaux éléments des systèmes de santé des cinq pays.

Tableau 5 - Comparaison des principaux éléments des systèmes de santé : Australie, Belgique, Espagne, États-Unis et Suisse

	Type de couverture de base en soins	Interventions gouvernementales pour faciliter la couverture	Interventions publiques pour limiter les dépenses défrayées par les patients	Revenus fiscaux centraux affectés au système de santé
AUSTRALIE	Universelle et automatique	Favoriser la couverture privée : remboursement d'au moins 30 % des primes, surcharge aux riches non assurés, primes plus élevées aux assurés sporadiques + Exemption de paiement des cotisations <i>Medicare</i> » pour les plus pauvres	Franchise annuelle pour les soins médicaux + Franchise annuelle pour les médicaments (franchises plus faibles pour certains groupes de la population)	Cotisations annuelles <i>Medicare</i> de 1,5 % du revenu imposable (2,5 % pour les individus à revenu élevé dont la couverture d'assurance privée est insuffisante) + Revenus généraux
BELGIQUE	Universelle, souscription obligatoire à une mutuelle	-	Franchise annuelle selon le revenu et la situation sociale + Remboursement préférentiel pour les individus à faible revenu ou présentant une situation particulière	Cotisations sociales de 7,35% du revenu brut (3,55 % par l'employé et 3,80% par l'employeur) + Revenus généraux
ESPAGNE	Universelle et automatique	-	Quotes-parts pour les médicaments plus faibles pour les personnes âgées ou souffrantes d'une maladie chronique	Revenus généraux en grande majorité + Faibles cotisations sociales
ÉTATS-UNIS	Publiquement offerte à certains groupes sous <i>Medicare</i> , <i>Medicaid</i> et CHIP, sinon obligatoire au privé à partir de 2014 sous peine de pénalité	Subventions aux personnes à faible revenu non assurées, pénalités aux entreprises n'offrant pas d'assurance à leurs employés	<i>Medicare</i> pour les personnes âgées + <i>Medicaid</i> pour les personnes à faible revenu + CHIP pour les enfants de familles à revenu faible	Cotisations sociales de 2,90 % dédiées à <i>Medicare</i> + Taxes d'accise aux fabricants et importateurs de médicaments et de matériel médical (dès 2013) + Taxe d'accise aux compagnies d'assurance santé (dès 2014) + Pénalités aux individus non couverts et firmes n'offrant pas d'assurance (dès 2014) + Revenus généraux
SUISSE	Obligatoire	Réduction de primes aux personnes à faible revenu et aux jeunes	Franchise annuelle variable selon l'âge et l'assurance choisie	Revenus généraux + Revenus de 5 % de la TVA nationale et de taxes d'incitation sont dédiés aux réductions de primes

	Transferts du gouvernement central aux gouvernements sous-nationaux dédiés à la santé	Sources du financement des soins hospitaliers	Base du calcul du financement hospitalier public
AUSTRALIE	Transferts aux états dédiés aux soins hospitaliers calculés sur la base de l'activité	Commonwealth, États, dépenses des patients	Classification nationale des soins
BELGIQUE	-	Mutuelles, dépenses des patients	Classification nationale des soins pour les soins non médicaux
ESPAGNE	-	Communautés	Objectifs à remplir et classification des soins, situation variant selon les communes
ÉTATS-UNIS	Transferts aux états pour <i>Medicaid</i> (entre 50 et 83 % des coûts) et CHIP	<i>Medicaid, Medicare</i> , assureurs privés, dépenses des patients	<i>Medicare</i> : classification nationale des soins <i>Medicaid</i> : classification nationale des soins pour les soins essentiels puis, variant par état, classification des soins pour les patients internes, coûts raisonnables pour les patients externes
SUISSE	Transferts aux cantons pour allouer des réductions de primes d'assurance	Cantons, assureurs Lamal, dépenses des patients	Classification nationale des soins

3. Quelques comparaisons avec le Canada

Dans cette dernière section, nous comparons le Canada avec les cinq pays fédéraux examinés en détail dans la deuxième partie du texte. Pour ce faire nous présentons brièvement le système de santé canadien et en particulier son financement public puis nous nous penchons sur cinq aspects des systèmes de santé.

3.1 Le système de santé au Canada

Le système de santé du Canada repose sur un ensemble de régimes d'assurance maladie universelle provinciales et territoriales car la santé est une responsabilité des gouvernements provinciaux et territoriaux. Donc, il existe treize régimes d'assurance maladie, chacun propre à une des dix provinces ou des trois territoires¹⁰⁸. Le système de santé canadien est encadré depuis 1984 par la Loi canadienne sur la santé dont les cinq principes directeurs sont :

- Universalité : tous les résidents ont droit à des services de santé assurés prévus par le régime, selon des modalités uniformes.
- Gestion publique : le régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire doit être géré sans but lucratif par une autorité publique.
- Accessibilité : aucun obstacle financier ou autre ne doit entraver l'accès satisfaisant des personnes assurées aux services requis dispensés par un hôpital et un médecin.
- Transférabilité : la condition de transférabilité doit prévoir le paiement des montants pour les coûts des services de santé lorsqu'une personne assurée déménage ou voyage au Canada, ou encore voyage à l'extérieur du pays.
- Intégralité : tous les services médicaux requis offerts par les hôpitaux et les médecins doivent être assurés.

¹⁰⁸ Pour une brève description de chacun, voir : Santé Canada, *Loi canadienne sur la santé – Rapport annuel 2010-2011*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/2011-cha-lcs-ar-ra/index-fra.php>.

COUVERTURE DES SOINS

Les soins couverts varient quelque peu d'une province à une autre, mais incluent les services en milieu hospitalier et en cabinets de médecins. D'autres soins tels les soins dentaires sont couverts de façon différente d'une province à une autre. Ainsi au Québec, tous les enfants de 10 ans ou moins sont couverts publiquement alors qu'en Ontario ce sont les enfants de 18 ans et moins non couverts par une assurance privée et ayant besoin de soins urgents qui sont couverts¹⁰⁹. La plus importante différence entre les provinces est l'existence au Québec du Régime Public d'Assurance Médicaments : tout individu non couvert par une assurance médicaments privée est couvert par le régime public d'assurance médicaments et doit contribuer selon ses moyens à son financement¹¹⁰.

La plupart des ménages canadiens¹¹¹ sont couverts par une assurance-santé privée qui couvre des soins non couverts par l'assurance publique tels les soins dentaires pour adultes ou les lunettes. Il n'y a aucune mesure d'incitation à l'acquisition de ce type d'assurance. Une décision récente de la Cour Suprême du Canada ouvre légèrement la porte à une utilisation plus grande de l'assurance santé privée¹¹².

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Par l'entremise de la Loi canadienne sur la santé, le gouvernement fédéral édicte les principes directeurs et critères que doivent respecter les provinces afin de recevoir l'ensemble du Transfert Canadien en Santé (TCS) qui leur est dédié. C'est également le gouvernement canadien qui s'occupe d'offrir les soins de santé à des populations spécifiques (Premières nations, Inuits, anciens combattants, détenus des pénitenciers fédéraux, militaires) et de mener diverses autres tâches relatives à la santé publique et à la recherche médicale.

¹⁰⁹ Pour plus d'information sur les 10 provinces et trois territoires, voir Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé dentaire <http://www.fptdwg.ca/francais/f-access.html>

¹¹⁰ Pour plus de détails voir : Régie de l'assurance maladie du Québec, <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/Pages/assurance-medicaments.aspx>.

¹¹¹ 65-70 % en 2000. Source : OCDE, *Private Health Insurance in OECD Countries*, figure 2.17, p.54, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-oecd-health-project_19901291.

¹¹² Steinbrook, R., *Private Health Care in Canada*, *The New England Journal of Medicine*, Vol 354, avril 2006, p.1661-1664, <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp068064>.

De leur côté, les provinces sont en charge de l'administration et de l'organisation du système de santé et de la prestation des soins de santé auprès de leur population.

SOURCES DU FINANCEMENT

Il n'y a pas de transfert fédéral aux provinces qui doit être dépensé en soins de santé. Le TCS, malgré son étiquette, n'est pas versé dans un compte pour financer les dépenses de santé et les provinces n'ont pas de compte à rendre sur son utilisation. Donc au sens strict, les dépenses de santé provinciales sont financées par les revenus propres des provinces et par l'ensemble des transferts fédéraux. Ceci dit, il est coutumier de considérer le montant du TCS comme la contribution du gouvernement fédéral au financement des dépenses publiques de santé au Canada. Selon les provinces et les années, ceci correspond à 20-25 % des dépenses publiques en matière de santé au Canada. En 2011-2012, ceci correspondait à 20 % de ces dépenses¹¹³. Le montant du TCS¹¹⁴ a cru de 6 % par année depuis 2000 et croîtra à ce rythme jusqu'en 2016-2017. À partir de l'année financière des gouvernements provinciaux et fédéraux 2017-2018 (1^{er} avril - 31 mars), il croîtra au rythme (moyenne mobile de trois ans) du PIB nominal canadien, mais avec un minimum annuel de 3 %. Ce changement réduira à terme la part du gouvernement fédéral dans les dépenses publiques de santé qui sont projetées croître au rythme de 5 % par année. L'exigence d'absence d'obstacle financier notée ci-haut implique qu'il ne saurait y avoir de frais directs payés par le patient nommés surfacturation (extra-billing) au Canada. Si on observe une telle surfacturation, alors le gouvernement fédéral réduit d'un montant égal aux recettes de cette surfacturation le TCS versé à la province fautive. Il s'agit de petits montants ayant totalisé 9,2 M\$ de 1994 à 2011¹¹⁵.

¹¹³Parliamentary Budget Office, *Renewing the Canada Health Transfer: Implications for Federal and Provincial-Territorial Fiscal Sustainability*, http://www.parl.gc.ca/PBO-DPB/documents/Renewing_CHT.pdf

¹¹⁴ Pour un peu d'histoire voir : Bibliothèque du Parlement, *Le transfert canadien en matière de santé*, <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/prb0852-f.pdf>.

¹¹⁵ Voir tableau intitulé *Déductions et remboursements appliqués aux contributions pécuniaires au titre du TCPS et TCS conformément à la Loi canadienne sur la santé depuis 1994-1995 (en dollars)* dans : Santé Canada, *Loi canadienne sur la santé – Rapport annuel 2010-2011*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/2011-cha-lcs-ar-ra/index-fra.php#chap2>.

FINANCEMENT DES SOINS HOSPITALIERS

Les soins hospitaliers et les honoraires médicaux sont financés selon des mécanismes et barèmes propres à chaque province. Il n'y a aucune exigence d'uniformité entre celles-ci. De façon générale, les hôpitaux sont financés sur une base dite historique (dépenses antérieures) et les médecins sont rémunérés à l'acte. Une rémunération des médecins en termes de leur utilisation des hôpitaux et sur une base de capitation ou à l'heure se met en place dans certaines provinces.

3.2 Cinq éléments de comparaison

1. La liberté de choix du patient.

Dans le système canadien, le patient a le droit de choisir son médecin parmi les médecins de sa province de résidence, mais ne peut sauf urgence ou autorisation préalable se faire soigner en dehors de sa province. Il est donc plus libre que nombre de Suisses ou Américains qui dans un système de type HMO doivent choisir au sein d'une liste plus ou moins limitée;

2. La fourniture directe de services d'assurance-santé par l'État fédéral.

Dans le système canadien, le gouvernement fédéral ne rembourse pas directement (ou indirectement) des fournisseurs de services de santé sauf exception (autochtones et forces armées); ce sont les systèmes d'assurance maladie provinciaux qui jouent ce rôle. L'Espagne est le pays qui a un système comparable au cas canadien. En Australie et aux États-Unis, on trouve un système dans lequel les deux niveaux de gouvernements versent des remboursements à des fournisseurs de services. Il ne semble pas y a avoir d'avantages à dédoubler le nombre de payeurs;

3. La présence de contraintes sur les transferts intergouvernementaux.

Comme indiqué ci-haut, il existe des contraintes sur la façon de fournir les services de santé et sur leur tarification. La fourniture doit être publique et si une province autorise la perception de frais d'usagers, elle verra son TCS réduit d'un montant équivalent aux recettes ainsi obtenues. Cela dit, il n'y a aucune traçabilité des montants; une province peut en théorie voir le montant

reçu du gouvernement fédéral en vertu du TCS augmenter une année et simultanément réduire ses dépenses de santé. Ceci est fort différent du programme *Medicaid* avec financement par le gouvernement fédéral d'un pourcentage des dépenses étatiques sur présentation d'un justificatif des dépenses par chaque état. Le Canada utilisait un système similaire de cofinancement jusqu'en 1977. Ceci est aussi différent du système australien avec des octrois spécifiques pour la santé;

4. Les mécanismes centraux de détermination des tarifs payés.

Non seulement les Medicares australien et américain ont une grille tarifaire nationale, mais les réformes australienne et suisse en cours d'implantation vont introduire des éléments de réduction dans les choix de tarification par les états et cantons. En effet, on utilisera des informations centralisées pour établir des coûts raisonnables (montant par acte, durée de prestation...) à des fins de financement. Ceci serait selon certains une façon d'accroître l'efficacité du système. Ceci n'est pas la pratique au Canada;

5. L'encouragement à l'assurance-santé privée.

Au Canada, les assureurs privés ne couvrent pas ce qui est couvert publiquement. On ne retrouve donc pas un système semblable au cas australien d'encouragement à l'assurance santé privée.

Conclusion

Ce texte a tout d'abord présenté les dépenses de santé dans cinq fédérations et au Canada. Puis pour mieux comprendre l'évolution de ces dépenses dans ces cinq fédérations, un examen détaillé de leur système de santé dans une perspective d'économie publique a été réalisé. Enfin, pour faciliter la comparaison avec le Canada, une brève présentation du système de santé de ce pays a été brossée. Chacun des systèmes étudiés a des forces et des faiblesses. Le système australien tourné vers l'efficacité est très centralisateur surtout après sa dernière réforme alors que le financement d'une complexité élevée du système de santé américain révèle l'absence d'une volonté politique de s'en remettre à l'État pour fournir les soins de santé à sa population. Le système belge qui fait appel à des organismes privés pour gérer les prestations reflète la jeunesse des institutions fédérales de ce pays. Le système espagnol est celui qui ressemble le plus au système canadien en termes de financement non lié, mais les communautés autonomes y sont plus dépendantes de l'État central que les provinces canadiennes. Ce n'est pas le cas des cantons suisses, mais on y retrouve un financement plus complexe qu'au Canada.

Bibliographie

OCDE, *Base de données de l'OCDE sur la santé 2012*, Organisation de Coopération et de Développement Économiques, Paris, Données extraites en août 2012.

AUSTRALIE

Australian Bureau of Statistics, *Household Income and Income Distribution – 2007-08*, [En ligne] [http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/32F9145C3C78ABD3CA257617001939E1/\\$File/65230_2007-08.pdf](http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/32F9145C3C78ABD3CA257617001939E1/$File/65230_2007-08.pdf), consulté le 17 août 2011.

Australian Government: Department of Health and Ageing, *Medicare Benefits Schedule Book*, July 2011, p.20, [En ligne] [http://www.health.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/25A57EED964157D1CA257891007D9EBE/\\$File/201107-MBS.pdf](http://www.health.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/25A57EED964157D1CA257891007D9EBE/$File/201107-MBS.pdf).

Australian Institute of Health and Welfare, *Australia's Health 2010*, Australian Government, [En ligne] <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442468376>, page consultée le 18 août 2011.

Australian Institute of Health and Welfare, *Health expenditure Australia 2008-09*, Health and Welfare Expenditure Series, n° 42, Canberra.

Australian Taxation Office, *Guide to Medicare levy*, Australian Government, [En ligne] <http://www.ato.gov.au/individuals/pathway.aspx?pc=001/002/030>, consulté le 6 mars 2012.

Council of Australian Governments, *National Health Reform Agreement*, août 2011, [En ligne] <http://www.federalfinancialrelations.gov.au/content/downloads/National%20Health%20Reform%20Agreement.pdf>.

European Observatory on Health Systems and Policies, *Health System Review:Australia*, Health Systems in Transition, 2006, [En ligne] http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/96433/E89731.pdf.

Private Health Insurance Administration Council, *Statistical Trends in Membership and Benefits*, Data Tables, mars 2011.

Private Health Insurance Ombudsman, *Medicare Levy Surcharge*, Australian Government, [En ligne] <http://www.privatehealth.gov.au/healthinsurance/incentivessurcharges/mls.htm>, consulté le 6 mars 2012.

BELGIQUE

Chambre des Représentants de Belgique, *Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'État*, [En ligne] http://www.lachambre.be/kvvcr/pdf_sections/home/FRtexte%20dirrupo.pdf, 11 octobre 2011.

Crommelynk, Anja, *Budget 2011 : le paradoxe de l'assurance maladie. Les dépenses augmentent, les surplus s'accroissent*, MC-Information, n° 243, pp. 27-34, mars 2011.

European Observatory on Health Systems and Policies, *Health System Review : Belgium*, Health Systems in Transition, 2010.

Fédération des entreprises belges, *Les paradoxes des soins de santé en Belgique : Performances, qualité et coûts à réconcilier*, juin 2011.

FPS Social Security, *Everything you have always wanted to know about social security*, FPS Social Security, Bruxelles, 2009. [En ligne] http://www.socialsecurity.fgov.be/docs/en/alwa2009_en.pdf, page consultée le 19 mars 2012

INAMI, *Budget de l'assurance soins de santé et indemnités : Recettes et dépenses 2011*, [En ligne] <http://www.inami.fgov.be/information/fr/accounting/budgets/index.htm>, page consultée le 6 octobre 2011.

INAMI, *Honoraires, prix et remboursements – Tarifs 2012*, [En ligne] <http://www.inami.fgov.be/insurer/fr/rate/index.htm>, page consultée le 19 mars 2012.

INAMI, *Maximum à facturer (MAF) – Tranches de revenus et plafonds*, [En ligne] http://www.inami.be/citizen/fr/medical-cost/SANTH_4_3_1.htm, page consultée le 19 mars 2012.

INAMI, *Statistiques des effectifs, Année 2010*, [En ligne] <http://www.riziv.fgov.be/information/fr/statistics/people/index.htm>, page consultée le 19 mars 2012.

Social Security, *Social Security : Everything you have always wanted to know*, Federal Public Service, Bruxelles, Juillet 2011, [En ligne] http://www.socialsecurity.fgov.be/docs/en/alwa2011_en.pdf, page consultée le 22 août 2012.

ESPAGNE

Estadística del Gasto Sanitario Público, *Serie 2002-2009 (Gasto sanitario público según criterio de devengo: Gasto real) [Dépenses publiques réelles en santé : Séries 2002-2009]*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, [En ligne] <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>, consulté en août 2011.

European Observatory on Health Systems and Policies, *Health System Review : Spain*, Health Systems in Transition, 2010, [En ligne] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21224176>.

Martin-Moreno, J. M. et al., *Spain : a decentralised health system in constant flux*, British Medical Journal, vol 338, pp. 863-866, avril 2009.

Puig-Junoy, J. et al., *Health Basket Project : Spanish Health Care Benefits Report*, Center for Research in Health and Economics de l'Université Pompeu Fabra, 2005.

Rey, P. et J. Rey, *La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver*, Fundación Alternativas, Madrid, document de travail No 100, 2006.

Zabalta, A. et J. Lopez-Laborda, *The New Spanish System of Intergovernmental Transfers*, International Tax and Public Finance, Volume 18, No 6, 2011, pp. 750-786.

ÉTATS-UNIS

Bachrach, D., Boozang, P. et M. Dutton, *Medicaid's Role in the Health Benefits Exchange: A Road Map for States*, National academy for state health policy, 2011, [En ligne] <http://www.maxenroll.org/resource/report-medicoids-role-health-benefits-exchange-roadmap-states>, page consultée le 3 août 2011.

Boards of Trustees of the Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds, *2012 Annual Report*, [En ligne] <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/ReportsTrustFunds/Downloads/TR2012.pdf>, page consultée le 20 août 2012.

Centers for Medicare & Medicaid Services, *Roadmap for Implementing Value Driven Healthcare in the Traditional Medicare Fee-for-Service Program*, [En ligne] http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/Downloads/VBPRoadmap_OEA_1-16_508.pdf, page consultée le 15 octobre 2012.

Congressional Budget Office. *The Long-Term Outlook for Medicare, Medicaid, and Total Health Care Spending.*, [En ligne] <http://www.cbo.gov/publication/20776>, page consultée le 8 août 2011.

Healthcare.gov, *2012 Progress Report: States Are Implementing Health Reform*, [En ligne] http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/01-18-12_exchange_report.pdf, page consultée le 21 mars 2012.

Jaffe, S., *Health policy brief*, Health Affairs, [En ligne] http://www.healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief.php?brief_id=10, page consultée le 3 août 2011.

Joint Committee on Taxation, *Technique explanation of the revenue provisions of the "Reconciliation Act of 2010," as amended, in combination with the "Patient Protection and Affordable Care Act"*, Congress of the United States, mars 2010.

KPMG, *New Excise Tax on Medical Devices*, [En ligne] http://www.us.kpmg.com/microsite/taxnewsflash/2010/Jun/Excise_Tax.pdf, page consultée le 30 août 2012.

Medicare Learning Network, *Acute Care Hospital Inpatient Prospective Payment System*, Centers for Medicare & Medicaid Services, février 2012.

Morgan Lewis, *Healthcare Reform Law: Impact on Pharmaceutical Manufacturers*, [En ligne] http://www.morganlewis.com/pubs/WashGRPP_ImpactOnPharmaManufacturers_LF_15apr10.pdf, page consultée le 30 août 2012.

Office of the Secretary of the Department of Health and Human Services, *Annual Update of the HHS Poverty*, Federal Register, Vol. 76, No 13, Janvier 2011, pp. 3637-3638, [En ligne] <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-01-20/pdf/2011-1237.pdf>.

Smith, Vernon, Kathleen Gifford & Eileen Ellis, *Hoping for Economic Recovery, Preparing for Health Reform: A Look at Medicaid Spending, Coverage and Policy Trends*. Kaiser commission on medicaid and the uninsured. 2010, [En ligne] <http://www.kff.org/medicaid/8105.cfm>, page consultée le 4 août 2011.

Supreme Court of the United States, National Federation of Independent Business et al. v. Sebelius, Secretary of Health and Human Services et al., [En ligne] <http://www.supremecourt.gov/opinions/11pdf/11-393c3a2.pdf>.

The Henry J. Kaiser Family Foundation, *Enhanced Federal Medical Assistance Percentage (FMAP) for the Children's Health Insurance Program (CHIP)*, [En ligne] <http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=239&cat=4>, page consultée le 9 août 2011.

The Henry J. Kaiser Family Foundation, *Income Eligibility Limits for Working Adults at Application as a Percent of the Federal Poverty Level (FPL) by Scope of Benefit Package*, Janvier 2011, [En ligne] <http://www.statehealthfacts.org/comparereport.jsp?rep=54&cat=4>, page consultée le 8 août 2011.

The Henry J. Kaiser Family Foundation, *Medicaid-to-Medicare Fee Index, 2008*. [En ligne] <http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=196&cat=4>, page consultée le 8 août 2011.

The Official U.S. Government Site for Medicare, *Medicare Premium Amounts for 2012*, [En ligne] <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11579.pdf>, page consultée le 20 août 2012.

Towers Watson, *Cadillac Health Plan Tax to Penalize Majority of Employers by 2018*, [En ligne] <http://www.towerswatson.com/press/1895>, page consultée le 30 août 2012.

U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services, *National Health Statistics Group*, Office of the Actuary, tableau 141, [En ligne] <http://www.census.gov/compendia/statab/2012/tables/12s0141.pdf>.

U.S. Government Printing Office, *Public Law 111-148*, [En ligne] <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/html/PLAW-111publ148.htm>.

U.S. Government Printing Office, *Public Law 111-152*, [En ligne] <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ152/html/PLAW-111publ152.htm>.

U.S. Department of Health and Human Services, *National Health Expenditure Tables*, [En ligne] <https://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/downloads/tables.pdf>, page consultée le 8 août 2011.

Weil, Alan, Katharine Witgert, Jacqueline Scott, Anne Gauthier, Diane Justice, Sonya Schwartz, Chris Cantrell & Sarabeth Zemel, *A State Policymakers' Guide to Federal Health Reform, Part I: Anticipating How Federal Health Reform Will Affect State Roles*, National Academy for State Health Policy, 2009, [En ligne] <http://www.nashp.org/node/1609>, page consultée le 8 août 2011.

SUISSE

Commission des statistiques de l'assurance-accidents LAA (CSAA), *Statistique des accidents LAA 2011*, Lucerne, 2011, [En ligne] http://www.unfallstatistik.ch/f/publik/unfstat/pdf/Ts11_f.pdf, consulté le 26 août 2011.

OCDE, *Dépenses de santé par financement*, OECD.Stat, [En ligne] <http://stats.oecd.org/Index.aspx>, données extraites le 29 août 2011.

OCDE et OMS, *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse*, Paris, 2006.

Office fédéral de l'environnement, *COV : Répartition du produit de la taxe à la population*, Département de l'environnement, des transports, de l'énergie et de la communication de la Confédération Suisse, [En ligne] <http://www.bafu.admin.ch/voc/01263/index.html?lang=fr>, page consultée le 26 août 2012.

Office fédéral de la santé publique de Suisse, *Assurance de base avec franchise ordinaire et franchises à option*, [En ligne] <http://www.priminfo.ch/fr/base.php>, page consultée le 29 août 2012.

Office fédéral de la santé publique, *Primes moyennes cantonales pour 2010/2011 de l'assurance oblig. des soins (avec accident)*, Berne, [En ligne] http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fthemen%2Fkrankenversicherung%2F06368%2F11545%2Findex.html%3Flang%3Dfr%26download%3DNHlzLpZeg7t%2Clnp6I0NTU042I2Z6ln1ae2IZn4Z2qZpnO2Yug2Z6gpJCJeX99f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--&ei=tU19UMjBJo-WhQehmoGoCQ&usg=AFQjCNHmlRVHkimdFMguetFA6pFkGk5KSg, consulté le 25 août 2011.

Office fédéral de la santé publique, *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2008*, Berne, [En ligne] <http://www.bag.admin.ch/shop/00102/00537/index.html?lang=fr>, consulté le 26 août 2011.

Office fédéral de la santé publique, *Statistique de poche de l'assurance-maladie et accidents : Édition 2010*, [En ligne] <http://www.bag.admin.ch/shop/00102/00536/index.html?lang=fr>, consulté le 29 août 2011.

Office fédéral de la statistique, *Financement du système de santé sous l'angle économique*, Encyclopédie statistique de la Suisse, [En ligne] http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/05/blank/key/perspektive_der_direkt_zahler.html, consulté le 29 août 2011.

Office fédéral de la statistique, *La statistique des frontaliers : frontaliers étrangers en activité*, Berne, [En ligne] <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/02/blank/data/05.html>, consulté le 8 septembre 2011.

Les autorités fédérales de la Confédération suisse, *Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)*, [En ligne] http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/, état au 1^{er} janvier 2011

Les autorités fédérales de la Confédération suisse, *Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)*, [En ligne] http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_102/index.html, état au 1^{er} août 2011

CANADA

Bibliothèque du Parlement, *Le transfert canadien en matière de santé*, [En ligne] <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/prb0852-f.pdf>.

Ministère des Finances du Canada, *Fiche d'information sur le renouvellement des principaux transferts*, [En ligne] http://www.fin.gc.ca/n11/data/11-141_1-fra.asp, page consultée le 1^{er} mars 2012.

Ministère des Finances du Québec, *Budget 2012-2013 - Plan Budgétaire*, annexe E, pp. E21-E29, [En ligne] <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2012-2013/fr/documents/Planbudgetaire.pdf>.

OCDE, *Private Health Insurance in OECD Countries*, The OECD Health Project, figure 2.17, p.54, [En ligne] http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-oecd-health-project_19901291.

Parliamentary Budget Office, *Renewing the Canada Health Transfer: Implications for Federal and Provincial-Territorial Fiscal Sustainability*, [En ligne] http://www.pbo-dpb.gc.ca/files/files/Publications/Renewing_CHT.pdf.

Santé Canada, *Loi canadienne sur la santé – Rapport annuel 2010-2011*, [En ligne] <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/2011-cha-lcs-ar-ra/index-fra.php>.

Steinbrook, R., *Private Health Care in Canada*, The New England Journal of Medicine, vol 354, Avril 2006, p.1661-1664, [En ligne] <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp068064>.

Annexes

LES OPTIONS DE COUVERTURE DE MEDICARE

Un Américain est éligible à *Medicare* s'il est âgé de 65 ans et plus et réside de façon légale aux États-Unis depuis au moins cinq ans. Celui-ci obtient l'option A de couverture sans avoir à verser de primes mensuelles à condition d'avoir personnellement versé (ou son conjoint/sa conjointe) des cotisations sociales pour *Medicare* durant au moins 40 trimestres durant sa vie. S'il en a versé durant 30 à 39 trimestres, il doit pour obtenir cette option de couverture payer une prime mensuelle de 248 \$ US pour 2012. S'il a versé des cotisations sociales durant moins de 30 trimestres, il doit payer une prime mensuelle de 451 \$ US pour 2012¹¹⁶. Sont aussi exemptes du paiement des primes mensuelles les personnes recevant ou étant éligibles à recevoir des prestations de retraite de la *Social Security Disability Insurance* ou de la *Railroad Retirement Board*.

Des personnes de moins de 65 ans sont aussi éligibles au programme *Medicare* s'ils souffrent d'un handicap et reçoivent des prestations de la *Social Security Disability Insurance* ou de la *Railroad Retirement Board*. Les personnes recevant des prestations d'invalidité de l'un de ces 2 programmes deviennent éligibles à *Medicare* 25 mois après le début de leurs prestations d'invalidité et n'ont pas à défrayer de primes à partir de ce moment.

Le programme *Medicare* se décline en 4 options visant chacune la couverture de certains soins spécifiques.

L'option A, une assurance hospitalisation, vise la couverture des soins fournis aux patients hospitalisés de même que les soins médicaux reçus dans un établissement de soins infirmiers, de soins palliatifs ou encore certains services reçus à la maison sous prescription d'un médecin.

L'option B, une assurance médicale, vise la couverture des services médicaux nécessaires au diagnostic ou au traitement de la condition du patient. Cette option couvre également des services médicaux préventifs ou de dépistage visant à traiter plus rapidement les infections ou

¹¹⁶ The Official U.S. Government Site for Medicare, Medicare Premium Amounts for 2012.

maladies. Cette option inclut donc les soins fournis par les médecins de cabinet, les autres soins en clinique externe ainsi que certains soins à domicile. Tous les individus ayant cette couverture doivent payer des primes mensuelles. En 2012, ces primes s'élevaient à 99,90 \$ US par mois pour les individus dont le revenu est inférieur à 85 000 \$ US. Au-dessus de ce seuil, les primes sont de 139,90 \$ pour un revenu individuel entre 85 000 \$ US et 107 000 \$ US, de 199,80 \$ US pour un revenu entre 107 000 \$ et 160 000 \$, de 259,70 \$ US pour un revenu entre 160 000 \$ et 214 000 \$ et de 319,70 \$ US pour un revenu individuel supérieur à 214 000 \$ US¹¹⁷.

La grande majorité des personnes profitant de la couverture de *Medicare* n'ont pas à payer de primes pour l'option A puisqu'ils ont payé des cotisations sociales durant leur vie et choisissent d'étendre leur couverture en adhérant à l'option B.

L'option C est un *Medicare Advantage Plan* offert par des assureurs privés accrédités par *Medicare*. Ce plan peut prendre la forme de *Health Maintenance Organizations* (HMO) où le patient accepte de se faire soigner par les médecins et spécialistes sur la liste de ce plan, sauf en cas d'urgence. Ce plan peut aussi prendre la forme de *Preferred Provider Organizations* (PPO) où le coût de consultation pour le patient est moindre lorsqu'il visite les professionnels de la santé membres du réseau associé à leur plan. L'option C offre dans tous les cas des prestations pour les soins couverts par les options A et B en plus de pouvoir offrir, selon le plan choisi, une couverture supplémentaire pouvant notamment toucher les services relatifs à la vision, à l'audition et à la dentition. Chaque plan implique des primes et des couvertures différentes.

L'option D, une assurance médicaments, est éligible aux individus éligibles à l'option A ou s'étant inscrit à l'option B. La couverture de l'option D peut être obtenue en ajout à la couverture *Medicare* de base ou encore via un *Medicare Advantage Plan* comme HMO ou PPO, ceux-ci pouvant inclure une couverture des médicaments. Les primes demandées varient pour chaque plan et les individus ayant un revenu élevé (plus de 85 000 \$ US) doivent payer des primes plus élevées.

Les individus éligibles à *Medicare*, mais qui ne s'y inscrivent pas dès le début de leur éligibilité devront défrayer des primes supérieures pour les options A, B et D s'ils décident de s'y inscrire plus tard.

¹¹⁷ *Ibid.*

Tableau A1 – Dépenses totales de santé par pays en pourcentage du PIB entre 1970 et 2010, années sélectionnées

	1970	1980	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Australie	4,8 ⁽¹⁹⁷¹⁾	6,1	6,7	8,0	8,4	8,5	8,5	8,7	9,1	—
Belgique	3,9	6,3	7,2	8,1	10,1	9,6	9,7	10,1	10,9	10,5
Espagne	3,5	5,3	6,5	7,2	8,3	8,4	8,5	9,0	9,6	—
États-Unis	7,1	9,0	12,4	13,7	15,7	15,8	16,0	16,4	17,4	17,6
Suisse	5,5	7,4	8,2	10,2	11,2	10,8	10,6	10,7	11,4	11,4
Canada	6,9	7,0	8,9	8,8	9,8	10,0	10,0	10,3	11,4	11,4
OCDE	5,0	6,6	6,9	7,8	8,7	8,6	8,6	8,9	9,6	9,5

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2012 et calcul des auteurs.

Tableau A2 – Dépenses totales de santé per capita par pays en \$ US de 2000 en PPA entre 1970 et 2009, années sélectionnées

	1970	1980	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Australie	912 ⁽¹⁹⁷¹⁾	1 306	1 683	2 550	2 980	3 052	3 129	3 201	3 334	—
Belgique	595	1 301	1 816	2 469	3 247	3 144	3 222	3 358	3 453	3 460
Espagne	418	815	1 292	1 814	2 274	2 357	2 424	2 536	2 608	2 584
États-Unis	1 462	2 308	3 944	5 400	6 728	6 885	7 044	7 148	7 282	7 418
Suisse	1 407	2 108	2 738	3 524	4 015	3 964	4 011	4 091	4 210	4 270
Canada	1 206	1 626	2 398	2 877	3 448	3 561	3 626	3 691	3 939	4 009
OCDE	800	1 305	1 630	2 108	2 564	2 617	2 691	2 757	2 834	2 897

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2012 et calcul des auteurs.

Tableau A3 – Dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses totales de santé par pays entre 1970 et 2010, années sélectionnées

	1970	1980	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Australie	62,1 ₍₁₉₇₁₎	62,6	66,2	66,8	66,9	66,6	67,5	67,9	68,5	—
Belgique	—	—	—	74,6	75,8	73,6	73,2	74,7	76,1	75,6
Espagne	65,4	79,9	78,7	71,6	70,6	71,3	71,5	72,6	73,6	—
États-Unis	36,1	41,0	39,4	43,0	44,2	45,0	45,2	46,0	47,3	48,2
Suisse	—	—	52,4	55,4	59,5	59,1	59,1	65,2	65,5	65,2
Canada	69,9	75,6	74,5	70,4	70,2	69,8	70,2	70,5	70,9	71,1
OCDE	72,6	73,0	72,6	71,3	71,1	70,9	71,0	71,9	71,7	72,2

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2012 et calcul des auteurs.

Tableau A4 – Dépenses pour les programmes *Medicaid* et *Medicare* par région ou état en 2004

Région ou État	Dépenses <i>Medicaid</i> (2004)		Dépenses <i>Medicare</i> (2004)	
	Millions \$	% des dépenses totales de santé	Millions \$	% des dépenses totales de santé
Alabama	3,164	13,83 %	5,248	22,93 %
Alaska	865	20,74 %	325	7,79 %
Arizona	4,355	17,95 %	5,172	21,32 %
Arkansas	2,521	19,73 %	2,888	22,61 %
Californie	28,957	17,32 %	31,967	19,12 %
Colorado	2,478	11,11 %	3,387	15,18 %
Connecticut	3,759	17,04 %	4,263	19,33 %
Delaware	742	14,65 %	905	17,87 %
District de Columbia	1,122	17,84 %	931	14,81 %
Florida	11,763	12,36 %	25,516	26,82 %
Géorgie	8,683	20,92 %	7,059	17,01 %
Hawaii	842	13,42 %	1,014	16,16 %
Idaho	958	16,96 %	958	16,96 %
Illinois	10,118	15,59 %	12,145	18,71 %
Indiana	4,763	14,38 %	6,254	18,88 %
Iowa	2,319	15,38 %	2,643	17,53 %
Kansas	1,742	12,23 %	2,626	18,43 %
Kentucky	3,964	17,61 %	4,476	19,88 %
Louisiane	4,692	20,56 %	5,521	24,20 %
Maine	2,030	24,14 %	1,347	16,02 %
Maryland	4,349	14,19 %	5,832	19,03 %
Massachusetts	8,282	18,77 %	8,148	18,47 %
Michigan	7,029	14,15 %	11,209	22,57 %
Minnesota	5,219	16,93 %	4,575	14,84 %
Mississippi	3,289	23,58 %	3,218	23,07 %

Missouri	5,867	18,17 %	6,605	20,45 %
Montana	647	14,07 %	803	17,46 %
Nebraska	1,387	14,07 %	1,733	17,58 %
Nevada	978	8,98 %	2,126	19,53 %
New Hampshire	1,038	14,81 %	1,160	16,55 %
New Jersey	7,346	15,19 %	9,891	20,45 %
Nouveau-Mexique	2,034	25,45 %	1,330	16,64 %
New York	40,077	31,84 %	22,814	18,13 %
Caroline du Nord	8,096	18,16 %	8,549	19,17 %
Dakota du Nord	499	12,53 %	691	17,34 %
Ohio	11,086	16,87 %	12,771	19,43 %
Oklahoma	2,508	15,11 %	3,739	22,53 %
Oregon	2,427	13,85 %	3,194	18,23 %
Pennsylvanie	12,842	17,24 %	16,244	21,81 %
Rhodes Island	1,502	22,11 %	1,213	17,85 %
Caroline du Sud	3,716	17,95 %	4,119	19,89 %
Dakota du Sud	555	12,96 %	752	17,56 %
Tennessee	6,506	19,24 %	6,756	19,98 %
Texas	15,521	14,71 %	20,770	19,68 %
Utah	1,241	12,46 %	1,462	14,68 %
Vermont	764	21,48 %	511	14,37 %
Virginie	3,771	10,54 %	6,017	16,82 %
Washington	4,943	15,48 %	4,974	15,58 %
Virginie-Occidentale	1,895	18,72 %	2,269	22,41 %
Wisconsin	4,267	13,83 %	4,954	16,06 %
Wyoming	371	16,34 %	342	15,07 %
États-Unis	269,892	17,40 %	303,417	19,56 %

Source : US department of Health and Human Services : National Health Expenditure Data.