

PROFIL DE SIX RÉGIMES DE SOINS DE SANTÉ : CANADA, AUSTRALIE, PAYS-BAS, NOUVELLE-ZÉLANDE, ROYAUME-UNI ET ÉTATS-UNIS

30 avril 2001

par Colleen M. Flood*

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

POUR CHAQUE PAYS :

I. FINANCEMENT ET COÛTS

II. RÉSULTATS POUR LA SANTÉ

III. QUESTIONS RELATIVES À LA COUVERTURE ET À L'ACCÈS

IV. OFFRE

i. Hôpitaux

ii. Fournisseurs de services

V. RÉFORME DU SECTEUR DE LA SANTÉ

VI. LEÇONS POUR LE CANADA

CONCLUSION

* Faculty of Law, University of Toronto, Canada. Courriel : colleen.flood@utoronto.ca. J'aimerais remercier mes adjoints à la recherche, Tom Archibald, Andrew Ashenhurst et Tracey Epps, pour leur précieuse collaboration. J'aimerais également remercier Pauline Allen, Andre den Exter, David Hughes, Jeremiah Hurley, Lynne McKenzie, Mark Stabile et Carolyn Tuohy pour leurs observations. La responsabilité de toute erreur ou omission qui subsisterait dans le texte me revient.

INTRODUCTION

Les Canadiens sont très fiers de leur régime de soins de santé (l'« assurance-maladie »), et le Canada est le seul pays industrialisé à interdire l'établissement d'un système à deux vitesses où les personnes disposant des ressources financières nécessaires peuvent passer avant les personnes moins bien nanties inscrites sur les listes d'attente du secteur public. On s'inquiète toutefois beaucoup de la viabilité économique de ce régime de soins de santé et on se pose de plus en plus des questions telles :

1. Le Canada devrait-il permettre au financement privé de jouer un rôle plus grand (que ce soit sous forme d'assurance privée ou de sommes déboursées par les particuliers) afin d'alléger le fardeau que représente l'accroissement du coût des soins de santé pour le secteur public?
2. Le Canada devrait-il permettre à des fournisseurs de soins de santé à but lucratif de faire concurrence aux fournisseurs publics de soins de santé?
3. Peut-on moderniser le régime de soins de santé canadien de façon à ce qu'il soit assez flexible pour s'adapter rapidement aux progrès technologiques et au changement des caractéristiques démographiques du pays et à ce qu'il garantisse à tous les Canadiens l'accès équitable non seulement aux services hospitaliers et médicaux, mais également aux médicaments, aux soins à domicile, au matériel médical, à la thérapie génique, etc.?

Le Canada n'est pas seul à se débattre avec la tâche complexe de gérer un régime de soins de santé équitable et d'en garantir la pérennité. Dans ce document, nous présentons un aperçu des régimes de soins de santé de six pays différents. En plus du système canadien, nous avons choisi d'étudier les régimes de soins de santé des États-Unis, du Royaume-Uni, de la Nouvelle-Zélande, de l'Australie et des Pays-Bas, parce que ces pays possèdent une richesse sensiblement similaire et que, à l'exception des États-Unis, ils visent tous à garantir à l'ensemble de leurs citoyens un régime d'assurance médicale couvrant certains soins de santé. Toutefois, malgré cet engagement général envers l'accès universel, ces pays ont adopté des approches nettement différentes en ce qui concerne la combinaison du financement public et privé. Nous avons aussi choisi ces pays

parce qu'ils ont tous, récemment, mis en œuvre différentes initiatives de réforme du secteur de la santé qui pourraient être d'intérêt pour le Canada. Les profils ont été rédigés de manière à décrire le fonctionnement de ces six régimes de soins de santé en ce qui a trait au financement, au contrôle des coûts, à la garantie de l'accès aux soins et au paiement des fournisseurs de services, et à expliquer brièvement les récentes initiatives visant à réformer le secteur de la santé. Nous espérons d'une part faire en sorte que le Canada puisse tirer des leçons de l'expérience de ces pays afin de les appliquer à son propre programme de réforme des soins de santé et d'autre part définir les domaines dans lesquels les décideurs canadiens pourront effectuer des recherches et des études fructueuses.

PROFIL DE PAYS – ÉTATS-UNIS

FINANCEMENT ET COÛTS

Parmi les membres de l'OCDE, les États-Unis sont le pays où la part des dépenses de santé assumée par le secteur privé est la plus importante. Dans les pays de l'OCDE, cette part était en effet de 25,5 % en moyenne en 1998; aux fins de comparaison, elle était de 55,8 % aux États-Unis en 1999¹. Les États-Unis dépensent plus que tout autre pays en matière de santé. Comme on peut le voir dans le tableau suivant, les États-Unis occupaient en 1998 le premier rang dans le monde en ce qui concerne les dépenses de santé par habitant (calculées en fonction de la parité des pouvoirs d'achat (PPP))².

PAYS	RANG DANS L'OCDE	\$ PAR HABITANT (PPP)
ÉTATS-UNIS	1	4 178
CANADA	5	2 312
PAYS-BAS	11	2 070
AUSTRALIE	12	2 043
ROYAUME-UNI	18	1 461
NOUVELLE-ZÉLANDE	20	1 424

Les dépenses de santé, qui avaient connu une croissance annuelle supérieure à 10 % pendant les 25 années précédentes, ont vu leur taux de croissance diminuer pendant les années 90^{3,4}. En 1998, le pourcentage du PIB alloué aux dépenses de santé était de 13,5 % (sensiblement le même niveau que dans les années 80), mais on prévoit qu'il grimpera à 16,2 % d'ici 2008⁵. La croissance des dépenses de santé devrait être limitée par l'adoption prévue, au niveau fédéral, d'une loi sur l'équilibre budgétaire, par l'incidence soutenue de la gestion intégrée des soins et du

fait de la capacité excédentaire que devraient connaître les fournisseurs de soins de santé⁶.

RÉSULTATS POUR LA SANTÉ

Malgré les très grandes dépenses engagées dans ce domaine, les États-Unis n'obtiennent pas de très bons résultats en matière de santé. En 1999, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a classé les États-Unis au 17^e rang pour ce qui est de l'espérance de vie des hommes et au 18^e rang pour ce qui est de l'espérance de vie des femmes, parmi les 28 pays membres de l'OCDE⁷. En ce qui a trait à la mortalité infantile, les États-Unis se classaient, en 1997, au 22^e rang sur 27 pays de l'OCDE⁸. On remarque de très grandes inégalités en matière de santé dans ce pays. Ainsi, le taux de mortalité infantile est beaucoup plus élevé chez les nourrissons de mère noire, hawaïenne ou amérindienne (respectivement 13,7, 9,0 et 8,7 décès pour 1 000 naissances vivantes)⁹ et l'espérance de vie des hommes de race noire est inférieure de 6,9 ans à celle des hommes de race blanche¹⁰. En 1998, 22,2 % des personnes vivant sous le seuil de pauvreté affirmaient avoir une santé passable ou mauvaise, comparativement à 5,7 % chez les personnes dont le revenu familial était au moins deux fois plus important que le seuil de pauvreté¹¹.

QUESTIONS RELATIVES À LA COUVERTURE ET À L'ACCÈS

En matière d'allocation des soins de santé, la philosophie qui prédomine aux États-Unis pourrait être décrite comme une approche minimaliste. Les États-Unis sont le seul pays industrialisé au monde où une part importante de la population (16,3 %)¹² n'est couverte par aucun régime d'assurance-maladie. La majorité des Américains souscrivent à un régime d'assurance-maladie privé offert dans le cadre de leur emploi; les personnes non assurées sont principalement des personnes âgées de moins de 65 ans et sont souvent des travailleurs à faible revenu.

Aux États-Unis, 45 % des dépenses de santé sont effectuées dans le cadre de deux importants programmes publics, Medicare et Medicaid. Medicare est un régime d'assurance-maladie financé

par le gouvernement fédéral à l'intention des personnes âgées de plus de 65 ans, des personnes handicapées et des personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique¹³. Tous les services couverts sont financés par une combinaison de participation aux frais, d'assurance à risque partagé, de frais d'utilisation et de franchises¹⁴. Certains services ne sont pas du tout couverts par Medicare, notamment les médicaments délivrés sur ordonnance, les soins dentaires, la chirurgie esthétique, les soins de garde à domicile ou en centre de soins infirmiers, les examens de santé de routine, les examens de la vue de routine, certains vaccins et certains tests de dépistage préventifs. Medicaid est un programme de prestations, financé par le gouvernement fédéral et le gouvernement des États, qui acquitte les frais d'aide médicale de certaines personnes pauvres (chaque État déterminant son propre seuil d'inclusion). Le nombre de personnes inscrites à Medicaid a crû de façon très considérable en raison des récentes expansions visant à couvrir un plus grand nombre d'enfants et de femmes enceintes vivant dans la pauvreté¹⁵. L'étendue de la couverture du régime Medicaid varie de façon très importante d'un État à l'autre. Toutefois, le régime Medicaid de chaque État *doit* offrir certains services *de base* à la plupart des groupes de la population les plus démunis¹⁶, et certains prestataires (par exemple les femmes enceintes et les enfants âgés de moins de 18 ans) *doivent* être soustraits de l'obligation de payer des frais d'utilisation. De plus, tous les prestataires de Medicaid sont dispensés des frais relatifs aux services d'urgence et à la planification familiale.

Contrairement au Canada, à la Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, les États-Unis ne semblent pas éprouver le problème des listes d'attente auxquelles doivent s'inscrire les patients pour recevoir des soins¹⁷. Les temps d'attente sont toutefois calculés en ne tenant compte, en grande partie, que des temps d'attente enregistrés par les personnes couvertes par une assurance, sans prendre en considération les 16,3 % de la population qui ne sont pas assurés. Les citoyens américains couverts par un régime d'assurance-maladie reçoivent-ils plus de soins parce qu'ils dépensent plus dans le domaine de la santé? Une étude publiée en 1996, et portant sur les services

médicaux consommés par les personnes âgées au Canada et aux États-Unis, a conclu que les Canadiens recevaient plus de soins de base, mais qu'ils subissaient 25 % moins d'interventions chirurgicales telles l'extraction de la cataracte ou le remplacement de l'articulation du genou¹⁸. Une autre étude, publiée en 1998, comparait les hospitalisations pour des problèmes de santé liés au dos ou au cou en Ontario et dans l'État de Washington. Cette étude concluait que les hospitalisations en vue d'une intervention chirurgicale au dos ou au cou étaient trois fois plus fréquentes dans l'État de Washington. Toutefois, les hospitalisations pour raisons médicales étaient deux fois plus fréquentes en Ontario et les Ontariens étaient hospitalisés plus longtemps que leurs homologues washingtoniens, que l'hospitalisation soit liée ou non à une chirurgie¹⁹. Il semble donc que les Américains reçoivent un plus grand volume de soins chirurgicaux et intensifs que les Canadiens, tandis que les Canadiens reçoivent un plus grand volume de soins primaires et préventifs que les Américains.

OFFRE

Hôpitaux

Environ 15 % des hôpitaux américains sont des hôpitaux communautaires à but lucratif, 60 %, des hôpitaux communautaires à but non lucratif et 25 %, des hôpitaux appartenant au gouvernement des États ou à des administrations locales. Étant donné l'ampleur des dépenses engagées dans le domaine de la santé aux États-Unis, d'aucuns seront surpris d'apprendre que ce pays compte très peu de lits d'hôpital (3,7 lits pour malades hospitalisés pour 1 000 personnes, comparativement à une moyenne de 7,4 lits pour 1 000 personnes dans les pays de l'OCDE). Selon les données de l'OCDE, en 1999, les États-Unis comptaient en moyenne 0,9 jour-patient hospitalisé par habitant. Cette moyenne se situe près de la moyenne des pays de l'OCDE, mais très au-dessous de la moyenne des Pays-Bas (3,6), de l'Australie (2,4) et du Royaume-Uni (1,5)²⁰.

De plus en plus, les assureurs des secteurs privé et public paient les hôpitaux de façon prospective plutôt que rétrospective. Depuis 1983, le régime Medicare utilise un « système de paiement prospectif » [Prospective Payment System] afin de payer les hôpitaux pour les services hospitaliers qu'ils prodiguent aux malades hospitalisés. Les hôpitaux sont maintenant payés en fonction d'une échelle tarifaire reposant sur la moyenne nationale (déterminée grâce à cinq cents diagnostics repères pour la gestion [DRG - Diagnosis Related Groups]) des coûts de fourniture de services pour une gamme de produits. Le paiement reçu par l'établissement pour un cas particulier ne correspond donc pas aux coûts ou aux frais engagés dans ce cas précis. Cette approche vise à inciter les hôpitaux à devenir plus efficaces, car toute différence entre les coûts réellement engagés et le paiement fondé sur les DRG représente un profit pour les hôpitaux. Certains États utilisent également cette méthode afin de financer les hôpitaux offrant des services couverts par Medicaid.

Fournisseurs de services

Ce qui distingue les États-Unis du reste du monde est le nombre élevé d'omnipraticiens et de médecins de famille par rapport au nombre de spécialistes. En 1997, on comptait aux États-Unis 51,2 médecins de famille pour chaque médecin spécialiste²¹, une moyenne à peine supérieure à la moitié de la moyenne des pays de l'OCDE (101,7) et très au-dessous du ratio de 103,6 médecins de famille pour un médecin spécialiste qu'on enregistrait au Canada. La majorité des médecins pratiquant aux États-Unis sont encore payés suivant la formule de la rémunération à l'acte. Toutefois, depuis la révolution de la gestion intégrée des soins de santé (dont il sera question plus loin), d'autres méthodes de paiement telles la capitation (honoraires fixes par patient couvrant un vaste éventail de soins de santé pour une année ou une période de temps autre) ont gagné en popularité. Malgré ces changements récents, les médecins pratiquant aux États-Unis reçoivent toujours un salaire beaucoup plus élevé en moyenne que les médecins pratiquant dans les autres pays de l'OCDE. En 1996, les médecins américains recevaient un salaire supérieur à trois fois le

salaire moyen des médecins des dix pays de l'OCDE pour lesquels les données sur le revenu étaient connues (le Canada ne faisait pas partie de ces dix pays)²². Au cours des dernières années, les infirmières américaines ont vu leur taux de rémunération chuter; cette tendance est plus prononcée dans les États où domine la gestion intégrée des soins de santé²³.

RÉFORME DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Gestion intégrée des soins de santé

En réponse à l'escalade des coûts de la santé et à la menace posée par les projets de réforme mis de l'avant par le président Clinton en 1993, une « révolution des soins gérés » s'est opérée dans le secteur privé²⁴. En 1988, seulement 29 % des travailleurs à temps plein étaient inscrits auprès d'organismes de gestion intégrée des soins de santé [MCO - managed care organizations]. En 1997, ce pourcentage était passé à 85 %²⁵. La gestion intégrée des soins s'est également étendue au secteur public; en 1999, 55,59 % des prestataires de Medicaid étaient inscrits dans un MCO²⁶.

Il existe une grande variété de MCO, mais tous assujettissent la prestation de soins de santé à [TRADUCTION] « un quelconque examen d'utilisation intensif effectué de façon plus ou moins simultanée avec la prestation du service »²⁷. On s'entend généralement pour dire que la gestion intégrée des soins a permis de freiner la croissance des dépenses de santé aux États-Unis.

Toutefois, le public américain s'inquiète beaucoup des restrictions qu'elle peut imposer sur l'accès aux soins et la qualité des soins dispensés par les MCO. C'est pourquoi le gouvernement fédéral et les gouvernements des États ont adopté une multitude de lois visant à protéger les personnes couvertes par une assurance privée contre les restrictions sur l'accès aux soins et la diminution de la qualité des soins de santé. Diverses initiatives de gestion intégrée des soins sont mises en œuvre aux États-Unis. Le Canada peut utiliser les États-Unis comme banc d'essai des initiatives, ce qui lui permettra d'analyser les expériences entreprises chez son voisin en matière de réseaux intégrés de fournisseurs de services (particulièrement les modèles de groupes traditionnels et de personnel des organisations de soins de santé intégrés (OSSI) [HMO - health

maintenance organizations]), de capitation, d'examen d'utilisation, de marchés sélectifs, etc. et d'adopter les initiatives fructueuses qui sont conformes aux valeurs d'équité et d'accès universel chères aux Canadiens.

Les leçons pour le Canada?

1. Un financement privé accru ne se traduit pas nécessairement par une réduction des dépenses de santé.
2. L'accroissement des dépenses de santé ne se traduit pas nécessairement par de meilleurs résultats pour la santé ou par un plus grand volume de services; les Canadiens semblent recevoir plus de services de santé de base ou de tous les jours, alors que les Américains reçoivent plus de services chirurgicaux effractifs et chers. L'augmentation des dépenses de santé semble toutefois être associée à une montée des prix des services médicaux et hospitaliers.
3. La révolution des soins gérés aux États-Unis a donné naissance à des inquiétudes à propos de l'accès aux soins et de leur qualité; certaines de ces expériences méritent toutefois d'être étudiées si le Canada peut les adopter d'une façon qui soit conforme aux valeurs d'équité et d'accès universel chères des Canadiens.

PROFIL DE PAYS – CANADA

FINANCEMENT ET COÛTS

En 1998, le Canada se classait au cinquième rang parmi les pays de l'OCDE en ce qui concerne les dépenses de santé par habitant (calculées en fonction de la PPP²⁸). Ces dépenses, qui se chiffraient à 2 312 \$ au Canada, étaient de beaucoup supérieures à la moyenne des pays de l'OCDE pour 1998 (1 795 \$²⁹) et surpassaient les dépenses de santé aux Pays-Bas, en Australie, au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande tout en étant inférieures à celles des États-Unis (consulter la colonne « coûts » du tableau apparaissant dans le profil des États-Unis). En étudiant les données pour la dernière décennie, on observe que, depuis 1990, la croissance des dépenses de santé par habitant s'est stabilisée, si l'on tient compte de l'inflation³⁰. Toutefois, l'annonce récente d'une injection de fonds par le gouvernement fédéral fera peut-être grimper le taux de croissance des dépenses de santé³¹.

Au Canada, la part privée des dépenses de santé a progressé de façon soutenue avec le temps et se situe actuellement autour de 30 %³², alors que la part publique est maintenant inférieure à 70 %. L'importance du financement privé varie selon le service de santé ou le produit pour la santé concerné. Ainsi, 64,8 % des dépenses en médicaments sont engagées par le secteur privé³³. Au Canada, la part publique des dépenses de santé a connu une baisse prononcée (comparativement aux autres pays de l'OCDE), et les dépenses publiques réelles par habitant ont commencé à chuter en 1993 et ont poursuivi leur régression jusqu'en 1997³⁴. En 1990, les dépenses publiques par habitant en matière de santé au Canada étaient de 34 % supérieures à la moyenne de l'OCDE. En 1997, les dépenses publiques au Canada dépassaient de 20 % la moyenne de l'OCDE. Ces compressions budgétaires ont causé un choc terrible à un système où les dépenses publiques en matière de santé étaient habituellement généreuses.

Aux termes de la Constitution canadienne, la responsabilité de financer et de réglementer les soins de santé échoit aux provinces. Le gouvernement fédéral aide les provinces à financer les soins de santé en leur accordant des fonds et des points d'impôt dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Le gouvernement fédéral ayant tenté de restreindre la croissance de ses dépenses en matière de services de santé, le montant de sa contribution monétaire a chuté de façon marquée³⁵. Cette diminution en a inquiété certains, qui ont cru que le gouvernement fédéral aurait ainsi moins de pouvoir pour veiller à ce que les provinces qui permettent l'imposition de frais d'utilisation et le recours à la surfacturation se conforment à la *Loi canadienne sur la santé* (LCS). On espère toutefois que les engagements de financement annoncés récemment par le gouvernement fédéral ont dissipé ces inquiétudes.

RÉSULTATS POUR LA SANTÉ

Le niveau de santé des Canadiens est élevé et le Canada fait bonne figure, comparativement aux autres pays, en ce qui concerne l'espérance de vie, la mortalité infantile et le pourcentage de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale. Ainsi, en 1997, le taux de mortalité infantile au Canada se chiffrait à 5,5 décès pour 1 000 naissances vivantes, bien au-dessous de la moyenne de 7,3 de l'OCDE (moyenne qui passe à 5,8 si l'on ne tient pas compte de la Turquie) et de la moyenne de 7,2 des États-Unis³⁶. Le fait de n'étudier que des moyennes peut toutefois occulter les grandes inégalités qui existent dans un pays. Le niveau de santé relativement faible des populations autochtones inquiète particulièrement³⁷. Les inégalités dans le niveau de santé et l'ampleur du financement privé en matière de médicaments, de soins à domicile et d'autres services peuvent expliquer pourquoi l'OMS a accordé au Canada une piètre 35^e place pour le « rendement général du système de santé » et une 30^e place pour le « niveau de santé » dans son Rapport sur la santé dans le monde 2000³⁸.

QUESTIONS RELATIVES À LA COUVERTURE ET À L'ACCÈS

Au Canada, le principe directeur de l'approche philosophique adoptée en matière de soins de

santé est que ceux-ci devraient être alloués en fonction du besoin et non de la capacité de payer. Cependant, le système de santé canadien, par le biais de la LCS, protège principalement les services hospitaliers et médicaux et en garantit le financement public. Le financement privé est significativement plus élevé en ce qui concerne les médicaments délivrés sur ordonnance (financés à 64,8 % par le secteur privé), les soins à domicile etc. En particulier, seulement 45 % des Canadiens sont assurés par le gouvernement pour les médicaments délivrés sur ordonnance (pourcentage bien au-dessous de la moyenne de 12 pays de l'OCDE se chiffrant à 89,7 %³⁹) et 12 % de la population n'est d'aucune façon couverte pour les médicaments non administrés en milieu hospitalier⁴⁰. Le problème est que, en raison des progrès technologiques et du virage ambulatoire, les pharmacothérapies et les soins à domicile jouent un rôle beaucoup plus important dans le régime de soins de santé que lorsque les principes de ce système ont été posés dans les années 60. Cela a contribué en partie à la « privatisation passive » du secteur de la santé, des soins autrefois prodigués dans des milieux où ils étaient financés à 100 % par le secteur public étant maintenant prodigués dans des milieux où ils sont plus souvent financés en partie par le secteur privé.

Les interdictions énoncées dans la LCS en ce qui a trait aux frais d'utilisation et à la surfacturation ont été intégrées de différentes façons aux régimes provinciaux de soins de santé, mais elles ont eu pour effet d'empêcher les firmes d'assurance privées de couvrir la vaste majorité des services médicaux et hospitaliers⁴¹. Néanmoins, 22 millions de Canadiens, soit environ 72 % de la population, possèdent une assurance médicale privée quelconque (qu'elle ait été souscrite directement auprès d'un assureur privé ou dans le cadre d'un régime de prestations aux employés). Cette assurance couvre le coûts de produits et services tels les médicaments délivrés sur ordonnance, les soins à domicile etc.⁴², qui ne sont subventionnés qu'en partie, ou qui ne sont pas du tout subventionnés, par le secteur public.

Les listes d'attente de plus en plus longues et l'augmentation des délais d'attente pour les services autres que les services d'urgence sont une question relative à l'accès aux soins de santé qui intéresse particulièrement le public. Lorsque l'on compare le Canada aux autres pays dotés d'un système de santé universel financé par des deniers publics, on remarque toutefois que la proportion de la population canadienne en attente de soins (0,7 %) est beaucoup plus faible que celle enregistrée en Australie (0,8 %), en Nouvelle-Zélande (1,65 %) et au Royaume-Uni (2,26 %), mais qu'elle est plus élevée que celle enregistrée aux Pays-Bas (0,51 %)⁴³.

OFFRE

Le système canadien est souvent décrit comme étant financé par l'État même si les soins sont prodigués par le secteur privé. Aucune disposition de la LCS n'interdit la fourniture de services de santé par des firmes privées, même si celles-ci sont des organismes à but lucratif.

Hôpitaux

Les hôpitaux canadiens sont principalement des établissements privés (bien qu'ils soient généralement décrits comme étant « publics ») à but non lucratif qui dépendent du financement du secteur public et qui sont très strictement réglementés⁴⁴. Jusqu'à tout récemment, les ministères de la Santé provinciaux accordaient aux hôpitaux un budget global annuel. Dans le cadre du transfert de responsabilités qui a eu lieu dans toutes les provinces à l'exception de l'Ontario, les autorités sanitaires provinciales régissent maintenant souvent l'ensemble ou une partie des budgets des hôpitaux et négocient avec eux des budgets globaux.

Fournisseurs de services

En 1998, le Canada comptait 2,1 médecins pour 1 000 habitants, ratio quelque peu inférieur à la moyenne de l'OCDE (2,7). Bien qu'ils soient financés par le secteur public, la majorité des médecins canadiens sont des entrepreneurs privés indépendants à but lucratif. Par le biais des

associations médicales provinciales, ils passent un marché avec leur gouvernement provincial pour la fourniture, aux Canadiens, de services de santé financés par le secteur public⁴⁵. Généralement, les associations médicales négocient des augmentations d'ensemble du financement public des services médicaux et déterminent comment ces hausses seront partagées parmi les différents services.

Comme beaucoup d'autres pays, le Canada compte sur les médecins de famille pour agir comme filtres ou gardiens de l'accès au reste du système de santé – les patients doivent consulter leur médecin de famille avant d'être adressés à un spécialiste, d'être admis à l'hôpital (sauf dans les cas d'urgence), de se faire prescrire un médicament, etc. Bien que certains demandent une réforme du système parce qu'ils doutent de l'efficience de cette méthode de paiement, la majorité des médecins sont payés suivant la formule de la rémunération à l'acte. Depuis 1990, tous les gouvernements provinciaux ont tenté d'imposer un plafond aux sommes facturées par chaque médecin en récupérant une partie des montants perçus au-delà de la limite de facturation annuelle⁴⁶. Certains ont aussi tenté l'expérience de payer les médecins selon la formule de la capitation (qui consiste à verser un montant forfaitaire annuel pour chaque client d'un médecin sans égard pour le nombre de fois que celui-ci consultera le médecin dans l'année), sur une base salariale ou selon une formule combinant ces deux types de rémunération⁴⁷.

Le personnel infirmier est généralement employé par les hôpitaux publics et est rémunéré sur une base salariale. Les gouvernements provinciaux ont réussi à endiguer la croissance des dépenses des hôpitaux. Cette réussite a toutefois eu un effet défavorable sur le personnel infirmier, de nombreux postes ayant été abolis ou transformés en postes à temps partiel⁴⁸. Nombreux sont ceux qui allèguent que cette réduction du nombre d'infirmières et d'infirmiers s'est traduite par une baisse de la qualité des soins prodigués dans les hôpitaux et qu'elle impose un fardeau sur les membres des familles qui peuvent se sentir obligés de prodiguer eux-mêmes des soins infirmiers

à leurs parents ou de retenir les services d'une infirmière ou d'un infirmier privé et ce, même en milieu hospitalier. Il n'en reste pas moins que, bien que le ratio entre le nombre d'infirmières et d'infirmiers et le nombre de Canadiens soit passé de 11,1 en 1990 à 7,5 en 1998, le Canada fait toujours bonne figure dans cette catégorie comparativement à la moyenne de l'OCDE (6,85 pour 1 000 habitants)⁴⁹.

Les Canadiens s'inquiètent de la pénurie de médecins et de personnel infirmier. En 1999, 584 médecins ont quitté le Canada et 343 y sont revenus. Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, la pénurie de personnel infirmier devrait se chiffrer entre 59 000 et 113 000 d'ici 2011⁵⁰. Cependant, les chercheurs dans le domaine de la politique de la santé ne définissent habituellement pas ce problème comme étant une pénurie de fournisseurs de soins de santé, mais parlent plutôt d'un problème de mauvaise répartition géographique et de mauvaise utilisation des compétences. En raison de la géographie du Canada, il est souvent très onéreux d'assurer l'accès aux services de santé les plus élémentaires dans les régions éloignées. Une partie du problème vient du fait qu'il est difficile d'attirer les médecins dans les régions éloignées et de les y retenir quand ils peuvent encore gagner un bon revenu dans les centres urbains (en raison du système de paiement suivant la formule de la rémunération à l'acte)⁵¹. Les salaires très élevés versés aux États-Unis attirent également les médecins canadiens.

RÉFORME DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Par le biais des initiatives mises en œuvre par les diverses provinces, le Canada a mis à l'essai nombre de stratégies, dont le transfert des responsabilités et la transition vers les soins à domicile. Le transfert des responsabilités des ministères de la Santé aux autorités régionales en matière de planification, d'établissement des priorités, d'allocation de fonds et de gestion des services de soins de santé s'est effectuée dans toutes les provinces sauf l'Ontario. Même en Ontario, la responsabilité du financement des services de soins de santé à domicile a été transférée à des

« Centres d'accès aux soins de santé communautaire ». Toutefois, la responsabilité du financement des services médicaux n'a été transférée aux autorités régionales dans aucune province, ce qui gêne sérieusement leur capacité de prendre des décisions efficientes en matière d'allocation des ressources. On dit souvent que l'avantage du transfert des responsabilités est que la prise de décisions est effectuée par des personnes plus près de celles qui sont le plus affectées par ces décisions, ce qui fait en sorte que le processus reflète mieux les besoins locaux. Il n'est toutefois pas clair que le transfert de l'autorité vers des organismes de moindre importance pourra à lui seul améliorer la capacité d'adaptation et la responsabilisation⁵². Il faut porter attention aux incitatifs qu'on offre aux autorités sanitaires régionales pour que celles-ci prennent de bonnes décisions.

Depuis 1990, les gouvernements provinciaux ont tenté d'effectuer une transition entre les soins prodigués dans les hôpitaux et les établissements de santé et ceux dispensés dans la communauté et à domicile. En conséquence, la part des dépenses de santé engagée dans les hôpitaux a chuté au cours des 20 dernières années, passant de 42,5 % en 1979 à 31,6 % (estimation) en 1999⁵³. De plus, le ratio entre le nombre de lits pour patients hospitalisés et la population (lits pour 1 000 habitants) est passé de 6,2 en 1990 à 4,7 en 1997, soit très en deçà de la moyenne de 7,4 lits pour 1 000 personnes enregistrée dans les pays de l'OCDE en 1997⁵⁴. Les dépenses en matière de soins à domicile ont crû de façon considérable⁵⁵. Toutefois, les soins à domicile n'étant pas protégés par la LCS (même lorsqu'ils sont directement substitués aux soins prodigués en milieu hospitalier), le financement public des soins à domicile varie de façon importante d'une province à l'autre, tout comme la mesure dans laquelle la qualité des soins est réglementée⁵⁶. Certains ont demandé l'établissement d'un programme national en matière de soins à domicile, mais aucun régime national n'a encore été mis en œuvre⁵⁷. Nombre de services de soins de santé sont maintenant offerts à domicile par des entreprises à but lucratif et d'autres à but non lucratif qui rivalisent afin d'obtenir des contrats des assureurs privés et publics. Le gouvernement ontarien

s'est converti à un système d'impartition concurrentielle des services de soins de santé à domicile et certains craignent que cette initiative ne se traduise par une baisse de la qualité et par un accroissement des coûts⁵⁸. En analysant ces réformes, on remarque que le Canada a beaucoup à apprendre des expériences menées au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande en matière d'impartition dans le cadre d'une réforme introduisant un marché interne. Nous verrons cela plus en détail dans la section de ce document ayant trait à la gestion.

PROFIL DE PAYS – AUSTRALIE

FINANCEMENT ET COÛTS

La part de l'économie australienne représentée par les dépenses dans le domaine de la santé est demeurée stable au cours des années 90, passant de 8,2 % du PIB total en 1990 à 8,5 % en 1998⁵⁹. Entre 1960-1961 et 1997-1998, le taux de croissance annuel moyen des dépenses liées aux services de santé (calculé grâce à la méthode d'estimation en prix courants) était de 5 %⁶⁰. Au cours des dernières années, le taux de croissance semble avoir progressé quelque peu, passant de 3,7 % en 1992-1993 à 4,9 % en 1997-1998. Il demeure tout de même inférieur aux taux de croissance enregistrés au cours des années 70 et 80.

Comme au Canada, environ 70 % des dépenses de santé sont engagées par le secteur public et 30 %, par le secteur privé. Le gouvernement du Commonwealth d'Australie finance toutefois une part beaucoup plus grande des soins de santé que ne le fait le gouvernement fédéral du Canada. En 1997-1998, le gouvernement australien a financé directement 45,2 % des dépenses de santé⁶¹, alors que le gouvernement du Canada n'en a financé directement que 3,8 %⁶². Contrairement au gouvernement fédéral canadien, le gouvernement australien s'attribue une responsabilité directe dans certains secteurs. Ainsi, il est le principal assureur public pour les médicaments délivrés sur ordonnance et les services médicaux. Il finance également environ 50 % des dépenses des hôpitaux publics⁶³. Ce financement prend la forme de subventions globales annuelles dont le montant est négocié dans le cadre d'accords, d'une durée de cinq ans, conclus entre le gouvernement australien et les divers États. Dans ces accords, les États s'engagent à interdire l'imposition de frais d'utilisation sur les services prodigués dans les hôpitaux publics⁶⁴. Le rôle principal des gouvernements des États est de financer les coûts d'exploitation des hôpitaux et l'achat d'immobilisations; environ 69 % des dépenses engagées par les États le sont à cette fin⁶⁵.

Le fait que le gouvernement australien gère un régime national de prestations pour les produits pharmaceutiques [PBS – Pharmaceutical Benefits Scheme] est particulièrement intéressant dans le contexte où on a récemment demandé au gouvernement canadien de mettre sur pied un tel système⁶⁶. Au Canada, l'un des facteurs qui fait obstacle à la mise en place d'un régime national de prestations pour les médicaments délivrés sur ordonnance est le possible envol des coûts. Le Canada pourrait donc prendre exemple sur l'Australie, où le gouvernement considère avoir bien réussi à restreindre les prix des médicaments⁶⁷. Le PBS ne subventionne un médicament que s'il est jugé sûr, efficace, économique et de bonne qualité⁶⁸. Le PBS subventionne environ 75 % des ordonnances; la subvention moyenne équivaut à 57 % du coût de l'ordonnance⁶⁹. Ainsi, il existe encore un partage des coûts, mais il s'effectue dans le cadre d'un système national cohérent garantissant l'accès à ceux pour qui le coût constituerait une barrière.

RÉSULTATS POUR LA SANTÉ

L'Australie obtient de très bons résultats en ce qui concerne les quelques mesures globales de la santé qui existent; son taux de mortalité infantile et son espérance de vie sont similaires à ceux enregistrés au Canada⁷⁰. Et, comme au Canada, la population australienne jouit *en moyenne* d'une santé relativement bonne, sauf en ce qui concerne certains segments de la population, comme les Aborigènes et les personnes défavorisées. Ainsi, le taux de mortalité infantile chez les enfants aborigènes est de 3,1 à 3,5 fois plus élevé que celui du reste de la population⁷¹. Il existe également un écart de 3,6 ans entre l'espérance de vie des hommes des groupes socioéconomiques les moins favorisés et celle des hommes des groupes socioéconomiques les plus favorisés; un écart de 1,9 an existe chez les femmes⁷².

QUESTIONS RELATIVES À LA COUVERTURE ET À L'ACCÈS

Le principe philosophique sur lequel s'appuie le système de santé australien est que les soins de santé devraient être alloués en fonction du besoin et non de la capacité de payer. Comme au

Canada, toutefois, il existe des limites en ce qui concerne la mesure dans laquelle ce principe est appliqué. Plus particulièrement, le système australien est guidé par la volonté de favoriser le financement du système par des sources privées⁷³. Afin d'harmoniser cette volonté avec l'engagement de garantir l'accès aux personnes qui en ont besoin, l'Australie s'est dotée d'un système complexe de filets de sécurité sociale et d'exemptions à l'obligation de payer soi-même certains coûts (frais d'utilisation). De plus, le gouvernement verse de nombreuses subventions directes et indirectes aux assureurs privés.

Les patients ordinaires doivent payer eux-mêmes les coûts facturés par un médecin (en milieu non hospitalier) qui dépassent 85 % du montant prescrit par le gouvernement australien dans son barème de prestations d'assurance-maladie [MBS - Medicare Benefits Schedule]⁷⁴. Il n'est pas interdit aux médecins australiens de recourir à la surfacturation⁷⁵. Toutefois, le fait qu'il est interdit aux assureurs privés d'offrir une assurance contre les coûts additionnels dépassant la subvention de 85 % est considéré comme un mécanisme restreignant la hausse inutile des tarifs⁷⁶. Dans tous les cas, une fois qu'un patient ordinaire a déboursé plus de 276 \$A en honoraires médicaux dans l'année, il est exempté de tout autre coût⁷⁷. En outre, le système de « facturation globale » instauré par le gouvernement australien (et dont il sera question dans la section « fournisseurs de services ») fait en sorte que le nombre de médecins qui facturent à leurs patients un montant supérieur à 85 % du montant prescrit dans le MBS est relativement faible⁷⁸. Les patients profitant de conditions de faveur (soit les personnes recevant certaines rentes ou prestations, les détenteurs d'une carte émise par le ministère de la Famille et de l'Enfance ou par le ministère des Anciens Combattants, ou les personnes satisfaisant à certains critères permettant de les déclarer « personnes défavorisées ») n'ont aucun frais d'utilisation à payer. En ce qui a trait aux produits pharmaceutiques, les patients ordinaires sont tenus de payer jusqu'à 20,60 \$A par article prescrit jusqu'à concurrence d'un montant de 612 \$A par année; après quoi, ils n'ont qu'à payer 3,30 \$A par article prescrit. Les patients profitant de conditions de faveur ne sont tenus de

payer que 3,20 \$A par article prescrit jusqu'à concurrence d'un montant de 166,40 \$A par année, après quoi leurs médicaments délivrés sur ordonnance sont gratuits. Les soins prodigués dans les hôpitaux publics sont gratuits. Toutefois, si une personne choisit d'être un patient privé dans un hôpital public (afin de pouvoir choisir son propre médecin) ou si elle choisit d'être traitée dans un hôpital privé, le gouvernement australien n'acquittera les honoraires médicaux qu'à concurrence de 75 % du montant prescrit dans le MBS. Les autres coûts (y compris les frais d'établissement, etc.) relèvent de la responsabilité du patient (et, le cas échéant, de son assureur privé). En ce qui concerne les soins de santé communautaire, les clients doivent verser un montant différent pour les services reçus, selon le type de service et la capacité de payer du client⁷⁹.

Les Australiens se procurent une assurance privée pour pouvoir choisir leur propre médecin dans les hôpitaux publics⁸⁰, éviter d'avoir à attendre pour subir une intervention chirurgicale non urgente dans un hôpital public et couvrir le coût des biens et services complémentaires comme les soins dentaires. À la fin de mars 2000, 32,7 % des Australiens avaient une assurance privée⁸¹. Les assureurs privés sont tenus de calculer les primes d'assurances « sans distinction » et ne peuvent exiger un montant plus élevé dans le cas des personnes à haut risque (comme les personnes âgées, les personnes atteintes d'une maladie chronique, etc.).

En ce qui concerne l'opportunité des soins, certains s'inquiètent des délais d'attente dans le secteur public pour les services de spécialistes et les interventions chirurgicales. Le système de santé australien est un système à deux vitesses, car les personnes dotées d'une assurance privée et celles disposant de ressources suffisantes peuvent acheter des soins dans les hôpitaux privés plutôt que de s'inscrire sur la liste d'attente des hôpitaux publics. Selon Tuohy, Flood et Stabile, 0,8 % des Australiens étaient sur une liste d'attente en 1997. Cette proportion est supérieure à celles enregistrées aux Pays-Bas (0,51 %) et au Canada (0,62 %), mais très inférieure à celles enregistrées en Nouvelle-Zélande (2,48 %) et en Angleterre (2,56 %)⁸².

OFFRE

Hôpitaux

En 1997, 61 % des hôpitaux australiens étaient des hôpitaux publics et ils comptaient pour 71 % des lits d'hôpital et pour 74 % des jours-patient⁸³. Les hôpitaux publics sont habituellement de plus grande taille que les hôpitaux privés et on y traite des cas plus complexes. Comme c'est le cas au Canada, l'Australie abandonne peu à peu les soins en établissement. Entre 1976 et 1998, les dépenses publiques dans le secteur hospitalier n'ont progressé que de 3,1 %, comparativement à 6,8 % pour les services prodigués dans les hôpitaux privés, 4,3 % pour les services médicaux et 4,3 % pour les produits pharmaceutiques⁸⁴. Les Australiens passent toutefois plus de temps à l'hôpital que les habitants de la plupart des autres pays du monde, soit en moyenne 2,4 jours-lit pour malade hospitalisé par habitant en 1997, comparativement à 0,9 aux États-Unis, 1,6 au Royaume-Uni et 0,9 en Nouvelle-Zélande⁸⁵. La façon de rembourser les hôpitaux publics varie d'un État à l'autre, mais il s'agit d'une combinaison de budgets globaux et de rémunération par « groupes regroupés » ou « diagnostics repères pour la gestion », méthode de rémunération dans le cadre de laquelle les hôpitaux reçoivent des honoraires pour le traitement prodigué lors d'un épisode de soins particulier. Dans les cas où il a été mis en œuvre, le système DRG a donné lieu à une diminution de la durée moyenne des séjours à l'hôpital⁸⁶.

Fournisseurs de services

En 1997, l'Australie comptait 2,5 médecins pour 1 000 habitants, soit une proportion similaire à celles enregistrées au Canada et aux États-Unis⁸⁷. Comme c'est le cas au Canada, les médecins australiens sont des entrepreneurs privés payés suivant la formule de la rémunération à l'acte. Le prix d'un service (et sa couverture par le régime d'assurance-maladie) est stipulé dans le MBS. Le Comité consultatif en matière de services médicaux [Medical Services Advisory Committee]

détermine si une nouvelle procédure doit être ajoutée à la liste des services médicaux financés par le secteur public en fonction des critères de sécurité, d'économie et de bien des patients⁸⁸.

Il n'est pas interdit aux médecins australiens de recourir à la surfacturation. Cependant, les patients doivent, techniquement, payer eux-mêmes pour les services médicaux qu'ils reçoivent pour ensuite se faire rembourser par le régime d'assurance-maladie ou alors obtenir du régime d'assurance-maladie un chèque libellé au nom du médecin. Cette situation incite fortement les médecins et les patients à participer volontairement au système dit de « facturation globale ». Dans le cadre de ce système, le gouvernement paie directement le médecin pour les services qu'il a prodigués, jusqu'à concurrence d'une somme égale à 85 % des tarifs prescrits dans le MBS, et le médecin s'engage à ne pas recourir à la surfacturation (c'est-à-dire à ne pas facturer de frais supplémentaires à ses patients). Les patients souhaitent faire affaire avec les médecins ayant souscrit à ce système parce qu'ils n'ont pas à payer de frais d'utilisation; les médecins aiment bien ce système parce que le gouvernement est une source de financement fiable et que le fait de ne traiter qu'avec un débiteur permet de réduire les coûts administratifs. La facturation globale est utilisée pour environ 70 % des services pour lesquels des prestations sont versées par le régime d'assurance-maladie⁸⁹.

Les infirmières et infirmiers australiens pressent le gouvernement de leur attribuer de nouveaux priviléges, comme la capacité d'adresser des patients à des spécialistes, de prescrire certains médicaments et d'effectuer certaines procédures de diagnostic⁹⁰. L'Australie, comme le Canada, est confrontée au problème que représente la fourniture de soins de santé dans les régions éloignées. La reconnaissance d'infirmières et infirmiers praticiens est jugée particulièrement nécessaire dans les régions rurales, où les médecins ne sont pas toujours disponibles pour traiter les patients et où le personnel infirmier a souvent à poser des actes médicaux débordant le cadre

de ses responsabilités habituelles afin de traiter les patients de façon convenable⁹¹. Tout comme le Canada, l’Australie est aux prises avec une pénurie d’infirmières et d’infirmiers⁹².

RÉFORME DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Le système de santé australien est parfois caractérisé d’instable⁹³, [TRADUCTION] « oscillant entre un système d’assurance privée et un système d’assurance publique, les soins hospitaliers étant tour à tour gratuits, facturés selon leur coût réel ou facturés selon les ressources à la disposition des patients »⁹⁴. Bien que ce système de santé soit toujours universel, le gouvernement australien tente d’inciter un plus grand nombre de particuliers à contracter une assurance privée. Actuellement, le système de santé australien ne permet pas aux personnes ayant souscrit une assurance privée de se retirer du système public (parce qu’elles doivent continuer de soutenir le système public par le biais des impôts qu’elles versent), mais cela pourrait être appelé à changer⁹⁵.

Une transition vers l’impartition est en cours dans le secteur australien de la santé et on se prépare à conclure des accords entre les fournisseurs et des accords de service dans les secteurs privé et public⁹⁶. Un autre exemple d’initiative pouvant se traduire par un accroissement de l’importance de l’impartition est le passage du paiement par budget global au paiement par DRG pour les hôpitaux publics. Lorsque les gouvernements des États pourront comparer le coût des services dans divers hôpitaux, ils pourront conclure des contrats avec l’établissement de santé demandant le prix le moins élevé (que l’hôpital soit public ou non). L’accroissement du nombre d’accords entre les fournisseurs signés par les hôpitaux et les assureurs privés et la hausse du nombre d’accords de service entre les États et les hôpitaux publics pourraient obliger les hôpitaux publics à avoir un plus grand esprit d’entreprise, car ils devront rivaliser entre eux pour obtenir des contrats des États et des assureurs privés. On a également créé une « nouvelle » méthode de financement permettant au financement du gouvernement australien de « suivre le patient », afin

de laisser aux médecins une certaine marge de manœuvre quant à l'endroit où ils traitent le patient (à domicile ou à l'hôpital)⁹⁷.

LEÇONS POUR LE CANADA

1. La géographie de l'Australie est similaire à celle du Canada, et ces deux pays obtiennent des résultats pour la santé semblables, entre autres choses. Or, l'Australie dépense moins que le Canada en matière de soins de santé.
2. L'Australie dispose d'un régime national de prestations pour les médicaments géré et financé par le gouvernement; ce régime national cohérent admet un important partage des coûts tout en garantissant l'accès aux personnes pour lesquelles le coût pourrait constituer une barrière.
3. À la différence du Canada, l'Australie n'interdit pas strictement la surfacturation des services médicaux. Cependant, grâce aux incitatifs financiers contenus dans leurs contrats, la majorité des médecins renoncent à leur droit de recourir à la surfacturation afin de bénéficier d'une source unique de financement public.

PROFIL DE PAYS – PAYS-BAS

FINANCEMENT ET COÛTS

La part du PIB néerlandais consacrée aux soins de santé est demeurée stable au cours des années 90, augmentant légèrement pour passer de 8,4 % du PIB en 1990 à 8,6 % du PIB en 1998⁹⁸. Cependant, les dépenses de santé par habitant ont progressé chaque année entre 1990 et 1997; en dollars constants de 1995, elles ont augmenté de près de 20 %⁹⁹, ce qui semble suggérer que l'économie néerlandaise a crû au même rythme que les dépenses de santé. Selon l'OCDE, la part publique des dépenses de santé s'élevait à 70,4 % en 1998¹⁰⁰. Ce pourcentage donne à penser que le système de santé néerlandais est un système à « payeur unique » tout comme les systèmes canadien, australien, britannique et néo-zélandais. Ce pourcentage donne toutefois une fausse idée du rôle joué par le gouvernement néerlandais, car il tient compte du régime de caisse maladie [Sickness Fund Scheme] à participation obligatoire financé non pas par les recettes fiscales, mais plutôt par des cotisations salariales et patronales. Le gouvernement ne joue qu'un rôle très mineur dans le financement direct du système de santé (il ne finance directement que moins de 5 % des dépenses de santé)¹⁰¹. Indirectement, il joue un rôle important dans le système de santé en obligeant certains groupes à se doter d'une assurance et en réglementant les assureurs.

RÉSULTATS POUR LA SANTÉ

Les Néerlandais obtiennent des résultats relativement bons en matière de santé. Leur taux de mortalité infantile et leur espérance de vie sont meilleurs que la moyenne des pays de l'OCDE, et ils obtiennent des résultats à peine inférieurs à ceux du Canada pour la plupart des indicateurs de santé¹⁰². Malgré ces bons résultats en ce qui a trait aux indicateurs de santé, il semble exister des inégalités dans le niveau de santé des Néerlandais, particulièrement en ce qui concerne les groupes récemment immigrés comme les Surinamais, les Antillais, les Turcs et les Marocains¹⁰³.

QUESTIONS RELATIVES À LA COUVERTURE ET À L'ACCÈS

Le principe philosophique sur lequel s'appuie le système de santé néerlandais est la « solidarité ». Dans ce système existe une réelle volonté de garantir l'accès aux soins de santé aux personnes qui en ont besoin, sans égard pour leur capacité de payer. Cependant, les Néerlandais sont très ouverts à l'utilisation de la réglementation de l'assurance privée comme moyen de garantir la solidarité. Ils sont également en faveur du financement progressif sans pour autant être en faveur du financement public en tant que tel. Malgré l'absence d'une assurance universelle couvrant tous les Néerlandais pour les services médicaux et hospitaliers de base (comme celle qui existe au Canada), près de 100 % de la population est dotée d'une assurance-maladie. De plus, la couverture offerte par cette assurance est non seulement pratiquement universelle, mais elle est également relativement exempte de frais d'utilisation; seulement 7 % du financement des soins de santé prend la forme de paiements effectués par les patients eux-mêmes¹⁰⁴.

Le gouvernement a mis en place trois importants régimes d'assurance :

1. un régime d'assurance des frais médicaux « exceptionnels » ou de « prise en charge lourde » couvrant tous les Néerlandais pour les soins de longue durée et les soins de santé mentale. La prime est établie à un certain pourcentage du salaire des employés et est versée par l'employeur¹⁰⁵. Les patients peuvent être appelés à participer aux frais de certains services, dont la psychothérapie, les soins en maison de repos et les soins à domicile¹⁰⁶.
2. le régime de caisse maladie, qui couvre les services hospitaliers et médicaux, les médicaments et les soins à domicile¹⁰⁷. Ce régime garantit une couverture d'assurance-maladie à environ 64 % de la population en obligeant les personnes ayant gagné moins de 64 600 florins en 1999 à se procurer une police d'assurance auprès d'une caisse maladie. On trouve aux Pays-Bas 25 caisses maladie régionales à but non lucratif. Les employeurs et les employés se partagent le coût de ce régime d'assurance dont le niveau

plafond des primes est fixé par règlement. Depuis 1991, les patients se procurant des médicaments coûtant plus que le prix de référence fixé par les autorités gouvernementales par voie de règlement (et couvrant le coût du médicament efficace sur le plan clinique le moins cher) doivent payer des frais d'utilisation. En 1997, un système de frais d'utilisation a été instauré, mais on a fixé le plafond des frais d'utilisation payables pour une année à la modeste somme de 200 florins néerlandais (100 florins pour les personnes âgées). Des exceptions s'appliquent également dans le cas des personnes atteintes de maladies chroniques¹⁰⁸.

3. le régime d'assurance de la fonction publique, auquel les fonctionnaires (environ 6 % de la population) sont tenus de participer¹⁰⁹. Ce régime d'assurance, géré par douze organismes spéciaux d'assurance privée, couvre tous les médicaments, les produits connexes et les services hospitaliers et paie entre 80 et 90 % des autres coûts de santé¹¹⁰.

Environ 30 % des Néerlandais (les plus riches d'entre eux) sont libres de contracter une assurance privée pour les services hospitaliers et médicaux et presque tous choisissent de le faire. Le principal avantage de l'assurance privée est que l'assuré peut plus facilement choisir les primes et le niveau des franchises qu'il est prêt à payer. L'assurance privée donne toutefois droit à des avantages semblables à ceux offerts par les caisses maladies¹¹¹. Plutôt que de mettre en place un régime universel d'assurance pour les services hospitaliers et médicaux (comme l'ont fait les Canadiens), les Néerlandais ont choisi de s'attaquer au problème de l'accès aux soins de santé en réglementant strictement le marché de l'assurance privée. Des mesures législatives obligent donc les assureurs à assurer les groupes à risque élevé et fixent un plafond pour les primes d'assurance¹¹². Le gouvernement utilise également un système faisant en sorte que le coût des primes d'assurance des personnes âgées et des membres des groupes à risque élevé soit partagé par toutes les personnes dotées d'une assurance privée¹¹³. Plus récemment, le gouvernement a adopté des mesures législatives fixant le plafond des primes d'assurance privée à 200,90 florins

néerlandais par mois pour les personnes âgées de moins de 65 ans et la cotisation maximale des personnes âgées de plus de 65 ans, à 251 florins par mois¹¹⁴.

Le système de santé néerlandais semble être un système à deux vitesses, le type de système dont les Canadiens craignent la mise en place. Il ne s'agit toutefois pas réellement d'un système à deux vitesses, car les personnes dotées d'une assurance privée ne peuvent se rabattre sur le système public – le système privé doit satisfaire à tous leurs besoins et non pas seulement se réserver les types de soins les plus faciles à dispenser, tels les interventions chirurgicales non urgentes, comme c'est le cas au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande. En outre, il ne s'agit pas d'un système à deux vitesses, car le fait d'être doté d'une assurance privée ou de disposer d'un financement privé ne permet pas aux Néerlandais de court-circuiter les listes d'attente du système public. Le fait, pour un médecin, de préférer un patient doté d'une assurance privée à un patient ne disposant pas d'une telle assurance est considéré comme un manquement au code déontologique de sa profession et les deux types de patients sont traités dans les mêmes hôpitaux, côte à côte¹¹⁵.

Bien que les Néerlandais s'inquiètent de l'allongement des temps d'attente pour recevoir des soins, les Pays-Bas obtiennent de très bons résultats par rapport aux autres pays. Selon Tuohy, Flood et Stabile, 0,51 % des Néerlandais sont considérés comme étant sur une liste d'attente pour des soins, comparativement à 0,62 % des Canadiens, 0,8 % des Australiens, 2,48 % des Néo-Zélandais et 2,56 % des Britanniques¹¹⁶.

OFFRE

Hôpitaux

Aux Pays-Bas, la majorité des hôpitaux sont privés et tous sont à but non lucratif. Nombre d'hôpitaux sont affiliés avec des ordres religieux protestants, catholiques ou autres.

Comparativement à la moyenne des pays de l'OCDE, les Pays-Bas consacrent une part importante de leurs dépenses de santé aux soins institutionnels (soins prodigués dans les hôpitaux, les établissements psychiatriques, les maisons de repos et d'autres institutions)¹¹⁷. La part des dépenses engagée dans les hôpitaux est demeurée stable entre 1990 et 1998, passant de 30,9 % à 30,6 %¹¹⁸. Aux Pays-Bas, la durée moyenne d'un séjour à l'hôpital (33,8 jours) est plus du double de la moyenne des pays de l'OCDE (12,2 jours)¹¹⁹. L'ampleur de cet écart nous porte à croire qu'il découle, d'une part, de la détermination des Néerlandais à financer les soins de longue durée et, d'autre part, du régime d'assurance des frais médicaux exceptionnels, plutôt que d'une propension excessive à garder les patients ordinaires à l'hôpital¹²⁰.

Le prix des services hospitaliers et d'autres services institutionnels et les honoraires des professionnels de la santé sont fixés dans le cadre de négociations centralisées auxquelles participent des représentants des assureurs et des fournisseurs de services¹²¹. Depuis 1983, les hôpitaux néerlandais sont financés conformément à des budgets globaux annuels prospectifs négociés avec les représentants des assureurs privés et des caisses maladie. Ces budgets s'appliquent aussi bien aux patients des hôpitaux publics que privés et couvrent la presque totalité des coûts engagés par les hôpitaux, à l'exception des honoraires des spécialistes¹²². L'établissement du budget d'un hôpital comprend deux étapes. On fixe tout d'abord un chiffre approximatif de ce que devraient être les coûts d'exploitation de l'hôpital si celui-ci était géré de façon efficiente. On calcule ensuite une marge de tolérance pour tenir compte des changements que pourrait connaître la population desservie par l'hôpital et le volume des opérations réalisées¹²³. Si un hôpital dépasse son budget annuel d'un montant X pour une année donnée, son budget de l'année suivante sera diminué de ce même montant¹²⁴. Depuis 1996, le gouvernement néerlandais a instauré des mesures telles le « financement flexible » afin d'encourager les hôpitaux à investir dans des projets permettant de réduire la durée d'hospitalisation des patients et de donner une plus grande marge de manœuvre aux hôpitaux dans la façon dont ceux-ci utilisent

leur budget¹²⁵. Les hôpitaux peuvent maintenant conserver l'ensemble ou une partie des profits réalisés au cours d'une année donnée¹²⁶.

Fournisseurs de services

Le nombre de médecins aux Pays-Bas se situe près de la moyenne de l'OCDE¹²⁷. Les médecins de famille sont les gardiens de l'accès au reste du système de santé et on croit que cela a permis de restreindre la croissance des dépenses de santé. Les caisses maladie paient les médecins de famille suivant la formule de la capitation (un montant fixe par personne par année), ce montant étant déterminé pour l'ensemble du pays dans le cadre de négociations, prévues par la réglementation, entre des représentants des médecins et des assureurs¹²⁸. Chaque personne assurée auprès d'une caisse maladie doit choisir un médecin de famille parmi ceux dont le nom apparaît sur la liste des médecins traitant avec cette caisse maladie. Les assureurs privés paient les médecins suivant la formule de la rémunération à l'acte. Le processus centralisé de négociation des frais entre les assureurs (le Conseil des caisses maladie et les assureurs privés) et les médecins est un élément important des mécanismes de contrôle des coûts dans le système de santé néerlandais. L'Organisme central en matière de frais de soins de santé [Central Agency on Health Care Tariffs] coordonne et réglemente ces négociations menées au niveau national¹²⁹.

Pour les consultations en clinique externe, les caisses maladie versent aux spécialistes un montant donnant au patient le droit à un mois de traitement pour son problème de santé particulier; s'il s'avère nécessaire de poursuivre le traitement après la fin du premier mois, le spécialiste reçoit une somme additionnelle¹³⁰. De plus, si un spécialiste facture, au cours d'une année donnée, un montant supérieur à un plafond annuel convenu par les caisses maladie et l'Association nationale des médecins spécialistes [National Specialists Association], des sommes de plus en plus importantes sont retenues¹³¹. Les assureurs privés remboursent les médecins spécialistes uniquement suivant une formule de rémunération à l'acte. Les spécialistes au service des hôpitaux

universitaires et des établissements psychiatriques sont rémunérés sur une base salariale¹³². En 1997, le gouvernement a proposé d'intégrer les médecins spécialistes aux hôpitaux en leur retirant la possibilité de facturer directement les caisses maladie et les patients pour les services prodigués¹³³.

RÉFORME DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Depuis 1987, les Pays-Bas mettent peu à peu en œuvre leur version d'une réforme de la concurrence encadrée afin de favoriser la concurrence entre les caisses maladie et les assureurs privés et de rendre le système de santé plus concurrentiel. Un examen plus détaillé des projets de concurrence encadrée est présenté dans la section du présent document traitant de la gestion.

Certains éléments importants des projets de concurrence encadrée ont été mis en œuvre, mais beaucoup ne l'ont pas encore été. Un nouveau gouvernement a pris le pouvoir en 1994 et, en mars 1995, une nouvelle version des projets de réforme de la concurrence encadrée était publiée. Les versions précédentes de ces projets de réforme prévoyaient l'intégration des soins de courte durée et des soins de longue durée et proposaient d'étendre la couverture offerte par le régime d'assurance des frais médicaux exceptionnels à tous les frais médicaux généraux. On se demandait toutefois comment évaluer avec précision le besoin de soins de longue durée, car cette évaluation exige d'avoir recours à des projections sur de nombreuses années¹³⁴. On semble maintenant convenir qu'il est peut-être préférable que ces services soient offerts indépendamment d'un régime concurrentiel¹³⁵. En conséquence, les réformes de 1995 prévoyaient le maintien d'un régime distinct d'assurance des frais médicaux exceptionnels, bien que celui-ci ne couvre que les soins de longue durée et les soins de santé mentale.

En ce qui concerne les services dits « de soins thérapeutiques de base », le gouvernement met actuellement en œuvre des projets présentés antérieurement en matière de concurrence encadrée,

du moins en ce qui a trait aux caisses maladie. Aucun progrès n'a encore été réalisé en ce qui concerne les assureurs privés¹³⁶. Le gouvernement prévoit accroître le niveau de risque assumé par les caisses maladie. Les travaux réalisés par les Pays-Bas en matière de primes d'assurance ajustées en fonction des risques dans les caisses maladie sont d'un intérêt particulier pour le Canada, qui étudie les façons de financer les autorités sanitaires et les groupes de médecins et d'autres fournisseurs de services de santé chargés d'un budget.

LEÇONS POUR LE CANADA

1. Contrairement au système canadien, le régime de santé universel à participation obligatoire des Pays-Bas couvre les soins de longue durée et les soins de santé mentale. Ce régime d'assurance des « frais médicaux exceptionnels » mérite une attention toute spéciale, car le Canada est aux prises avec la restructuration de ses programmes de soins de longue durée et de soins à domicile.
2. L'expérience des Pays-Bas est particulièrement intéressante pour le Canada dans le contexte où les Canadiens s'opposent à une hausse des impôts visant la mise sur pied de programmes nationaux d'assurance-médicaments et de soins à domicile. Par le biais de programmes d'assurance obligatoire auxquels contribuent les employeurs et les employés, les Néerlandais disposent d'un système de santé financé en grande partie de façon progressive, sans pour autant être financé publiquement à l'aide de recettes fiscales générales.
3. Les réalisations des Pays-Bas en matière de primes d'assurance ajustées en fonction des risques dans les caisses maladie sont d'un intérêt particulier pour le Canada, qui étudie les façons de financer les autorités sanitaires et les groupes de médecins et d'autres fournisseurs de services de santé chargés d'un budget.

PROFIL DE PAYS – NOUVELLE-ZÉLANDE

FINANCEMENT ET COÛTS

La Nouvelle-Zélande a toujours dépensé moins que le Canada en matière de santé, que ce soit en chiffres absous ou en pourcentage du PIB. En 1998, les dépenses de santé en Nouvelle-Zélande représentaient 8,1 % du PIB¹³⁷, soit un peu moins que la moyenne de 8,2 % enregistrée dans les pays de l'OCDE¹³⁸. Parmi les six pays étudiés dans le présent document, la Nouvelle-Zélande est aussi le pays qui dépense le moins (dépenses calculées selon la PPP) par habitant en matière de santé (voir le tableau apparaissant dans le profil des États-Unis). Cependant, le taux de croissance des dépenses de santé s'est amplifié au cours des dernières années; entre 1988 et 1998, le taux de croissance moyen des dépenses de santé par habitant se chiffrait à 6,1 % par année, comparativement à une moyenne de 4,8 % dans les pays de l'OCDE¹³⁹. On prévoit que les dépenses de santé progresseront de 4,4 % en 2000-2001¹⁴⁰.

Le système de santé néo-zélandais est principalement financé par des deniers publics, mais la part du financement attribuable au secteur public est passée de 88 % en 1980¹⁴¹ à 77,1 % en 1998¹⁴². Parmi les pays de l'OCDE, la Nouvelle-Zélande est celui où l'affaiblissement du financement public de la santé a été le plus marqué¹⁴³. Cela est dû en grande partie au fait que, comparativement aux autres pays, le financement public en Nouvelle-Zélande a toujours été plus concentré dans le secteur hospitalier. La perte de vitesse de ce secteur (en raison des progrès technologiques et de la politique délibérée de compression budgétaire) s'est donc traduite par une diminution marquée du financement public du système de santé¹⁴⁴. Comme au Canada, il existe des combinaisons différentes de financement public et privé selon le type de services de soins de santé. Ainsi, en 1998-1999, le gouvernement a financé près de 100 % des coûts des hôpitaux publics, mais seulement 61 % du coût des soins de santé communautaires (les soins personnels incluant les visites au médecin de famille)¹⁴⁵. En 1998-1999, 6,2 % des dépenses de santé étaient engagées par des assureurs privés¹⁴⁶. Bien que l'assurance privée demeure peu répandue dans

l'ensemble, elle joue un rôle beaucoup plus important dans le financement de certains services de soins de santé particuliers, tels les interventions chirurgicales non urgentes, les services de médecins spécialistes et les honoraires des médecins de famille¹⁴⁷.

RÉSULTATS POUR LA SANTÉ

La Nouvelle-Zélande n'obtient pas d'aussi bons résultats que le Canada (et nombre d'autres pays développés) en matière de santé¹⁴⁸. Par exemple, le taux de mortalité infantile de la Nouvelle-Zélande pour 1996 (7,4 décès pour 1 000 naissances vivantes) était de beaucoup supérieur aux taux enregistrés en Australie (5,8), au Canada (6,0) et au Royaume-Uni (6,1). Ce taux a toutefois chuté à 6,8 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1997 et à 5,7 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1998¹⁴⁹, rapprochant ainsi la Nouvelle-Zélande des autres pays dont il est question dans le présent document¹⁵⁰. La Nouvelle-Zélande obtient également des résultats relativement médiocres en matière d'années de vie potentielles perdues. En effet, 5 155,6 années de vie potentielles pour 100 000 habitants ont été perdues en Nouvelle-Zélande en 1996, soit beaucoup plus qu'au Royaume-Uni (4 454,8), au Canada (4 274,1) et aux Pays-Bas (4 122,7)¹⁵¹. Malgré une amélioration d'ensemble des taux de mortalité au cours du siècle dernier, le taux de variation n'est pas le même pour tous les groupes sociaux du pays¹⁵². De plus, les taux de mortalité et de morbidité du peuple Maori sont de beaucoup supérieurs à ceux du reste de la population¹⁵³.

QUESTIONS RELATIVES À LA COUVERTURE ET À L'ACCÈS

Le principe philosophique sur lequel repose le système de santé néo-zélandais est que les soins devraient être alloués en fonction du besoin et non de la capacité de payer. Cependant, ce principe est appliqué de façon limitée : des frais d'utilisation élevés sont facturés pour les soins prodigues par les médecins de famille et on a permis l'établissement d'un système de santé à deux vitesses afin que les personnes dotées d'une assurance privée ou disposant des ressources nécessaires

puissent acheter des soins dans les hôpitaux privés plutôt que d'avoir à s'inscrire sur les listes d'attente du secteur public.

La majorité des Néo-Zélandais doivent payer la totalité du coût des visites chez leur médecin de famille (bien que 37 % d'entre eux aient contracté une assurance privée pour couvrir une partie de ces coûts)¹⁵⁴. Les personnes à faible revenu et celles atteintes de maladies chroniques reçoivent des subventions du gouvernement, mais celles-ci ne couvrent approximativement que la moitié des frais facturés par les médecins de famille. Entre 1980 et 1998-1999, le pourcentage des dépenses de santé payé directement par les patients a augmenté, passant de 10,4 %¹⁵⁵ à 15,9 %¹⁵⁶. Les dépenses de santé engagées directement par les patients varient considérablement selon le type de service dont il est question. Les patients payaient directement 10 % du coût des soins prodigués dans les institutions publiques, 28 % des dépenses en médicaments, 30 % du coût des services prodigués par les médecins de famille et 58 % des frais de consultation de médecins spécialistes¹⁵⁷. Environ 37 % des Néo-Zélandais se procurent une assurance privée pour éviter les longues listes d'attente des hôpitaux publics pour les interventions chirurgicales non urgentes et pour couvrir le coût des frais d'utilisation¹⁵⁸. Cependant, 59 % des ménages dont le revenu se situait dans le dernier quintile avaient une assurance privée, comparativement à seulement 13 % des ménages dont le revenu se situait dans le premier quintile¹⁵⁹.

Quelle incidence ont eu les frais d'utilisation sur l'accès aux soins de santé? Selon une étude réalisée en 2000, les Néo-Zélandais perçoivent des inégalités dans l'accès aux soins de santé, les personnes au revenu inférieur à la moyenne étant beaucoup plus nombreuses à signaler des problèmes. Ces personnes étaient également 2,5 fois plus susceptibles d'affirmer ne pas recevoir les soins nécessaires que les personnes à revenu élevé (17 % comparativement à 7 %). Les délais d'attente et la rareté des ressources étaient présentés comme les principaux facteurs entravant l'accès aux soins des personnes au revenu inférieur à la moyenne¹⁶⁰. Selon Grant *et al.*, les frais

d'utilisation font obstacle à l'accès aux soins de santé pour certains segments de la population, et les Néo-Zélandais sont moins à même d'avoir accès aux soins primaires de base que les Britanniques, les Canadiens et les Australiens¹⁶¹. Certaines mesures choisies ont été mises en œuvre afin de remédier à la situation et, depuis 1996, les visites chez le médecin de famille sont gratuites pour les enfants âgés de moins de six ans.

L'allongement des listes d'attente inquiète beaucoup les Néo-Zélandais, particulièrement en ce qui concerne les interventions chirurgicales non urgentes. Comparativement aux autres pays, une part très importante de la population néo-zélandaise est inscrite sur les listes d'attente du secteur public¹⁶².

OFFRE

Hôpitaux

En Nouvelle-Zélande, les hôpitaux publics sont réellement « publics » en ce sens qu'ils appartiennent au gouvernement. La Nouvelle-Zélande a toujours consacré une part relativement importante de ses dépenses de santé aux services hospitaliers, mais cette part s'est amoindrie avec le temps. En 1991, le financement des hôpitaux et d'autres établissements de santé représentait près de 73 % des dépenses de santé du gouvernement fédéral¹⁶³, mais en 1997-1998, ce pourcentage n'était plus que de 60,2 %¹⁶⁴. On compte 10 934 lits dans les hôpitaux privés, comparativement à 12 469 dans les hôpitaux publics¹⁶⁵. Les hôpitaux privés se concentrent habituellement sur les chirurgies non urgentes et laissent les soins de courte durée et les soins d'urgence au secteur public¹⁶⁶.

Fournisseurs de services

Les spécialistes œuvrant dans les hôpitaux publics sont rémunérés sur une base salariale et ne peuvent facturer de frais additionnels à leurs patients. Les spécialistes ne travaillant pas dans les

hôpitaux publics ne sont pas soumis à de telles restrictions. Nombre de spécialistes travaillent à la fois dans des hôpitaux publics (où ils reçoivent un salaire) et dans le secteur privé (où ils sont payés suivant la formule de la rémunération à l'acte). Les efforts supplémentaires déployés par les médecins spécialistes dans le secteur privé se traduisent directement par des revenus additionnels, mais rien ne pousse vraiment ces derniers à réduire les listes d'attente des hôpitaux publics¹⁶⁷.

Les médecins de famille sont des entrepreneurs privés qui sont principalement payés suivant la formule de la rémunération à l'acte. Contrairement à leurs collègues canadiens, les médecins néo-zélandais ont le droit de recourir à la surfacturation. Le gouvernement verse une subvention aux médecins de famille afin de réduire le montant que les patients ont à payer eux-mêmes. La valeur réelle de la subvention versée par le gouvernement, qui était d'environ 75 % du coût total lorsque cette subvention a été instaurée en 1941, ne représente plus maintenant que moins de 20 % en moyenne¹⁶⁸. Certains patients ne sont pas couverts par cette subvention; les médecins de famille facturent donc aux patients le coût total de la consultation ou seulement une partie, selon le cas¹⁶⁹. En octobre 1988 et en septembre 1990, le gouvernement a majoré la subvention versée aux médecins de famille pour les soins prodigues aux enfants, aux personnes âgées et aux personnes atteintes de maladies chroniques. Depuis la réforme ayant introduit un marché interne en 1993, environ 80 % des médecins de famille sont devenus membres d'associations de médecins indépendants [Independent Practitioner Associations] ou de groupes « chargés de budget »¹⁷⁰. Ces groupes de médecins, comptant un nombre variable de membres, sont payés par le gouvernement suivant une formule de paiement par capitation et financent le coût de certains services (médicaments, tests de diagnostic, radiographie, etc.) pour leurs patients.

La Nouvelle-Zélande s'est dotée d'un régime d'assurance contre les accidents sans égard à la responsabilité¹⁷¹ qui rembourse aux personnes victimes d'un accident l'ensemble des frais

médicaux engagés et jusqu'à 80 % des pertes de salaire¹⁷². Ce régime d'assurance protège les médecins contre les poursuites civiles intentées pour des dommages découlant directement ou indirectement d'une faute professionnelle grave¹⁷³.

RÉFORME DU SECTEUR DE LA SANTÉ

En 1993, dans la foulée de réformes similaires au Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande a entrepris une « réforme interne du marché ». Le but visé par cette réforme était de séparer les rôles d'acheteur et de fournisseur de services joués par les autorités sanitaires afin que celles-ci n'aient plus intérêt à favoriser le financement des services prodigués dans les hôpitaux publics gérés par elles au détriment d'autres fournisseurs, peut-être plus efficents. Dans le cadre de la réforme introduisant un marché interne, les acheteurs nommés par le gouvernement (au départ, quatre autorités sanitaires régionales et, ensuite, une autorité sanitaire nationale de financement) devaient négocier, et conclure des accords, avec des fournisseurs privés et publics de services de soins de santé concurrents. L'autorité sanitaire de financement était l'unique acheteur de services de santé financés par des deniers publics et était tenue d'acheter un vaste éventail de services de santé et de services pour les personnes handicapées au nom de tous les Néo-Zélandais. On a dissocié les rôles d'acheteur et de fournisseur de services hospitaliers et autres services de santé afin que l'autorité sanitaire de financement ne puisse fournir directement de tels services. Les services étaient plutôt prodigués par les hôpitaux publics gérés par des sociétés d'État appelées « sociétés sanitaires d'État » [CHE - Crown Health Enterprises]. Ces « CHE » devaient être gérées comme des entreprises privées et rivaliser entre elles et avec les fournisseurs de services privés afin d'obtenir des contrats d'approvisionnement de l'autorité sanitaire de financement. On a, de plus, créé les groupes « chargés de budget » et les associations de médecins indépendants dont il a déjà été fait mention.

En novembre 1999, un gouvernement de coalition formé des partis travailliste et allianciste est arrivé au pouvoir et a mis en œuvre une nouvelle série de réformes majeures. Les réformes de 1999-2000 marquent un changement d'orientation par rapport à l'ancienne approche concurrentielle axée sur le marché. Le ministre de la Santé a déclaré que ces dernières réformes avaient marqué le début du retour vers un « véritable service public de santé » en Nouvelle-Zélande¹⁷⁴. Ces réformes se sont en grande partie traduites par un retour du système de santé néo-zélandais à la configuration qu'il avait avant 1993; en effet, les Conseils de santé de district [DHB - District Health Boards] sont chargés à la fois de la gestion des hôpitaux publics et de la gestion des deniers publics destinés à l'achat de la majorité des services hospitaliers et d'autres services de santé secondaires dans leur région. Ainsi, les rôles d'acheteur et de fournisseur sont de nouveau réunis au sein d'une seule entité pour chaque district. Cependant, contrairement aux anciens Conseils de santé sectoriels [Area Health Boards], les nouveaux DHB seront aussi chargés du financement des soins de santé primaires, ce qui représente une étape très importante dans le processus d'intégration des soins. Ces dernières réformes en date continuent de mettre une grande emphase sur les mécanismes de gestion et de responsabilité, dont les attentes en matière de rendement, les incitatifs et les sanctions, et sur les mécanismes garantissant l'atteinte des buts, objectifs et normes de service déterminés par le gouvernement.

L'expérience de la Nouvelle-Zélande en matière de marché interne a eu des résultats très mitigés et mérite une analyse poussée dans le contexte où les provinces canadiennes de l'Ontario et de l'Alberta expérimentent elles-mêmes avec l'impartition concurrentielle. Les réformes ne se sont certes pas traduites par les économies d'efficience escomptées. Certains avantages ont néanmoins été obtenus en matière de production de données et d'intégration du financement chez un agent d'approvisionnement unique pour la région. De surcroît, des erreurs ont été commises en Nouvelle-Zélande lors de la mise en œuvre de la réforme du secteur de la santé, erreurs que les provinces canadiennes doivent s'employer à éviter. Par exemple, on a très peu porté attention aux

incitatifs offerts aux gestionnaires des autorités sanitaires pour qu'ils changent le statu quo et négocient de façon serrée avec les fournisseurs publics et privés de services concurrents. De plus, on ne s'est pas suffisamment assuré que les autorités sanitaires disposeraient des renseignements nécessaires relativement aux coûts et à la qualité pour négocier de façon efficace et contrôler les résultats.

LEÇONS POUR LE CANADA

1. L'imposition de frais d'utilisation pour les soins prodigués par les médecins de famille semble être positivement corrélée avec un accès inéquitable aux soins de santé et, possiblement, avec des résultats médiocres en matière de santé.
2. Le fait de permettre l'établissement d'un système de santé à deux vitesses ne semble pas réduire les listes d'attente et les pressions exercées sur le secteur public, car les listes d'attente dans le secteur public néo-zélandais sont beaucoup plus longues que celles du Canada.
3. L'expérience de la Nouvelle-Zélande en matière de réforme introduisant un marché interne mérite d'être étudiée de très près, dans le contexte où les provinces de l'Ontario et de l'Alberta veulent elles-mêmes expérimenter avec l'impartition concurrentielle *dans le cadre* d'un système de santé financé par les deniers publics. En particulier, il est important d'étudier les incitatifs offerts aux acheteurs de soins (qu'il s'agisse des autorités sanitaires, des ministères de la Santé ou des groupes de fournisseurs de services) et les renseignements dont ils disposent.

PROFIL DE PAYS – ROYAUME-UNI

FINANCEMENT ET COÛTS

Le système de santé britannique est l'exemple typique d'un système de « commandement et contrôle », c'est-à-dire d'un système dans lequel le gouvernement finance la plupart des soins tout en participant de façon importante à la gestion de la prestation des services. Les chercheurs du domaine de la santé associent souvent les systèmes de type « commandement et contrôle » avec la capacité de maîtriser les coûts, et le Royaume-Uni a toujours dépensé moins en matière de santé que beaucoup d'autres pays développés. En 1998, 6,7 % du PIB britannique était consacré aux services de soins de santé, comparativement à une moyenne de 8,2 % pour les pays de l'OCDE¹⁷⁵. Toutefois, en mars 2000, le gouvernement formé par les « nouveaux travaillistes » a annoncé qu'il accroîtrait ses dépenses dans le domaine de la santé afin qu'elles atteignent la moyenne européenne de 8 % du PIB¹⁷⁶. Selon les nouveaux travaillistes, le Service national de santé britannique [NHS - National Health Service] connaîtra une croissance de 33 % en valeur réelle au cours des cinq prochaines années¹⁷⁷.

Bien que la part des soins de santé financée par le secteur public ait décliné au cours des années, le Royaume-Uni demeure l'un des pays de l'OCDE où le financement public est le plus important. En 1999, le gouvernement finançait 84,2 % de l'ensemble des soins de santé¹⁷⁸. En juillet 2000, lorsque M. Tony Blair a présenté son nouveau plan pour le NHS, il a déclaré que le gouvernement avait étudié d'autres méthodes de financement et qu'il était arrivé à la conclusion que ces autres méthodes seraient inefficaces et qu'il fallait moderniser le NHS plutôt que de le démanteler¹⁷⁹. La part des dépenses de santé totales financée par les assureurs privés à but lucratif est faible; en 1990, elle se chiffrait à 3,2 % et elle était passée à 3,5 % en 1998¹⁸⁰.

RÉSULTATS POUR LA SANTÉ

Bien que le Royaume-Uni consacre aux soins de santé une partie beaucoup moins importante de son PIB que d'autres pays aussi riches que lui, il obtient tout de même des résultats similaires à la moyenne de l'OCDE en matière de santé. Le système britannique semble donc très efficient, bien qu'il obtienne des résultats inférieurs à ses voisins européens en ce qui concerne certains indicateurs de santé¹⁸¹. Ainsi, on s'inquiète des résultats relativement médiocres obtenus par le Royaume-Uni, comparativement à d'autres pays européens, pour divers types de cancers¹⁸².

QUESTIONS RELATIVES À LA COUVERTURE ET À L'ACCÈS

Le principe philosophique sur lequel s'appuie le NHS est que les soins de santé devraient être prodigués en fonction du besoin et non de la capacité de payer¹⁸³. Ce principe est appliqué de façon moins explicitement limitée que dans d'autres pays. Contrairement à ce qui a cours en Nouvelle-Zélande, aucun frais d'utilisation n'est facturé pour les soins prodigués par les médecins de famille. De plus, contrairement au système de santé canadien, le NHS couvre le coût des médicaments délivrés sur ordonnance. Des frais d'utilisation forfaitaires de 6,00 livres sont facturés pour chaque article, mais 60 % de la population est dispensée de payer ces frais d'utilisation et 80 % des ordonnances remplies le sont pour des personnes étant dispensées de ces frais¹⁸⁴. La part des frais d'utilisation payés par les patients eux-mêmes ne représentait que 3,4 % des dépenses de santé en 1990 et n'était plus que de 2,7 % en 1995. À titre de comparaison, en 1998, les frais d'utilisation représentaient 17,7 % des dépenses de santé engagées aux États-Unis, 22,9 % de celles engagées en Nouvelle-Zélande et 5,9 % de celles engagées aux Pays-Bas¹⁸⁵. La donnée équivalente pour le Canada n'est pas disponible pour l'année 1998, mais elle était de 17,1 % en 1997. À la différence du Canada, le Royaume-Uni permet l'existence d'un système de santé à deux vitesses où les personnes disposant des ressources nécessaires peuvent acheter des soins (principalement des interventions chirurgicales non urgentes) dans les hôpitaux privés et ainsi éviter les longues files d'attente des hôpitaux publics. La proportion de la population dotée

d'une assurance-maladie privée a toujours été faible, mais a progressé de façon soutenue au cours des dernières années pour atteindre 11,5 % en 1999¹⁸⁶. En proportion, les professionnels, les employeurs et les gestionnaires sont beaucoup plus nombreux que le reste de la population à être dotés d'une assurance privée¹⁸⁷.

Bien que le Royaume-Uni obtienne des résultats relativement bons au chapitre des indicateurs globaux en matière de santé, l'opportunité des soins prodigués continue d'inquiéter. L'allongement des listes d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes et la façon dont elles sont gérées continuent particulièrement de préoccuper les Britanniques¹⁸⁸. Comparativement aux populations d'autres pays, un pourcentage très élevé de Britanniques est inscrit sur des listes d'attente (2,56 %)¹⁸⁹.

OFFRE

Ce qui différencie le système de santé britannique de la plupart des autres systèmes de santé est le fait que le gouvernement ne peut simplement assurer ses citoyens, mais qu'il est tenu de leur fournir des services de soins de santé. Le lien hiérarchique direct reliant le gouvernement aux autorités sanitaires régionales et de district a eu pour conséquence que les plus hautes sphères du gouvernement sont tenues directement responsables des petites lacunes du système. Ce lien hiérarchique direct a également politisé les décisions telles que la rationalisation du secteur hospitalier¹⁹⁰.

Hôpitaux

Au Royaume-Uni, les hôpitaux publics sont la propriété du gouvernement. Avant la réforme de 1990 visant la mise en place d'un marché interne, les hôpitaux publics étaient financés par le biais de budgets globaux déterminés en fonction des dépenses des années précédentes. Cette façon de

faire avait comme effet paradoxal de dissuader les dirigeants d'hôpitaux d'accroître leur efficience afin que leur financement ne soit pas réduit l'année suivante et/ou qu'ils ne reçoivent pas de nouveaux patients sans avoir les ressources nécessaires pour s'en occuper¹⁹¹. Le plafonnement des budgets des hôpitaux favorisait également le transfert des coûts. Par exemple, les médecins spécialistes œuvrant dans les hôpitaux publics retournaient leurs patients chez leur médecin de famille, qui n'était pas assujetti aux mêmes plafonds budgétaires pour le coût des services prodigués ou des médicaments prescrits¹⁹². Les listes d'attente toujours plus longues pour les interventions chirurgicales non urgentes constituent également une certaine forme de transfert des coûts aux patients. La réforme introduisant un marché interne mise en œuvre en 1991 visait à remédier à ces problèmes et prévoyait la transformation des hôpitaux publics en « trusts du NHS » autogérés (il ne s'agissait pas de trusts au sens juridique du terme, mais plutôt de sociétés d'État). Ces entreprises devaient rivaliser entre elles et avec les hôpitaux privés afin de se voir octroyer des contrats par les autorités sanitaires régionales. Les réformes de 1989 ont, pour leur part, mené à l'abolition des autorités sanitaires de district et des Comités de médecins de famille [Family Practitioner Committees]. (Voir aussi la section « Réforme du secteur de la santé »).

Entre 1990 et 1998, le nombre d'hôpitaux privés au Royaume-Uni est passé de 200¹⁹³ à 248¹⁹⁴. Comme en Nouvelle-Zélande, les hôpitaux privés ne pratiquent que des interventions chirurgicales non urgentes et laissent aux hôpitaux publics l'entièvre responsabilité de la prestation des soins de courte durée et des soins d'urgence.

Fournisseurs de services

Les médecins spécialistes œuvrant dans le secteur public sont rémunérés sur une base salariale et peuvent se voir décerner des « prix de distinction » pouvant entraîner une hausse de leur salaire de 40 à 95 %¹⁹⁵. Les spécialistes peuvent travailler dans les hôpitaux privés à temps partiel (où ils sont généralement payés suivant la formule de la rémunération à l'acte), mais leur principal

employeur demeure le NHS. Comme en Nouvelle-Zélande, les efforts supplémentaires déployés par les médecins spécialistes dans le secteur privé se traduisent directement par des revenus additionnels, mais rien ne pousse vraiment ces derniers à réduire les listes d'attente des hôpitaux publics.

Les médecins de famille sont traités comme des entrepreneurs privés indépendants même s'ils sont payés à même les deniers publics. Chaque Britannique est inscrit auprès d'un médecin de famille, qu'il peut choisir d'après la liste de médecins du NHS, sous réserve du consentement de ce médecin. Au cours des années, la rémunération des médecins de famille a pris la forme d'une combinaison de trois méthodes de paiement. Les médecins reçoivent tout d'abord des honoraires de base (salaire qui était plus élevé pour les médecins pratiquant dans les régions considérées comme mal desservies). Ils reçoivent ensuite une allocation financière forfaitaire pour chaque patient inscrit (capitation) – on compte trois niveaux de paiement distincts, selon l'âge du patient. Ils reçoivent enfin une rémunération à l'acte pour la prestation de certains services préventifs¹⁹⁶.

Dans la foulée de la réforme introduisant un marché interne et de la mise en œuvre du système d'enveloppes financières pour les médecins généralistes [General Practitioner Fundholding], on a assisté à un changement important dans le rôle joué par les médecins de famille et dans les responsabilités leur incombant. Les médecins généralistes sont en effet devenus des acheteurs de soins et ont donc désormais un intérêt financier à porter attention aux coûts et aux avantages des soins qu'ils recommandent ou qu'ils prescrivent. Les réformes mises de l'avant par les nouveaux travailleurs ont peut-être démantelé le système d'enveloppes pour les médecins généralistes, mais elles visent toujours à accroître le rôle d'acheteur (ou d'acquéreur) de soins joué par les médecins de famille, tout en l'étendant au personnel infirmier praticien.

RÉFORME DU SECTEUR DE LA SANTÉ

La majorité des changements apportés au cours des années 90 à la politique en matière de santé en vigueur au Royaume-Uni visaient une réorganisation *au sein* du secteur public plutôt qu'une révision des rôles joués respectivement par les secteurs privé et public. Au Royaume-Uni comme en Nouvelle-Zélande, l'élément clé de la réforme introduisant un marché interne a été la dissociation des rôles d'acheteur et de fournisseur de services joués par les autorités sanitaires de district, qui étaient auparavant chargées de l'achat de tous les services hospitaliers *et* de la gestion de tous les hôpitaux publics situés dans le district¹⁹⁷. Dans le système de santé réformé, 100 autorités sanitaires devaient être transformées en acheteurs proactifs et impartir les services à des fournisseurs privés et publics concurrents. En ce qui concerne la fourniture de ces services, les hôpitaux publics ont été transformés en sociétés d'État (les « NHS trusts ») ayant le pouvoir de modifier le régime de rémunération des employés et d'emprunter des capitaux dans les limites de leur plafond annuel de financement. Les hôpitaux publics ne reçoivent plus un budget d'exploitation de façon plus ou moins automatique et doivent rivaliser entre eux et avec des fournisseurs privés afin de se voir octroyer des contrats de fourniture de services par les autorités sanitaires. Le système d'enveloppes pour les médecins généralistes, dans le cadre duquel des groupes de médecins de famille reçoivent des budgets fixés sur la base de la capitation et sont chargés de financer une gamme de soins (médicaments, tests de diagnostic, interventions chirurgicales non urgentes, etc.) pour tous les patients inscrits auprès d'eux, est un élément de la réforme qui avait peu de poids au départ mais qui a vite pris plus d'importance. En 1997, on comptait au Royaume-Uni 3 500 groupes de médecins généralistes titulaires d'une enveloppe financière, qui jouaient le rôle d'acheteur pour environ 50 % de la population pour une gamme limitée de services de soins de santé¹⁹⁸. Ces groupes regroupaient 15 000 médecins de famille. Le système d'enveloppes pour les médecins généralistes a fait en sorte que les médecins de famille ont maintenant intérêt, au niveau financier, à tenir compte des coûts et des avantages des différents services qu'ils prescrivent ou qu'ils recommandent.

À l'exception du système d'enveloppes pour les médecins généralistes, les réformes introduisant un marché interne ont eu sur le système de santé britannique un effet moins transformateur que ce à quoi on aurait pu s'attendre en raison de l'audace de ces réformes¹⁹⁹. Le gouvernement formé par les nouveaux travaillistes élus en 1997 a annoncé de nouvelles réformes, dont la plus importante prévoyait l'élimination des groupes de médecins généralistes titulaires d'enveloppe (à partir du 1^{er} avril 1999) et la création de groupes de soins primaires [PCG - Primary Care Groups]. Ces derniers sont de grands groupes de médecins de famille (comptant entre 50 et 60 médecins de famille issus d'une vingtaine de cabinets de médecins) et d'infirmières et d'infirmiers praticiens. Le 1^{er} avril 1999, 481 PCG prenaient naissance au Royaume-Uni, leur clientèle se chiffrant entre 46 000 et 257 000 patients (pour une moyenne de 100 000 patients). Chaque PCG dispose d'une part du financement alloué pour les services hospitaliers et les services de santé communautaires proportionnelle à sa clientèle, d'un budget pour les médicaments prescrits par les médecins de famille et le personnel infirmier et d'un budget destiné à rembourser aux médecins de famille le coût des salaires de leurs employés, de leurs locaux et de leur matériel informatique. Ainsi, les PCG ne contrôlent pas les paiements versés aux médecins de famille pour les services qu'ils ont prodigués, et les médecins de famille conservent leur statut d'« entrepreneurs indépendants ». Cependant, le gouvernement formé par les nouveaux travaillistes a annoncé qu'il aimerait beaucoup étendre la portée d'un projet pilote dans le cadre duquel les médecins de famille cesseraient d'être des entrepreneurs indépendants et deviendraient des employés.

LEÇONS POUR LE CANADA

1. Au Royaume-Uni, une très faible part des dépenses de santé est attribuable à des sources privées. Le régime public de soins de santé britannique couvre les médicaments délivrés sur

ordonnance en exigeant des frais d'utilisation minimes et on dépense dans ce pays beaucoup moins qu'au Canada en matière de santé.

2. Le système de santé britannique est un système à deux vitesses où les personnes disposant des ressources nécessaires peuvent éviter les listes d'attente du système public. Il ne semble toutefois pas que cela réduise les pressions exercées sur le système public, où les listes d'attente pour recevoir des soins sont très longues.
3. Au Royaume-Uni comme en Nouvelle-Zélande, la réforme visant à créer un marché interne a eu des résultats très mitigés. L'élément de cette réforme ayant eu la plus grande incidence est la création du système d'enveloppes pour les médecins généralistes. Cette initiative, qui a donné aux médecins de famille un incitatif financier à considérer le coût et les avantages des différents services qu'ils prescrivent ou recommandent, mérite toute notre attention, dans le contexte où le Canada étudie la meilleure façon de réformer les soins de santé primaires.

CONCLUSION

Le Canada est le seul des pays développés à interdire l'établissement d'un système de santé « à deux vitesses » dans lequel les personnes peuvent acheter, dans le secteur privé, des services hospitaliers et médicaux couverts par le régime public de santé. De cette façon, les services hospitaliers et médicaux sont financés presque entièrement par des deniers publics. Cependant, des progrès technologiques ont été réalisés, les soins de santé sont de plus en plus dispensés dans les communautés et à domicile plutôt que dans les hôpitaux, et d'autres types de soins, dont les pharmacothérapies et les soins à domicile, ont gagné en importance. Ces derniers types de soins sont toutefois financés en grande partie par le secteur privé et ne sont pas couverts par les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, ce qui se traduit par un grand écart entre les normes d'accès et de qualité en vigueur dans les diverses provinces canadiennes. De plus en plus, on s'interroge sur la viabilité du régime canadien d'assurance-maladie et sur la possibilité de moderniser et de réformer le système de santé sans donner lieu à une explosion des coûts. Qu'ont les autres pays à apprendre au Canada à cet égard?

Les États-Unis sont le seul pays développé au monde où une part importante de la population (16,3 %) n'est couverte par aucune assurance-maladie; pourtant, ce pays dépense plus en matière de santé que tout autre pays. Le système de santé américain montre qu'un financement privé accru ne va pas nécessairement de pair avec une diminution des dépenses de santé. C'est pourquoi les Canadiens qui préconisent qu'un accroissement du financement privé est nécessaire en raison de la croissance des dépenses de santé doivent considérer la possibilité que cet accroissement du financement privé se traduise par une hausse des dépenses totales de soins de santé. Le système de santé américain montre aussi que des dépenses de santé plus importantes ne se traduisent pas nécessairement par un meilleur niveau de santé ou par un volume de services accru. Il semble en fait que les Canadiens reçoivent plus de soins de santé de tous les jours ou de

soins de santé primaires, alors que les Américains reçoivent plus de services chirurgicaux effractifs et chers. L'accroissement des dépenses de santé semble toutefois être associé à une hausse des prix des services hospitaliers et médicaux. Sur une note plus positive, la révolution de la gestion intégrée des soins de santé qui a eu lieu aux États-Unis a causé bien des inquiétudes en ce qui concerne l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci. Cependant, certaines des initiatives mises en œuvre par les Américains méritent notre attention, si elles peuvent être adoptées au Canada d'une façon qui soit conforme aux valeurs d'équité et d'accès universel chères aux Canadiens et Canadiennes. Le Canada devrait considérer le système de santé américain comme un banc d'essai de différentes initiatives de réforme lui permettant de sélectionner les plus efficaces d'entre elles.

Étant donné les similitudes qui existent entre le Canada et l'Australie du point de vue géographique et constitutionnel, le système de santé australien mérite un examen minutieux. En Australie, le rapport entre les dépenses publiques et les dépenses privées en matière de santé est similaire à celui du Canada; les services hospitaliers et médicaux y sont toutefois financés de façon plus importante par le secteur privé et les médicaments, de façon plus importante par le secteur public. Un ensemble de filets de sécurité sociale a été mis en place afin que les frais d'utilisation n'entraînent pas l'accès aux soins des personnes défavorisées ou atteintes de maladies chroniques. Les accords volontaires de facturation globale conclus avec les médecins et éliminant, en pratique, les frais d'utilisation qu'auraient dû payer la majorité des Australiens pour les services médicaux reçus sont d'un intérêt particulier pour les Canadiens. De même, le fait que l'Australie dépense moins que le Canada en matière de santé et qu'elle soit dotée d'un régime national d'assurance-médicaments (géré et financé par le gouvernement australien) est aussi digne d'intérêt. Le régime australien d'assurance-médicaments exige d'importants débours de la part des particuliers, mais comporte tout un système de filets de sécurité sociale en faisant un

système national cohérent garantissant l'accès aux soins des personnes pour lesquelles le coût pourrait constituer un obstacle.

Le système de santé néerlandais dépend, dans une large mesure, des assureurs privés; la couverture qu'il offre est tout de même presque universelle. À la différence du système de santé canadien, le régime d'assurance universel à participation obligatoire des Pays-Bas couvre les soins de longue durée et les soins de santé mentale. Ce régime d'assurance des « frais médicaux exceptionnels » mérite une attention toute spéciale dans le contexte où le Canada s'emploie à structurer ses programmes de soins de longue durée et de soins à domicile. Cette initiative néerlandaise se révélera particulièrement attrayante si les Canadiens s'opposent à une hausse des impôts ou des dépenses du gouvernement, même si cette hausse servait à financer des programmes nationaux d'assurance-médicaments et de soins à domicile. Par le biais d'un régime d'assurance à participation obligatoire auquel contribuent les employeurs et les employés, les Néerlandais bénéficient d'un système de santé financé en grande partie de façon progressive sans être financé par le secteur public à même les recettes fiscales générales. Les réalisations des Pays-Bas en matière de primes d'assurance ajustées en fonction des risques dans les caisses maladie sont d'un intérêt particulier pour le Canada, qui étudie les façons de financer les autorités sanitaires et les groupes de médecins et d'autres fournisseurs de services de santé chargés d'un budget.

Comparativement au système canadien, le système de santé néo-zélandais reçoit un plus grand financement public et a toujours été plus économique. Ce système impose toutefois des frais d'utilisation pour les services prodigués par les médecins de famille, ce qui s'est traduit par un accès inéquitable aux soins de santé. En outre, 37 % des Néo-Zélandais ont une assurance privée couvrant les frais d'utilisation et leur permettant d'éviter les longues listes d'attente du secteur public. Le fait de permettre l'établissement d'un système de santé à deux vitesses ne semble pas

avoir pour effet de réduire les listes d'attente du secteur public, car les listes d'attente du secteur public sont beaucoup plus longues en Nouvelle-Zélande qu'au Canada. L'expérience de la Nouvelle-Zélande en matière de réforme introduisant un marché interne mérite d'être étudiée de très près, dans le contexte où les provinces de l'Ontario et de l'Alberta veulent elles-mêmes expérimenter avec l'impartition concurrentielle *dans le cadre* d'un système de santé financé par les deniers publics. En particulier, il est important d'étudier les incitatifs offerts aux acheteurs de soins (qu'il s'agisse des autorités sanitaires, des ministères de la Santé ou des groupes de fournisseurs de services) et les renseignements dont ils disposent.

Le système de santé britannique dépend de façon très intensive du financement public et est relativement bon marché. Ce système obtient également de bons résultats en matière de santé; cependant, il a beaucoup de difficulté à garantir l'accès opportun aux soins et les listes d'attente y sont très longues. À la différence du Canada, le Royaume-Uni inclut, moyennant des frais d'utilisation minimes, les médicaments délivrés sur ordonnance dans son régime d'assurance financé à même les deniers publics. Bien que le système de santé britannique dépende beaucoup plus du financement public que le système canadien, environ 10 % des Britanniques disposent d'une assurance privée leur permettant d'éviter les longues listes d'attente du secteur public pour les interventions chirurgicales non urgentes. L'existence d'un système de santé à deux vitesses ne semble pas réduire les pressions exercées sur le système public dans les cas où la liste d'attente pour recevoir des soins est très longue. Comme cela a été le cas en Nouvelle-Zélande, la réforme visant à créer un marché interne entrepris au Royaume-Uni a eu des résultats très mitigés. L'élément de cette réforme ayant eu la plus grande incidence a été la mise sur pied d'un système d'enveloppes pour les médecins généralistes. Cette initiative, qui a donné aux médecins de famille un incitatif financier à considérer le coût et les avantages des différents services qu'ils prescrivent ou recommandent, mérite toute notre attention, dans le contexte où le Canada étudie la meilleure façon de réformer les soins de santé primaires.

Le Canada se trouve actuellement à la croisée des chemins et doit décider de la façon dont il veut réformer son système public de soins de santé. Le régime d'assurance-maladie a bien servi les Canadiens et Canadiennes en respectant les valeurs d'impartialité et d'équité chères à leur cœur. La viabilité de ce régime d'assurance est toutefois de plus en plus mise à l'épreuve par les progrès technologiques et les changements démographiques et le système doit être modernisé et réformé afin de pouvoir répondre aux besoins en matière de soins de santé, quels que soient l'endroit où ces soins sont requis et la nature du fournisseurs de services. Le Canada peut apprendre beaucoup en étudiant de près les réformes entreprises dans d'autres pays, qu'elles aient eu du succès ou non. Certains soutiendront que la situation du Canada est unique et qu'il serait donc futile de vouloir y introduire les initiatives mises de l'avant dans d'autres pays, mais il est évident que nombre des appels à la réforme lancés au Canada (par exemple en ce qui concerne l'impartition concurrentielle, le recours accru aux fournisseurs privés de services à but lucratif, la réforme des soins de santé primaires et les frais d'utilisation) sont analogues aux initiatives de réforme déjà mises en œuvre dans d'autres pays ou qui sont en voie de l'être. Plutôt que de répéter les erreurs du passé, les décideurs canadiens auraient avantage à retenir les mots de Publius Syrus qui, en l'an 42 av. J.-C., a dit [TRADUCTION] : « il faut apprendre à voir dans les malheurs des autres les erreurs qu'il nous faut éviter »²⁰⁰. Cela nécessitera une analyse des réformes entreprises beaucoup plus poussée que celle présentée dans le présent document, mais nous espérons que celui-ci aura permis de déterminer les domaines d'étude les plus susceptibles d'être fructueux.

¹ Center for Disease Control and Prevention et National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2000* [ci-après appelé « Health 2000 »], Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics, 2000; tableau 118 : « National health expenditures, average annual percent change, and percent distribution, according to type of expenditure: United States, selected years 1960–98 ».

² OCDE, *Éco-Santé OCDE 2000 : analyse comparative de 29 pays*, Paris, OCDE, 2001 [ci-après appelé « Éco-Santé OCDE 2000 »]; tableaux générés par les auteurs. L'OCDE rend possibles les comparaisons entre pays en convertissant les montants nationaux en mesures compatibles appelées unités de parité de pouvoir d'achat (PPP). Les PPP sont les taux de conversion des devises permettant au pouvoir d'achat de diverses devises d'être exprimé dans une même unité. En d'autres termes, l'OCDE calcule le montant qui serait nécessaire pour acheter le même panier de biens et de services dans chaque pays, si tous avaient à payer les mêmes prix qu'aux États-Unis. Les PPP éliminent toute différence en ce qui concerne les niveaux de prix dans les différents pays, afin que les variations internationales ne reflètent que les écarts dans le volume des biens et services achetés. C'est pourquoi il est préférable d'utiliser la méthode des PPP pour effectuer des comparaisons au niveau international. Pour d'autres renseignements sur cette méthode, consulter le site Web à l'adresse suivante :

http://www.oecd.org/els/health/sources/monetary_conversion_rates.htm.

³ Voir données tirées de Health 2000, *supra*, note 1, tableau 115 : « Gross domestic product, national health expenditures, Federal and State and local government expenditures, and average annual percent change: United States, selected years 1960–98 » et tableau 116 : « Consumer Price Index and average annual percent change for all items, selected items, and medical care components: United States, selected years 1960–99 ».

⁴ À titre de comparaison, la variation annuelle de l'IPC pour tous les biens et services non médicaux se chiffrait à 4,7 % en 1990 et à 2,2 % en 1999 – Health 2000, *ibid.*, tableau 116 : « Consumer Price Index and average annual percent change for all items, selected items, and medical care components: United States, selected years 1960–99 ».

⁵ Office of the Actuary, Health Care Financing Administration, *National Health Expenditures Projections: 1998-2008*, site Web : <http://www.hcfa.gov/stats/>.

⁶*Ibid.*

⁷ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2000* [ci-après appelé « Rapport sur la santé dans le monde 2000 »], Genève, OMS, 2000, tableau 2 : indicateurs de base.

⁸ Les résultats des États-Unis étaient près de la moyenne de 7,3 enregistrée par les pays de l'OCDE en 1997. Il est toutefois important de noter que les cinq pays ayant obtenu de moins bons résultats que les États-Unis étaient ceux dont les résultats s'éloignaient le plus de la moyenne : Hongrie (9,9), Pologne (10,2), Mexique (16,4) et Turquie (39,5). Si l'on ne tenait pas compte de ces pays, la moyenne de l'OCDE serait beaucoup moins élevée et le taux de mortalité infantile des États-Unis s'y comparerait encore moins avantageusement.

⁹ Health 2000, *supra*, note 1, tableau 20 : « Infant, neonatal, and post neonatal mortality rates, according to detailed race of mother and Hispanic origin of mother: United States, selected birth cohorts 1983–97 ».

¹⁰*Ibid.*, tableau 28 : « Life expectancy at birth, at 65 years of age, and at 75 years of age, according to race and sex: United States, selected years 1900–98 ».

¹¹ *Ibid.*, tableau 58 : « Respondent-assessed health status according to selected characteristics: United States, 1991, 1995, 1997, and 1998 ».

¹² *Ibid.*, tableau 146 : « Persons without health care coverage by geographic division and State: United States, selected years 1987–98 ».

¹³ Partie A du titre XVIII de la *Social Security Act*, 42 U.S.C. 1395.

¹⁴ La participation aux frais consiste en frais d'utilisation facturés au patient à chaque utilisation (p. ex., des frais de 10 \$). Les franchises et les assurances à risque partagé sont des frais que l'utilisateur doit payer lui-même afin de partager le coût des services avec le régime Medicare. Les franchises sont des frais non périodiques, alors que les frais

d'assurance à risque partagé sont parfois facturés de façon périodique en sus des franchises afin de facturer une partie des coûts permanents au patient.

¹⁵ Une partie de cette augmentation est toutefois attribuable à la nouvelle définition statistique des prestataires de Medicaid – voir dans *Health 2000, supra*, note 1, la définition du terme « *Health Expenditures* » donnée dans le glossaire.

¹⁶ Ces services incluent généralement les services ci-après : services hospitaliers pour malades hospitalisés; services hospitaliers offerts en clinique externe; soins prénataux; vaccins pour les enfants; services médicaux; services infirmiers pour les personnes âgées de 21 ans et plus; services et fournitures de planification familiale; cliniques de services de santé en région rurale; soins de santé à domicile pour les personnes ayant droit à des services infirmiers spécialisés; services de laboratoire et de radiographie; services de pédiatrie; services de santé familiale offerts par le personnel infirmier exerçant et services de sage-femme offerts par le personnel infirmier.

¹⁷ G. Anderson et coll., « *Health Spending and Outcomes: Trends in OECD Countries, 1960-1998* », 2000, volume 19, numéro 3, *Health Affairs*, p. 150-155.

¹⁸ W. P. Welch, D. Verrilli, S.J. Katz et E. Latimer, « *A Detailed Comparison of Physician Services for the Elderly in the US and Canada* », 1996, 275(18), *Journal of the American Medical Association*, p. 1410.

¹⁹ V.M. Taylor *et al*, « *Hospitalization for Back and Neck Problems: A Comparison between the Province of Ontario and Washington State* », 1998, 33, *Health Services Res*, p. 929-945.

²⁰ Les données de 1998 ont été calculées pour 19 pays – Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2. La moyenne citée pour l'Australie est celle de 1997.

²¹ *Health 2000, supra*, note 1, tableau 102 : « *Physicians, according to activity and place of medical education: United States and outlying U.S. areas, selected years 1975-98* ».

²² Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2.

²³ P. Buerhaus et D. Staiger, « *Trouble in the nurse labor market? Recent trends and future outlook* », 1999, volume 18, numéro 1, *Health Affairs*, p. 214-222.

²⁴ Pour une étude de l'évolution de la gestion des soins, consulter J. Spidle, « *The Historical Roots of Managed Care* », D.A. Bennahum éditeur., *Managed Care: Financial, Legal and Ethical Issues*, Cleveland, Pilgrim Press, 1999, p. 22.

²⁵ Données tirées de Iglehart, *Health Policy Report: Physicians and the Growth of Managed Care*, p. 1168, et Mercer/Foster Higgins, *National Survey of Employer-Sponsored Health Plans*, New York, William M. Mercer, Inc., 1997, p. 9, telles que citées dans Smith *et al*. La part de la population américaine inscrite à une OSS (instrument consacré de la gestion des soins) est passée de 19,4 % (50,9 millions) en 1995 à 30,1 % (81,3 millions) en 1999 -- *Health 2000, supra*, note 1, tableau 131 : « *Health maintenance organizations (HMO's) and enrollment, according to model type, geographic region, and federal program: United States, selected years 1976-99* ».

²⁶ Health Care Funding Association, « *National Summary of Medicaid Managed Care Programs and Enrollment, June 30, 1999* », site Web : <http://www.hcfa.gov/medicaid/trends99.htm> (site Web consulté le 29 janvier 2001).

²⁷ R.L. Schwartz, « *How Law and Regulation Shape Managed Care* », D.A. Bennahum éditeur, *supra*, note 24, p. 22. Schwartz prévoyait que tous les régimes d'assurance deviendraient des MCO sous peu.

²⁸ L'OCDE rend possibles les comparaisons de coûts entre pays en convertissant les montants nationaux en mesures compatibles appelées unités de parité de pouvoir d'achat (PPP). *Supra*, note 2.

²⁹ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2.

³⁰ Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada : un premier rapport annuel*, tableau 3 : « *La croissance des dépenses de santé* », Ottawa, ICIS, 2000, site Web : http://www.cihi.ca/french/froadmap/fHealth_Rep/healthreport2000f/tocf.shtml (site Web consulté le 29 janvier 2001).

³¹ Dans le cadre de l'accord en matière de santé conclu par les premiers ministres en septembre 2000, le gouvernement du Canada s'est engagé à allouer 21,1 milliards de dollars supplémentaires aux provinces et territoires par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (paiement de transfert général aux provinces). Ce financement additionnel comprend 18,9 milliards de dollars alloués par l'entremise du TCSPS afin d'appuyer la santé et 2,2 milliards de dollars destinés à l'initiative en matière de développement des jeunes enfants.

³² Institut canadien d'information sur la santé, *supra*, note 30, tableau 14 : « *La part privée* ».

³³ Santé Canada, tableau 8 : « *Partie publique et privée des dépenses de santé selon la catégorie, Canada 1975-1996* », site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/datapcb/datasresa/hex97/table8.jpg> (site Web consulté le 13 juin 1998). Voir aussi Forum national sur la santé, *Le financement public et privé du système de santé du Canada*, Ottawa, Forum national sur la santé, 1995, p. 6-7.

³⁴ C.H. Tuohy, C.M. Flood et M. Stabile, *The Impact of Private Finance on Public Health Care Systems: Evidence from OECD Nations*, University of Toronto, 2001, inédit.

³⁵ *Vision renouvelée du régime de services de santé du Canada : Conférence des ministres provinciaux et territoriaux de la santé*, p. 7.

³⁶ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2. Il convient encore une fois de noter que les cinq pays ayant obtenus des résultats moins bons que ceux des États-Unis étaient ceux dont les résultats s'éloignaient le plus de la moyenne de l'OCDE : Hongrie (9,9), Pologne (10,2), Mexique (16,4) et Turquie (39,5). Si l'on ne tenait pas compte de ces pays, la moyenne de l'OCDE serait de beaucoup inférieure à ce qu'elle est. Si la Turquie était exclue, la moyenne se chiffrait à 5,8.

-
- ³⁷ Commission royale sur les peuples autochtones, *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, volume 3*, Ottawa, Approvisionements et Services Canada, 1996, p. 127.
- ³⁸ Rapport sur la santé dans le monde 2000, *supra*, note 7.
- ³⁹ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2. Les données pour 1998 ne sont disponibles que pour trois pays. Il est donc impossible de calculer la moyenne de l'OCDE pour cette année.
- ⁴⁰ Forum national sur la santé, *supra*, note 33, p. 3.
- ⁴¹ C.M. Flood et T. Archibald, « Legal Constraints on Privately-Financed Health Care in Canada: A Review of the Ten Provinces », numéro à paraître du *Journal de l'Association médicale canadienne*, mars 2001.
- ⁴² Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes inc., *Données sur l'industrie : Canada et étranger*, site Web : <http://www.clhia.ca/e4.htm> (site Web consulté le 11 février 2001).
- ⁴³ C.H. Tuohy, C.M. Flood & M. Stabile, *supra*, note 34, p. 15.
- ⁴⁴ A. Blomqvist, « Conclusion: Themes in Health Care Reform », A. Blomqvist & D. M. Brown, eds., *Limits to Care: Reforming Canada's Health System in an Age of Restraint*, Toronto, Institut C.D. Howe, 1994, p. 399-416.
- ⁴⁵ Les associations médicales provinciales sont habituellement chargées de représenter les médecins et de promouvoir leurs intérêts professionnels. Dans chaque province, un organisme distinct, le Collège des médecins et chirurgiens, réglemente la profession afin de protéger et de servir l'intérêt public; le Collège a le pouvoir de prendre des sanctions disciplinaires contre ses membres qui ne respectent pas les normes professionnelles.
- ⁴⁶ J. Hurley et coll., « The Madcappers: A Case Study of Physician Expenditure Caps as Financial Incentives », M. Giacomini et al., eds., *Financial Incentives in the Canadian Health System: Executive Summary*, Ottawa, NHRDP, 1996, p. 31.
- ⁴⁷ Institut canadien d'information sur la santé, *supra*, note 30, tableau 7 : « La croissance des dépenses de santé », tableau 29 : « How Doctors are Paid ».
- ⁴⁸ Institut canadien d'information sur la santé, *More Registered Nurses Working Part-time and in Community-Based Care: 1997 Figures*, site Web : <http://www.cihi.ca/facts/rn.htm> (site Web consulté le 23 juin 1998).
- ⁴⁹ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2.
- ⁵⁰ Association des infirmières et infirmiers du Canada, communiqué de presse, *Major Registered Nursing Shortage Looming*, 4 novembre 1997, site Web : <http://www.english/whatnew/whatsnew/majshortage.html> (site Web consulté le 24 juin 1998).
- ⁵¹ M. Barer et L. Wood, « Common Problems, Different "Solutions": Learning from International Approaches to Improving Medical Services Access for Undeserved Populations », 1997, volume 20, numéro 2, *Dalhousie Law Journal*, p. 321-359.
- ⁵² J. Lomas, J. Woods et G. Veenstra, « Devolving Authority for Health Care in Canada's Provinces: An Introduction to the Issues », 1996, 156:3, *Journal de l'Association médicale canadienne*, p. 371.
- ⁵³ Institut canadien d'information sur la santé, *supra*, note 30, tableau 9 : « Où vont les dollars de la santé ».
- ⁵⁴ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2.
- ⁵⁵ P.C. Coyte, *Home Care in Canada: Passing the Buck*, rédigé pour le National Leadership Roundtable on Health Reform (University of Toronto), juin 2000.
- ⁵⁶ Voir par exemple : L. Soderstrom et coll. « The health and cost effects of substituting home care for inpatient acute care: a review of the evidence », 1999, 160:8, *Journal de l'Association médicale canadienne*, p. 1151; J. Lavis et al., « Free-standing health care facilities: financial arrangements, quality assurance and a pilot study », 1998, 158:3, *Journal de l'Association médicale canadienne*, p. 359; et K. Parr, Saskatchewan Health Services Utilization and Research Commission, *The Cost-Effectiveness of Home Care: A Rigorous Review of the Literature*, Saskatoon, HSURC, 1996.
- ⁵⁷ Forum national sur la santé, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier; Rapports de référence et documents de référence*, Ottawa, Forum national sur la santé, 1997, p. 19.
- ⁵⁸ A. P. Williams et al., « Long-term Care Goes to Market: Managed Competition and Ontario's Reform of Community-Based Services », 1999, volume 18, numéro 2, *Revue canadienne du vieillissement*, p. 125; R. Deber et coll., *The Public-Private Mix in Health Care, Report to the 1997 National Forum on Health*, Toronto, Department of Health Administration, University of Toronto, 1996.
- ⁵⁹ Australian Institute of Health and Welfare 2000, *Australia's Health 2000* [ci-après appelé « Australia's Health 2000 »], Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 2000, p. 234.
- ⁶⁰ Le taux de croissance annuel a atteint un sommet de 14,5 % en 1975-1976 (année où le gouvernement australien a pris à sa charge la moitié des coûts d'exploitation des hôpitaux publics des États et a assumé la responsabilité du financement des services médicaux) et a atteint son point le plus bas (2,8 %) en 1983-1984 et en 1984-1985 -- Australia's Health 2000, *ibid.*, p. 236, tableau 5.3.
- ⁶¹ *The Australian Health Care System: An Outline* [ci-après appelé « Australian Health Care System Outline »], site Web du Commonwealth Department of Health and Aged Care : www.health.gov.au/haf/pubs/ozhealth/ozsys299.html (site Web consulté le 20 janvier 2001), p. 235.
- ⁶² Institut canadien d'information sur la santé, *Données sur les dépenses de santé 2000*, Ottawa, ICIS, 2001. On peut consulter ce document en ligne, à l'adresse : <http://www.cihi.ca/facts/nhex/hexdata.shtml>.

-
- ⁶³ Australian Health Care System Outline, *supra*, note 61, et J. S. Deeble, « Medicare's maturity: shaping the future from the past », 2000, 173, *Medical Journal of Australia*, p. 44-46.
- ⁶⁴ A. Podger et P. Hagan, *Reforming the Australian Health Care System: The Role of Government*, Canberra, Department of Health and Aged Care, 1999, p. 22.
- ⁶⁵ B. Ross et al., *Health Financing in Australia: The Objectives and Players, Occasional Papers: Health Financing Series, vol. 1*, Canberra, Department of Health and Aged Care, 1999, p. 32.
- ⁶⁶ Voir : Groupe de travail sur les politiques de santé, *Recommandations aux premiers ministres*, Institut de recherche en politiques publiques, Montréal, 2000.
- ⁶⁷ A. Podger et P. Hagan, *supra*, note 64, p. 22.
- ⁶⁸ Australian Health Care System Outline, *supra*, note 61.
- ⁶⁹ *Ibid.*, p. 94.
- ⁷⁰ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2.
- ⁷¹ Australia's Health 2000, *supra*, note 59, p. 210.
- ⁷² *Ibid.*, p. 221.
- ⁷³ John Deeble, « Unscrambling the Omelette: Public and Private Health Financing in Australia », G. McLachlan et A. Maynard (eds.), *The Public/Private Mix in Health: the Myth and the Reality*, Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1982.
- ⁷⁴ G. Gray, « Reform and Reaction in Australian Health Policy », 1996, volume 21 numéro 3, *Journal of Health Politics, Policy and Law* 3, p. 587-592.
- ⁷⁵ Australian Health Care System Outline *supra*, note 61.
- ⁷⁶ *Ibid.*
- ⁷⁷ *Ibid.*
- ⁷⁸ J. Deeble, *Medicare: Where have We Been? Where are We Going?*, The Gordon Oration, National Centre for Epidemiology and Population Health, The Australian National University, 1999, p. 4.
- ⁷⁹ Australian Health Care System Outline, *supra*, note 61.
- ⁸⁰ *Ibid.*
- ⁸¹ Australia's Health 2000, *supra*, note 59, p. 252.
- ⁸² C.H. Tuohy, C.M. Flood & M. Stabile, *supra*, note 34.
- ⁸³ S. Duckett et T. Jackson, « The New Health Insurance Rebate », 2000, *Medical Journal of Australia*, 172 5 janvier 2000, p. 439-442.
- ⁸⁴ Australia's Health 2000, *supra*, note 59, p. 234.
- ⁸⁵ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2.
- ⁸⁶ A. Podger et P. Hagan, *supra*, note 64, p. 23.
- ⁸⁷ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2, et J. White, *Competing Solutions*, Washington Brookings Institution Press, 1995, p. 96.
- ⁸⁸ Australian Health Care System Outline, *supra*, note 61.
- ⁸⁹ *Ibid.*
- ⁹⁰ « Nurses in Australia: their role today and tomorrow », 1996, 164, *Medical Journal of Australia*, p. 520.
- ⁹¹ C. Zinn, « Role of nurses to expand in Australia », 1998, 317, *British Medical Journal*, p. 617.
- ⁹² Australian Nursing Federation, *Nursing numbers falling*, site Web de l'Australian Nursing Federation : http://www.anf.org.au/news/news_professional_9910.html (site Web consulté le 29 janvier 2001).
- ⁹³ Voir G. Gray, « Reform and Reaction in Australian Health Policy », 1996, 21, *Journal of Health Politics, Policy and Law* 3, p. 587.
- ⁹⁴ *Ibid.*, p. 587-588.
- ⁹⁵ J. S. Deeble, « Medicare's maturity: shaping the future from the past », 2000, 173, *Medical Journal of Australia*, p. 44-47.
- ⁹⁶ A. Podger et P. Hagan, *supra*, note 64, p. 20.
- ⁹⁷ B. Ross et coll., *supra*, note 65, p. 39.
- ⁹⁸ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2.
- ⁹⁹ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2.
- ¹⁰⁰ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2. Selon l'OCDE, la part de dépenses de santé attribuable au gouvernement australien en 1998 s'élevait à 4,2 %. Il convient de faire la distinction entre ce pourcentage et celui cité dans le texte et qui représente la part des dépenses de santé attribuable au secteur public.
- ¹⁰¹ P. Huijbers et A. Martin, *Health Care Insurance in the Netherlands*, site Web du Netherlands Institute of Gerontology : www.nig.nl/facts&figures/healthcareinsurance_en.html (site Web consulté le 12 février 2001).
- ¹⁰² *Ibid.*, 1999. Les statistiques pour les Pays-Bas sont tirées du Rapport sur la santé dans le monde 2000, *supra*, note 7, p. 176.
- ¹⁰³ Les données citées dans ce paragraphe sont tirées de H. P. Uniken Venema, H. F. L. Garretsen et P. J. Van Der Maas, « Health Of Migrants and Migrant Health Policy, The Netherlands As An Example », 1995, volume 41, numéro 6, *Soc. Sci. Med.*, p. 809-811. Malgré ces niveaux de santé inférieurs, les auteurs de l'étude signalent à la page 815 que les

études qualitatives et quantitatives montrent, toutefois, que les Turcs, les Marocains et les Surinamais ont peu de difficulté à avoir accès aux services de soins de santé dont ils ont besoin.

¹⁰⁴ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ministère de la Santé, de l'Aide sociale et du Sport), *Health Insurance in the Netherlands* [ci-après appelé Health Insurance in the Netherlands], La Haye, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2000, p. 7.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 21.

¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 13.

¹⁰⁷ *Ibid.*, p. 14-19.

¹⁰⁸ F. T. Schut et H. E G. M. Hermans, « Managed Competition Reform in the Netherlands and its Lessons for Canada », 1997, volume 20, numéro 2, *Dalhousie Law Journal*, p. 437-451.

¹⁰⁹ Health Insurance in the Netherlands, *supra*, note 104, p. 56.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 56.

¹¹¹ R.L.J.M. Scheerder, « The Financing of the Dutch Health Care System », *Health and Health Care in the Netherlands*, p. 165.

¹¹² F.T. Schut, *Health Care Reform In the Netherlands: Balancing Corporatism, Etatism, and Market Mechanisms*, La Haye, 1995, p. 633.

¹¹³ *Ibid.*, p. 633.

¹¹⁴ Health Insurance in the Netherlands, *supra*, note 104, p. 51.

¹¹⁵ Voir W. B. F Bouwer et F. T. Schut, « Priority Care for Employees: A Blessing in Disguise? », 1999, volume 8, *Health Economics*, p. 65. Voir aussi W. Brouwer et H. E.G.M. Hermans, « Private Clinics for Employees as a Dutch Solution for Waiting Lists: Economic and Legal Arguments », 1999, volume 47, *Health Policy*, p. 7.

¹¹⁶ C.H. Tuohy, C.M. Flood et M. Stabile, *supra*, note 34.

¹¹⁷ Statistics Netherlands, *Cost and financing of health care*, site Web de Statistics Netherlands : www.cbs.nl/en/figures/keyfigures/kgw0640z.htm (site Web consulté le 2 février 2001).

¹¹⁸ *Ibid.*

¹¹⁹ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2.

¹²⁰ Cette conclusion a été confirmée par E. Schut, économiste de la santé à l'Université Erasmus de Rotterdam, aux Pays-Bas.

¹²¹ Akved et H.E.G.M. Hermans, « The Netherlands », *Medical Law – Suppl*, Deventer et Boston, Kluwer Law and Taxation Publishers, 1995, p. 25.

¹²² OCDE, *Études de politique de santé n° 2. Analyse comparée de sept pays de l'OCDE*, Paris, OCDE, 1992, p. 92.

¹²³ *Ibid* et Akved et Hermans, *supra*, note 121, p. 25. Voir aussi M. M. van den Berg et J. Stevens, *Dutch hospitals: More and better cure for less money?*, (non daté, inédit, archivé par Colleen Flood). Les auteurs signalent que le budget des hôpitaux se compose de trois fonctions externes – les coûts fixes (soit la disponibilité), les coûts semi-variables (la capacité) et les coûts variables (la production). Le budget est [TRADUCTION] « financé par le biais d'un système de remboursements par service fourni (aux prix uniformes déterminés au niveau national) et de remboursements par jour-patient hospitalisé ». J. A. M. Maarse, « Hospital Budgeting in Holland: Aspects, Trends and Effects », 1989, volume 11, *Health Policy*, p. 257, fait observer qu'environ 35 % du budget est déterminé en fonction du nombre de lits et de spécialistes dans l'hôpital, que 25 % est dû à la taille de la population dans la zone desservie par l'hôpital et que le reste est calculé en établissant le coût des admissions, des jours-patients, des chirurgies sans hospitalisation et des visites de spécialistes que l'institution en question reconnaît avoir effectués.

¹²⁴ F.T. Schut, *supra*, note 112, p. 189.

¹²⁵ M. van den Berg et J. Stevens, *Dutch Hospitals: More and better cure for less money?* (non daté, inédit, archivé par Colleen Flood).

¹²⁶ Comité permanent des hôpitaux de l'Union européenne, *Évolution du financement des hôpitaux dans l'Union européenne*, site Web : <http://www.hope.be/07publi/leaflet/financ/fintre.htm> (site Web consulté le 12 février 2001).

¹²⁷ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2.

¹²⁸ C.M. Flood, *International Health Care Reform: A Legal, Economic and Political Analysis*, Londres, Routledge, 2000, p. 107.

¹²⁹ OCDE, *supra*, note 122, p. 91.

¹³⁰ F. Rutten et A. Van Der Werff, « Health Policy in the Netherlands: At the Crossroads », G. McLachlin et A. Maynard, *The Public/Private Mix For Health: The Relevance and Effects of Change*, Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1982, p. 175.

¹³¹ B. L. Kirkman-Liff, « Cost Containment and Physician Payment Methods in the Netherlands », *Inquiry*, 1989, volume 26, p. 468-473.

¹³² A. J. P. Schrijvers, « Letter from Utrecht: The Netherlands Introduces Some Competition Into the Health Services », 1991, 266:16, *Journal of the American Medical Association*, p. 2215-2217.

¹³³ F. T. Schut et H. E G. M. Hermans, « Managed Competition Reform in the Netherlands and its Lessons for Canada », 1997, volume 20, numéro 2, *Dalhousie Law Journal*, p. 437-454.

¹³⁴ OCDE, *supra*, note 122, p. 99.

-
- ¹³⁵ W. P. M. M. Van De Ven et F. T. Schut, « Should Catastrophic Risks Be Included In A Regulated Competitive Health Insurance Market », 1994, volume 39, numéro 10, *Soc. Sci. Med.*, p. 1468.
- ¹³⁶ F.T. Schut et H.E.G.M. Hermans, *supra*, note 133, p. 452.
- ¹³⁷ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2.
- ¹³⁸ *Ibid.*
- ¹³⁹ New Zealand Ministry of Health, *Health Expenditure Trends in New Zealand 1980-99* [ci-après appelé « Health Expenditure Trends »], Wellington, août 2000, p. 47, site Web : <http://www.moh.govt.nz>.
- ¹⁴⁰ Ce pourcentage correspond à la production non ministérielle et exclut les fonds pour les dépenses de capital. Treasury, *Budget 2000*, Wellington, 15 juin 2000, site Web : <http://www.treasury.govt.nz/budgets>.
- ¹⁴¹ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2.
- ¹⁴² Health Expenditure Trends, *supra*, note 139, p. 44.
- ¹⁴³ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2.
- ¹⁴⁴ C.H. Tuohy, C.M. Flood et M. Stabile, *supra*, note 34, p. 41.
- ¹⁴⁵ Health Expenditure Trends, *supra*, note 139, p. 60 (Annexe 6A).
- ¹⁴⁶ Health Expenditure Trends, *supra*, note 139, p. 54 (Annexe 4A).
- ¹⁴⁷ Au cours de l'exercice se terminant en juin 1999, les assureurs privés ont financé 10 % des services prodigués par des médecins de famille, 25 % des services de diagnostic, 17 % des services divers dispensés par les médecins spécialistes et 44,5 % des traitements offerts en institution privée (à l'exception des services de soutien pour personnes souffrant d'un handicap). Health Expenditure Trends, *supra*, note 139, p. 56 (Annexe 5A).
- ¹⁴⁸ Pour de plus amples détails, voir C.M. Flood, *supra*, note 128, p. 74-88.
- ¹⁴⁹ Ministry of Health, *Our Health Our Future – Hauora Pakari, Koiora Roa – The Health of New Zealanders 1999*, Wellington, Ministry of Health, 1999, p. 83, site Web : <http://www.moh.govt.nz>.
- ¹⁵⁰ En 1997, le Canada a enregistré un taux de mortalité infantile de 5,5 pour 1 000 naissances [Statistique Canada, numéro de catalogue 82F0075XCB, site Web : <http://www.statcan.ca>], et l'Australie, un taux de 5,3 pour 1 000 naissances (Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2).
- ¹⁵¹ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2. Ces données sont les plus récentes disponibles pour tous les pays cités.
- ¹⁵² Ministry of Health, *Healthy New Zealanders: Briefing Papers for the Minister of Health 1996, vol 2, The Health and Disability Sector*, Wellington, Ministry of Health, 1996, signale que, selon l'Enquête sur la santé des ménages de 1992-1993, les personnes dont le revenu familial se chiffrait à 20 000 \$ et moins étaient trois fois plus susceptibles que celles dont le revenu familial se chiffrait à plus de 30 000 \$ de qualifier leur état de santé de « médiocre » ou de « mauvais ».
- ¹⁵³ Ministry of Health, *Briefing for Incoming Minister: Facts About Health and Disability in New Zealand* [ci-après appelé « 2000 Briefing »], Wellington, Ministry of Health, 2000, p. 33.
- ¹⁵⁴ Health Expenditure Trends, *supra*, note 139, p. 37. (Les données présentées sont les plus récentes qui soient disponibles).
- ¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 54 (Annexe 4A).
- ¹⁵⁶ *Ibid.*, p. 42.
- ¹⁵⁷ *Ibid.*, p. 57 (Annexe 5A).
- ¹⁵⁸ *Ibid.*, p. 23.
- ¹⁵⁹ Ces extraits tirés de *Health Expenditure Trends in household expenditure on health and health insurance*, New Zealand Institute of Economics Research Inc, Report to Health Funds Association of New Zealand, juin 2000, – ont été fournis par Faye Pulley de la Health Funds Association of New Zealand, par voie d'un courriel daté du 31 janvier 2001.
- ¹⁶⁰ C. Schoen *et al.*, *Equity in Health Care Across Five Nations: Summary Findings From an International Health Policy Survey*, New York, The Commonwealth Fund, mai 2000, p. 6.
- ¹⁶¹ C. C. Grant, C. B. Forrest et B. Starfield, « Primary Care and Health Reform in New Zealand », 1997, 110, *New Zealand Medical Journal*, p. 35. Voir C. Schoen *et al.*, *ibid.*, p. 6.
- ¹⁶² C.H. Tuohy, C.M. Flood et M. Stabile, *supra*, note 66.
- ¹⁶³ Health Expenditure Trends in New Zealand, *supra*, note 139, p. 55 (Annexe 4J).
- ¹⁶⁴ *Ibid.*, p. 22.
- ¹⁶⁵ Données pour 1958 tirées de : New Zealand Board of Health, Clinical and Public Health Laboratory Services, 1974, 22 Report Series, p. 14, tel que cité dans I. Hay, *The Caring Commodity -- The Provision of Health Care in New Zealand*, Auckland, Oxford University Press, 1989, p. 163; les données pour 2000 ont été fournies par M. Nicola Waugh de la New Zealand Private Hospital Association, par courriel, le 2 février 2001.
- ¹⁶⁶ I. Hay, *ibid.*, p. 152.
- ¹⁶⁷ T. Ashton, A. Beasley, P. Alley et G. Taylor, *Reforming the New Zealand Health System: Lessons From Other Countries -- Report of A Study Tour Sponsored By Health Boards New Zealand*, avril 1991, p. 19.
- ¹⁶⁸ 2000 Briefing, *supra*, note 153, p. 25. Voir aussi T. Ashton, A. Beasley, P. Alley et G. Taylor, *ibid.*
- ¹⁶⁹ En général, les personnes âgées de 16 ans et plus doivent payer le coût total de la consultation. Cependant, des subventions plus importantes sont versées aux prestataires et aux personnes à faible revenu. De plus, le gouvernement verse une somme considérable aux médecins de famille pour toutes les consultations avec des enfants. Pour les enfants âgés de moins de six ans, les médecins de famille reçoivent une subvention de 32,50 \$, ce qui signifie que la plupart

d'entre eux n'ont pas à facturer une partie du coût de ces consultations aux patients. (Voir aussi, 2000 Briefing, *supra*, note 139, p. 23-25.

¹⁷⁰ 2000 Briefing, *ibid*, p. 23.

¹⁷¹ Pour une description de l'évolution de ce régime d'assurance et une critique des modifications qui y ont été apportées en 1992, voir Le Très Honorable Sir G. Palmer, « New Zealand's Accident Compensation Scheme: Twenty Years On », 1994, volume 44, numéro 3, *University of Toronto Law Journal*, p. 223.

¹⁷² Depuis le 1^{er} juillet 1992, on verse une « allocation d'invalidité » plutôt qu'un montant forfaitaire. Les victimes d'accident ne reçoivent plus d'allocation pour souffrances et douleurs ni pour la perte de jouissance de la vie.

¹⁷³ La Loi portant modification de la Loi de 1974 sur l'indemnisation des accidents [Accident Compensation Amendment Act] a modifié la définition du terme « préjudice corporel découlant d'un accident » afin d'inclure « les fautes médicales, chirurgicales, dentaires ou de premier secours graves ». Les personnes victimes d'une faute médicale grave ont toujours la possibilité d'intenter une action en common law pour dommages-intérêts exemplaires -- *Donselaar v. Donselaar* [1982] NZLR 97. Les modifications apportées au régime en 1992 ont relancé certaines actions privées en responsabilité délictuelle, entre autres pour responsabilité délictuelle de choc émotif.

¹⁷⁴ L'Honorable A. King, tel que cité dans le Hansard, New Zealand Public Health and Disability Bill – Introduction, 17 août 2000, site Web : http://rangi.knowledge-basket.co.nz/hansard/han/text/2000/08/17_025.html (site Web consulté le 19 janvier 2001).

¹⁷⁵ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2.

¹⁷⁶ Department of Health, communiqué de presse, *Milburn insists front line NHS services must benefit from new money*, 28 mars 2000, site Web : <http://www.doh.gov.uk>.

¹⁷⁷ 10 Downing Street Newsroom, *Prime Minister's Statement on the National Health Service Plan* [ci-après appelé « Prime Minister's Statement »], 27 juillet 2000, site Web : <http://www.number-10.gov.uk>.

¹⁷⁸ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2.

¹⁷⁹ Prime Minister's Statement, *supra*, note 177.

¹⁸⁰ Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2.

¹⁸¹ Par exemple, le taux de mortalité pour les cas de maladies ischémiques est beaucoup plus élevé au Royaume-Uni que dans l'ancienne Allemagne de l'Ouest ou en France. L'« ischémie » est un état pathologique caractérisé par un apport inadéquat de sang au cœur qui se traduit par une mauvaise alimentation en oxygène. J. Spiby, « Health Care Technology In The United Kingdom », 1994, volume 30, numéro 1, *Health Policy*, p. 295-296.

¹⁸² Voir le récent *National Service Framework on Cancer Services*. HSC 2000/021, site Web : <http://tap.ctta.gov.uk/doh>.

¹⁸³ En juillet 2000, lors de la présentation du plan pour le NHS, le premier ministre Tony Blair a déclaré : [TRADUCTION] « la création du Service national de santé est la plus grande réalisation du gouvernement travailliste d'après-guerre. Ce service repose sur un principe fondateur solide : les soins de santé devraient être prodigués en fonction des besoins des personnes, sans égard à leur richesse... notre gouvernement ne trahira jamais ce qui s'est révélé comme l'un des gestes les plus civilisateurs et les plus libéralisateurs de notre siècle ». Prime Minister's Statement, *supra*, note 177.

¹⁸⁴ M. Ryan et B. Yule, « The Way to Economic Prescribing », 1993, volume 25, *Health Policy*, p. 25-31.

¹⁸⁵ Données tirées de Éco-Santé OCDE 2000, *supra*, note 2.

¹⁸⁶ C. H. Tuohy, C.M. Flood & M. Stabile, *supra*, note 34.

¹⁸⁷ T. Besley, J. Hall et I. Preston, *Private Health Insurance and the State of the NHS*, Londres, Institute for Fiscal Studies, 1996, p. 16-17.

¹⁸⁸ Voir S. Lyall, « Britain's Prescription for Health Care: Take a Seat », *New York Times*, 18 avril 2000, p. 3.

¹⁸⁹ C.H. Tuohy, C.M. Flood et M. Stabile, *supra*, note 34.

¹⁹⁰ A.C. Enthoven, « NHS Market Reform », 1991, volume 10, numéro 3, *Health Affairs*, p. 60-63.

¹⁹¹ *Ibid.*, p. 62.

¹⁹² J. Cairns et C. Donaldson, « Introduction to Economics In The New NHS », 1993, volume 25, *Health Policy*, p. 1.

¹⁹³ A.J. Culyer et A. Meads, « The United Kingdom: Effective, Efficient, Equitable? », 1992, volume 17, *Journal of Health Political Policy and Law*, p. 667-675.

¹⁹⁴ Laing et Busissón, *The Private Healthcare Industry in the UK – Private Medical Insurance – Key Statistics (1998/99)*, site Web : <http://www.privatehealth.co.uk/laing/pmi.htm>.

¹⁹⁵ Voir Department of Health Newsletter 98/079, *Fifth Annual Distinction Awards Report Published*, 3 mars 1998, site Web : <http://www.coi.gov.uk/coi/depts/GCH/coi8431d.ok> (site Web consulté le 30 mars 1999).

¹⁹⁶ J. Culyer et A. Meads, *supra*, note 195, p. 674.

¹⁹⁷ Pour de plus amples renseignements, voir C.H. Tuohy, *Accidental Logics*, New York, Oxford University Press, 1999, p. 169-202, et C.M. Flood, *supra*, note 128, p. 95-103.

¹⁹⁸ Dans A. Harrison, ed., *Health Care UK 1994/95: An Annual Review Of Health Care Policy*, Bristol, J. W. Arrowsmith Limited, 1995, on mentionne qu'il existait alors 2 500 groupes détenteurs d'une enveloppe financière. Dans *The New NHS: Modern Dependable, A White Paper*, CM 3807, 8 décembre 1997, on estime leur nombre à 3 500.

¹⁹⁹ C. H. Tuohy, C.M. Flood et M. Stabile, *supra*, note 34. Voir aussi P. Allen, *A socio-legal and Economic Analysis of Contracting in the NHS Internal Market Using a Case Study of Contracting for District Nursing* (en impression, 2001);

et Social Science and Medicine et A. Enthoven, *In Pursuit of an Improving National Health Service*, Londres, Nuffield Trust, 1999.

²⁰⁰ J. Bartlett, comp., *Familiar Quotations*, 10^e édition, rev. & enl. by N. Haskell Dole, Boston, Little, Brown & Company, 1919, site Web : www.Bartleby.com/quotations/.