

RAPPORT

Le financement privé des services médicaux et hospitaliers



Dix ans
de conseils avisés
en santé

Conseil de la santé
et du bien-être

Québec 

Le Conseil de la santé et du bien-être a été créé par une loi en mai 1992. Il a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en fournissant des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, en informant le public, en favorisant des débats et en établissant des partenariats; ces activités portent sur les objectifs et sur les meilleurs moyens pour atteindre cette finalité.

Le Conseil se compose de 23 membres représentatifs des usagers des services de santé et des services sociaux, des organismes communautaires, des personnes engagées dans l'intervention, la recherche ou l'administration du domaine de la santé et du domaine social, et de secteurs d'activité dont les stratégies d'intervention ont des conséquences sur la santé et le bien-être de la population.

Édition produite par :

Le Conseil de la santé et du bien-être
880, chemin Sainte-Foy, RC
Québec (Québec) G1S 2L2

- **téléphone** : (418) 643-3040
- **télécopieur** : (418) 644-0654
- **courriel** : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible à la section *Publications* du site Web du Conseil de la santé et du bien-être, dont l'adresse est :
www.csbe.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003
ISBN : 2-550-40536-6

© Gouvernement du Québec

Pour la réalisation de ce rapport, le Conseil a confié le mandat à un comité composé des membres suivants :

François Béland, *président du comité*
André Archambault
Christophe Auger
Martine Couture
Vicky Trépanier
Hélène Morais
Stanley Volland

Lionel Robert et Anne Marcoux
ont aussi participé aux travaux du comité.

Les employés du Conseil ayant assuré le soutien professionnel et technique sont :

Éric Laplante
Michel Bernier
Nathalie Bolduc
Julie Levasseur
Gerard Donnelly
Ginette Langlois
Carole Noël
Céline Vaillancourt
Lyne Vézina

Recherche et rédaction

François Béland avec la collaboration de
Steven Lewis

Coordination et édition

Anne Marcoux

Le rapport a été adopté par le Conseil de la santé et du bien-être à la séance spéciale du 18 décembre 2002.

MEMBRES DU CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

M^{me} Hélène Morais
Présidente

M. André Archambault
Directeur général
Auberge communautaire du Sud-Ouest

M. Christophe Auger
Directeur des ressources humaines
Confédération des syndicats nationaux

M^{me} Linda Beauchamp Provencher
Denturologiste
Présidente du conseil d'administration des
CLSC, CHSLD et CH de la MRC d'Asbestos

M. François Béland
Chercheur et professeur titulaire
GRIS – Faculté de médecine
Université de Montréal

M. Luc Boileau
Président-directeur général
Régie régionale de la Montérégie

M^{me} Gylaine Boucher
Directeure générale
CLSC Jean-Olivier-Chénier

M. Jean-Yves Bourque
Sous-ministre adjoint
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

M. Yvon Caouette
Éducateur à la retraite

M. Paul-André Comeau
Professeur invité – ENAP

M^{me} Martine Couture
Directrice générale
CH. CHSLD. CLSC Cléophas Claveau

M^{me} Jocelyne Dagenais
Sous-ministre adjointe
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Gisèle Dubé
Coordonnatrice à la pastorale diocésaine
Diocèse de Gaspé

M. Jacques Fiset
Directeur général
CLD Québec-Vanier

M. Michel Hamelin
Secrétaire adjoint
Ministère du Conseil exécutif

M^{me} Yolette Lévy
Conseillère municipale
Ville de Val-d'Or

M^{me} Louise-Andrée Moisan
Directrice des communications
Fédération québécoise des municipalités

M^{me} Marie Soleil Renaud
Psychologue
Centre hospitalier de Gaspé

M^{me} Marielle Tremblay
Professeure
Université du Québec à Chicoutimi

M. André Thibault
Vice-président
Professeur
Université du Québec à Trois-Rivières

M^{me} Vicky Trépanier
Membre du conseil d'administration
de Centraide Québec

M. Stanley Vollant
Chef du service de chirurgie générale
Centre hospitalier régional de Baie-
Comeau

M. Lionel Robert
Secrétaire

M^{me} Anne Marcoux
Secrétaire générale par intérim

AVANT-PROPOS

Au Québec, comme dans l'ensemble du monde occidental, les débats sur la santé sont au cœur des enjeux sociaux. Parmi les problèmes soulevés, il y a les séjours trop longs dans les salles d'urgence, les listes d'attente pour des services spécialisés, la difficulté d'obtenir des services d'un médecin de famille et des services à domicile. Les causes de ces problèmes seraient le vieillissement de la population, l'évolution des technologies et la difficulté pour les sociétés de maintenir la viabilité du système public de santé. Les ministres de la Santé et des Services sociaux se sont tous confrontés à ces difficultés au cours des dernières années. Les récents rapports de commissions d'étude au Canada et au Québec traitent aussi de ces questions.

Ces débats invoquent leur part de solutions, certaines ayant trait à l'organisation des services, d'autres à leur financement, dont l'ajout de ressources et l'identification de nouvelles sources de financement.

Le Conseil de la santé et du bien-être est intervenu à plusieurs reprises sur la question du financement du système de santé, sur le financement privé et sur la place du secteur privé dans la dispensation des services au sein de ce système. Si le Conseil a décidé d'intervenir à nouveau sur la question du financement privé, c'est qu'un changement important survient dans le type de services visés par ce mode de financement.

En effet, on parle maintenant d'encourager le financement privé pour les services qu'on reçoit d'un médecin ou d'un hôpital. Jusqu'ici, le financement privé s'est surtout développé pour des catégories de services que le secteur public ne couvre pas ou ne couvre que partiellement, comme les services dentaires, les services de soins à domicile, les médicaments. Un tel changement dans le discours doit, de l'avis du Conseil, être bien noté par les décideurs, par ceux qui donnent les services et par la population. Et même si des décisions sont prises pour agir à court terme sans introduire le financement privé, le Conseil intervient maintenant parce qu'il est convaincu que ce débat dépasse l'actualité et les frontières québécoises.

Dans ce rapport sur *Le financement privé des services médicaux et hospitaliers*, le Conseil prend au pied de la lettre les principales affirmations en faveur du financement privé des services médicaux et hospitaliers et les confronte aux connaissances actuelles. Le Conseil veut ainsi dépasser le débat idéologique et analyser les faits. Il veut introduire dans le débat et dans la prise de décision une appréciation des bénéfices et des conséquences connus de ce mode de financement pour ce type de services.

La présidente,
Hélène Morais

SOMMAIRE

Faut-il permettre un financement privé des services médicaux et hospitaliers ? Quelle place lui accorder au cœur du régime public d'assurance santé québécois ? Les gouvernements fédéral et provinciaux ont reçu récemment les rapports de commissions et de groupes de travail qui n'ont pas manqué de se prononcer à ce sujet, les partis politiques ont pris position, les journaux publient reportages, analyses, éditoriaux et opinions de lecteurs, la radio et la télévision ne sont pas en reste. On affirme qu'il faut que « les patients déboursent de l'argent si on [veut] maintenir une bonne qualité de soins » (*La Presse*, 18 septembre 2001); qu'on devrait permettre « aux nantis de payer de leur poche afin d'obtenir des services plus rapidement » (*La Presse*, 28 novembre 2002) et en même temps de « recourir au privé en santé [permettrait d']économiser 100 millions » (*La Presse*, 28 novembre 2002); que, malheureusement, la Commission Romanow n'a pas retenu « l'éventualité d'un ticket modérateur pour soutenir le financement des services publics » (*Le Nouvelliste*, 29 novembre 2002); que, finalement, « on aborde la question du privé [...] soit pour y voir une menace ou pour en faire une panacée. Dans les faits, l'expérience des autres pays nous montre que c'est ni l'un ni l'autre, mais que le privé, au mieux, peut jouer un rôle d'appoint qui s'intègre dans un ensemble de solutions » (*Le Soleil*, 16 novembre 2002). Ces citations invoquent quelques-uns des arguments principaux à la défense du financement privé des services médicaux et hospitaliers. Ce rapport du Conseil de la santé et du bien-être les examine à la lumière des réflexions et des résultats de recherche les plus récents.

Que veut-on dire par financement privé des services médicaux et hospitaliers ? Il s'agit dans tous les cas de faire contribuer financièrement les utilisateurs de ces services aux coûts de leur utilisation. Il y a versement d'une contribution financière qui lie l'utilisation et le paiement de façon directe ou indirecte par des frais modérateurs, des primes et contributions à un régime d'assurance privée ou par des contributions fiscales. Ces paiements privés peuvent être requis pour l'utilisation d'un service public ou privé de santé, assuré ou non.

On avance, en appui à une extension du financement privé des services médicaux et hospitaliers, que près de 30 % des dépenses totales en santé provenaient de sources privées au Québec en 1999. Cet argument introduit plus de confusion que de clarté dans le débat sur le financement privé des services médicaux et hospitaliers. Actuellement, le financement privé représente moins de 4 % des dépenses totales pour ces services. On ne peut arguer que le financement privé est en continuité avec les façons de faire du régime public d'assurance santé.

Les gouvernements auraient perdu le contrôle des dépenses en services médicaux et hospitaliers. Le financement public de ces services ne permettrait pas de les offrir en quantité

suffisante. Avec l'addition de fonds privés, leur financement et offre globale augmenteraient tous deux. À l'examen, il devient clair que le gouvernement du Québec n'a pas perdu le contrôle des dépenses pour ces services. Quelques données parlent par d'elles-mêmes. En dollars courants, les dépenses publiques pour tous les services de santé ont augmenté de plus de six fois de 1971 à 2000. Le rythme de cet accroissement a considérablement ralenti de 1991 à 1996, pour reprendre de la vitesse en 1997. Pendant cette période, les dépenses privées de santé connaissent une hausse de plus de sept fois. Ces données ne tiennent pas compte de l'accroissement de la richesse nationale ni de l'augmentation des recettes du gouvernement du Québec. Elles confondent augmentation du budget du ministère de la Santé et des Services sociaux, budget de l'ensemble des services de santé et dépenses pour les services médicaux et hospitaliers. Par exemple, en 1985, les dépenses en services sociaux et de santé représentaient 30 % des dépenses de programme du gouvernement du Québec. En 2000, elles en représentaient environ 40 %. Les dépenses en services de santé ont accru leur part dans les dépenses gouvernementales totales de 3,3 % seulement pendant cette période, soit de 29,4 % à 32,7 %. Les dépenses hospitalières sont passées de 15,8 % des dépenses gouvernementales en 1985 contre 16,6 % en 2000. Les données habituellement utilisées pour décrire l'évolution des dépenses en services médicaux et hospitaliers confondent aussi augmentation absolue et augmentation relative des sommes investies en santé. À titre d'exemple, les dépenses gouvernementales en matière de services médicaux et hospitaliers représentent 4,3 % du PIB en 2001 contre environ 5,3 % du PIB au début des années 80 et 90. Cette diminution de près de 1 % du PIB représente, en 2001, une somme de près de 2,1 milliards de dollars. En fait, le gouvernement du Québec consacre aujourd'hui une part décroissante de ses recettes et dépenses aux services médicaux et hospitaliers par rapport aux années 80.

L'offre à court terme de services médicaux et hospitaliers n'augmentera pas nécessairement à la suite de l'introduction du financement privé. À moins d'une augmentation de la main-d'œuvre médicale, l'addition d'argent ne servira qu'à payer des revenus supérieurs aux producteurs de services médicaux et hospitaliers. En Grande-Bretagne, par exemple, les médecins peuvent exercer dans les deux secteurs public et privé. Leurs revenus sont de trois à quatre fois supérieurs dans le secteur privé que dans le secteur public. Les incitations à travailler dans le secteur à financement privé permettent aux professionnels d'augmenter leurs revenus sans nécessairement augmenter leur offre totale de services. La preuve que l'augmentation du financement privé permet une augmentation générale de l'offre de services médicaux et hospitaliers n'est tout simplement pas faite.

Le financement privé ne réduit pas les listes d'attente dans le secteur à financement public. Une expérience manitobaine récente a montré que les temps d'attente pour la chirurgie des cataractes étaient plus du double pour les médecins rémunérés de sources privées et publiques que pour ceux rémunérés de sources publiques seulement. Le fait que des personnes acceptent de payer ces services ne libèrent pas de la place pour celles qui continuent à utiliser les services financés publiquement. L'expérience américaine de

Medicare qui est un régime d'assurance publique pour personnes âgées, indique que ces dernières ont plutôt tendance à augmenter leur utilisation des services couverts par le régime public. Le système public préserve sa capacité de répondre aux besoins de la population s'il conserve sa capacité de produire des services. Cependant, les pays de l'OCDE qui ont accru le financement privé des services médicaux et hospitaliers ont diminué la part du financement public.

Le financement privé présente un potentiel limité de réduction de l'utilisation des services médicaux et hospitaliers inutiles. Les utilisateurs peuvent être tenus responsables d'un abus uniquement s'ils ont la responsabilité de la décision d'utiliser les services. L'expérience révèle que le paiement direct par l'utilisateur des services diminue tous les types d'utilisation, des moins utiles jusqu'aux plus utiles. Le financement privé permet à ceux qui ont les moyens d'effectuer cette dépense et la volonté de la faire, d'accéder aux services. À moins de supposer une association entre les moyens et la volonté de dépenser et l'état de santé, la promesse d'une utilisation plus appropriée ne peut être tenue. Cette association n'a jamais été démontrée. La connaissance de la capacité des services médicaux et hospitaliers de régler le problème de santé que l'utilisateur croit avoir et sa capacité de payer ayant peu à voir l'une avec l'autre.

Le financement privé augmente les coûts de gestion des services médicaux et hospitaliers sans en accroître l'efficacité, ces coûts représentent des dépenses inutiles. Par exemple, il faudrait accroître les dépenses totales de santé au Canada de 10 % si les coûts de gestion du régime canadien étaient les mêmes que ceux des États-Unis. Cette somme représente la moitié de l'écart des dépenses de santé entre le Canada et les États-Unis. Le personnel d'administration des services médicaux et hospitaliers américains est pléthorique. On y emploie 85 % plus de cadres administratifs qu'au Canada, 22 % plus de personnel de soutien dans les secteurs administratifs non financiers et 65 % plus de personnel dans le secteur de l'administration financière. Les revenus des médecins américains étaient de 75 % supérieurs à ceux des médecins canadiens en 1991 et les médecins canadiens ont des revenus supérieurs à ceux de la plupart des pays européens.

Les répercussions du financement privé sur le système public dépendent de son rôle, de son étendue et de ses modalités d'application. Un financement privé substantiel nécessitera le développement d'un appareil législatif lourd pour réglementer l'activité des assureurs privés. Le développement du marché de l'assurance privée des services médicaux et hospitaliers nécessite un soutien fiscal important de l'État. Ces dépenses fiscales profitent aux ménages les mieux nantis. Le financement privé menace l'intégrité du régime public si son introduction exige des modifications aux règles de financement du régime public, à ses principes d'organisation et d'allocation des ressources, à sa capacité de rétention d'une main-d'œuvre suffisante et de production de services de qualité en quantité suffisante.

L'introduction du financement privé suppose que les malades auront à dépenser une portion de leur budget en services médicaux et hospitaliers. Puisque la santé est

inversement proportionnelle au revenu, l'imposition de frais d'utilisation implique un transfert de revenu des moins bien nantis aux mieux nantis. Une étude effectuée au Manitoba fait ressortir que le transfert de revenu effectué par la conjonction d'un impôt progressif sur le revenu et la distribution des dépenses de santé par classe de revenus équivaut à une somme de 170 millions de dollars en faveur de la classe ayant des revenus inférieurs et de 375 millions en défaveur de la classe ayant des revenus supérieurs. Aux États-Unis, on a montré que les ménages les moins bien nantis consacrent une part de leur budget beaucoup plus grande aux services médicaux et hospitaliers que les ménages les mieux nantis. En somme, les plus démunis auront toujours intérêt à une couverture publique et universelle la plus complète possible, alors que les plus riches ont intérêt à en limiter la couverture et à réduire le transfert de revenu en leur défaveur. Ce jeu des intérêts garantit le retour périodique du débat social sur le financement privé. Le régime public d'assurance santé deviendra vulnérable si les ménages à revenus moyens n'ont pas l'assurance de recevoir ou ne sont pas convaincus qu'ils recevront les services nécessaires au moment où ils sont requis.

En somme, le débat actuel sur le rôle du financement privé porte sur les services de santé inclus dans la Loi canadienne sur la santé, soit les services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires. L'introduction du financement privé de ces services représenterait une rupture profonde de l'histoire récente des services de santé au Québec.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 11 |
| PREMIÈRE PARTIE | |
| QU'ENTEND-ON PAR FINANCEMENT PRIVÉ DES SERVICES DE SANTÉ ?..... | 13 |
| DEUXIÈME PARTIE | |
| LE FINANCEMENT PRIVÉ DES SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS : DES OBJECTIFS IRRÉALISABLES!..... | 17 |
| 1. Le financement privé joue-t-il vraiment un rôle de plus en plus important dans l'ensemble des services de santé ?..... | 18 |
| 2. L'introduction du financement privé augmentera-t-elle l'offre de services ?.... | 22 |
| 3. Le financement privé permet-il de diminuer les listes d'attente et d'augmenter la capacité du secteur public de répondre aux besoins ? | 28 |
| 4. Le financement privé diminuera-t-il l'utilisation inappropriée des services médicaux et hospitaliers et, en conséquence, les coûts du système de santé ? ... | 33 |
| 5. L'intégrité du système public peut-elle être préservée ?..... | 37 |
| 6. Le financement privé des services médicaux et hospitaliers modifie-t-il la distribution des revenus dans la société ?..... | 45 |
| CONCLUSION | 55 |
| ANNEXE 1. DÉFINITION DES DÉPENSES DE SANTÉ PRIVÉES, PUBLIQUES ET TOTALES | 59 |
| ANNEXE 2. LES SECTEURS D'ACTIVITÉS DES SERVICES DE SANTÉ..... | 61 |
| ANNEXE 3. DÉFINITION EN VERTU DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ | 63 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 65 |

INTRODUCTION

La participation du secteur privé au financement des services médicaux et hospitaliers du Québec a suscité de nombreux débats et fait couler beaucoup d'encre depuis 30 ans. C'est encore le cas actuellement alors que plusieurs affirment qu'une augmentation du financement privé est susceptible de résoudre une large part des difficultés d'accès et d'affectation des ressources humaines et matérielles aux services médicaux et hospitaliers.

En effet, si on en croit ses tenants, le financement privé serait porteur de promesses. Promesse d'un financement et d'une offre de services médicaux et hospitaliers accrus. Promesse de réduction des listes d'attente pour des services publics et donc d'une meilleure accessibilité. Promesse d'une responsabilisation accrue du citoyen payeur, d'une utilisation appropriée des services et d'une réduction de leurs coûts. Promesse d'équité dans la répartition des dépenses engendrées par l'utilisation des services médicaux et hospitaliers. Promesse du maintien de l'intégrité du système public de services.

Le financement privé tiendra-t-il ces promesses ? Représente-t-il, au contraire, un mirage nous éloignant des véritables solutions que requièrent les services médicaux et hospitaliers ? La question est primordiale dans la mesure où une participation accrue du secteur privé au financement des services médicaux et hospitaliers risque de les affecter en profondeur et d'ébranler les valeurs de solidarité, d'équité et de justice qui lui servent d'assise. Conscient de l'importance de ce risque, le Conseil de la santé et du bien-être a choisi d'évaluer la pertinence du financement privé des services médicaux et hospitaliers et de publier le présent rapport.

Ce rapport tient donc compte du débat actuel et des avantages qu'on attribue au financement privé des services médicaux et hospitaliers. Il passe en revue les principaux arguments invoqués en faveur du financement privé, examine si les données probantes les corroborent et en souligne les conséquences éventuelles. Chaque section de la deuxième partie présente, d'entrée de jeu, un des arguments invoqués en faveur du financement privé des services médicaux et hospitaliers pour ensuite, à la lumière de l'évidence scientifique, analyser si celui-ci se vérifie et qu'elles en seraient les conséquences spécifiques.

PREMIÈRE PARTIE

QU'ENTEND-ON PAR FINANCEMENT PRIVÉ DES SERVICES DE SANTÉ ?

Le financement privé des services de santé désigne le versement d'une contribution financière par l'utilisateur de ce service. Comme l'illustre le tableau 1, cette contribution financière peut prendre plusieurs formes. Elle peut s'appliquer à un service de santé assuré ou non par un régime privé ou public. Elle peut s'effectuer directement, par le biais de frais d'utilisation ou de contributions à un régime d'assurance privée ou, indirectement, par le biais de la fiscalité.

| Tableau 1 | | |
|---|---|--|
| Sources de revenus des régimes publics et privés d'assurance maladie | | |
| | Régime d'assurance privé et paiements directs | Régime d'assurance public¹ |
| Financement privé | Primes, franchises, co-paiements, contributions directes. | Franchises, co-paiements, frais modérateurs, fiscalisation des dépenses des utilisateurs. |
| Financement public | Déductions fiscales et autres subventions | Impôts et taxes sur les individus et les entreprises, primes ou contributions à la sécurité sociale. |

Le financement privé n'est donc pas l'apanage de l'assurance privée et de la production privée de services de santé. Les régimes publics d'assurance peuvent aussi avoir recours au financement privé en imposant des frais modérateurs, des franchises et des co-paiements aux utilisateurs de services, liant de façon directe, immédiate et visible l'utilisation de services de santé à leur paiement. Ils peuvent aussi opter pour des modalités moins directes de financement privé en faisant appel à la fiscalité (Aba et al., 2002; Reuber et Poschmann, 2002). À titre d'exemple, les coûts des services publics de santé utilisés au cours d'une année peuvent être ajoutés au revenu brut de la personne dans le calcul de l'impôt sur le revenu à payer (Gordon et al., 1998). La formule des comptes d'épargne médicale, très discutée au Canada et aux États-Unis, représente une autre façon de fiscaliser les dépenses de services de santé des utilisateurs dans un régime public (Ramsay, 1998; Migué, 2002; Forget et al., 2002).

1. On entend par régime public « d'assurance-santé » le ou les régimes constitués par la loi d'une province en vue de la prestation de services de santé assurés. *Loi canadienne sur la santé*, (L.R. 1985, ch. C-6, article 2)

Autre variante du financement privé, les régimes privés d'assurance santé sont liés aux régimes publics d'assurance de diverses façons. Ils sont tantôt complémentaires, tantôt supplémentaires, tantôt substitutifs (Organisation mondiale de la santé, 2002). Ainsi, en Hollande et en Allemagne, les personnes à revenus élevés peuvent adhérer à un régime privé, lequel les exclut du régime public en se substituant à lui. L'assurance privée complémentaire couvre les services de santé exclus des régimes publics. Finalement, l'assurance privée supplémentaire a pour objectif d'assurer un accès plus rapide aux services ou de couvrir les frais d'utilisation exigés par le régime public. C'est le cas notamment en France où les politiques de l'État encouragent les citoyens à souscrire à un régime privé d'assurance.

Dans cette diversité, le système de santé américain constitue un cas particulier. Si les régimes d'assurance privés y sont la règle, trois programmes publics sont destinés à des groupes restreints de population : Medicare pour les personnes âgées, Medicaid pour les familles économiquement démunies et, dans quelques États, le *State Children's Health Insurance Program* (SCHIP) qui offre une certaine protection aux enfants (Holohan et al., 2002). Ces programmes couvrent partiellement les dépenses relatives aux services de santé de ces groupes de personnes et prévoient un nombre variable et complexe de primes, de franchises, de copaiements et d'exclusions.

Le régime public d'assurance santé du Québec fut conçu avec l'intention de donner à tous un accès équitable aux services médicaux et hospitaliers, sans égard à leur capacité individuelle de payer. Pour ce faire, le système devait, conformément aux dispositions de la Loi canadienne sur la santé, dissocier le financement de ces services de leur utilisation afin de réduire à leur plus simple expression les barrières financières à l'accès. C'est pourquoi le système sociosanitaire québécois exclut les déboursés des utilisateurs pour les services médicaux et hospitaliers qu'ils consomment et les finance par les impôts et taxes des particuliers et des compagnies.

Les dispositions de la Loi canadienne sur la santé ne limitent pas la responsabilité du gouvernement du Québec à l'offre de services médicaux et hospitaliers. À preuve, le ministère de la Santé et des Services sociaux intervient en santé de diverses manières, que ce soit par l'énoncé de politiques et de programmes, d'actions interministérielles, de soutien aux organismes communautaires, le développement et le maintien d'un réseau étendu de services sociaux et de santé, etc. Cependant, l'accès aux services de santé qui ne sont pas couverts par les dispositions de la loi canadienne exige habituellement des contributions financières directes de la part de leurs usagers. C'est le cas, par exemple, pour les personnes âgées hébergées dans les établissements publics ou privés conventionnés, lesquelles contribuent au paiement des frais de logement et de pension. C'est également le cas du régime public d'assurance médicaments qui exige franchise, prime et coassurance de ses adhérents. Cela est encore plus vrai en ce qui a trait aux services sociaux et de santé offerts par le secteur privé, comme les services dentaires pour

adultes, la physiothérapie, les services à domicile et l'hébergement pour personnes âgées fragiles.

Cependant, s'il y a partage de la responsabilité du financement de nombreux services de santé entre l'État québécois et le secteur privé, rappelons qu'il en va autrement à l'égard des services médicaux et hospitaliers. On entend par financement privé de ces services quelque chose d'inédit dans l'histoire récente des services médicaux et hospitaliers au Québec et dans le cadre législatif défini par la Loi canadienne sur la santé, à savoir de permettre la contribution financière d'utilisateurs pour leur obtention. En fait, l'introduction du financement privé pour ce type de services représenterait une rupture profonde de nos manières de faire.

Dans le présent rapport, on s'intéresse aux conséquences du financement privé des services médicaux et hospitaliers. Ces dernières, on le comprendra aisément, sont probablement aussi nombreuses et variées que les formes que revêt le financement privé lui-même. Il est en effet vraisemblable que chacune de ces formes entraîne des conséquences différentes, notamment sur l'accès aux services médicaux et hospitaliers, leur disponibilité, la rémunération des professionnels et travailleurs de la santé, l'organisation des soins, les modalités du financement public et l'étendue des régimes d'assurance privés. Le présent rapport vise à dégager de cette diversité les conséquences du financement privé qui s'appliquent à tous les cas de figure.

DEUXIÈME PARTIE

LE FINANCEMENT PRIVÉ DES SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS : DES OBJECTIFS IRRÉALISABLES!

Pour quelles raisons un citoyen ou une citoyenne du Québec voudraient-ils payer pour recourir aux services médicaux et hospitaliers indiqués par leur état de santé ?

- Le système public est mal ou pas assez financé et la contribution financière de la personne ajouterait aux dépenses de santé.
- Cette contribution lui permettrait d'accéder plus facilement à des services appropriés.

On retrouve ces deux arguments dans le débat public actuel sur le financement privé des services médicaux et hospitaliers. Ils reposent sur l'espoir que le financement privé aura sur ces services des effets bénéfiques :

- 1) De toute façon, le financement privé joue un rôle de plus en plus important dans les services de santé. Alors, accroître son rôle ne représente rien de vraiment nouveau.
- 2) Avec l'addition de fonds d'origine privée, le financement et l'offre globale de services médicaux et hospitaliers s'accroissent.
- 3) En permettant le recours au financement privé de services produits par des producteurs privés, on crée de la place dans le système public et on réduit les listes d'attente.
- 4) La responsabilité de payer les services aura pour conséquence d'assurer leur utilisation appropriée et réduira les coûts du système.

Certains promoteurs du financement privé souhaitent que ces effets bénéfiques s'obtiennent sans conséquences négatives pour le financement public des services médicaux et hospitaliers et pour l'équité sociale :

- 5) L'intégrité du financement des services publics et l'intégrité des services eux-mêmes seront entièrement préservées avec l'addition du financement privé de services médicaux et hospitaliers.
- 6) L'introduction du financement privé n'aura pas d'effets notables de redistribution du revenu des malades vers les gens en santé ni des personnes démunies vers les mieux nantis.

Ces affirmations méritent d'être examinées une à une. Elles fondent l'essentiel de l'argumentation en faveur de l'introduction du financement privé des services médicaux et hospitaliers sous diverses formes : frais d'utilisation de services publics, frais pour accélérer l'accès à des services publics, financement privé de services privés, formules diverses de contributions fiscalisées au régime public, etc.

Aussi, la présente partie comporte six sections. Chacune d'entre elles questionne un des avantages attribués plus haut au financement privé des services médicaux et hospitaliers. La première de ces sections cherche à savoir si le financement privé occupe effectivement une place de plus en plus importante dans le financement des services de santé, et en particulier des services médicaux et hospitaliers, au Québec. Elle conclura que tel n'est pas le cas. Fort de cette conclusion, la seconde section vérifie si l'introduction du financement privé des services médicaux et hospitaliers augmente l'offre de services. La troisième interroge la capacité du financement privé de diminuer les listes d'attente et d'augmenter la capacité du secteur public de répondre aux besoins de la population. La quatrième section cherche à déterminer si le financement privé augmenterait l'efficacité des services médicaux et hospitaliers et, conséquemment, en réduirait les coûts. La cinquième section se demande dans quelle mesure l'introduction du financement privé des services médicaux et hospitaliers préserverait l'intégrité du système public. Finalement, la sixième section tente de préciser comment le financement privé des services médicaux et hospitaliers affecterait la distribution des revenus au sein de la société québécoise.

1. Le financement privé joue-t-il vraiment un rôle de plus en plus important dans l'ensemble des services de santé ?

1.1 Argumentation en faveur du financement privé

« [Les Canadiens] parlent agréablement de [leur] système de santé « gratuit » et se soucient du fait que les Américains doivent payer leurs soins. Mais [...] les soins de santé incluent aussi des tests diagnostiques, des produits pharmaceutiques et des services hospitaliers. Beaucoup des services de santé au Canada ne sont pas couverts par le régime public d'assurance santé [...] le gouvernement assume environ 70 % de toutes les dépenses médicales au Canada. Évidemment, la plupart des dépenses sont couvertes par l'État, mais certainement pas toutes. » (Gratzer, 1999 : 99, notre traduction).

Le financement privé des services de santé est en progression au Québec depuis 25 ans, tant en chiffres absolus qu'en proportion des dépenses totales. En 1999, approximativement 30 % des services de santé étaient financés par des fonds privés. Le système de santé du Québec n'en est donc pas à sa première expérience avec le financement privé. Il est inutile d'invoquer des raisons de principe pour restreindre le financement privé des services médicaux et hospitaliers.

1.2 Examen de l'argumentation en faveur du financement privé

□ *Une évolution lente de l'accroissement des dépenses privées*

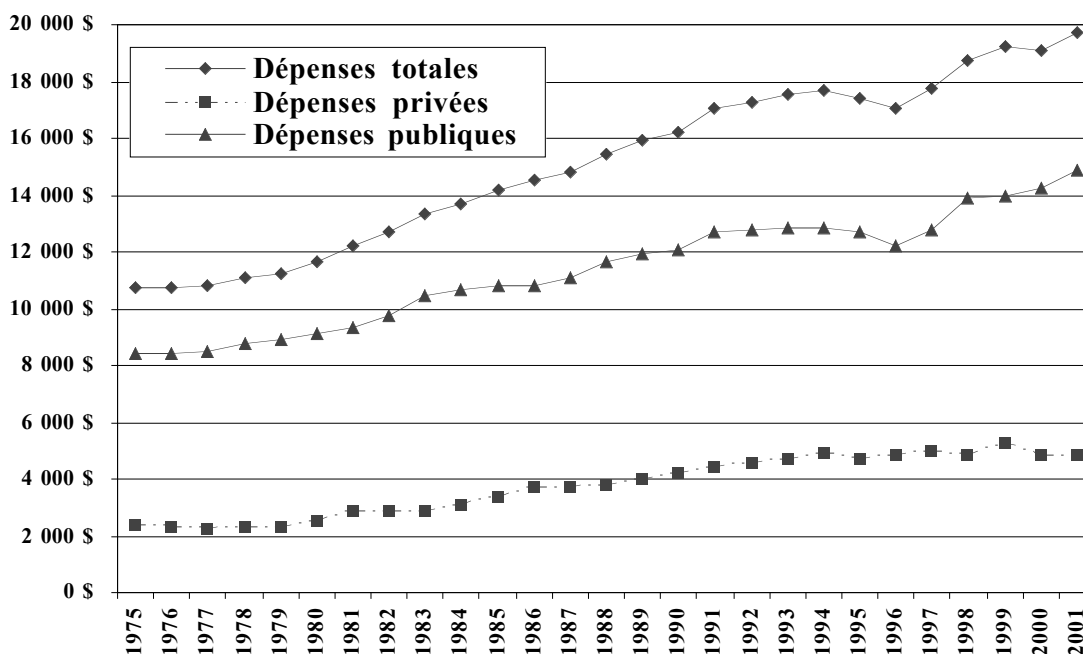
Les dépenses totales de santé, exprimées en dollars constants de 1997, ont augmenté de 183 % en 25 ans au Québec (Figure 1). Le financement privé a progressé un peu plus rapidement, passant de 2 351 millions de dollars à 4 836 millions de dollars de 1975 à 2000 (Institut canadien d'information sur la santé, 2000). En comparaison, les dépenses publiques de santé ont augmenté de 8 387 millions de dollars à 14 217 millions de dollars pendant la même période, soit une croissance de 177 % (voir Annexe 1 pour les définitions). L'augmentation légèrement plus rapide des dépenses privées explique la hausse de la proportion des dépenses privées sur les dépenses totales de santé au Québec, laquelle est passée de 21,2 % en 1975 à 27,6 % en 1999, puis à un pourcentage estimé de 24,6 % en 2001 (Institut canadien d'information sur la santé, 2000).

La croissance du financement privé des services de santé a connu des variations importantes de 1975 à 2001. Le financement privé a crû en proportion des dépenses totales de santé de façon importante de 1980 à 1995, pour ensuite connaître des années de croissance modeste ou même de décroissance de 1995 à 2001. L'écart entre le taux de croissance des dépenses privées et des dépenses publiques apparaît d'autant plus marqué de 1992 à 1997 que la croissance des dépenses publiques amorce alors un ralentissement particulièrement significatif. La crise économique de l'époque eut pour effet de restreindre la croissance du budget de l'État québécois et de limiter son investissement en santé. Par-delà l'importance de la décroissance de l'investissement public, peut-être est-ce davantage le ralentissement général de l'investissement en santé, tant public que privé, qui caractérise les années 90.

- *Les conséquences du financement privé sur les services couverts par la Loi canadienne sur la santé*

La croissance des dépenses privées n'est pas uniforme pour tous les services de santé. La part des dépenses privées consacrée aux services hospitaliers et médicaux, comparativement à l'ensemble des dépenses de santé, a doublé de 1975 à 1987, pour se stabiliser en 1995 et chuter par la suite (Figure 2). La part des dépenses privées consacrée aux médicaments, comparativement aux dépenses totales de santé, a augmenté par paliers successifs, pour diminuer à partir de 1998. Enfin, les services qui ne sont pas couverts par la Loi canadienne sur la santé, par exemple les soins et services à domicile, les services de professionnels autres que ceux offerts par les médecins et l'hébergement institutionnel, ont généralement accaparé une part plus considérable des dépenses totales de santé, quoiqu'on remarque une diminution depuis 1997 (voir l'annexe 2 pour une définition plus précise de ces services).

Figure 1. Dépenses totales, publiques et privées de santé en millions de dollars constants de 1997, Québec, 1975-2001



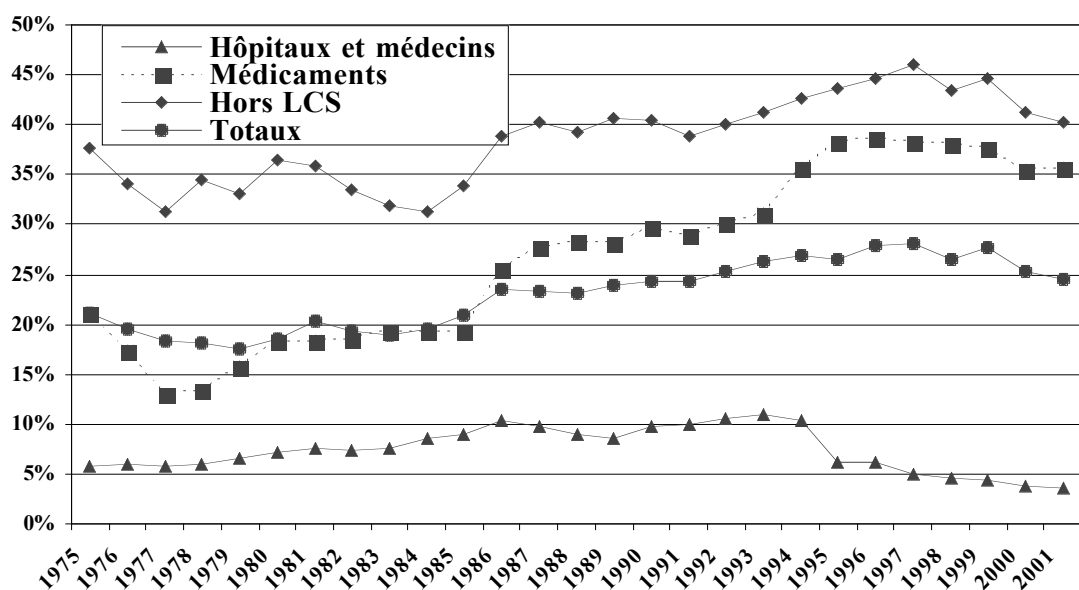
Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2001*, Ottawa, 2000: Tableaux B.1.4, B.2.4; B.3.4

Les dépenses publiques de santé sont traditionnellement concentrées dans ce qu'on peut appeler un « noyau dur » de services formés, par ordre d'importance, des services hospitaliers et des services médicaux. Les dépenses publiques dans ces deux catégories représentent actuellement plus de 98 % des dépenses de santé qui leur sont consacrées (Institut canadien d'information sur la santé, 2000). La part des dépenses publiques sur l'ensemble des dépenses pour les médicaments prescrits a crû de 16 % à 46 % de 1975 à 2000 (Institut canadien d'information sur la santé, 2000). Enfin, pendant cette période, les dépenses publiques consacrées à la catégorie *autres établissements* ont continué de représenter approximativement 65 % des dépenses totales dédiées à cette catégorie.

Le « marché » des services de santé est en expansion depuis une dizaine d'années. À l'évidence, le financement privé en santé s'est concentré dans les services où le financement public était moins présent. De nouveaux créneaux se sont développés, d'autres ont gagné en importance comme les thérapies alternatives, psychothérapies, biens de santé à usage personnel, médicaments en vente libre, etc. Par exemple, le financement privé des services professionnels non médicaux demeure très important avec 87,8 % des dépenses totales pour ce poste en 2001. Parfois, les services de santé à financement privé émergent en complément de l'offre de services financés publiquement. C'est le cas des services d'hébergement pour les personnes âgées fragiles. D'une part, les centres d'hébergement et de soins de longue durée subventionnés en grande partie par l'État

accueillent des personnes de plus en plus vulnérables. D'autre part, un réseau étendu de résidences privées s'est développé pour répondre aux besoins en matière de logement avec services pour ceux et celles qui ont des difficultés à accomplir les tâches habituelles d'entretien de leur milieu de vie. Dans d'autres domaines, le secteur privé se développe pour combler les difficultés d'accès aux services à financement public. C'est le cas notamment des services de prélèvement préalables à des analyses de laboratoire et de certains services d'imagerie médicale.

Figure 2. Pourcentage des dépenses privées sur les dépenses totales pour les hospitalisations et la rémunération des médecins, les médicaments et les autres activités exclues de la Loi canadienne de la santé (LCS),



Québec, 1975-2001

Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2001*, Ottawa, 2000: Tableaux D.1.5.1 et D.2.5.1

En somme, l'examen de l'allocation des dépenses privées et publiques en services de santé reflète des priorités de financement différentes. L'État québécois demeure plus que jamais l'assureur principal des services hospitaliers et des services médicaux, deux catégories de services encadrées par la Loi canadienne sur la santé. Par ailleurs, sa présence se fait de plus en plus sentir dans le secteur des médicaments, tant en raison de la croissance de sa participation financière que de celle du rôle de régulateur dont il s'est doté avec la loi sur l'assurance médicaments.

1.3 En résumé

- 1) *Le financement privé des services de santé a crû au Québec depuis 1975 tant en volume qu'en proportion des dépenses totales de santé. Cette croissance demeure toutefois modeste.*
- 2) *Le financement privé des services qui ne sont pas couverts par la Loi canadienne sur la santé croît depuis 1975, à l'exception des médicaments pour lesquels l'arrêt de la croissance des dépenses privées peut être associé à l'introduction du régime public d'assurance.*
- 3) *On évoque actuellement la possibilité de permettre le financement privé de services couverts par la Loi canadienne sur la santé en soutenant que le financement privé comptaient en 1999 pour environ 30 % des dépenses totales de santé. Cet argument introduit davantage de confusion dans le débat dans la mesure où le financement privé représente actuellement moins de 4 % des dépenses totales consacrées aux services médicaux et hospitaliers.*

2. L'introduction du financement privé augmentera-t-elle l'offre de services ?

Argumentation en faveur du financement privé

« Plusieurs suggèrent – et le Conseil (Premier's Advisory Council on Health for Alberta) est du même avis – que nous ne pourrions maintenir notre système de santé actuel sans apporter d'importants changements à notre manière de financer les services de santé. Les dépenses de santé envahissent d'autres secteurs d'importance tels que l'éducation, l'infrastructure, les services sociaux ou la sécurité. Si cette tendance ne change pas, nous pourrions, dès 2008, consacrer à la santé la moitié du budget de programmes de la province. À notre avis, une telle situation est inacceptable. De plus, les attentes à l'égard des services de santé continuent d'augmenter et les coûts s'accroissent. » (Premier's Advisory Council on Health for Alberta, 2001: 4, notre traduction).

Il est nécessaire d'augmenter les ressources que la société consacre aux services médicaux et hospitaliers au moyen du financement privé. Permettre aux professionnels de la santé d'ajouter des revenus de source privée à leurs revenus de source publique augmenterait la somme des services offerts. Les gouvernements ont perdu le contrôle des dépenses du système public de services de santé.

2.2 Examen de l'argumentation en faveur du financement privé

- Le financement privé accroît-il l'offre de services médicaux et hospitaliers ?*

Une augmentation du financement des services de santé ne produit pas nécessairement une augmentation de l'offre de services. L'Institut Fraser (1999) pose la question : Est-ce que l'accroissement du financement fédéral de 12 milliards de dollars des services de santé ces dernières années s'est traduit par une augmentation de l'offre de services ? Une question semblable mérite d'être posée à ceux qui suggèrent que le financement privé des services médicaux et hospitaliers provoque une augmentation de l'offre de soins. Pourquoi le financement privé des services médicaux et hospitaliers réussirait-il là où, selon les promoteurs du financement privé, le financement public a échoué ? La réponse doit aller au-delà des croyances sur les vertus universelles du marché comme régulateur suprême de la performance et du rendement économique en toute chose (Coffey et Chaoulli, 2000).

Les coûts de la main-d'œuvre représentent environ 80 % des coûts totaux des services de santé (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2000). À moins que le financement privé ne permette une augmentation de la productivité de la main-d'œuvre actuellement disponible ou une offre de main-d'œuvre supérieure, il n'y aura pas davantage de services médicaux et hospitaliers. Sur le plan technique, les économistes disent que l'offre de main-d'œuvre médicale est inélastique à court terme (Hurley *et al.*, 2001). À moyen et à long terme, l'accroissement du nombre de professionnels de la santé est soumis à des considérations qui ont peu à voir avec les augmentations de rémunération à un moment donné (durée de la formation, contrôle des admissions en faculté par les ordres professionnels et les gouvernements, etc.).

Si le financement privé n'augmente pas l'offre de main-d'œuvre à court terme, il faut s'attendre à ce que l'argent des utilisateurs soit utilisé pour payer des revenus supérieurs aux médecins et autres professionnels de la santé. En Grande-Bretagne, les médecins peuvent exercer dans les secteurs à financement public et privé. Leurs revenus sont de trois à quatre fois supérieurs dans le secteur à financement privé que dans le secteur à financement public (Propper et Green, 1999). Les incitations à travailler dans le secteur à financement privé permettent aux professionnels d'augmenter leur revenu sans nécessairement augmenter leur offre totale de services. Aux États-Unis, les coûts des hospitalisations assurées par Medicare, le régime public pour les personnes âgées, ont été de 500 \$ à 600 \$ plus élevés de 1989 à 1995, soit environ 30 % des coûts moyens totaux, dans les territoires où tous les hôpitaux sont privés, comparativement aux territoires où tous les hôpitaux sont publics. L'augmentation des coûts au cours de la même période a été plus élevée dans les territoires avec des hôpitaux privés (Silverman, Skinner et Fisher, 1999).

Le fardeau de la preuve de l'accroissement de l'offre de services par l'introduction du financement privé appartient entièrement aux promoteurs du financement privé. L'accroissement de l'offre de services par l'introduction du financement privé est hautement hypothétique. Le degré de l'accroissement de l'offre reste au mieux imprécis et la proportion des besoins en matière de soins à laquelle elle permettra de répondre reste inconnue.

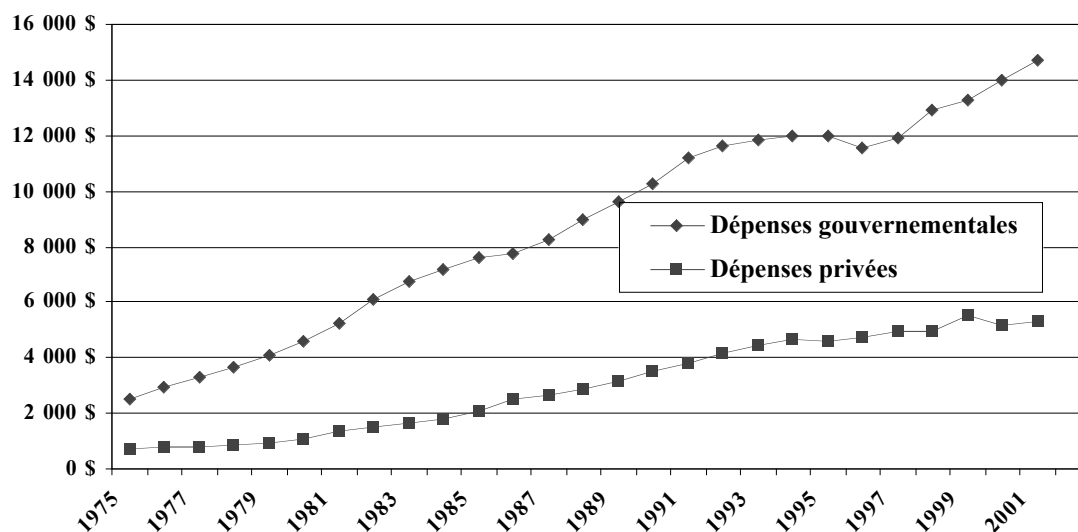
À moins d'une diminution du financement public, l'introduction du financement privé entraînerait un accroissement des dépenses de santé. Une part plus importante des richesses produites collectivement irait à ces services. Les citoyens et les utilisateurs des services seraient donc appelés à augmenter la part de leurs dépenses en matière de santé. La preuve que ce supplément de dépenses privées permettrait d'augmenter l'offre de services appropriés et efficaces n'est tout simplement pas faite. Dans l'état actuel des choses, il n'y a aucune garantie que l'argent dépensé pour le financement privé des services de santé servirait à en augmenter l'offre. Tout nous porte à croire que, pour des dépenses équivalentes, moins de soins seraient produits dans le secteur privé que dans le système public. Il y a peu d'intérêt à accroître les sommes consacrées aux services de santé s'il faut payer plus cher pour en obtenir la même quantité.

□ *Le gouvernement a-t-il perdu le contrôle de ses dépenses ?*

Des données récentes de l'Institut canadien d'information sur la santé (2000) montrent que, de 1980 à 2000, les dépenses de santé des gouvernements provinciaux représentaient une part constante de leurs recettes fiscales, à savoir environ 33 %, malgré le vieillissement de la population, les progrès de la technologie et la transition épidémiologique (Evans, 2002b). Bien sûr, les dépenses gouvernementales de santé au Québec se sont accrues depuis l'introduction des programmes provinciaux d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie. En dollars courants, les dépenses publiques de santé ont augmenté de plus de six fois de 1975 à 2001 (Figure 3). L'augmentation des dépenses publiques a considérablement ralenti de 1991 à 1996, pour reprendre une pente ascendante en 1997. De 1975 à 2001, les dépenses privées de santé connaissent une hausse de plus de sept fois.

La proportion des dépenses totales de santé (privées et publiques) dans l'économie, c'est-à-dire la proportion du produit intérieur brut (PIB) consacrée aux dépenses de santé, permet également d'illustrer l'importance de la croissance des dépenses de santé. De 1981 à 2001, cette proportion a évolué en dents de scie, atteignant des sommets (10 % et plus) au cours de la période de difficultés économiques du début des années 90 (Figure 4). Les dépenses gouvernementales en santé évoluent de la même manière par rapport au PIB, avec des amplitudes moins importantes et à l'intérieur d'une fourchette restreinte de 6,3 % à 7,3 % du PIB. Les dépenses gouvernementales en services médicaux et hospitaliers, soit les services couverts par la Loi canadienne sur la santé, ne représentent plus que 4,3 % du PIB en 2001 après avoir compté pour environ 5,3 % du PIB au début des années 80 et 90 (Figure 4).

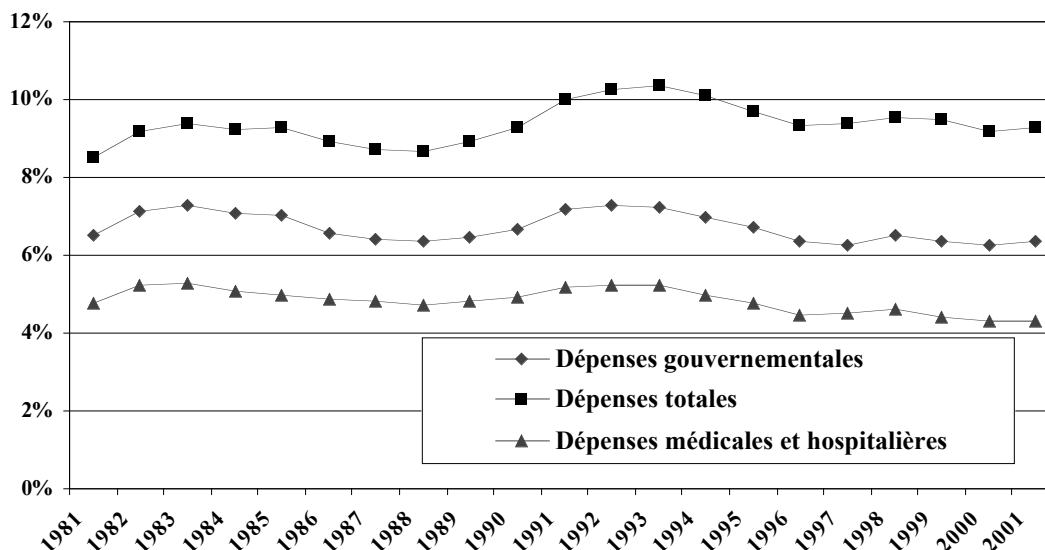
Figure 3. Dépenses gouvernementales et privées de santé en millions de dollars courants, Québec, 1975-2001



Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2001*, Ottawa, 2000 : Tableaux D.2.5.1 et D.4.5.1

La proportion des dépenses de santé sur les dépenses de programmes du gouvernement du Québec (Figure 5) a progressé de 28 % à 30 % pendant les années 80, pour se stabiliser pendant quelques années. Une légère chute a été remarquée au milieu des années 90. En 2001, les dépenses de santé accaparaient 31 % des dépenses de programmes du gouvernement du Québec, selon une estimation de l'Institut canadien d'information sur la santé (2000). Cependant, l'évolution de la proportion des recettes que le gouvernement du Québec consacre aux dépenses de services de santé n'indique pas d'accroissement semblable. L'évolution est en dents de scie et tend à diminuer depuis 1994. D'environ 30 % des recettes gouvernementales qu'elles étaient en 1981, les dépenses de santé n'en représentent plus que 26 % en 2000 (Figure 5). Les services médicaux et hospitaliers ont maintenu leur part à 21 % des dépenses gouvernementales de 1981 à 2000 (Figure 5). En 2000, le gouvernement attribue aux services médicaux et hospitaliers 18 % de ses recettes, contre 22 % en 1981. Par ailleurs, les dépenses publiques consacrées à des services qui ne sont pas couverts par la Loi canadienne sur la santé, celles où le financement privé joue le plus grand rôle, ont vu leur proportion des dépenses gouvernementales augmenter de 7 % à 10 % de 1975 à 2000 (Institut canadien d'information sur la santé, 2000). On assiste donc à une augmentation simultanée des dépenses publiques et des dépenses privées pour ces activités.

Figure4. Pourcentage du PIB en dépenses totales et en dépenses gouvernementales de santé et de services médicaux et hospitaliers, Québec, 1981- 2001

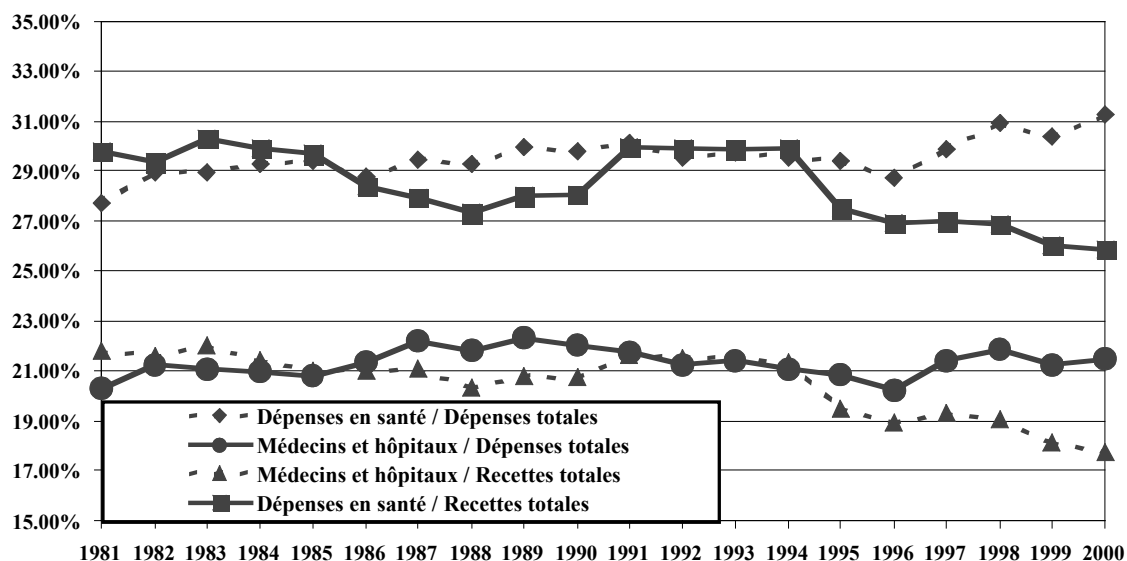


Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2001*, Ottawa, 2000: Tableaux D.1.5.1, D.4.5.1 et Annexe A.1.

En 1995, le ministère de la Santé et des Services sociaux implantait le virage ambulatoire avec l'intention d'augmenter la part des services ambulatoires et de diminuer celle des services institutionnels. Pendant l'implantation du virage, le système sociosanitaire québécois a assisté à un ralentissement de la croissance de ses dépenses (Figure 5). Dans ce contexte, la diminution de la proportion des dépenses de services médicaux et hospitaliers dans le PIB du Québec depuis 1994 pourrait être attribuée au virage ambulatoire, tandis que l'on aurait assisté à une augmentation des services de substitution. En fait, les dépenses nettes pour les services d'aide et de soins à domicile ont augmenté leur part des dépenses nettes du réseau des services de santé et des services sociaux de 1,1 % à 2,1 % de 1994 à 2000 (Système d'information financière et opérationnelle, 2002). Dans cette période, la part des dépenses nettes pour l'hébergement a augmenté légèrement de 19,3 % à 19,9 %. Les dépenses pour les services à domicile ont augmenté de 122,4 millions de dollars entre 1994 et 2000, contre 328,5 millions de dollars en hébergement.

Il est difficile de conclure de ces données que le gouvernement du Québec a perdu le contrôle des dépenses de santé. Elles représentent une part croissante des dépenses gouvernementales de programmes, dans la mesure où les autres dépenses ont connu un déclin relatif, comme dans le reste du Canada (Evans, 2002b).

Figure 5. Dépenses gouvernementales de santé et pour les services médicaux et hospitaliers en % des dépenses et recettes gouvernementales, Québec, 1981-2000



Source : Institut canadien d'information sur la santé (2000), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2001*, Ottawa: Tableaux D.1.5.1, D.4.5.1 et Annexe D.1; Statistiques Canada (2002), *Comptes économiques provinciaux, 1981-2000*.

Pendant les 30 dernières années, malgré les progrès technologiques, le quasi-doublement de la proportion des personnes âgées dans la population (Lefebvre et Soderstrom, 2000) et l'importance accrue des maladies chroniques et des incapacités fonctionnelles, les dépenses de santé pour les services couverts par la Loi canadienne sur la santé ont vu leur importance relative diminuer dans le budget du gouvernement du Québec et dans l'économie québécoise. La diminution de près de 1 % du PIB consacré à ces services depuis le début des années 90 représente en 2001 une somme de près de 2 milliards de dollars.

Les propositions de financement privé s'attardent précisément à la part décroissante des dépenses pour les services médicaux et hospitaliers dans le P.I.B. et dans les dépenses et recettes gouvernementales sous prétexte que ces dépenses seraient hors contrôle!

2.3 En résumé

- 1) *Le financement privé n'a pas démontré sa capacité à mobiliser un plus grand nombre de professionnels de la santé ni à augmenter leur temps de travail à moindre coût.*
- 2) *La preuve que l'augmentation du financement privé permet une augmentation générale de l'offre de services médicaux et hospitaliers n'est pas faite.*

- 3) *Jusqu'à présent, le gouvernement du Québec n'a pas perdu le contrôle de ses dépenses de santé. Au contraire, il consacre aujourd'hui une part décroissante de ses recettes et dépenses aux services médicaux et hospitaliers par rapport aux années 80.*

3. Le financement privé permet-il de diminuer les listes d'attente et d'augmenter la capacité du secteur public de répondre aux besoins ?

3.1 Argumentation en faveur du financement privé

« Matière à réflexion pour le Québec. Il serait tentant de jeter l'éponge parce que les solutions simples n'existent pas. Nous devons gérer avec parcimonie les fonds publics, rembourser notre dette publique et réduire les impôts des contribuables. Notre seule marge de manœuvre se trouve dans les modes de prestation des services publics. Pour ce faire, nous allons devoir oser poser des vraies questions qui n'ont rien de politiquement correct. En voici trois :

- Sommes-nous prêts à adopter des stratégies de privatisation pour réduire les listes d'attente, accélérer la prestation de services et continuer d'investir dans la qualité des soins de santé ?*
- Pouvons-nous envisager des solutions comme le paiement de tickets modérateurs, avec ou sans franchise annuelle, pour des consultations de routine dans le but de réduire la consommation abusive de soins et de libérer des ressources médicales pour régler des problèmes de santé plus urgents ?*
- Autrement dit, sommes-nous disposés à examiner des solutions de rechange pour désengorger le système et réinjecter de l'argent neuf soit dans la qualité des soins, soit vers d'autres grandes priorités sociales telles que l'éducation ? » (Brunet, 2001)*

L'offre de services médicaux et hospitaliers à financement privé effectue un transfert d'une portion des utilisateurs des services à financement public vers les services à financement privé : ceux qui ne sont pas satisfaits des services publics paient les services qu'ils utilisent dans le secteur à financement privé. Les places libérées deviennent disponibles pour ceux qui continuent d'utiliser les services à financement public. L'offre de services médicaux et hospitaliers à financement privé ne diminue pas l'offre de services à financement public. L'obligation faite aux professionnels de la santé de travailler un nombre d'heures fixe dans le secteur financé publiquement maintient une offre globale acceptable de services, à laquelle s'ajoutent les heures travaillées dans le secteur à financement privé. Ainsi, le financement privé réduit les listes d'attente du régime public d'assurance santé.

3.2 Examen de l'argumentation en faveur du financement privé

□ *Y aurait-il plus de places disponibles dans le secteur public grâce au financement privé ?*

Les promesses voulant que le financement privé mène à une amélioration hypothétique de l'accès aux services médicaux et hospitaliers reposent sur un équilibre fragile de transfert de patients et de ressources financières entre les services à financement public et privé.

Les services à financement public ne maintiendront pas leur capacité de production s'il y a transfert de ressources financières vers les services à financement privé. En particulier, il ne suffit pas d'assurer que les médecins et infirmières travaillent un certain nombre d'heures dans les services à financement public ni que les plateaux techniques et autres équipements sanitaires soient réservés à ces services pendant certaines plages horaires. Il est nécessaire que le secteur à financement public ait une capacité de production au moins égale à sa capacité de production avant l'introduction du financement privé. La réalisation de cette condition implique que les ressources humaines et financières du système financé publiquement soient maintenues. L'étude de Tuohy Hugues *et al.* (à paraître) sur les effets du financement privé sur les dépenses publiques de santé a montré qu'à un accroissement du financement privé dans des pays de l'OCDE de 1980 à 1997 correspond une diminution du financement public. Le financement privé exerce une pression pour le transfert de ressources des services à financement public vers les services à financement privé. Le régime public ne réussit pas à maintenir sa capacité de production dans ces circonstances. Enfin, la logique de l'argumentation en faveur du financement privé veut que les gouvernements ne soient pas en mesure de dépenser plus pour le système de santé. Cette logique est en contradiction avec l'idée de maintenir les dépenses publiques de santé à leur niveau antérieur à l'introduction du financement privé.

Les personnes qui paient pour obtenir des services du secteur privé ne doivent pas augmenter leur utilisation de services à financement public. C'est une condition à respecter afin que les services à financement public conservent leur capacité de desservir les personnes qui ne recourent qu'à eux pour répondre à leurs besoins. Pourtant, rien n'est moins certain. Les procédures médicales et hospitalières ne sont pas isolées les unes des autres. Une procédure chirurgicale effectuée dans le secteur à financement privé exige des examens, tests et visites préparatoires et de suivi qui pourront tout aussi bien être financés par le régime public. Donc, si le financement privé augmentait véritablement l'offre totale de services, il y aurait un accroissement des dépenses publiques en santé attribuable au supplément de services offerts par le secteur à financement privé, à moins que les coûts des services à financement privé ne soient entièrement assumés par les payeurs privés. On a pu démontrer que le financement privé augmentait l'utilisation des services à financement public (Stabile, 2001). Ainsi, une certaine proportion des personnes âgées américaines, protégées par le régime public Medicare, souscrivent aussi à des régimes d'assurance privés Medigap. Leur utilisation des services assurés par

Medicare est de 24 % supérieure à celle des personnes non assurées avec Medigap (Christesen *et al.*, 1987). Dans ces cas, le régime public d'assurance santé subventionne indirectement les services à financement privé.

Afin de préserver la capacité des services à financement public, les incitations offertes aux professionnels de la santé ne doivent pas les encourager à pratiquer dans le secteur à financement privé au détriment du secteur à financement public. Or, les propositions de financement privé des services médicaux et hospitaliers doivent assurer que l'offre de services à financement privé est suffisante. Pour ce faire, on prévoit permettre aux professionnels de la santé de pratiquer dans les deux secteurs, avec une obligation d'offre de services dans le secteur à financement public. L'expérience des pays où la pratique professionnelle est permise dans les deux secteurs montre que les professionnels obtiennent des revenus largement supérieurs dans le secteur à financement privé (Hurley *et al.*, 2001; Propper et Green, 1999). On crée ainsi une incitation à provoquer des files d'attente dans le secteur à financement public afin d'attirer une clientèle plus nombreuse dans le secteur à financement privé.

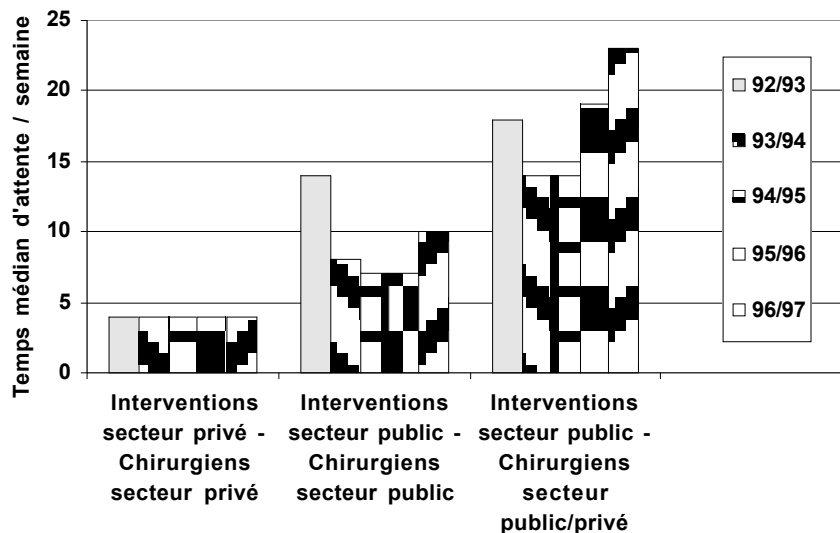
□ *Le financement privé réduira-t-il les listes d'attente dans le secteur public ?*

L'incapacité du régime public d'assurance santé d'offrir des services satisfaisants est souvent illustrée par la question des listes d'attente. On invoque à cet effet l'exemple de l'offre et du financement privés de la chirurgie des cataractes au Québec. Mais l'offre actuelle de chirurgie privée pour les cataractes au Québec est le fait de médecins qui n'opèrent que dans le secteur privé. Le Manitoba se présente comme un contre-exemple remarquable (DeCoster *et al.*, 1998). De 1992 jusqu'à 1999, cette province a autorisé les chirurgiens à opérer des cataractes à la fois dans les secteurs à financement public et privé. L'attente moyenne dans le secteur privé, pour être opéré par des chirurgiens ne travaillant que dans ce secteur, était de 4 semaines de 1992 à 1996, contre de 7 à 14 semaines pour les chirurgiens ne travaillant que dans le secteur public (Figure 6). Le temps d'attente des patients du secteur public pour une opération par des chirurgiens travaillant dans les deux secteurs était de 18 semaines en 1992 et est passé à 14 semaines en 1993 et à 23 semaines en 1996 (Figure 6). Cet exemple illustre que la pratique médicale simultanée dans les secteurs privé et public offre le pire des deux mondes aux patients qui utilisent le secteur public.

De façon générale, ni la théorie ni les études empiriques ne démontrent que le financement privé diminue la longueur des listes d'attente (Tuohy Hugues *et al.*, à paraître). L'introduction d'avantages fiscaux pour les acheteurs d'assurance privée en Australie n'a pas montré de réduction des listes d'attente (Hurley *et al.*, 2001). La possibilité pour les citoyens du Royaume-Uni de recourir à des services médicaux et hospitaliers à financement privé ne change pas non plus la longueur des listes d'attente de la manière espérée. En effet, les plus longues listes d'attente se retrouvent dans les régions anglaises

qui comptent le plus grand nombre de souscripteurs à une assurance privée (Besley *et al.*, 1998).

Figure 6. Temps d'attente pour les opérations de la cataracte : 1992-1997



Source : MCHP (2000), *Report Summary, Waiting time for surgery in Manitoba*, (figure 2) Université du Manitoba, http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports/reports_97-00/wait.htm

3.3 En résumé

- 1) *Le financement privé des services médicaux et hospitaliers a tendance à cannibaliser les services financés publiquement : les professionnels de la santé diminuent leur participation dans le secteur à financement public au profit du secteur à financement privé et les utilisateurs du secteur à financement privé augmentent leur utilisation des services financés publiquement.*
- 2) *Les systèmes publics ne réussissent pas à maintenir leur capacité de production de services à la suite de l'introduction du financement privé : les gouvernements ont tendance à réduire le financement public des services médicaux et hospitaliers.*
- 3) *Le financement privé ne diminue pas les listes d'attente dans le secteur à financement public, mais contribue au contraire à les allonger.*

4. Le financement privé diminuera-t-il l'utilisation inappropriée des services médicaux et hospitaliers et, en conséquence, les coûts du système de santé ?

Argumentation en faveur du financement privé

« [...] *l'institution d'un ticket modérateur pourrait probablement éviter des consultations inutiles. Nous pensons que l'octroi de soins totalement gratuits, tel qu'instauré par Castonguay en novembre 1970, sans aucune contribution du patient, est une erreur. Le médecin hésiterait à faire revenir les patients de façon non ou peu justifiée, et surtout, le patient hésiterait à consulter pour des bagatelles, si chaque visite lui coûtait simplement 5 \$. Nous croyons, par ailleurs, que les médecins ont assez de cœur pour accepter de voir gratuitement le patient démuné, si ce dernier est vraiment malade.* » (Gagnan Brunette, 2002).

Le financement privé des services médicaux et hospitaliers se présente comme une incitation à une utilisation appropriée des services, à une réduction moyenne des coûts par personne et à une réponse aux lacunes du financement de l'ensemble des services de santé.

Une part importante de l'utilisation des services médicaux et hospitaliers serait inappropriée en raison d'un abus de services gratuits à l'entrée. Cette utilisation expliquerait en partie les coûts élevés du système. Actuellement, les gouvernements effectuent des dépenses pour des services utiles et inutiles. L'introduction du financement privé, en vertu de l'application des lois du marché (Coffey et Chaouli, 2000), réduirait la proportion de services inutiles.

Payer pour les services médicaux et hospitaliers aurait la vertu de faire réfléchir les utilisateurs potentiels à la nécessité de leur recours aux services. Ils les utiliseraient de façon plus raisonnée, les services seraient plus appropriés, la quantité de services utilisés diminuerait de même que les coûts qui y sont associés. De cette façon, la moyenne des dépenses de santé de chaque personne diminuerait. L'argent libéré par cette utilisation évitée pourrait être réinjecté dans le financement des services publics de santé.

4.2 Examen de l'argumentation en faveur du financement privé

□ *Le financement privé améliore-t-il l'utilisation des services médicaux et hospitaliers ?*

Le financement privé ne peut améliorer la pertinence de l'utilisation des services médicaux et hospitaliers qu'à trois conditions. Premièrement, il doit y avoir une utilisation abusive des services. Deuxièmement, l'utilisation abusive doit être attribuable aux utilisateurs. Troisièmement, le paiement direct des services doit réduire ou enrayer l'utilisation abusive.

Il est très difficile de démontrer l'utilisation abusive des services médicaux et hospitaliers. En supposant qu'elle ait été observée, il est tout aussi difficile d'obtenir une estimation de son importance et d'attribuer la part de l'utilisation abusive aux utilisateurs, aux professionnels de la santé, aux gestionnaires des établissements ou aux planificateurs et autres décideurs du réseau de services de santé. Plutôt que des abus d'utilisation, d'importantes variations dans la pratique de certaines procédures chirurgicales ont été observées au Québec (Blais, 1993), au Canada et aux États-Unis (Roos et Roos, 1996) sans que l'on puisse les associer à l'état de santé des populations visées. Les pratiques médicales et chirurgicales varient selon les habitudes, la formation et le jugement des praticiens. La décision médicale d'entreprendre une procédure ou un traitement se joue dans les rapports cliniques entre un médecin et un patient, la science médicale s'appliquant dans un contexte à haute teneur humaine.

Une question se pose tout de même à propos des abus des services médicaux et hospitaliers apparemment attribuables aux utilisateurs. Ces derniers ne peuvent être tenus responsables d'abus dans l'utilisation de services que s'ils en ont la responsabilité. Puisque l'hospitalisation et l'accès à plusieurs spécialités médicales ne se font que sur référence médicale, la décision d'hospitaliser ou de visiter un de ces spécialistes ne saurait être de la responsabilité de l'utilisateur. Dans notre système de santé, c'est surtout la visite aux omnipraticiens qui pourrait faire l'objet d'abus de la part de l'utilisateur. Ici encore, il faudrait défalquer de l'ensemble des visites aux médecins de famille les visites de suivi recommandées par le médecin. Sans entreprendre des estimations précises de coûts, il est aisé de comprendre que les abus des utilisateurs s'appliqueraient à une portion extrêmement réduite des coûts totaux des services médicaux et hospitaliers. De même, si l'une des fonctions du financement privé est de réduire les abus, il faut que ce soit là où l'abus est possible, surtout au moment de la première visite à l'omnipraticien au début d'un épisode de soins. Cette formule s'appliquerait, peu importe le lieu de cette première visite, soit au cabinet du médecin, au domicile de l'utilisateur ou à l'urgence d'un hôpital.

Or, le report d'une première consultation en raison d'un problème de santé nouveau peut avoir des conséquences importantes sur la santé des personnes et sur les coûts totaux des services de santé. Le recours aux services se fera à un stade plus avancé de la maladie, les soins requis seront plus complexes, spécialisés et coûteux. Il n'est pas très avisé d'imposer des frais modérateurs à la première visite d'un épisode de soins nouveaux. L'utilité d'un service de santé ne se mesure pas uniquement à la gravité de la condition du patient, mais aussi à l'aggravation évitée du malaise, de l'affection et de la maladie.

Deux conceptions différentes de la notion d'« utilité » sont ici en cause (Evans, 2002b). La première est celle de l'efficacité, de la performance et du rendement de procédures médicales et sanitaires en regard de la santé des personnes. La seconde est celle de l'efficacité, de la performance et du rendement de ces mêmes procédures en regard de leurs portefeuilles. Les promoteurs du financement privé ne distinguent pas l'une de l'autre. Ils

considèrent que l'imposition de contraintes financières aux utilisateurs de services médicaux et hospitaliers assure l'utilisation la plus rationnelle possible de ces services.

Le financement privé permet à ceux qui ont les moyens financiers et la volonté de dépenser d'accéder aux services. À moins de supposer une association entre les moyens et la volonté de dépenser et l'état de santé, la promesse d'une utilisation plus appropriée ne peut être tenue. Cette association n'a jamais été démontrée, la connaissance de la capacité des services médicaux et hospitaliers de régler le problème de santé que l'utilisateur croit avoir et sa capacité de payer ont peu à voir l'une avec l'autre (Evans *et al.*, 1995; Evans, 2002b). Le Conseil de la santé et du bien-être (1995), dans son avis *Un juste prix pour les services de santé*, a abordé la question de l'effet des frais modérateurs sur l'utilisation des services de santé. Toutes les études (Beck et Horne, 1981; Lohr *et al.*, 1986) ont révélé que le paiement direct réduisait l'utilisation, qu'elle soit appropriée ou non. L'étude de Tamblin *et al.* (2001) sur l'introduction de la franchise et de la co-assurance dans le régime d'assurance médicaments du Québec a indiqué le même effet chez les personnes à faible revenu. En clair, le financement privé réduit à la fois les services nécessaires et ceux qui le sont moins.

□ *Les coûts du financement privé*

Les exemples suisse et américain laissent entrevoir une augmentation des coûts totaux des services médicaux et hospitaliers à la suite de l'introduction du financement privé. De même, la proportion totale du budget personnel de chaque Québécois consacrée aux services médicaux et hospitaliers augmenterait. Il faudrait additionner aux dépenses liées aux services financés publiquement (taxes et impôts) les dépenses relatives aux services à financement privé (frais directs, primes, franchises, etc.). Woolhandler et Himmelstein (2002) ont estimé à 60 % des dépenses totales de santé aux États-Unis la part du financement public en 1999, soit une somme de 2 604 \$ US par habitant. Elle dépasse la moyenne des dépenses privées et publiques pour la santé dans tous les pays occidentaux, sauf la Suisse où les assureurs privés ont une part importante du marché. Autrement dit, les Américains paient pour ce qu'ils n'obtiennent pas, soit un régime public et universel d'assurance santé. Malgré les 1 210,7 millions de dollars que les Américains dépensent en services de santé, 40 millions d'entre eux n'ont pas d'assurance. Les analystes prévoient que cette proportion ira en augmentant (Holahan et Kim, 2000) et que la capacité des États américains de soutenir les régimes publics d'assurance santé pour les enfants (SCHIP) et les défavorisés (Medicare) ira en diminuant (Holahan *et al.*, 2002).

Le financement privé ajoute aux coûts de gestion des services sans augmenter la performance. Par exemple, il faudrait accroître les dépenses totales de santé au Canada de 10 % si le régime canadien avait les mêmes coûts de gestion qu'aux États-Unis; cette somme représente la moitié de l'écart des dépenses de santé entre le Canada et les États-Unis (Evans, 2002b). Le personnel d'administration des services médicaux et hospitaliers américain est pléthorique. On y emploie 85 % plus de cadres administratifs qu'au Canada,

22 % plus de personnel de soutien dans les secteurs administratifs non financiers et 65 % plus de personnel dans le secteur de l'administration financière (Himmelstein *et al.*, 1996). L'étude d'Himmelstein *et al.* (1996) a exclu le personnel des compagnies privées d'assurance, celui des sièges sociaux des firmes hospitalières et celui des directions du personnel des entreprises américaines responsables de l'administration de leurs régimes d'assurance. Les coûts de gestion des hôpitaux américains représentent 26 % de leurs coûts totaux; cette proportion est plus élevée dans les hôpitaux privés (34 %) (Woodlander et Himmelstein, 1997). Par ailleurs, la disponibilité des professionnels de la santé est moins grande aux États-Unis qu'au Canada, même si la rémunération des médecins y est plus élevée. Les revenus des médecins américains étaient de 75 % supérieurs à ceux des médecins canadiens en 1991, quoique les médecins canadiens aient des revenus supérieurs à ceux de la plupart des pays européens (Fournier, 1998).

Le cas américain apparaît à plusieurs comme un exemple extrême. Les propositions de privatisation du financement des services médicaux et hospitaliers au Québec s'inspirent en tout ou en partie de la réalité américaine ou de la représentation qu'on s'en fait. Cependant, plus le financement privé sera appelé à jouer un rôle important dans le financement total des services médicaux et hospitaliers au Québec, plus les effets pervers de la privatisation du financement se feront sentir et plus ces services seront soumis aux mêmes pressions que les services américains. Par exemple, le régime québécois d'assurance médicaments réserve une large part au financement privé; seuls les citoyens sans protection privée adhèrent au régime public. On estime qu'en 1996 les coûts administratifs des régimes privés d'assurance médicaments avaient ajouté 70 millions de dollars à la facture québécoise de médicaments. Ce montant aurait été épargné si l'assurance médicaments était entièrement administrée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (Morgan, 1998).

4.3 En résumé

- 1) *Le potentiel de réduction d'utilisation de services médicaux et hospitaliers jugés inutiles par le financement privé est extrêmement limité. Il ne pourrait s'appliquer véritablement qu'à la première visite à un médecin de famille pour un épisode de soins.*
- 2) *Le paiement direct par l'utilisateur diminue sa consommation de services médicaux et hospitaliers que celle-ci soit justifiée ou pas.*
- 3) *Le financement privé amène des coûts additionnels de gestion des services médicaux et hospitaliers sans en augmenter l'efficacité. Clairement, ces coûts additionnels représentent des dépenses inutiles.*

5. L'intégrité du système public peut-elle être préservée ?

5.1 Argumentation en faveur du financement privé

« Les services médicaux et hospitaliers, de même que les services d'assurance, peuvent être fournis dans un marché compétitif au sein duquel les consommateurs et les fournisseurs profitent de la découverte d'information exclusive engendrée par le processus du marché [...] Tous les résidents du Canada devraient avoir accès à un régime de base de services médicaux, diagnostiques et hospitaliers prépayé et financé par le gouvernement. Une participation aux frais, calculée selon une échelle graduée mais sujette à un montant maximal, pourrait être exigée des patients dont le revenu dépasse un certain niveau. L'objectif de cette politique est de garantir que personne ne se voit refuser des services médicaux et hospitaliers de base en raison de difficultés financières. » (Coffey et Chaoulli, 2000 : 16-17, notre traduction).

Les régimes privés supplémentaires, complémentaires ou de substitution ne visent pas la disparition des régimes publics d'assurance santé (Ramsay, 1998; Coffey et Chaoulli, 2000). Les frais modérateurs permettent de diminuer l'utilisation inutile des services médicaux et hospitaliers, le paiement de frais supplémentaires accélère l'accès aux services aux gens prêts à déboursier, un régime privé complémentaire assure l'accès à des services exclus du régime d'assurance public et un régime d'assurance de substitution permet aux personnes non admissibles, ou qui s'excluent elles-mêmes des régimes publics, de s'offrir une protection contre les coûts des services de santé.

Les régimes publics d'assurance santé se maintiennent dans tous ces cas. Leur intégrité est préservée, puisque les personnes qui préfèrent le régime public ou qui ne disposent pas des ressources financières pour accéder aux services privés ont la garantie d'un accès socialement acceptable à un ensemble de services médicaux et hospitaliers.

5.2 Examen de l'argumentation en faveur du financement privé

Les conséquences du financement privé sur le système public dépendent de son rôle, de son étendue et des modalités d'application. Le financement privé menace l'intégrité du régime public si son introduction nécessite des modifications aux règles de financement du régime public, à ses principes d'organisation et d'allocation des ressources, à sa capacité de rétention d'une main-d'œuvre suffisante et de production de services médicaux et hospitaliers de qualité en quantité suffisante.

Les rôles supplémentaires, complémentaires ou de substitution du financement privé peuvent être plus ou moins importants. Tuohy Hugues *et al.* (à paraître) distinguent deux formes de rôles supplémentaires au financement privé, soit les frais modérateurs et l'accès accéléré à des services parallèles moyennant paiement. Plus les frais modérateurs sont élevés ou plus le paiement pour un accès privilégié aux services médicaux et hospitaliers s'étend à une vaste gamme, plus les citoyens à faible revenu seront exclus de ces services

et plus de régimes privés d'assurance seront offerts pour les couvrir. De même, plus la nomenclature de services assurés par le régime public est restrictive, plus il y aura de place pour les régimes privés complémentaires d'assurance. Enfin, certains groupes de citoyens peuvent être exclus en vertu de la loi ou peuvent avoir le choix de s'exclure eux-mêmes de la couverture publique d'assurance. L'importance démographique et économique de ce groupe détermine l'importance du financement privé dans ces régimes.

La diversité des modalités de financement privé et la variété de leur application rendent difficile d'en traiter d'une manière générale. Chacune des applications aura un effet complexe sur les programmes publics d'assurance dans le secteur de la santé, et les rapports qui s'établiront entre le financement privé et le financement public seront tout aussi complexes. En conséquence, il est impossible d'établir une règle générale qui qualifie les effets du financement privé sur ces programmes. Alors que certaines applications auront peu d'effets sur leur pérennité, d'autres auront des répercussions significatives.

□ *Les frais modérateurs et l'accès accéléré aux services médicaux et hospitaliers*

Les frais modérateurs introduisent une barrière économique à l'accès aux services médicaux et hospitaliers (Evans *et al.*, 1995) sans nécessairement mettre en péril le régime public d'assurance dans lequel ils s'inscrivent. Quand ils deviennent importants, les firmes privées d'assurance peuvent offrir une protection contre ces frais, comme en France (Organisation mondiale de la santé, 2002). On peut s'interroger sur l'utilité des frais modérateurs. L'adhésion à une assurance privée réduit leurs effets attendus. L'accès à un régime privé dépendra des conditions de vie de la personne et la qualité des protections offertes variera considérablement. Pour celles qui travaillent, l'assurance privée offerte par l'entreprise pourra couvrir les frais modérateurs. On peut s'attendre à ce que les régimes d'avantages sociaux des employés de l'État et des entreprises privées de bonne dimension incluent cette protection; ceux des entreprises de petite taille et les travailleurs autonomes devront se la procurer autrement ou s'en passer. Les personnes sans protection privée ou avec une protection de faible qualité subiront de plein fouet les conséquences du déboursé à l'utilisation. Par ailleurs, comme il a été souligné plus haut, les frais modérateurs n'ont pas l'effet espéré sur l'utilisation des services.

Au Québec, la croissance des contributions, exigées par l'État, des utilisateurs des services de santé est un facteur d'augmentation du financement privé des services de santé. C'est le cas des cotisations exigées des individus (contribution des adultes hébergés, suppléments de chambre) et des revenus autonomes des établissements (fondation, exploitation de services). À l'évidence, ces dépenses privées ne sont pas de même nature que les frais modérateurs imposés aux visites médicales ou à l'hospitalisation. Dans les faits, il s'agit d'argent exigé pour l'utilisation de services autres que cliniques, de profits de l'exploitation de services auxiliaires et de dons. Quoique cet argent soit réinvesti dans le système public, selon des règles diverses, on peut s'interroger sur son rythme d'évolution : les contributions des

adultes hébergés ont augmenté de 30,5 % de 1991 à 2001, soit une hausse bien supérieure à l'inflation.

Le régime public d'assurance médicaments du Québec a toujours exigé une contribution financière des personnes. Ce fut le cas des frais d'utilisation de 2 \$ imposés aux personnes âgées pour l'achat de médicaments (Martin, 1995). C'est également le cas du régime public d'assurance médicaments créé en 1996 : le principe de la contribution financière des usagers au paiement des médicaments qu'ils consomment fait partie intégrante du régime avec l'imposition d'une franchise et d'une coassurance.

Le financement privé peut permettre le développement de voies d'accès plus rapides aux services médicaux et hospitaliers pour les personnes qui acceptent de déboursier que pour celles qui s'en remettent uniquement aux services financés publiquement. L'étendue des services parallèles disponibles, les règles de pratiques professionnelles qui régissent la participation des professionnels de la santé à ces services, les droits d'utilisation des établissements et équipements publics, l'offre de régimes privés d'assurance feront varier les rapports entre les services à financement public et ceux à financement privé.

L'offre de régimes privés d'assurance facilite l'accès aux services médicaux et hospitaliers parallèles. Cependant, ces services doivent générer suffisamment d'activités pour retenir l'attention des assureurs privés. Un programme trop modeste risque de les laisser indifférents (Lévesque, 2002) et la quantité de services qui en découle restera insignifiante. Toutefois, même en présence d'offres d'assurance privée, les services parallèles peuvent demeurer modestes. Les cas de la Grande-Bretagne et de l'Australie illustrent ces deux possibilités.

En Grande-Bretagne, le financement de services privés parallèles se concentre dans l'offre, dans des hôpitaux privés ou publics, d'une quantité plutôt restreinte de services chirurgicaux électifs, à savoir deux douzaines de procédures environ (Tuohy Hugues *et al.*, à paraître; Hurley *et al.*, 2001). Les mêmes médecins travaillent dans les secteurs à financement privé et public. Ils ont une rémunération fixe dans le réseau public et reçoivent des honoraires en fonction du système à financement privé. Au cours des années 90, moins de 10 % du financement des services de santé était privé. En 1998, environ 11,5 % des Anglais souscrivaient à une assurance privée. Malgré l'adoption d'incitations fiscales à l'achat de régimes d'assurance privés par les citoyens, peu d'entre eux semblent attirés par cette possibilité. L'étendue limitée du financement privé en Grande-Bretagne ne semble pas menacer l'intégrité du régime à financement public, selon le *National Health Services (NHS)*. Cependant, des modalités et des niveaux de rémunération différents s'appliquent aux médecins selon le secteur dans lequel ils pratiquent.

Sans politique d'encouragement de l'État à l'achat d'assurance privée par les citoyens, le marché des assurances privées se développe avec difficulté. L'Australie offre un point de référence intéressant. La politique australienne promeut la contribution de l'État, des assureurs privés et des individus au financement des services de santé. L'Australie est une

fédération d'États dont la compétence en matière de services de santé est partagée entre le gouvernement fédéral et les États. Le gouvernement fédéral australien a un rôle beaucoup plus important en matière de santé que celui du Canada. L'organisation et le financement des services de santé dans ce pays ont subi des soubresauts de grandes amplitudes au cours des vingt dernières années (Hurley *et al.*, 2001). Les gouvernements travaillistes et conservateurs lui ont imposé des transformations radicales en introduisant, réduisant, annulant et réintroduisant le financement privé sous diverses formes. Des années 50 jusqu'en 1974, les gouvernements australiens ont favorisé, par des mesures fiscales et une lourde réglementation, les régimes privés d'assurance santé. En 1974 est introduit un régime public et universel, démantelé l'année suivante.

En Australie, l'assurance privée pour l'hospitalisation est séparée de l'assurance pour les autres types de services de santé. En 1974, quatre Australiens sur cinq contribuaient à un régime privé d'assurance hospitalisation. En 1984, cette proportion avait diminué à 50 % environ et elle s'est maintenue à ce taux jusqu'en 1987. Les déductions fiscales accordées aux adhérents à un régime privé d'assurance hospitalisation sont alors abolies et les primes s'accroissent. La proportion d'Australiens couverts par des régimes privés diminue jusqu'à 30 % en 1998. Puis une politique fiscale favorable à l'assurance privée est réintroduite avec pour objectifs de réduire les coûts de l'hospitalisation et de diminuer les listes d'attente. Cette politique s'accompagne d'une réglementation détaillée de l'industrie privée de l'assurance hospitalisation. La proportion d'Australiens qui adhèrent à un régime privé atteint 45 %, proportion en légère baisse en 2001 (Hurley *et al.*, 2001). Le coût total de la nouvelle subvention fiscale pour les primes d'assurance privée est de 2,2 milliards de dollars (2,3 milliards de subvention, moins 110 millions de revenu) pendant l'année financière 1998-1999. Cette année-là, il y a eu diminution des dépenses publiques d'hospitalisation de seulement 800 millions de dollars australiens. La différence entre la subvention fiscale et la diminution des dépenses publiques de santé dépasse 1,3 milliard de dollars (Vaithianathan, 2000a; 2000b). Il n'y a donc pas eu diminution des coûts publics des hospitalisations!

Le financement privé de services médicaux et hospitaliers supplémentaires a deux exigences, comme le montre le cas australien : premièrement, des incitations financières sous forme de subventions fiscales, de réductions de primes et d'avantages divers très coûteux pour l'État et, deuxièmement, une réglementation minutieuse de l'industrie de l'assurance privée. En Australie, l'organisation de la distribution des services hospitaliers est marquée par le double régime de financement. Seules les personnes hospitalisées couvertes par un financement privé ont le choix du médecin. Le régime public couvre une partie des frais médicaux pour une hospitalisation privée. Le tiers des hôpitaux sont privés, en excluant de cette catégorie les hôpitaux communautaires et privés sans but lucratif. Les hôpitaux publics accueillent les personnes couvertes par un financement privé. Il faut donc gérer cet ensemble de règles et de droits d'accès et de modalités de remboursement. Ces aspects de la gestion des services sont absents dans un système public et universel d'assurance santé.

□ *Le financement de services complémentaires*

Le Québec et les autres provinces canadiennes offrent des exemples de financement complémentaire des services de santé. Les entreprises incluent dans les avantages sociaux de leurs employés des régimes d'assurance privés pour les services de santé exclus totalement ou en partie du régime public, comme les prescriptions pharmaceutiques, les services dentaires, la physiothérapie. Les citoyens sont appelés à contribuer financièrement aux services sociaux et de santé de soutien, tels les services d'aide à domicile, l'hébergement de longue durée. La Commission Clair au Québec (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000) a souhaité qu'un examen critique de la Loi canadienne sur la santé soit entrepris pour redéfinir les services médicaux et hospitaliers assurés. Elle a proposé, tout comme la Commission Mazankowski (Premier's Advisory Council on Health for Alberta, 2001), en Alberta, l'introduction de la notion de panier de services médicaux et hospitaliers assurés. Cette notion implique que des services médicaux ou hospitaliers spécifiques sont assurés. La Loi canadienne sur la santé couvre les services « médicalement nécessaires », laissant aux médecins la liberté de déterminer les procédures diagnostiques et les traitements requis par la condition des patients. Dans ce contexte, la définition de panier de services médicaux est une façon plus ou moins élégante d'exclure du régime public d'assurance santé un ensemble de services et d'agrandir le champ d'application des régimes privés d'assurance complémentaire.

La Commission Hall (Hall, 1964-1965), à l'origine du régime canadien d'assurance santé, avait proposé l'adoption d'une couverture « intégrée » de services de santé, de l'hospitalisation jusqu'aux services à domicile, en passant par l'assurance médicaments. Elle proposait une stratégie d'implantation graduelle de ce régime intégré et suggérait de commencer par les services médicaux et hospitaliers. La Commission Hall proposait donc une vision de l'évolution du régime public inverse à celle des commissions Mazankowski (Premier's Advisory Council on Health for Alberta, 2001) et Clair (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000). Elle se situait en continuité avec les propositions actuelles d'extension du régime aux services continus pour personnes avec incapacité (Béland et Bergman, 2000; Conseil de la santé et du bien-être, 2001) et aux prescriptions pharmaceutiques (Conseil de la santé et du bien-être, 2000). Ces propositions visent à restreindre le champ d'application des assurances privées complémentaires.

Manifestement, les programmes publics québécois d'assurance dans le secteur de la santé n'ont pas suivi la voie ouverte par la Commission Hall (1964-65). Les dernières années ont donné lieu à une réduction de la couverture d'assurance publique des services de santé, sauf les médicaments, c'est-à-dire à ce qu'on appelle communément une désassurance de certains de ces services. Celle-ci a pris des formes différentes. L'État québécois a choisi de restreindre graduellement l'accessibilité à certains services de santé : exclusion de clientèles (services optométriques pour les moins de 65 ans, services dentaires pour les jeunes de plus de 10 ans), limitation des montants alloués (services reçus hors Québec), réduction des services couverts (orthèses-prothèses, limitation des visites chez le dentiste).

□ *Les régimes de substitution*

Le Québec ne connaît pas de régimes privés d'assurance de substitution de la nature de celui des Pays-Bas. Dans ce pays, les personnes ayant un revenu annuel élevé sont exclues du régime public d'assurance offrant une couverture pour les services médicaux et hospitaliers (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 1998). Le régime public négocie avec les assureurs privés la teneur de la protection, les coûts des contrats et les primes et franchises. Les citoyens admissibles au régime public choisissent un de ces assureurs privés. Les services de longue durée, les services à domicile, les services en centres de jour et d'autres services paramédicaux sont couverts par une loi dédiée aux dépenses médicales dites « exceptionnelles ». La gamme totale de services couverts est plus importante qu'au Québec. Les Pays-Bas ont conçu un appareil politique, législatif et institutionnel extrêmement complexe pour gérer les assureurs privés soit dans leur rôle d'assureurs des personnes admissibles au régime public, soit dans celui d'assureurs des personnes exclues de ce régime. Comparé aux systèmes de santé des autres pays européens, le régime néerlandais est caractérisé par une redistribution des revenus en faveur des personnes économiquement favorisées et par une inégalité d'accès aux services médicaux spécialisés (Evans, 2000; van Doorslaer *et al.*, 2000). L'inégalité d'accès à ces services paraît être liée à trois éléments des régimes privés d'assurance : 1) l'accès direct aux services spécialisés qui leur est réservé; 2) les honoraires supérieurs des spécialistes; et 3) les choix de plusieurs des assurés privés de ne pas couvrir les visites aux médecins de famille.

L'expérience néerlandaise d'assurance privée de substitution montre qu'un tel régime peut fonctionner dans des environnements très différents de ceux que l'on connaît au Canada en général et au Québec en particulier. Ces régimes ne se caractérisent pas par un appareil politique, législatif, institutionnel et administratif léger. Au contraire, la lourdeur qu'ils connaissent est plus prononcée que la nôtre.

Le régime d'assurance médicaments du Québec se rapproche quelque peu de l'idée de régime d'assurance de substitution. Mais ici, le régime public joue le rôle de substitut au régime privé. En conséquence de ce choix politique du gouvernement du Québec, le régime public joue le rôle d'assureur plutôt que de responsable d'une politique de santé publique du médicament. La gestion des médicaments au Québec tend à être séparée de la gestion de l'ensemble des services de santé. Il s'agit là d'une illustration des liens qui existent entre les modalités de financement (privées et publiques) des services de santé et la gestion de leur production.

□ *L'introduction du financement privé : quelques décisions à prendre*

Il est impossible de dresser le catalogue complet des décisions qu'il faut prendre pour permettre au financement privé de s'implanter. Les choix devront porter sur les éléments suivants du fonctionnement, de l'organisation, de l'allocation des ressources et du financement du système de santé :

- 1) Les services seront-ils financés partiellement ou entièrement par des sources privées ?
 - a) Tous les coûts de production des services médicaux et hospitaliers peuvent être pris en charge par les utilisateurs ou couverts par un assureur privé;
 - b) Le secteur public peut couvrir une partie des coûts de la production des services accessibles contre paiement privé.

Le système de santé du Québec accepte déjà la première solution. Des services médicaux entièrement financés par des sources privées sont accessibles, comme le cas des opérations pour des cataractes. La législation, la réglementation et la gestion des services médicaux et hospitaliers au Québec limitent de façon importante le développement de ces services. La deuxième solution permet d'accéder à des services financés publiquement moyennant une contribution privée.

- 2) Tous les services seront-ils accessibles contre un financement privé ou un sous-ensemble seulement ?
- a) Par la volonté du législateur, le financement privé peut être limité à une ou des catégories spécifiques de services : quelques procédures chirurgicales ambulatoires, l'accès aux médecins spécialistes, des hospitalisations entières;
 - b) En pratique, les assureurs privés peuvent couvrir un petit nombre de procédures médicales ou chirurgicales, limitant le développement du financement privé à un corridor plus ou moins étroit d'actes médicaux.

Il pourra être difficile de limiter l'application du financement privé par voie législative à une seule catégorie de services. En effet, les soins médicaux sont liés les uns aux autres : une visite à un généraliste mène à une visite à un spécialiste qui peut conduire à une hospitalisation. Si l'objectif de la privatisation du financement est d'accélérer l'accès aux soins, il n'y a pas de raisons intrinsèques de limiter la privatisation du financement à une seule catégorie de services. En conséquence, l'introduction du financement privé limité peut être l'annonce d'une expansion de l'offre de services à financement privé à plus ou moins court terme, surtout si des politiques de soutien fiscal favorisant l'assurance privée sont adoptées.

Dans tous les cas, les relations entre services privés et services publics devront être prévues. Une même personne peut utiliser les secteurs à financement privé et à financement public pour des services médicaux et hospitaliers différents à l'intérieur d'un même épisode de soins. La collaboration des établissements et des professionnels devra s'établir entre secteurs.

- 3) Le financement privé des services sera-t-il permis dans des établissements publics ?
- a) Le financement privé peut se limiter aux services disponibles dans des établissements privés seulement;
 - b) Le financement privé de services disponibles dans les établissements publics est possible.

La première solution contribue à la création d'un secteur privé de production de services. Si la deuxième solution est retenue, la budgétisation des établissements devra tenir compte des activités à financement privé. Comment seront payées les activités privées dans les établissements publics ? Comment seront établis les prix exigés par le secteur de production public des personnes qui utilisent les services à financement privé ? Selon les coûts moyens ? Les coûts marginaux ? Les coûts de production ? La capacité de payer des gens ? Les établissements publics pourront-ils générer des « profits » ? Comment seront considérés ces revenus privés dans la budgétisation des établissements publics ? Les gouvernements voudront-ils en récupérer une partie ?

- 4) Comment sera établie la rémunération des professionnels qui recevront les utilisateurs de services à financement privé ?
 - a) Les professionnels gardent pour eux tout le paiement;
 - b) Ils négocient des arrangements variables selon leur lieu de pratique;
 - c) Leur rémunération est la même dans les secteurs public et privé.

Il est peu probable que les professionnels aient une rémunération égale dans les deux secteurs. La rémunération supérieure des médecins dans le secteur à financement privé peut avoir pour effet d'augmenter la rémunération des médecins dans le secteur à financement public ou conduire à l'offre de meilleures conditions de travail : heures de travail, formation, avantages divers. Dans l'un et l'autre cas, les coûts des services professionnels dans le secteur à financement public augmenteront (Hurley *et al.*, 2001).

5.3 En résumé :

- 1) *Une introduction modeste du financement privé ne remettra pas nécessairement en cause le fonctionnement des services médicaux et hospitaliers à financement public, mais les avantages attendus sont illusoires. Il n'y a aucun intérêt à l'introduire.*
- 2) *Un financement privé substantiel nécessitera le développement d'un appareil législatif lourd de réglementation de l'activité des assureurs privés.*
- 3) *Le développement du marché de l'assurance privée des services médicaux et hospitaliers nécessite un soutien fiscal important de l'État. Ces dépenses fiscales profitent aux ménages les mieux nantis.*
- 4) *Un ensemble de règles et de procédures devront être développées, au-delà de l'appareil législatif, pour régir les rapports entre les services à financement privé et ceux à financement public. Ces règles modifient en profondeur le fonctionnement de tout le secteur public de production des services médicaux et hospitaliers.*

6. Le financement privé des services médicaux et hospitaliers modifie-t-il la distribution des revenus dans la société ?

6.1 Argumentation en faveur du financement privé

« Un système d'impôt juste reconnaît que les personnes vivant dans des conditions économiques comparables devraient être assujetties à un taux

d'imposition semblable, et que celles qui se trouvent dans des conditions économiques différentes devraient être assujetties à un taux d'imposition différent. Lorsque la consommation de services publics varie chez les personnes dont les conditions de vie sont semblables, l'équité augmente si leur contribution est liée au coût de ces services. L'équité augmente davantage si les personnes qui mettent leur santé à risque et entraînent de ce fait une croissance des dépenses de santé contribuent davantage au financement du système de santé. » (Aba et al., 2002, notre traduction).

Le but visé par le financement privé des services médicaux et hospitaliers n'est pas de modifier la redistribution des revenus entre les citoyens, mais d'améliorer l'accès à ces services. Bien sûr, les personnes qui en ont les moyens financiers utiliseront plus aisément les services à financement privé. Les personnes à faible revenu ont toujours la possibilité d'utiliser les services publics et elles se verront accorder des exemptions fiscales ou des exonérations diverses qui faciliteront leur utilisation de services à financement privé. Par ailleurs, les personnes qui mettent leur santé à risque et utilisent plus les services médicaux et hospitaliers paieront davantage.

6.2 Examen de l'argumentation en faveur du financement privé

□ *Le transfert de revenu dans un régime public*

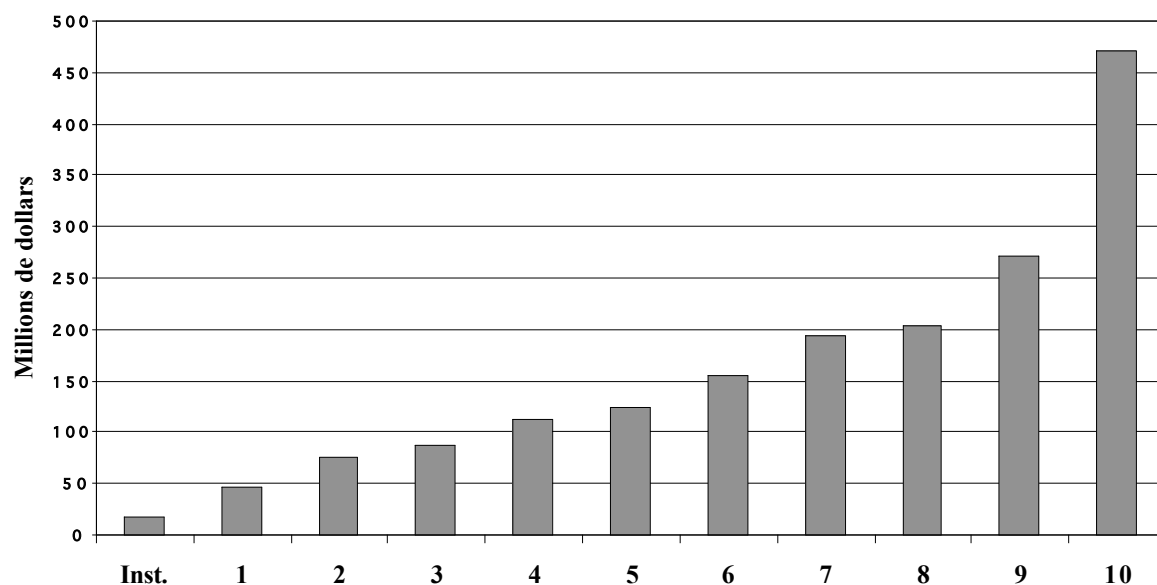
Les recherches sur les liens entre santé, revenu, hiérarchie sociale et pauvreté ont largement démontré que plus une personne dispose en quantité et qualité de ressources sociales, culturelles et économiques, meilleur sera son état de santé (Dalstra *et al.*, 2002; Evans, 2002a; Ferrie *et al.*, 2002; Lévesque *et al.*, 2002; Institut de la statistique du Québec, 2001; Subramanian *et al.*, 2002; Ross *et al.*, 2000). Puisque les services de santé ont pour fonction de diagnostiquer la maladie, traiter les malades, les guérir si possible ou maintenir leur état de santé, les personnes défavorisées auront des besoins en matière de services de santé supérieurs aux personnes favorisées.

Les programmes québécois d'assurance dans le domaine de la santé sont essentiellement financés par le régime progressif d'imposition du revenu. La progressivité du régime d'imposition assure que les plus riches consacrent une proportion plus élevée de leur revenu en impôt que les moins riches. Par ailleurs, Béland (1995) a montré que l'accès aux services médicaux au Québec était indépendant du revenu et associé à l'état de santé. La contribution des plus riches au financement des services de santé est proportionnellement plus importante que la contribution des moins riches et l'utilisation des services de santé par les moins riches est plus grande que celle des plus riches. L'étude de Mustard *et al.* (1998) au Manitoba illustre parfaitement cette situation. Dans un premier temps, Mustard *et al.* (1998) ont calculé la part des impôts des Manitobains qui vont aux services de santé, selon dix classes de revenu. Les dix classes sont simplement les déciles de revenu par ménage : la classe inférieure de revenu comprend les 10 % de personnes ayant des revenus inférieurs à 15 600 \$; la deuxième classe de revenu, les 10 % de

personnes ayant des revenus supérieurs à la classe de revenu précédente; et ainsi de suite. Le décile supérieur inclut les personnes vivant dans un ménage ayant des revenus supérieurs à 86 200 \$. Chaque classe de revenu comprend un peu plus de 100 000 personnes. Pour chacune de ces classes, la part des impôts et taxes qui va aux services de santé est calculée.

La contribution de la fiscalité aux soins de santé des Manitobains selon dix classes de revenu est illustrée à la figure 7. La progression de la contribution fiscale du décile inférieur de revenu au décile supérieur est remarquable. Le décile inférieur contribue pour 45 millions de dollars; le décile supérieur, pour près de 475 millions. Les personnes hébergées en institution forment une catégorie à part. Comme ce sont en majorité des personnes âgées à très faibles revenus, leur contribution est donc minime.

Figure 7. Contribution de la fiscalité aux soins de santé par décile de revenu, Manitoba, 1994



Inst. : personnes hébergées en institution
1 à 10 : décile de revenu

Source : Mustard *et al.*, 1998; Evans 2002b

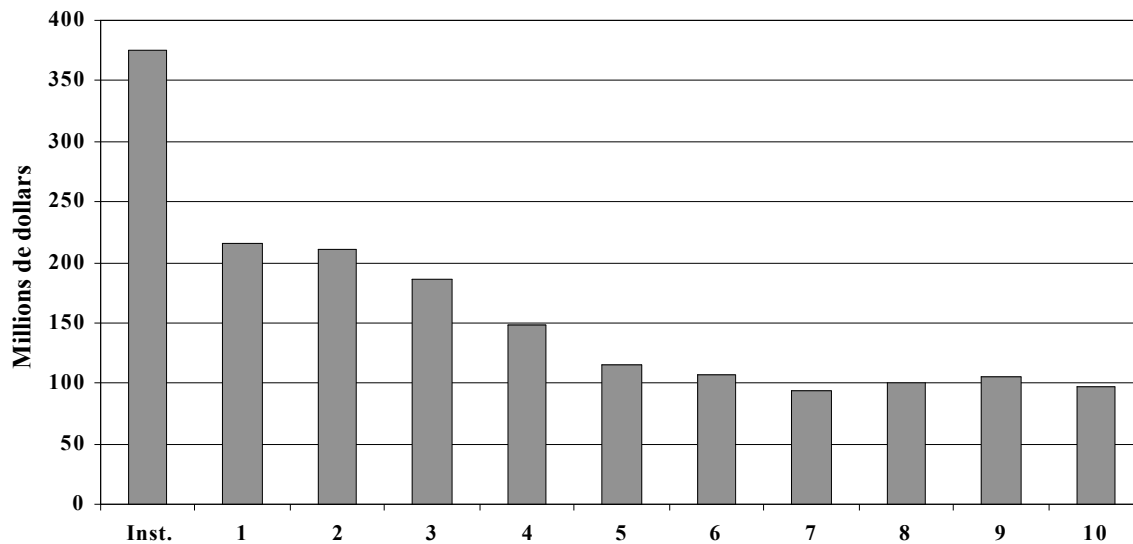
La figure 8 montre les dépenses publiques de santé par décile de revenu. Les dépenses des personnes des classes de revenu inférieures (215 millions) représentent le double des dépenses des personnes des classes de revenu supérieures (100 millions). Les personnes hébergées ont les dépenses les plus importantes.

Le transfert de revenu effectué par la conjonction d'un impôt progressif sur le revenu et la distribution des dépenses de santé par classe de revenu sont illustrés à la figure 9. Pour les plus pauvres, l'écart est de + 170 millions (215-45) et pour les plus riches, cet écart est de

– 375 millions (475-100).

Le transfert de revenu chez les personnes hébergées est très important, les coûts de l'hébergement en institution sont élevés et les revenus des personnes âgées sont généralement faibles.

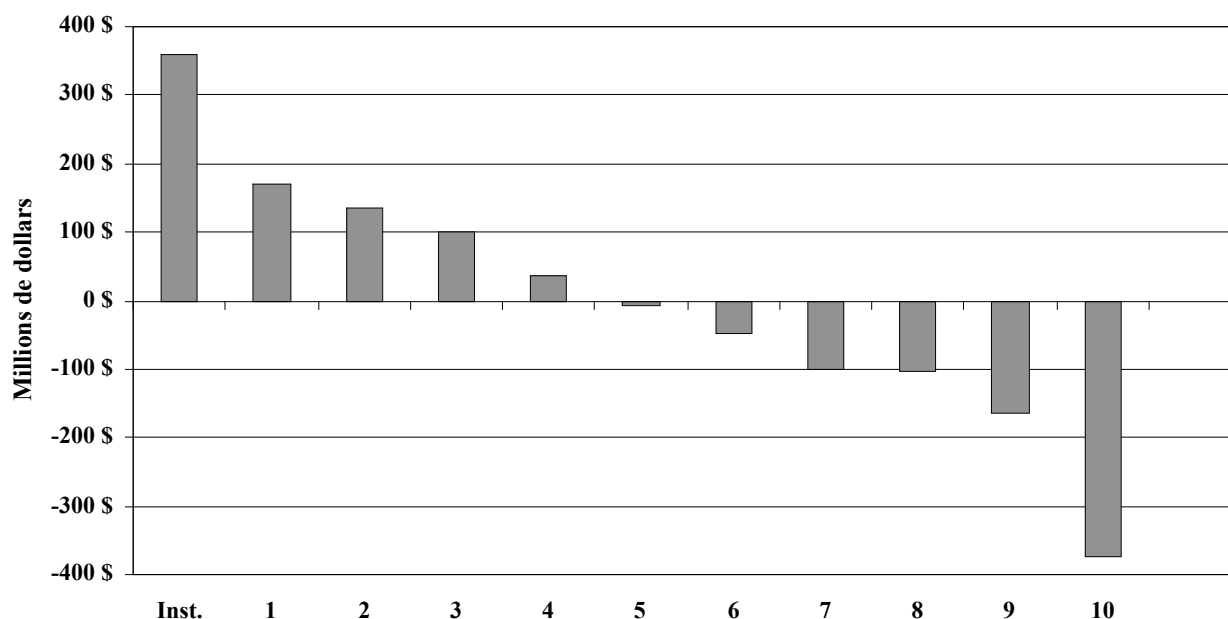
Figure 8. Dépenses publiques consacrées aux soins de santé par décile de revenu, Manitoba, 1994



Inst. : personnes hébergées en institution
1 à 10 : décile de revenu

Source : Mustard *et al.*, 1998; Evans 2002b.

Figure 9. Transfert net par décile de revenu attribuable au financement public des soins de santé, Manitoba, 1994



Inst. : personnes hébergées en institution
 1 à 10 : décile de revenu
 Source : Mustard *et al.*, 1998; Evans 2002b.

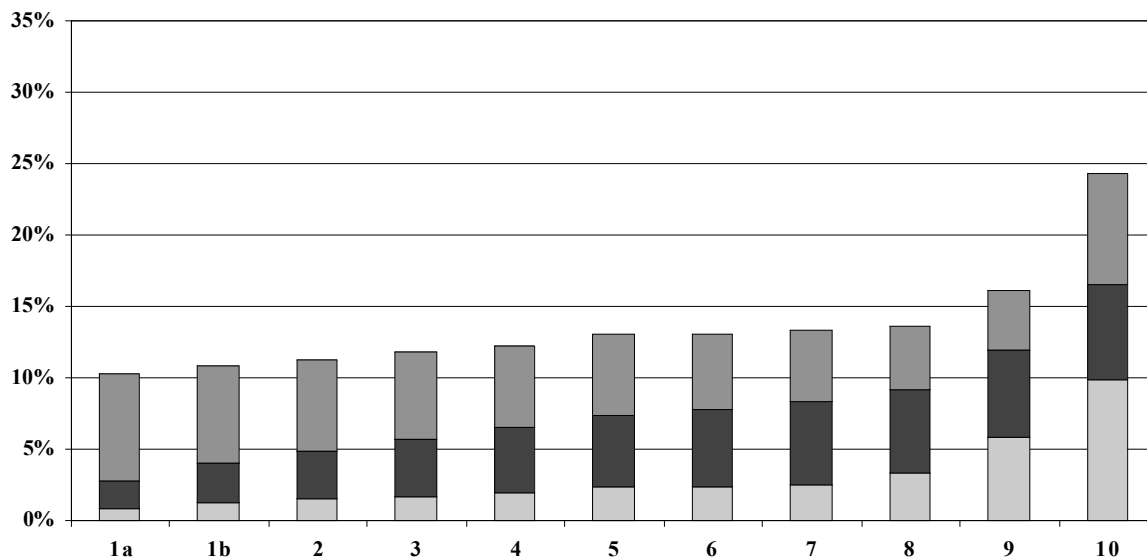
□ L'exemple américain : qui débourse et comment ?

Dans quelle direction l'introduction du financement privé influencerait-elle la redistribution des revenus illustrée à la figure 9 ? Les personnes âgées aux États-Unis sont couvertes par le régime public Medicare. Ce régime offre une couverture partielle des services comportant de nombreuses exclusions et limites à l'utilisation, tandis que les utilisateurs sont appelés à contribuer financièrement par des franchises et des co-paiements complexes et variés. Pour compliquer encore plus les choses, les Américains âgés peuvent adhérer volontairement à une partie supplémentaire de Medicare; ils doivent alors défrayer cette couverture. L'étendue de la couverture varie aussi selon le pourvoyeur de services choisis par la personne âgée : elle est souvent plus importante si elle s'inscrit à des organisations intégrées de services, comme les *Health Maintenance Organisation* (HMO). Finalement, les services de soins continus sont exclus de Medicare. Medicaid peut alors compléter la couverture de ces soins si la personne âgée est démunie. En conséquence, les personnes âgées qui en ont les moyens recourent à ce que l'on appelle le Medigap, c'est-à-dire une assurance privée qui couvre une partie de ce qu'exclut Medicare.

L'introduction massive du financement privé des services médicaux et hospitaliers au Québec pourrait ressembler à cette courtépointe américaine d'assurances partielles, de

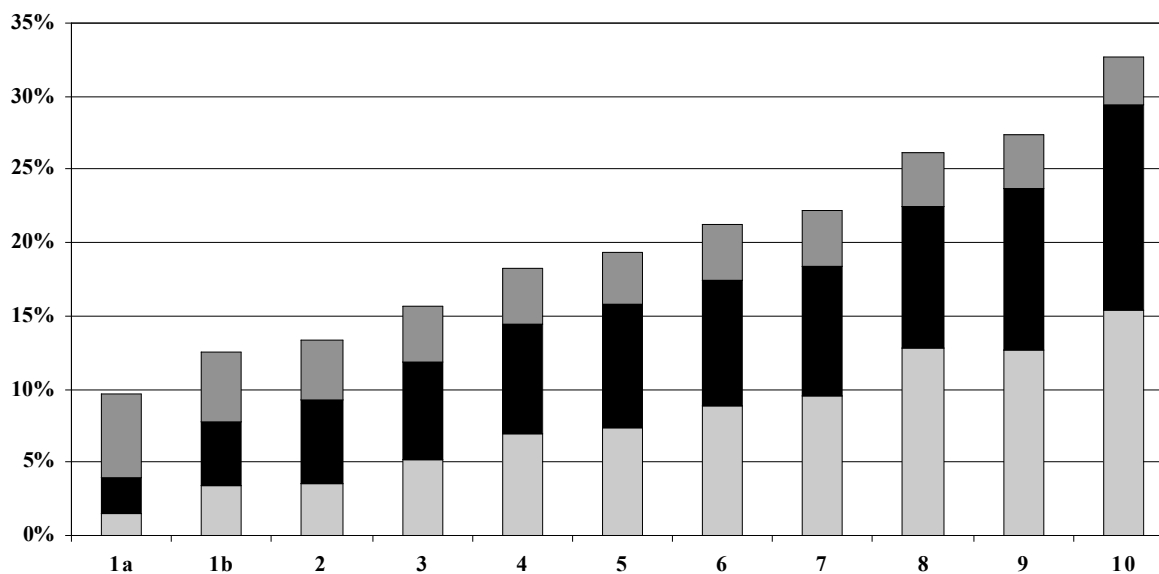
multiples contributions, de couvertures qui varient selon le pourvoyeur, de recours à l'assurance privée. La question qui se pose est alors la suivante : quelle est la conséquence des multiples façons de financer les dépenses de services de santé sur le budget des ménages de personnes âgées aux États-Unis ? Les figures 10 et 11 désagrègent les dépenses de santé des ménages américains selon leur source par décile de revenu (Rasell *et al.*, 1994). À la figure 10, on trouve les données des ménages de personnes âgées de moins de 65 ans et à la figure 11, celles des ménages de personnes âgées. Malgré le régime Medicaid, les personnes âgées à faible revenu consacrent de 25 à 30 % de leur budget au financement privé des services de santé. Les personnes âgées qui se retrouvent dans les déciles supérieurs de revenu en dépensent moins de 10 %. Si l'on compare les dépenses fiscales pour les services de santé, c'est-à-dire la part des taxes et impôts qui va aux services de santé, les ménages de personnes âgées à faible revenu y consacrent environ 5 %, contre 10 % pour les plus favorisés. Les résultats plus récents de Hwang *et al.*, (2001) et de Cristal *et al.*, (2000), quoique moins complets, vont dans le même sens.

Figure 10. Part du revenu dépensée en soins de santé aux États-Unis en 1987 par décile de revenu et mode de financement : ménages des personnes de moins de 65 ans



Source : Rasell *et al.*, (1994)

Figure 11. Part du revenu dépensée en soins de santé aux États-Unis en 1987 par décile de revenu et mode de financement : ménages des personnes de plus de 65 ans



Source : Evans (2002b_ et depuis le tableau 8 dans Rasell, Berstein et Tang (1994)

On voit bien, dans le cas américain, l'effet d'un régime d'assurance public partiel. Les ménages recourent massivement à l'assurance privée pour couvrir les services exclus ou pour s'assurer un accès plus rapide aux services. Ils affectent une part importante de leur revenu aux paiements directs de services de santé. Ces dépenses privées sont extrêmement coûteuses pour les ménages démunis. Ils y consacrent une part de cinq à six fois plus importante de leur revenu qu'en impôt. Avec l'accroissement des revenus, la part relative des dépenses privées diminue, tandis que l'importance relative des contributions fiscales augmente.

Aux États-Unis, il n'y a pas de régime public universel d'assurance santé. Les personnes d'âge moyen qui ne sont pas économiquement défavorisées doivent se procurer une couverture personnelle. Habituellement, l'assurance santé est offerte par l'employeur et comporte une grande variété d'avantages et de primes. On pourrait s'attendre à ce que les déboursés en matière de services de santé des ménages adultes de moins de 65 ans soient différents de ceux des ménages de personnes âgées. Les comparaisons entre les figures 10 et 11 montrent clairement que ce n'est pas le cas. Premièrement, les ménages âgés les plus favorisés consacrent une part de leur revenu aux services de santé approximativement équivalente à celle des ménages d'adultes de moins de 65 ans. Ce n'est qu'avec des revenus de moins en moins importants qu'apparaît une différence dans la proportion des dépenses de santé par ménage selon l'âge. Conséquemment, le vieillissement aurait des effets moins dramatiques sur l'utilisation des services de santé chez les riches que chez les

pauvres! Deuxièmement, la contribution fiscale aux services de santé est plus importante chez les ménages de moins de 65 ans que chez les ménages de plus de 65 ans. Troisièmement, malgré Medicare, la part des revenus des personnes âgées qui va aux assurances privées et à l'achat direct de services est plus importante que la part des ménages de moins de 65 ans pour une même catégorie de revenu.

Les figures 10 et 11 illustrent ce à quoi il faut s'attendre d'un régime public d'assurance santé partiel avec paiement de primes, de franchises et de co-paiements. Un tel régime encourage le recours à une multitude de sources de financement privé. Les déboursés personnels relatifs aux services de santé, soit sous forme de paiements directs ou de primes d'assurance privée, composent une part du budget des familles qui s'accroît avec la diminution des revenus disponibles. Dans les classes les plus favorisées, cette proportion est de 10 %; elle augmente jusqu'à 30 % chez les ménages les plus démunis, avec une croissance continue le long de l'échelle des revenus.

L'expérience australienne de soutien fiscal à l'assurance santé privée confirme l'expérience américaine. Le tiers le plus riche des Australiens a reçu la moitié de la subvention fiscale de 2,3 milliards de dollars australiens (Hurley *et al.*, 2001).

Il est donc faux de prétendre que le financement privé des services médicaux et hospitaliers n'a pas d'effet de redistribution de revenu. Il est possible de ne pas imposer de primes, franchises, copaiements et autres frais d'utilisation aux personnes des catégories de revenus inférieures. On ne fait alors que reporter l'effet de redistribution sur les personnes dont les revenus se situent au seuil de l'exclusion. En conséquence, tout régime public et universel d'assurance santé transfère des revenus des personnes favorisées à celles qui le sont moins. Toute mesure, aussi modeste soit-elle, qui introduit un financement privé des services médicaux et hospitaliers aura pour effet de réduire ces transferts.

La relation entre revenu et santé, d'une part, et maladies et besoins de services médicaux et hospitaliers, d'autre part, fait en sorte que non seulement les personnes à faible revenu utilisent plus de services, mais que le besoin de services augmente de façon continue avec la diminution du revenu. Les enjeux des rapports entre revenu, santé et services médicaux et hospitaliers ne concernent pas seulement les plus démunis ou les pauvres, mais toutes les personnes, quel que soit leur revenu. Les plus démunis auront toujours intérêt à avoir une couverture publique et universelle la plus complète possible. Les plus riches, quant à eux, ont intérêt à limiter la couverture et à introduire des modalités de financement qui lient l'utilisation et le paiement de façon à réduire le transfert de revenu illustré à la figure 9. Ce jeu des intérêts garantit le retour périodique du débat social sur le financement privé des services médicaux et hospitaliers, même si le financement privé n'offre aucune solution aux problèmes réels qu'affronte le système sociosanitaire québécois.

6.3 En résumé :

- 1) *Le financement des services médicaux et hospitaliers par un impôt progressif sur le revenu assure, compte tenu des besoins supérieurs des personnes économiquement défavorisées, une redistribution des revenus des gens en santé vers les personnes malades, et des personnes économiquement favorisées vers les personnes défavorisées.*
- 2) *Avec le financement privé des services, les ménages les moins bien nantis leur consacrent une part de leur budget beaucoup plus grande que les ménages les mieux nantis.*
- 3) *La couverture publique d'assurance des services médicaux et hospitaliers au Québec deviendra vulnérable si les ménages à revenu moyen n'ont pas la garantie de recevoir ou ne sont pas convaincus qu'ils recevront les services dont ils ont besoin au moment où ils les requièrent.*

CONCLUSION

Dans toute discussion sur la privatisation des services médicaux et hospitaliers, il faut distinguer la privatisation du financement de la privatisation de leur production (Organisation mondiale de la santé, 2002). Financement et production sont cependant liés de plusieurs façons. Plus la privatisation du financement est étendue, plus elle nécessite des modifications à l'organisation et à la gestion. À l'inverse, on peut faire l'hypothèse que la privatisation de la production des services pourra augmenter la place du financement privé (Evans, 2002b).

Le financement privé des services médicaux et hospitaliers est unique en raison de ses effets. Ainsi, il diminue la solidarité sociale, décroît l'accès des groupes sociaux défavorisés aux services, compromet la santé de la population et des individus (Organisation mondiale de la santé, 2002) et imposerait des modifications majeures aux programmes québécois d'assurance publique. L'existence parallèle d'un système de financement public et privé suppose un ensemble d'interactions denses des deux systèmes. L'influence du financement privé dépend de son rôle et de son étendue. L'imposition de frais modérateurs à l'utilisation de services couverts par un régime public ne compromet probablement pas la survie de l'assurance publique, mais introduit des incitations économiques qui restreignent l'accès aux services médicaux et hospitaliers pour les classes de revenu les plus faibles. Elle peut susciter l'implantation de régimes privés d'assurance supplémentaire et ne règle aucun des problèmes pour lesquels ils sont implantés.

L'introduction du financement privé des services médicaux et hospitaliers parallèles ou complémentaires ou l'introduction de régimes privés de substitution aura des effets importants sur le financement, l'organisation et la prestation de ces services médicaux et hospitaliers. Les professionnels de la santé auront à réorganiser leur pratique en fonction des nouvelles incitations économiques. Le réseau public devra s'adapter à de nouvelles exigences de rémunération ou de conditions de travail. Les pratiques de rémunération et de remboursement des dépenses de santé des personnes et des établissements devront s'adapter à des modalités de remboursement multiples. Les citoyens devront choisir le secteur dans lequel ils désirent utiliser des services et s'assurer de pouvoir défrayer les coûts de leur utilisation en tout ou en partie. Les personnes économiquement défavorisées et les malades devront consacrer une part plus importante de leurs budgets aux services médicaux et hospitaliers, tandis que le fardeau fiscal des plus riches sera diminué.

Dans tous les cas, les citoyens devront augmenter leurs dépenses personnelles en matière de services médicaux et hospitaliers sans avoir la garantie d'un meilleur accès, à un coût acceptable, à des services performants.

Le gouvernement du Québec n'a pas perdu le contrôle des dépenses publiques de santé depuis l'introduction des programmes publics d'assurance dans ce secteur. Malgré une augmentation de six fois en dollars courants des dépenses publiques de santé depuis 1975, leur part dans les dépenses gouvernementales de programmes n'est passée que de 28 % en 1981 à 30 % en 1991. Depuis lors, elle n'a pratiquement pas varié. La part des dépenses liées aux services médicaux et hospitaliers couverte par l'assurance publique s'est maintenue à 21 % pendant cette période. Le gouvernement du Québec attribuait aux dépenses totales de santé une proportion stable de ses recettes de 1981 à 2000, tandis qu'il diminuait à 19,5 % la part des recettes qu'il consacrait à la couverture des dépenses occasionnées par les services médicaux et hospitaliers pendant cette période.

Les programmes québécois d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation assurent la gratuité des services médicaux et hospitaliers « médicalement requis » pour leurs utilisateurs. L'appellation de « médicalement requis » donne aux médecins la liberté de décider des soins requis par leurs patients, liberté limitée par la disponibilité des ressources. Dans ce contexte, le gouvernement du Québec a réussi à diminuer l'importance relative des services médicaux et hospitaliers dans l'économie du Québec. Il a donc fait la démonstration qu'il disposait des leviers nécessaires pour contrôler les dépenses médicales et hospitalières.

La viabilité de programmes publics et universels d'assurance dans le secteur de la santé repose sur le désir des citoyens québécois de demeurer solidaires et sur la volonté politique de maintenir le financement et l'offre des services médicaux et hospitaliers de qualité en quantité suffisante (Hurley *et al.*, 2001).

Le financement privé des services médicaux et hospitaliers est soit inutile, soit nuisible. Ou bien il est introduit modestement et sa contribution est nulle, ou bien il est introduit massivement et il change de façon fondamentale la bonne marche de notre système de santé. L'appareil de gestion des services médicaux et hospitaliers est alourdi, l'assurance privée est fortement subventionnée par des mesures fiscales, les inégalités économiques sont accentuées et l'accès à des services de qualité est réduit pour la majorité de la population. Le sort des personnes à haut revenu et en excellente santé s'en trouve amélioré et leur liberté de choisir des services médicaux et hospitaliers est accrue. Cependant, dans ces circonstances, les intérêts et la liberté des autres citoyens, ceux qui sont moins nantis et en moins bonne santé, sont assujettis aux intérêts et à l'exercice du libre choix des premiers.

Aucune personne raisonnable ne voudra déboursier pour des services médicaux et hospitaliers si le régime public offre, et qu'elle perçoit qu'il offre, sans frais d'utilisation des services de qualité en quantité suffisante (Besley et Gouveia, 1994). Si, par négligence politique ou à cause de circonstances historiques particulières, la quantité et la qualité des services se dégradaient, les personnes à revenu moyen, celles dont les dépenses de santé rejoignent, en moyenne, leur contribution fiscale aux services médicaux et hospitaliers, pourraient promouvoir le financement privé de ces services. Au Québec, au cours de la

décennie qui vient de se terminer, les services médicaux et hospitaliers ont vu la part du PIB qu'on leur accordait annuellement se réduire de 5,2 % à 4,3 % de 1993 à 2001. Si la part du PIB consacrée aux services médicaux et hospitaliers était demeurée à son niveau de 1993, le système sociosanitaire québécois disposerait actuellement d'environ 2 milliards de dollars supplémentaires.

Le financement privé des services médicaux et hospitaliers est peu répandu au Québec. En effet, le financement privé de ces services est soumis aux dispositions de la Loi canadienne sur la santé. Les services exclus de cette loi, les services d'hébergement de longue durée et les services à domicile font l'objet d'un double financement, public et privé. Les dépenses gouvernementales et privées pour ces services ont connu des augmentations importantes depuis plusieurs années. Les régimes privés d'assurance n'offrent pas de protection contre les déboursés occasionnés par ces services. Les régimes privés d'assurance de substitution se sont développés pour couvrir les prescriptions pharmaceutiques, les soins et les appareils ophtalmologiques, et les soins dentaires. Des programmes gouvernementaux offrent une protection à des catégories particulières de citoyens pour ces services.

Le régime public d'assurance santé canadien n'a pas su s'adapter à cette nouvelle réalité. Cantonné dans le secteur des services médicaux et hospitaliers, il n'a pas suivi la voie tracée par le rapport fondateur du régime canadien d'assurance santé public (Hall, 1964-1965). Les accords fédéraux-provinciaux successifs sur le financement des services sociaux et de santé n'ont que partiellement pris en considération les interrelations des composantes du réseau et leurs effets sur la distribution des ressources financières et sur les budgets de services de santé des gouvernements provinciaux. À cet égard, il ne suffira pas pour le Québec de recevoir un financement fédéral supplémentaire pour un programme d'assurance médicaments et de services à domicile. Un nouveau regard doit être porté sur le réseau, son financement et son organisation. Plusieurs des éléments de solution ont déjà été présentés, ont fait l'objet de débats sociaux et ont reçu l'appui d'une large part de la société. La Commission Clair (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000) a indiqué quelques-uns des chemins à prendre. De même, le Ministère a défini ses priorités dans un document récent (MSSS, 2002a), il a indiqué des actions sectorielles intéressantes pour les services aux personnes âgées (MSSS, 2001) et un développement dans le secteur de la santé publique, de la promotion et de la prévention (MSSS, 2002b).

Il est temps de revoir la courtepoinTE des multiples régimes publics et privés d'assurance santé dans le contexte général des propositions de réforme, d'investissements et d'accroissement du financement des activités du système des services de santé et des services sociaux. Cette démarche doit viser l'alignement des objectifs de santé et des politiques de financement, de budgétisation et d'organisation des services sociaux et de santé. L'analyse de l'effet du financement privé sur divers aspects de l'accès et de l'utilisation des services médicaux et hospitaliers peut s'appliquer à d'autres secteurs des

services de santé. Les prescriptions de médicaments sont incluses dans plusieurs régimes publics d'assurance santé. La perte d'autonomie chez les personnes âgées représente un risque difficile à prévoir, extrêmement coûteux pour les personnes qui sont touchées. L'Allemagne et le Japon offrent à leurs citoyens une protection publique contre les effets de la dépendance (Von Kondratowitz *et al.*, 2002; Matsuda, 2002). Le Québec peut et doit revoir sa politique en ces matières.

La viabilité d'un régime public et universel d'assurance santé dans une société dynamique, avec une population qui vieillit, qui s'instruit, à l'affût des innovations, du progrès technique, exigeante quant à la qualité des services qu'elle utilise dépend de sa capacité à s'adapter, à investir, à se transformer dans le respect de ses valeurs et caractéristiques fondamentales.

Le véritable défi du système sociosanitaire québécois pour faire face au vieillissement, au progrès technologique et à la transition épidémiologique est l'intégration, dans sa façon de fonctionner, de l'innovation, de l'expérimentation et du changement.

ANNEXE 1. DÉFINITION DES DÉPENSES DE SANTÉ PRIVÉES, PUBLIQUES ET TOTALES

(Statistiques Canada, 2001)

Les dépenses publiques de santé : les dépenses des gouvernements des provinces et des territoires – en l’occurrence ici le gouvernement du Québec – pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé en utilisant des fonds transférés par le gouvernement fédéral et les fonds des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Les dépenses privées de santé : elles sont constituées de trois types de décaissements, lesquels donnent une idée de l’origine des fonds et de la source de données. Les deux premiers types sont les dépenses des compagnies d’assurance maladie et les dépenses directes des particuliers. Le troisième type de décaissements est constitué par les éléments suivants : les recettes des établissements de soins de santé provenant des services aux patients payés par les assureurs privés ou par les patients eux-mêmes, tels que les frais additionnels pour des chambres privées et la coassurance pour des soins à long terme; les frais pour des services aux non-résidents du Canada; les frais pour des services aux résidents non assurés; les frais pour des services qui ne sont pas médicalement nécessaires; les recettes provenant d’autres sources que les services aux patients, tels que les services de diététique, les revenus de placement, les dons philanthropiques et les opérations connexes (stationnement et concessions); les dépenses en immobilisations; et les dépenses en recherches sur la santé.

Les dépenses totales de santé : elles représentent l’addition des dépenses publiques et des dépenses privées.

ANNEXE 2. LES SECTEURS D'ACTIVITÉS DES SERVICES DE SANTÉ

(classification de l'Institut canadien d'information sur la santé, ICIS 2000)

Les hôpitaux : les dépenses publiques entrant dans cette catégorie comprennent les dépenses engagées par le gouvernement provincial, les dépenses directes du gouvernement fédéral et les dépenses de la Commission de la santé et de la sécurité au travail, dépenses réalisées dans des hôpitaux publics, privés et fédéraux qui fournissent des soins actifs, des soins de longue durée et des services de réadaptation. Il peut s'agir d'hôpitaux de soins de courte durée, d'hôpitaux psychiatriques, d'hôpitaux spécialisés (pédiatrie, cardiologie, neurologie,...), d'hôpitaux pour convalescents, de centres de maternité, de centres pour cancéreux.

Les dépenses privées incluent les tarifs pour les chambres, les revenus de placement, les frais de services fournis à des personnes non-assurées, les fonds provenant d'activités de bienfaisance, les revenus de stationnement et de concessions.

Les autres établissements : cette catégorie inclut tous les établissements agréés, subventionnés ou titulaires d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux et qui hébergent des personnes : centres d'hébergement et de soins de longue durée, pavillons, centres de réadaptation. Sont exclus, les établissements n'offrant que des services de garde, les centres pour itinérants, les centres pour délinquants.

Les dépenses publiques comprennent les dépenses engagées par les gouvernements, comme pour les hôpitaux.

Les dépenses privées proviennent essentiellement des contributions directes des bénéficiaires (Rapport annuel des établissements de soins spéciaux, Statistique Canada).

Les médecins : cette catégorie inclut les services fournis par les médecins.

Les dépenses publiques incluent le paiement de services cliniques, les salaires et autres formes de revenus contractuels, les honoraires payés par la CSST, les dépenses directes d'organismes fédéraux. La rémunération des médecins, employés par les hôpitaux et les directions de santé publique, n'entre pas dans cette catégorie, tout comme d'ailleurs la rémunération pour des activités administratives.

Les dépenses privées sont tirées des rapports soumis par les assureurs privés mais, surtout, de l'Enquête sur les dépenses des familles (Statistique Canada).

Les autres professionnels : cette catégorie inclut les dentistes, les psychologues, les denturologistes, les optométristes, les podiatres, les ostéopathes, les naturopathes, les infirmières en service privé et les physiothérapeutes. Les dépenses pour les soins de la vue entrent dans cette catégorie; dans le cas du secteur privé, elles entrent plutôt dans la catégorie autres dépenses. Soulignons que les services des dentistes représentent environ 65 % du total de cette catégorie, selon les données pour le Québec obtenues de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Les dépenses privées proviennent des rapports soumis par les assureurs privés et de l'Enquête sur les dépenses des familles.

Les médicaments : cette catégorie inclut les dépenses engagées pour l'achat de médicaments sur ordonnance ou en vente libre et de produits de santé personnels (appareils, orthèses-prothèses, etc.). Sont exclues, les dépenses relatives aux médicaments délivrés sur ordonnance dans les hôpitaux et les autres établissements (reportés à ces catégories).

Les immobilisations : cette catégorie regroupe les dépenses relatives à la construction et à l'achat d'équipements pour les hôpitaux, les cliniques, les CHSLD et les centres de réadaptation.

Les autres dépenses : cette catégorie peut être divisée en trois tiers au regard des dépenses totales : la santé publique; les services ambulanciers, les lunettes et les soins des yeux; les services divers (soins à domicile, appareils auditifs, orthèses-prothèses, frais d'administration préalables au paiement, recherche, divers). Les données du secteur privé sont tirées, pour l'essentiel, des rapports des assureurs et de l'Enquête sur les dépenses des familles.

ANNEXE 3. DÉFINITION EN VERTU DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Les services de santé assurés sont les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire médicalement nécessaires qui sont fournis aux personnes assurées.

Aux termes de la Loi canadienne sur la santé, les services hospitaliers assurés désignent les services médicalement nécessaires fournis dans un hôpital à des malades hospitalisés ou externes, tels que l'hébergement régulier ou en salle commune, les services infirmiers, certains actes de diagnostic comme les tests sanguins et les radiographies, l'administration des médicaments fournis à l'hôpital aux patients, et l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie.

Au sens de la Loi, les services médicaux assurés sont les « services médicalement nécessaires fournis par un médecin ». Les services médicalement nécessaires sont généralement déterminés conjointement par les médecins et par les régimes d'assurance santé provinciaux et territoriaux.

Les services de chirurgie dentaire sont les services fournis par un dentiste dans un hôpital et qui ne peuvent être offerts convenablement que dans un tel établissement.

Les services complémentaires de santé visés par la Loi canadienne sur la santé comprennent les services de soins de longue durée en établissement (les soins intermédiaires en maison de repos et les soins en établissement pour adultes) et les composantes « santé » des soins à domicile et des soins ambulatoires.

BIBLIOGRAPHIE

ABA, S., W.D. GOODMAN, et J.M. MINTZ (2002). « Funding public provision of private health. The case for a copayment contribution through the tax system », *CD Howe Institute Commentary*, n° 163.

BECK, R.G., et J.M. HORNE (1981). « Fee-for-service versus prepaid group practice and longitudinal effects in utilization », *Medical Care*, 19 : 759-765.

BÉLAND, F., (1995). « Costs of ambulatory medical care over the long term in the Québec Medicare system », *La revue canadienne du vieillissement*, 14 : 390-413.

BELAND, F., et H. BERGMAN (2000). « Home care, continuing care, and Medicare : A Canadian model or innovative models for Canadians ? », *Healthcare Papers*, 1 : 38-46.

BERGMAN, H., P. LEBEL, A.-P. CONTANDRIOPOULOS, P. TOUSIGNANT, Y. BRUNELLE *et al.* (1997). « Care for Canada's frail elderly population : fragmentation or integration ? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 157 : 1116-1121.

BESLEY, T. et M. GOUVEIA (1994). « Alternative systems of health care provision », *Economic Policy*, 19 : 199-258.

BESLEY, T., J. HALL et I. PRESTON (1998). « Private and Public Health Insurance in the UK », *European Economic Review*, 42 : 491-97.

BLAIS, R. (1993). « Variations in surgical rates in Québec : Does access to teaching hospitals make a difference ? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 148 : 1729-1736.

BRUNET, P. (2001). « Plaidoyer pour un partenariat public-privé dans le domaine de la santé », *La Presse*, 29 mars.

CHRISTENSEN, S., S. LONG et J. RODGERS (1987). « Acute health care costs for the aged Medicare population : Overview and policy options », *Milbank Quarterly*, 66 : 397-425.

COFFEY, J.E., et J. CHOULLI (2000). *Le choix privé universel : une vision de la santé offrant la qualité, l'accès et le choix à tous les Canadiens*, Montréal, Institut économique de Montréal.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (2000). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, La Commission, ministère de la Santé et des Services sociaux.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1995). *Un juste prix pour les services de santé*, Québec, Le Conseil.

CONSEIL DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE (2000) *Piste de révision du régime général d'assurance médicaments : mémoire présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales*, Québec, Le Conseil.

CONSEIL DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE (2001). *Vieillir dans la dignité*, Québec, Le Conseil.

CRISTAL, S., J.W. JOHNSON, J. HARMAN, U. SAMBOMOORTHY et R. KUMAR (2000). « Out-of-Pocket Health Care Costs Among Older American », *Journal of Gerontology : Social Sciences*, 55b : s51-62.

DALSTRA, J.A., A.E. KUNST, J.J. GEURTS, F.J. FRENKEN et J.P. MACKENBACH (2002). « Trends in socioeconomic health inequalities in the Netherlands, 1981-1999 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56 : 927-34

DECOSTER, C., S. PETERSON, R. WALID, L. MACWILLIAM (1998). *Surgical Waiting Times*, Winnipeg, Université du Manitoba, Manitoba Centre for Health Policy.

EVANS, R.G., M.L. BARER et G.L. STODDART (1995). « User fees for health care : why a bad idea keeps coming back (or, what's health got to do with it ?) », *La revue canadienne du vieillissement*, 14 : 360-389

EVANS, R.G. (2000). *Financing Health Care : Taxation and the alternatives*, Vancouver, Université de Colombie-Britannique, Centre for Health Services and Policy Research, HPRU Discussion Paper 00:15D.

EVANS, R.G. (2002a). *Interpreting and Addressing Inequalities in Health from Black to Acheson to Blair to...?*, London, Office of Health Economics.

EVANS, R.G. (2002b). *Lever les fonds : options, conséquences et objectifs pour le financement des soins de santé au Canada*, Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Étude n° 27.

FERRIE, J.E., M.J. SHIPLEY, G. DAVEY SMITH, S.A. STANSFELD et M. G. MARMOT (2002). « Change in health inequalities among British civil servants : the Whitehall II study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56 : 922-926.

FORGET, E.L., R. DEBER et L.L. ROSS (2002). « Medical savings accounts : Will they reduce costs ? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 167 : 143-147.

FOURNIER, M.A. (1998). « Incidence des infrastructures et des ressources humaines sur les dépenses de santé », in FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ (1998), *La santé au Canada : un*

héritage à faire fructifier, vol. 4 : *Le secteur de la santé au Canada et ailleurs*, Sainte-Foy, MultiMondes, p. 255-286.

GAGNAN BRUNETTE, M. (2002). « Les coûts de la santé. Des solutions aux problèmes du coût de la médecine », *Le Devoir*, 4 février.

GORDON, M., J. MINTZ et D. CHEN (1998). « Funding Canada's health care system : a tax-based alternative to privatization », *Canadian Medical Association Journal*, 159 : 493-496.

GRATZER, D. (1999). *Code Blue. Reviving Canada's Health Care System*, Toronto, ECW Press.

HALL, H. (1964-65). *Royal Commission on Health Services : Report*, Ottawa, Queen's Printer and Controller of Stationery.

HIMMELSTEIN, D.U., J.P. LEWONTIN et S. WOODHANDLER (1996). « Who administers ? Who Cares ? Medical administrative and clinical employment in the United States and Canada », *American Journal of Public Health*, 86 : 172-178.

HOLAHAN, J., et J. KIM (2000). « Why does the number of uninsured Americans continue to grow ? », *Health Affairs*, 19 : 188-196.

HOLAHAN, J., J.M. WIENER et A.W. LUTSKY (2002). « Health policy for low-income people : States responses to new challenges », *Health Affairs*, www.healthaffairs.org/WebExclusives/Holahan_Web_Excl_052202.htm.

HURLEY, J., R. VAITHIANATHANA, T.F. CROSSLEY et D. COBB-CLARK (2001). *Parallel Private Health Insurance in Australia : A Cautionary Tale and Lessons for Canada*, Hamilton, McMaster University, Centre for Health Economics and Policy Analysis, Research Working Paper 01-12.

HWANG W., W. WELLER, H. IREYS et G. ANDERSON (2001). « Out-of-pocket spending for care of chronic conditions », *Health Affairs*, 20 : 267-278.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTE (2000). *Bases de données sur les dépenses nationales de santé : tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2001*, Ottawa, L'Institut.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUEBEC (2001). *Enquête sociale et de santé, 1998 : Niveau 1, Caractéristiques de l'individu - État de santé et de bien-être*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf/e_soc98v2-6.pdf.

INSTITUT FRASER (1999). *New health spending is a waste*,
www.fraserinstitute.ca/shared/readmore.asp?sNav=nr&id=397

LEFEBVRE, A., et L. SODERSTROM (2000). *Le vieillissement de la population québécoise : conséquences sur le financement des dépenses publiques de santé*, Québec, Conseil de la santé et du bien-être.

LEVESQUE, A., P.C. HUMBLET, M. WILMET-DRAMAIX et R. LAGASSE (2002). « Do social class differentials in health and health behaviors exist in young people (15-to-24-year-old) in Belgium ? », *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 50 : 371-82.

LEVESQUE, K. (2002). « Santé : les assureurs sont prêts à prendre le relais de Québec », *Le Devoir*, 1^{er} novembre.

LOHR, K.N., R.H. BROCK, C.J. KARNBERG, G.A. GOLDBERG, A. LEIBOWITZ et J. KESSEY (1986). « Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment. Diagnosis- and service specific analyses in a randomized controlled trial », *Medical Care*, 24 : S1-87.

MARTIN, P. (1995). *La contribution de deux dollars : un an et deux ans après ; portrait évolutif du programme de médicaments pour les personnes âgées*, Québec, Régie de l'assurance maladie du Québec, Direction générale de l'évaluation et du contrôle, Direction des affaires médicales et de l'évaluation des programmes.

MATSUDA, S. (2002). « The health and social system for the aged in Japan », *Aging, Clinical and Experimental Research*, 14 : 265-270.

MIGUE, J. L. (2002). *Financement et production des services de santé : perspectives et voies de solution*, Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Étude n° 10.

MINISTERE DE LA SANTE, DU BIEN-ETRE ET DES SPORTS (1998). *Health Insurance in the Netherlands*, 4^e édition, Amsterdam, ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports.

MORGAN, S. (1998). *Quebec's Drug Insurance Plan : A Prescription for Canada ?* Vancouver, Université de Colombie-Britannique, Centre for Health Services and Policy Research, HPRU Discussion Paper 1998-2D.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). *Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002a). *Plan de la santé et des services sociaux : pour faire les bons choix*, Québec, ministère de la Santé et des services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002b). *La politique de la santé et du bien-être : la politique renouvelée 2002*, Québec, ministère de la Santé et des services sociaux, www.infocentres_rsss.gouv.qc.ca/appl/h33/H33AffType.asp?NoType=6

MUSTARD, C.A., M.L. BARER, R.G. EVANS, J. HORNE, T. MAYER et S. DERKSEN (1998). *Paying taxes and using health care services. The distributional consequences of tax financed universal health insurance in a Canadian province*, Étude présentée à la Conférence sur le niveau de vie et la qualité de vie au Canada, Centre d'étude des niveaux de vie, Ottawa 30-31 octobre.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002). *The Role of the Private Sector and Privatization in European Health Systems*, Copenhague, Organisation mondiale de la santé, Comité régional de l'Europe, 52^e Assemblée, 16-19 septembre.

PREMIER'S ADVISORY COUNCIL ON HEALTH FOR ALBERTA (2001). *A Framework for Reform*, Edmonton, Premier's Advisory Council on Health for Alberta.

PROPPER, C., et K. GREEN (1999). *A Larger Role for the Private Sector in Health Care ? A Review of the Arguments*, Bristol, University of Bristol, Centre for Markets and Public Organizations (CMPO), Working Paper 99-009.

RAMSEY, C. (1998). *Medical Savings Accounts*, Vancouver, Institut Fraser.

RASELL, E., J. BERNSTEIN et K. TANG (1994). « The Impact of Health Care Financing on Family Budgets », *International Journal of Health Services*, 24 : 691-714.

REUBER, G.L., et F. POSCHMANN (2002). « For the Good of the Patients : Financial Incentives to Improve Stability in the Canadian Health Care System », *CD Howe Institute Commentary*, 173 : 1-30.

ROOS, N.P., et L.L. ROOS (1996). « Les variations géographiques de l'utilisation, le style de pratique et la qualité des soins », in EVANS, R.G., M.L. BARE et T.D. MARMOR (1996), *Être ou ne pas être en santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, chapitre 10.

ROSS, N.A., M.C. WOLFSON, J.R. DUNN, J.M. BERTELOT, G.A. KAPLAN et J.W. LYNCH (2000). « Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States : cross sectional assessment using census data and vital statistics », *British Medical Journal*, 320 : 898-902.

SHIELS, J., et P. HOGAN (1999). « Cost of Tax-exempt Health Benefits in 1998 », *Health Affairs*, 18 : 176-181.

SYSTEME D'INFORMATION FINANCIERE ET OPERATIONNELLE (2002). *Traitement spécial des données du Système d'information financière et opérationnelle*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

SILVERMAN, E.M., J.S. SKINNER et E.S. FISHER (1999). « The association between for-profit hospital ownership and increased Medicare spending », *The New England Journal of Medicine*, 341 : 420-426.

STABILE, M. (2001). « Private insurance subsidies and public health care markets : Evidence from Canada », *Canadian Journal of Economics*, 34 : 921-942.

SUBRAMANIAN, S.V., D.J. KIM et I. KAWACHI (2002). « Social Trust and Self-Rated Health in US Communities : a Multilevel Analysis », *Journal of Urban Health*, 79 : S21-34.

TAMBLYN, R., R. LAPRISE, J.A. HANLEY, M. ABRAHAMOWICZ, S. SCOTT, N. MAYO, J. HURLEY, R. GRAD, E. LATIMER, R. PERREAULT, P. MCLEOD, A. HUANG, P. LAROCHELLE et L. MALLET (2001). « Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons », *Journal of the American Medical Association*, 285 : 421-9

TUOHY HUGUES, C., C.M. FLODD et M. STABILE (à paraître) « How does private finance affect public health care systems ? », *Journal of Health, Policy and Law*.

VAITHIANATHAN, R. (2000a). *Will Subsidizing Private Health Insurance Help the Public Health System ?*, Canberra, Australian National University, Economics Programme, Research School of Social Science, Working Paper.

VAITHIANATHAN, R. (2000b). *An Economic Analysis fo the Private Health Insurance Incentives Act (1998)*, Canberra, Australian National University, Centre for Economics Policy Research, Discussion Paper No. 417.

VAN DOORSLAER, E., A. WAGSTAFF, H. VAN DER BURG, T. CHRISTIANSEN *et al.* (2000). « Equity in the delivery of health care in Europe and in the US », *Journal of Health Economics*, 19 : 553-583.

VON KONDRATOWITZ, H.J., C. TESCH-RÖMER et A. MOTEL-KLINGEBIEL. (2002). « Establishing systems of care in Germany : A long and winding road », *Aging, Clinical and Experimental Research*, 14 : 239-246.

WOOLHANDLER, S., et D.U. HIMMELSTEIN (1997). « Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States », *New England Journal of Medicine*, 336 : 769-774.

WOOLHANDLER, S., et D.U. HIMMELSTEIN (2002). « Paying for national health insurance and not getting it », *Health Affairs*, 71 : 88-98.

