

STRUCTURE, DYNAMIQUE ET EFFET DU FINANCEMENT MIXTE PUBLIC-PRIVÉ DES SYSTÈMES DE SANTÉ

30 avril 2001

par Colleen M. Flood, Mark Stabile et Carolyn Hughes Tuohy*

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION

II. COMMENT D'AUTRES PAYS DÉTERMINENT LA STRUCTURE DU FINANCEMENT MIXTE PUBLIC-PRIVÉ

- a) Canada**
- b) Australie**
- c) Pays-Bas**
- d) États-Unis**
- e) Nouvelle-Zélande**
- f) Royaume-Uni**

III. EFFET DU MODE DE FINANCEMENT MIXTE PUBLIC-PRIVÉ SUR LES RÉSULTATS, L'UTILISATION DES SERVICES, LES DÉLAIS D'ATTENTE ET LES DÉPENSES EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

- a) Financement mixte public-privé et résultats en matière de santé**
- b) Faits observés dans différents pays au sujet des résultats en matière de santé
et du financement mixte public-privé**
- c) Effet du financement mixte public-privé sur l'utilisation des services de
santé**
- d) Effet du financement mixte public-privé sur les dépenses de santé**
- e) Effet du financement privé sur les systèmes de santé publics**
- f) Délais d'attente**

IV. CONCLUSION

* Respectivement de la Faculty of Law, du Department of Economics et du Department of Political Science, University of Toronto. Courriel : colleen.flood@utoronto.ca; mark.stabile@utoronto.ca; c.tuohy@utoronto.ca. Nous aimerions remercier nos adjoints à la recherche, Tom Archibald, Andrew Ashenhurst et Tracey Epps, pour leur précieuse collaboration. Tous nos remerciements également à Michael J. Trebilcock pour ses observations utiles.

I. INTRODUCTION

Dans ce document, nous examinons la structure, la dynamique et l'effet du financement mixte public-privé des systèmes de santé en vigueur au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande, en Australie et aux Pays-Bas. Pour chacun de ces pays, nous examinons d'abord la structure du financement mixte public-privé ainsi que le principe philosophique sur lequel on se base pour déterminer les services qui seront financés par l'État et la façon de rationner les soins de santé. Nous faisons aussi état de certaines causes portées devant les tribunaux par des citoyens mécontents, et nous examinons la mesure dans laquelle ces différents pays ont tenté, par le biais d'une déclaration ou charte des droits des patients, de dissiper les inquiétudes de leurs citoyens à l'égard du rationnement des soins de santé. Nous étudions ensuite la manière dont les changements apportés à la structure de financement se répercutent sur les résultats obtenus et sur les dépenses au chapitre de la santé, de même que l'effet d'un financement privé plus important sur un régime de soins de santé financé par l'État. Enfin, nous abordons directement la question de savoir si le fait d'adopter un système de santé à deux vitesses (dans lequel les gens ont accès à des soins privés et peuvent ainsi contourner le problème des listes d'attente dans le système public) se traduit par des listes d'attente moins longues dans le système public.

Nous avons défini quatre modèles qui cernent bien la structure¹ de financement mixte observée dans les différents pays à l'étude.

1. Existence en parallèle d'un système public et d'un système privé : Pour un éventail de services donné, un système de santé financé par le secteur privé constitue une solution de rechange au secteur public. On retrouve ce type de régime de santé à deux vitesses en Angleterre, en Nouvelle-Zélande et en Australie. Dans ces pays, les gens (qui en ont les moyens ou qui disposent d'une assurance privée) peuvent s'adresser à des hôpitaux privés, évitant ainsi les longues listes d'attente pour les traitements dispensés dans le secteur public. Les services fournis dans le secteur privé se résument principalement à des interventions chirurgicales non urgentes.
2. Participation aux frais : L'État finance en partie la prestation d'un large éventail de services, le reste des frais étant couverts par le bénéficiaire ou une assurance privée. La quote-part du bénéficiaire peut varier en fonction de son revenu. En Nouvelle-Zélande, la participation aux frais est importante dans le cas des services dispensés par le médecin de famille – certaines personnes doivent, pour obtenir ces services, payer des frais d'utilisation (payer ces services de leur poche), mais 37 % de la population dispose d'une assurance privée afin d'aider à couvrir les frais de participation aux frais. En Australie, des frais d'utilisation sont exigés pour différents services, bien qu'il existe aussi un système compliqué comportant plusieurs filets de sécurité afin de veiller à ce que les personnes à faible revenu puissent aussi avoir accès à ces services. Aux États-Unis, pour bénéficier des avantages offerts par les régimes publics Medicaid et Medicare, la participation aux frais est obligatoire, à quelques exceptions près.
3. Catégories de bénéficiaires : Certaines catégories de gens sont couvertes par le régime d'assurance-maladie de l'État, alors que d'autres contractent une assurance privée. Les Pays-Bas et les États-Unis offrent des exemples d'un tel système. Toutefois, le cas des Pays-Bas diffère sur un point important de celui des États-Unis puisque, aux Pays-Bas, la majorité des citoyens bénéficie d'un régime d'assurance sociale obligatoire, tandis qu'aux États-Unis la plupart des gens soit disposent d'une assurance privée, soit ne sont couverts par aucune assurance.

4. Segments du secteur de la santé : Certains segments sont entièrement financés par l'État, tandis que d'autres comptent uniquement sur des sources de financement privé. Le meilleur exemple de ce type de structure est le régime canadien, dans lequel la quasi-totalité des services hospitaliers et médicaux est financée par l'État, alors que le financement privé domine les médicaments, les thérapies géniques, les soins à domicile, etc.

Il est bon de se rappeler que les pays à l'étude sont représentatifs à des degrés divers de ces quatre modèles.

II. COMMENT D'AUTRES PAYS DÉTERMINENT LA STRUCTURE DU FINANCEMENT MIXTE PUBLIC-PRIVÉ

Dans cette partie, et pour chacun des pays à l'étude, nous présentons une ventilation détaillée de la structure du financement mixte public-privé; nous exposons le principe philosophique sur lequel on se base pour déterminer quels services seront financés par l'État (en faisant la distinction entre le rationnement explicite et le rationnement implicite des services). Les systèmes de santé publics, notamment au Canada, en Nouvelle-Zélande, en Australie et au Royaume-Uni, rationnent de plus en plus les soins de santé de façon explicite et implicite; parallèlement, des citoyens mécontents, de plus en plus nombreux, portent leur cause devant les tribunaux; nous examinons donc les contestations judiciaires liées au « rationnement » des soins de santé. Nous étudions aussi la question de l'adoption d'une déclaration ou charte des droits des patients, pour autant que ces initiatives se rapportent au droit des patients de bénéficier des services de santé financés par l'État ou de subir un traitement en temps opportun.

a) CANADA

i. Structure du financement mixte public-privé

Voici une ventilation, basée sur les chiffres les plus récents, des dépenses de santé totales au Canada pour l'année 2000 : dépenses directes du gouvernement fédéral, 3,8 %; gouvernements provinciaux 65,2 %; administrations municipales, 0,8 %; caisse de sécurité sociale (dans le contexte canadien, cela fait référence aux indemnités pour accidents du travail), 1,2 %; et assurance ou fonds privés, 29 %². L'examen approfondi des dépenses de santé privées révèle que les frais d'utilisation (frais couverts directement par le bénéficiaire) représentent environ 17 % des dépenses de santé totales³. La structure du financement public-privé varie selon la nature du service. L'État finance la quasi-totalité des services hospitaliers et médicaux, contre seulement 35 % des médicaments et (au plus) 75 % des soins à domicile⁴.

ii. Principe

Au Canada, le système de santé repose essentiellement sur le principe suivant : les services de santé doivent être fournis en fonction des besoins et non pas en fonction de la capacité de payer. Le Forum national sur la santé a mis en évidence les deux valeurs fondamentales à la base du système de santé canadien, à savoir l'égalité d'accès et la qualité des soins.

[TRADUCTION] L'approche canadienne à la prestation des services de soins de santé continue de soulever un vif intérêt et de recueillir un appui solide parmi la population. Celle-ci ne veut pas de grands changements susceptibles de porter atteinte aux principes fondamentaux qui sous-tendent notre système de santé public. Les valeurs d'équité et d'universalité sont bien ancrées au sein de la population qui est opposée à un système de santé dans lequel les riches sont traités différemment des pauvres⁵.

Cela dit, l'application du principe voulant que les soins soient dispensés en fonction des besoins comporte des limites évidentes. Et comme il a été mentionné dans l'introduction, le système canadien correspond au modèle « des segments du secteur de la santé » pour ce qui est de la

structure du financement mixte, puisque certains services sont entièrement financés par l'État. En effet, la *Loi canadienne sur la santé* prescrit et garantit le financement intégral, par l'État, des services hospitaliers et médicaux. Les bases du régime d'assurance-maladie ont été jetées dans les années 60 lorsque les soins hospitaliers et médicaux étaient tout naturellement considérés comme des services d'une importance cruciale. En revanche, depuis lors, les progrès de la technologie et l'évolution démographique ont fait une plus large place à la pharmacothérapie, à la thérapie génique, aux soins à domicile, etc. mais la *Loi canadienne sur la santé* ne prescrit ni ne garantit le financement public de ces biens et services.

iii. Comment on détermine les services qui seront financés par l'État

Dans le contexte du système de santé canadien, comment détermine-t-on les services qui seront financés par l'État? Aux yeux de la plupart des Canadiens et Canadiennes, le droit à des soins de santé publics est un droit établi dans la *Loi canadienne sur la santé*. Sur le plan politique, cette loi constitue un symbole puissant des valeurs canadiennes en matière de santé, mais sur le plan juridique, il s'agit en fait simplement d'une loi d'affectation de crédits qui fixe les conditions auxquelles le gouvernement fédéral autorisera des paiements de transfert aux provinces. Au titre de la Constitution, la gestion des systèmes de santé relève des provinces⁶. Dans la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral tente de concilier d'une part l'interprétation que font les tribunaux de la Constitution, c'est-à-dire que les soins de santé sont largement du ressort des provinces, et d'autre part le désir d'établir des normes nationales en la matière. La *Loi canadienne sur la santé* fixe cinq critères auxquels tout régime d'assurance-santé provincial doit satisfaire pour obtenir la pleine contribution pécuniaire du fédéral : l'intégralité, l'accessibilité, l'universalité⁷, la transférabilité⁸, et la gestion publique⁹. Bien que tous les critères définis dans la *Loi canadienne sur la santé* soient importants et interdépendants, puisqu'ils définissent en fait l'orientation du régime canadien des soins de santé, nous limiterons ici notre examen à seulement deux de ces critères, soit l'intégralité et l'accessibilité.

S'agissant de l'« accessibilité », l'article 12 de la *Loi canadienne sur la santé* dispose que le régime provincial d'assurance-santé doit offrir les services de santé assurés selon des modalités uniformes et d'une façon qui ne fasse pas obstacle à un accès satisfaisant à ces services. Cela dit, les articles clés de la *Loi* qui traitent d'admissibilité sont ceux qui interdisent expressément les frais modérateurs et la surfacturation pour les services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires. On entend par « frais modérateurs » les frais que le patient paie de sa poche pour couvrir une partie ou la totalité des soins. On parle de « surfacturation » lorsqu'un médecin (ou un autre fournisseur de soins) facture à un patient un montant en excédent par rapport au montant reçu du gouvernement et que le patient doit ou bien payer la différence de sa poche (frais modérateurs) ou bien contracter une assurance privée à cette fin. Selon la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral doit déduire un montant équivalent au montant total des frais modérateurs ou de la surfacturation pour la province. La *Loi* est très claire au sujet de la procédure à suivre en cas de frais modérateurs ou de surfacturation et sur le fait qu'aucun obstacle d'ordre financier ne doit entraver l'accès aux soins. En revanche, elle ne contient aucune disposition explicite au sujet des cas où les délais d'attente, ou le rationnement implicite des services, font obstacle à un accès satisfaisant à ces services.

Au sujet de la condition d'intégralité, l'article 9 dispose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes sont assurés. À l'article 2, les « services de santé assurés » sont définis comme étant les « services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés... » L'acception de ce qui constitue les « services hospitaliers » est définie par une liste spécifique de services aux malades hospitalisés¹⁰, si ces services sont « médicalement nécessaires pour le maintien de la

santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités ». Les « services médicaux » sont définis comme étant les « services médicalement nécessaires fournis par un médecin ». La *Loi canadienne sur la santé* ne définit pas l'expression « médicalement nécessaire ». Ainsi, les provinces ont toute la latitude voulue pour déterminer quels services hospitaliers et médicaux seront financés par l'État. La gamme exacte de services financés par l'État dans chaque province est l'objet de négociations entre le ministère de la Santé et l'association médicale de la province bien que, dans les faits, les provinces financent une gamme de services similaire. Les résultats de ces négociations déterminent quels services seront financés par l'État, et ces services deviennent alors des services « médicalement nécessaires ». En d'autres mots, l'expression « médicalement nécessaires » n'est pas à la base de la gamme des services financés par l'État mais plutôt une étiquette apposée a posteriori à l'issue des négociations entre les associations médicales et les ministères de la Santé provinciaux. Ces dernières années, les provinces ont engagé un processus de rationnement explicite des ressources de la santé en choisissant « de rayer de la liste » ou « de désassurer » certains services. Autrement dit, elles ont annoncé que certains services cesseraient d'être financés par l'État au motif qu'ils ne sont pas « médicalement nécessaires »¹¹, mais ce processus n'a pas eu d'effet important sur les dépenses de santé¹².

Le caractère vague de l'expression « médicalement nécessaires » ouvre la porte au rationnement implicite des services lorsque les ressources sont limitées¹³. Les services hospitaliers et médicaux « médicalement nécessaires » sont peut-être assurés, p. ex., les opérations à la hanche sont médicalement nécessaires et correspondent à une catégorie générale de services financés par l'État, mais cela ne signifie pas nécessairement que chaque Canadien ou Canadienne ayant besoin d'une opération à la hanche subira une telle opération ou que cette opération sera effectuée en temps opportun. Bien que la *Loi* prévoit un « accès raisonnable », il s'agit d'un critère difficile à mesurer et donc à appliquer. En conséquence, cette loi ne contient guère de dispositions pouvant empêcher les provinces de limiter le flot de ressources dans le système public, de sorte que les médecins doivent composer avec des situations où ils ont à faire des choix de plus en plus difficiles entre les patients et entre les divers besoins de ceux-ci. Bien que le droit à une gamme complète de services de santé existe et constitue même la pierre angulaire du système de santé canadien, cette gamme de services peut être réduite par les provinces ou les fournisseurs qui doivent dispenser les services en régime de concurrence et en fonction de contraintes financières.

Il est important de noter que la *Loi canadienne sur la santé* prévoit et garantit le plein financement, par l'État, des services hospitaliers et médicaux, mais non des médicaments délivrés sur ordonnance, des soins à domicile, des tests génétiques, de l'équipement médical, etc. Lorsqu'un malade reçoit des soins dans un hôpital ou au cabinet du médecin, tous ces frais sont assumés par l'État. Mais si le malade reçoit des soins à son domicile ou au bureau d'un autre type de fournisseur de soins de santé, le malade peut devoir payer de sa poche une partie ou la totalité des coûts ou encore souscrire une assurance privée à cette fin. Comme les soins sont dispensés de moins en moins dans les hôpitaux et de plus en plus à domicile et dans la communauté, la structure même de l'assurance-maladie a ouvert la porte à une privatisation passive du système. Ce processus de privatisation passive fait en sorte que, de plus en plus, les soins sont prodigués en fonction de la capacité de payer plutôt que des besoins, ce qui a en outre des effets régressifs sur la prestation des soins encore entièrement financés par l'État. Par exemple, les services médicaux sont entièrement financés par l'État, mais non les médicaments prescrits lors de la visite chez le médecin. Au Canada, le nombre moyen de visites chez le médecin, par habitant, s'établissait à 6,9 en 1995. Au cours de la même année, un Canadien moyen recevait huit ordonnances, soit plus d'une ordonnance par visite¹⁴. Stabile a comparé le recours aux services médicaux et hospitaliers

par des personnes ayant contracté une assurance privée et par d'autres personnes sans aucune assurance (publique ou privée). Stabile a constaté que le recours aux services médicaux était supérieur de 10 % dans le cas des personnes possédant une assurance¹⁵. Étant donné que l'accès à l'assurance-médicaments est lié de très près au revenu, ce sont les moins bien nantis qui subissent en grande partie le contrecoup de ces écarts concernant l'accès aux soins.

iv. Contestations judiciaires

Comme on tente de rationner l'assurance-maladie et que, dans certains cas, celle-ci ne répond pas aux attentes sur le plan de la rapidité et de la qualité, les citoyens se tournent vers les tribunaux pour contester les décisions touchant la politique de santé en s'appuyant sur le droit administratif et la Charte canadienne des droits et libertés. Des médecins¹⁶ ont invoqué, avec succès, la Charte dans le but de faire annuler les restrictions provinciales visant à limiter le nombre de médecins exerçant dans une province et/ou à relocaliser les médecins des zones urbaines aux zones rurales et éloignées. Des malades ont également tenté de s'appuyer sur la Charte pour contester certaines mesures de rationalisation. Des parties à un litige ont invoqué l'égalité, le « droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne », le droit à la mobilité et à l'expression, les droits religieux et les libertés prévues dans la Charte. Les causes les plus importantes dans ce domaine sont *Eldridge* et *Cameron*¹⁷.

Dans *Eldridge*, la Cour suprême du Canada a statué que le non-financement par le gouvernement de la Colombie-Britannique, dans le cadre du régime public d'assurance-santé, des services d'interprètes gestuels pour les malentendants dans les hôpitaux constituait de la discrimination à l'égard des malentendants au motif que, sans de tels services d'interprétation, les malentendants ne pourraient avoir accès aux services hospitaliers et médicaux financés par l'État au même titre que les autres Canadiens et Canadiennes (compte tenu de l'importance de la communication dans la relation entre le médecin et le malade). Dans *Cameron*, la Cour d'appel de la Nouvelle-Écosse a décidé que la décision du gouvernement de la Nouvelle-Écosse de ne pas financer les traitements contre l'infertilité constituait de la discrimination à l'égard des personnes infertiles. Toutefois, la Cour a ensuite conclu que cette discrimination était justifiée au titre de l'article 1 en raison du coût du traitement.

Au Québec, une affaire importante en 1999, l'affaire *Chaoulli c. Québec (Procureure générale)*¹⁸, contestait directement sur la base de la Charte l'interdiction décrétée par cette province de contracter une assurance privée pour payer des services financés par l'État. Les lacunes importantes du système québécois de la santé ayant été reconnues comme étant un fait établi, la Cour a statué que l'interdiction en question constituait une violation de la liberté et de la sécurité de la personne. Toutefois, après avoir soupesé le droit individuel de choisir et de bénéficier des services de santé nécessaire d'une part, et l'objectif collectif de garantir à tous l'égalité d'accès à ces services, la Cour a conclu que ces violations étaient en conformité avec la justice fondamentale et ne constituaient pas une infraction à l'article 7 de la Charte.

Jusqu'à présent, les demandeurs n'ont pas obtenu beaucoup de succès en invoquant la Charte pour étendre la gamme de biens et services devant être financés par l'État ou pour contester l'interdiction de contracter une assurance privée relativement à des services devant être dispensés par le régime public. L'affaire *Eldridge* fait figure d'exception, mais il était clair dans ce cas que les malentendants ne cherchaient pas à obtenir un *nouveau* bien ou service de santé mais bien le *moyen* (services d'interprétation gestuelle) d'utiliser les mêmes services de santé auxquels auraient eu droit des patients non malentendants dans une situation similaire.

Deux provinces, soit l'Ontario et la Colombie-Britannique, ont constitué des tribunaux administratifs pour traiter les demandes de financement de certains traitements adressées au gouvernement de ces provinces respectives. En Ontario, une affaire en particulier a retenu l'attention du public, soit celle de Fiona Webster, une femme ayant plaidé avec succès devant la Commission d'appel et de révision des professions de la santé¹⁹ que le gouvernement provincial devrait financer le test génétique BRCA1 nécessaire dans son cas afin de déterminer si elle avait une prédisposition pour le cancer du sein²⁰. Ce type de mécanisme administratif permet de répondre aux préoccupations des malades concernant la gamme des services financés par l'État, et tout porte à croire qu'il constitue un moyen beaucoup plus efficace et équitable de régler ce genre de différend que les contentieux fondés sur la Charte, qui sont longs et coûteux.

iv. Déclaration ou Charte des droits des patients

Aucune province au Canada n'a encore adopté de déclaration ou charte des droits des patients, quoique de tels projets soient à l'étude en Ontario, en Saskatchewan, au Manitoba et au Québec²¹. Toutefois, divers hôpitaux et autres établissements ont établi leur propre code des droits des patients et, dans quelques cas, ont même désigné des médiateurs qui aident les patients et l'établissement, ainsi que ses fournisseurs, à régler les plaintes et à apaiser les préoccupations.

b) AUSTRALIE

i. Structure du financement mixte public-privé

En Australie, le partage du financement des soins de santé entre le secteur public et le secteur privé est à peu près le même qu'au Canada, puisque la part publique correspond à 69,3 % des dépenses totales de santé et la part privée à 30,7 %²². Le gouvernement du Commonwealth d'Australie (l'équivalent du fédéral au Canada) assume environ 45 % des dépenses totales de santé, et les gouvernements d'État et administrations locales 23,4 %²³. Environ 16,2 % des dépenses totales de santé sont assumées directement par les bénéficiaires²⁴. Ces dépenses engagées directement par les bénéficiaires représentent une large part des dépenses au chapitre des produits pharmaceutiques (46,2 %) et des services assurés en dehors des établissements, comme les soins dentaires (30,4 %). Le programme d'avantages mis en œuvre par le gouvernement de l'Australie concernant les médicaments, qui garantit l'universalité de l'accès aux médicaments (bien que moyennant des frais d'utilisation) semble rendre l'assurance privée largement inutile en ce qui concerne les médicaments. L'assurance privée couvrait 13 % des dépenses en services hospitaliers et autres services assurés dans les établissements, ainsi que 15,8 % des dépenses liées aux services assurés en dehors des établissements.

ii. Principe

Le principe qui sous-tend la prestation des soins en Australie suscite certaines tensions. Comme dans la plupart des pays développés – à l'exception des É.-U. – le principe directeur semble lier l'accès aux soins aux besoins et non à la capacité de payer. Cela dit, le régime australien est également attaché à la tradition, laquelle ne procède pas du même principe, tendant plutôt à encourager le financement tripartite du système de santé, c'est-à-dire par les fonds publics, l'assurance privée et les dépenses engagées directement par les bénéficiaires. Les deux dernières sources de financement sont habituellement considérées comme étant de nature régressive. C'est pourquoi, dans le but de tenir compte de ce désir d'encourager le financement tripartite du régime dans l'optique d'une redistribution à l'ensemble de la population, l'Australie s'est dotée d'un régime compliqué comportant des filets de sécurité et des exceptions aux exigences qu'elle fixe concernant les sommes que doivent déboursier les bénéficiaires (frais d'utilisation). Il existe

également un système compliqué de subventions publiques directes et indirectes versées au secteur des assurances afin d'assurer sa viabilité.

iii. Comment on détermine les services qui seront financés par l'État

Selon la loi, les avantages auxquels les Australiens ont droit représentent soit 75 %, soit 85 % du montant inscrit au barème central des droits pour les services médicaux, selon le service. Le montant qu'un malade doit déboursier pour un service est plafonné, et la loi prévoit le paiement intégral, par le gouvernement, du coût du service, déduction faite du montant le plus élevé (50,40 \$A) pouvant être acquitté par le patient. 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 aucuns frais d'utilisation à payer.

Le gouvernement du Commonwealth d'Australie est mêlé de plus près à l'administration du système de santé que le gouvernement fédéral ne l'est au Canada, et c'est lui qui finance et administre en grande partie les services médicaux. Le ministère de la Santé australien a le pouvoir de décider quels services médicaux seront payants et quels services seront gratuits. La façon de déterminer quels services seront financés par l'État est toutefois semblable à la façon de procéder au niveau provincial au Canada. En Australie, le ministre de la Santé établit le barème des droits en s'appuyant (à sa discrétion) sur l'avis d'un comité consultatif des prestations d'assurance-santé (Medicare Benefits Advisory Committee), lequel regroupe essentiellement des médecins, et sur la base « de discussions approfondies avec l'Australian Medical Association »²⁵. Ainsi, à l'instar du Canada, ce sont les négociations entre le ministère de la Santé et les associations qui négocient au nom des médecins qui déterminent en grande partie les services qui seront financés par l'État.

S'agissant des services hospitaliers, comme au Canada, le Commonwealth d'Australie (ou gouvernement fédéral) exige des États qu'ils respectent certains principes en contrepartie du financement des services hospitaliers. Les traitements dans les hôpitaux publics ne commandent aucuns frais d'utilisation en autant que le malade accepte que le traitement soit prodigué par le médecin désigné.

À la différence du Canada, le gouvernement australien administre et finance un régime national d'assurance-médicaments. 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. Le Comité consultatif des prestations d'assurance-santé communique au ministre de la Santé la liste des médicaments à inclure sur le formulaire national.

iv. Contestations judiciaires

Nous n'avons relevé aucune cause en Australie où des malades avaient contesté les limites explicites ou implicites au système de santé public. Cela dit, dans une affaire récente ayant fait couler beaucoup d'encre, une grande société pharmaceutique a contesté la décision du ministre de la Santé de ne pas ajouter le Viagra à la liste des médicaments visés²⁶. Le Comité consultatif des prestations d'assurance-santé avait recommandé que le Viagra ne figure pas sur la liste pour des raisons médicales et en raison de facteurs de rentabilité. Pfizer, la société en question, a fait valoir que le Comité avait eu tort de prendre en considération le facteur coût au moment de présenter sa recommandation au ministre, indiquant que la prise en considération de tels facteurs devait incomber uniquement au ministre ayant reçu la recommandation du Comité fondée sur le degré

d'efficacité du médicament du point de vue médical. En bout de ligne, Pfizer n'a pas eu gain de cause, le tribunal ayant conclu que le Comité n'avait pas eu tort de prendre en considération le rapport coût-efficacité du médicament. Récemment, l'Australie a rejoint l'Afrique du Sud (et d'autres pays) sur la « liste de surveillance », établie par la Pharmaceutical Research and Manufacturers of America, des pays jugés hostiles à la rentabilité de l'industrie pharmaceutique multinationale.

iv. Déclaration ou Charte des droits des patients

En Australie, chaque État est tenu d'établir une « charte des patients hospitalisés dans des établissements publics » et un organisme de règlement des plaintes. La Charte adoptée par la Tasmanie est un exemple typique des droits acquis et prévoit notamment le droit de donner son consentement éclairé (d'après une explication claire du traitement proposé et des risques et solutions de rechange, et ce, avant d'accepter ou de refuser le traitement), et le droit à la confidentialité (les renseignements relatifs aux soins prodigués à l'hôpital demeureront confidentiels à moins que la loi en décide autrement)²⁷. Comme on peut le voir, ces chartes tendent à énumérer des droits (comme celui de donner son consentement éclairé et le droit à la confidentialité) déjà établis en common law ou déjà prévus dans les codes de déontologie des professionnels de la santé et dont le respect est assuré grâce à des collèges auto-réglementés. Ce type de charte ne traite pas du droit d'accès des malades aux services publics ni du droit d'obtenir ces services en temps opportun.

Pour garantir la sécurité des patients dans le secteur privé, le gouvernement australien a nommé en 1995 un protecteur du citoyen pour les questions liées à l'assurance-maladie privée²⁸. Le protecteur du citoyen peut traiter les plaintes, faire enquête, formuler des recommandations au ministre de la Santé et publier des renseignements au sujet des plaintes déposées contre des assureurs privés²⁹. Cette initiative, comme d'autres, présente un certain intérêt, à l'heure où le Canada s'efforce de trouver la meilleure façon de réglementer son propre secteur privé de la santé, en plein essor, afin de garantir l'égalité d'accès aux soins et un traitement équitable des patients.

c) PAYS-BAS

i. Structure du financement mixte public-privé

La structure du financement des soins de santé aux Pays-Bas peut être résumée comme suit : (chiffres pour 1998) régime d'assurance des frais médicaux exceptionnels (36 %), caisse maladie (35 %), assurance-maladie privée (15 %), État (5 %), autres sources (y compris la participation financière des patients) (9 %)³⁰. Le programme d'assurance des frais médicaux et la caisse maladie, deux régimes obligatoires, sont financés au moyen de cotisations des employeurs et des employés. Selon l'OCDE, la part publique des dépenses totales de santé était de 70,4 % en 1998³¹. Toutefois, ce chiffre donne une idée fausse de l'importance du rôle du gouvernement néerlandais à ce chapitre puisqu'il englobe les programmes d'assurance sociale obligatoires financés par les cotisations des employeurs et des employés, et non par les recettes fiscales. Le gouvernement ne joue qu'un rôle accessoire dans le financement direct du système (sa part dans les dépenses totales de santé se situant plutôt entre 4 et 5 %). Indirectement, le gouvernement joue effectivement un rôle important dans le système en exigeant de certains groupes qu'ils achètent de l'assurance et en réglementant les assureurs privés et sociaux. Par comparaison avec d'autres pays, seule une petite partie des soins de santé (7 %) est financée par des frais d'utilisation (dépenses engagées directement par les bénéficiaires)³². Par conséquent, le système néerlandais n'est pas financé par l'État, mais bien financé sur une base progressive, étant donné que la plupart des cotisations correspondent à un pourcentage du salaire de l'employé et que le rôle des frais d'utilisation est limité.

ii. Principe

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. À première vue, cela peut sembler étonnant, compte tenu de la place qu'occupent dans ce pays les assureurs privés, généralement considérés comme un moyen régressif de financer les soins de santé. 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 juste pour le principe. Il importe ici de noter que le fait de disposer d'une assurance privée aux Pays-Bas ne permet pas de contourner les listes d'attente. Le code de déontologie voit d'un mauvais œil le médecin qui privilégie un malade ayant une assurance privée au détriment d'un malade sans assurance, et les deux malades seront traités côte à côte, dans les mêmes hôpitaux³³.

iii. Comment on détermine les services qui seront financés par l'État

Même si elle semble tributaire de l'assurance privée, près de la totalité de la population des Pays-Bas bénéficie de la protection offerte par le régime d'assurance-santé, et la gamme des services assurés dans le cadre de ce régime est plus vaste qu'au Canada. Il existe en fait trois grands programmes d'assurance déclarés obligatoires par le gouvernement. Dans le cadre du régime d'assurance des frais médicaux « exceptionnels » ou « de prise en charge lourde », la garantie s'étend à l'ensemble de la population et couvre les soins de longue durée et les soins de santé mentale. La caisse maladie offre une protection à environ 64 % de la population qui gagne moins de 64 000 florins (un florin équivaut à peu près à 0,65 dollar canadien)³⁴ et couvre le coût des services hospitaliers et médicaux, des médicaments et des soins à domicile³⁵. Finalement, le régime d'assurance-santé de la fonction publique, auquel les fonctionnaires sont tenus d'adhérer (environ 6 % de la population)³⁶ couvre tous les médicaments et produits analogues, les traitements hospitaliers, ainsi que de 80 à 90 % des autres frais de soins de santé³⁷. Outre ces trois régimes publics obligatoires, l'État régleme les assureurs privés afin de prévenir l'établissement des primes en fonction du risque, pratique qui donne lieu à des primes prohibitives ou à l'absence de protection pour les personnes à haut risque³⁸. Dans l'ensemble, la gamme d'avantages offerts par les assureurs privés aux Pays-Bas s'apparente à celle des avantages offerts par les caisses maladie sans but lucratif³⁹.

Comment les Néerlandais déterminent-ils les services qui seront assurés dans le cadre des régimes d'assurance sociale obligatoires? À l'instar de l'Australie et du Canada, les Pays-Bas s'en remettent largement aux négociations contractuelles entre les payeurs (assureurs sociaux et privés) et les associations qui négocient au nom des médecins. Toutefois, les Néerlandais ont essayé de mettre au point un mécanisme de filtrage pour faciliter la détermination des services devant être inclus dans les régimes d'assurance sociale obligatoires. En 1992, le comité gouvernemental responsable des choix en matière de soins de santé (connu sous le nom de Comité Dunning, du nom de son président) a plaidé en faveur d'une évaluation plus sérieuse de la gamme de services qu'il convenait d'inclure ou non dans le régime d'assurance de base pour l'ensemble des citoyens⁴⁰. Le Comité Dunning a défini quatre critères à appliquer pour déterminer les services qui ne devraient pas être inclus dans le régime de base : premièrement, l'ensemble de la communauté doit s'entendre sur la nécessité des soins; deuxièmement, les services doivent être efficaces; troisièmement, les services doivent être efficaces suivant des analyses de rentabilité ou d'utilité; quatrièmement, il n'est pas indiqué que les malades assument eux-mêmes le coût des services en question. Il a été proposé que les soins qui ne répondaient pas à ces quatre critères soient pris en charge par le secteur privé non réglementé⁴¹. Les pressions

politiques semblent avoir eu raison des tentatives visant à mettre en application ce programme de rationnement des soins basé sur les critères établis par le Comité Dunning. Par exemple, l'association de défense des droits des consommateurs des Pays-Bas a réussi à faire rétablir par le Parlement la protection relative au coût des prothèses dans le cadre de la caisse maladie et de la gamme d'avantages de base offerte par les assureurs privés⁴². Toutefois, comme on le verra plus loin, les tribunaux ont parfois invoqué les critères établis par le Comité Dunning pour justifier certaines pratiques de rationnement.

iv. Contestations judiciaires

Outre le rationnement explicite découlant de l'exclusion de certains services des régimes d'assurance obligatoires, un certain rationnement implicite peut exister en raison des compressions budgétaires avec lesquelles doivent composer les établissements et les fournisseurs de soins de santé. Ceux-ci doivent alors faire des choix entre les besoins de différents patients. Aux Pays-Bas, les tribunaux ont manifesté une certaine compassion à l'égard des malades qui s'étaient vu refuser des soins par des établissements trop soucieux des coûts, mais ils ont été hésitants à rendre nuls les objectifs budgétaires et contractuels (surtout lorsque ceux-ci étaient jugés raisonnables) ou à ordonner le traitement lorsque l'assureur n'avait pas de contrat avec l'établissement en question⁴³. Selon les universitaires néerlandais Hermans et den Exter, les tribunaux néerlandais « attachent beaucoup d'importance aux critères établis par le Comité Dunning – en particulier au critère relatif à la nécessité »⁴⁴. Par exemple, les tribunaux ont décidé que les citoyens n'ont pas droit à la protection prévue pour des services seulement parce que ceux-ci sont disponibles et appropriés⁴⁵. Cette expérience donne à penser que le Canada devrait considérer les avantages que comporte une approche basée sur un principe plutôt qu'une méthode consistant à s'en remettre à des négociations entre les ministères provinciaux de la Santé et les unités de négociation des médecins.

v. Déclaration ou Charte des droits des patients

On retrouve aux Pays-Bas un système complexe de procédures de règlement des plaintes et d'appel visant à assurer la responsabilisation de l'ensemble des assureurs sociaux et privés à l'égard des décisions rendues. La procédure d'appel dépend de la nature de la plainte de même que de l'assureur concerné. Le premier recours des malades qui déposent une plainte concernant leur admissibilité ou encore la qualité des soins dispensés dans le cadre du régime d'assurance sociale obligatoire (qui comprend le régime d'assurance des frais médicaux exceptionnels, la caisse maladie et le régime d'assurance-santé de la fonction publique) est la Commission constituée par l'assureur compétent. Dans certains cas, la Commission de l'assureur est tenue de consulter une Commission d'assurance-santé indépendante avant de rendre sa décision au sujet de la plainte. Les malades qui reçoivent une décision négative de leur assureur peuvent alors en appeler aux organismes administratifs établis par le gouvernement pour revoir les décisions des assureurs. Cela peut vouloir dire un appel au Tribunal d'appel central (dans le cas des appels concernant la caisse maladie), et dans certains cas devant le protecteur du citoyen. Au titre des régimes d'assurance privée, les tribunaux civils constituent le principal recours des plaignants⁴⁶.

d) É.-U.

i. Structure du financement mixte public-privé

Aux États-Unis, les programmes gouvernementaux, aux niveaux du fédéral et des États, cumulaient 43,6 % des dépenses de santé en 1998. L'assurance santé privée représentait 33,1 %, les dépenses engagées directement par les bénéficiaires 19,6 % et d'autres fonds privés 3,7 % de ces dépenses⁴⁷. En 1997, environ 71 % des Américains possédaient une assurance privée, quelque 92 % par l'intermédiaire de leur entreprise⁴⁸. Ces proportions sont demeurées à peu près les mêmes depuis 1994.

Il existe, aux États-Unis, deux grands régimes publics d'assurance-maladie, soit Medicare et Medicaid. Medicare est un régime d'assurance financé par le fédéral à l'intention des personnes de plus de 65 ans, de certaines personnes handicapées et des personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique. Tous les avantages sont subordonnés à une forme quelconque de participation aux frais, d'assurance à risque partagé, de frais d'utilisation ou de franchises⁴⁹. Medicaid est un régime fédéral/d'État qui assume le coût de l'aide médicale pour une partie des démunis (d'après le seuil de la pauvreté établi pour chaque État). Pour avoir droit aux fonds fédéraux, les États doivent accorder les avantages du régime Medicaid aux personnes visées par des programmes d'aide au revenu du fédéral. Le montant des fonds versés par le fédéral au titre de Medicaid n'est pas plafonné; le gouvernement fédéral verse plutôt une contribution équivalente à celle de l'État⁵⁰. La protection offerte par le régime Medicaid varie considérablement d'un État à l'autre.

La part privée des dépenses est fonction de la nature du service en question. Les médicaments vendus sous ordonnance, par exemple, sont financés principalement par le privé, mais la part du financement public tend à s'accroître. En 1998, la part publique représentait seulement 15,4 % des dépenses en médicaments, bien que cette proportion représente une hausse par rapport au pourcentage de 10,9 %⁵¹ enregistré en 1990 et qu'elle demeure bien au-dessous de la moyenne de 57,6 % pour les pays de l'OCDE au chapitre du financement public des médicaments (1997). Dans le cas des services médicaux aux malades hospitalisés, la part du privé est bien moindre, mais néanmoins beaucoup plus élevée que la moyenne pour l'OCDE. En 1998, 60,8 % des dépenses concernant des malades hospitalisés étaient acquittées par le public, contre 54 % en 1990⁵².

ii. Principe

Aux États-Unis, le principe qui régit le régime de soins de santé peut être qualifié de minimaliste. Le droit au financement public d'un groupe minimal de services de santé nécessaires est limité aux groupes défavorisés – les plus de 65 ans, les vieillards, les malades en phase terminale et certaines personnes handicapées. Cela contraste avec le système canadien et avec le système que l'on retrouve dans presque tout autre pays développé du monde, où toutes les personnes, quelles que soient leur statut, ont droit à un panier de services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires sans avoir à déboursier un sou. Aux États-Unis, les personnes qui n'appartiennent pas à ces groupes doivent contracter une assurance privée ou compter sur leurs propres ressources financières pour payer les soins de santé dont elles ont besoin. Par conséquent, une importante proportion de la population américaine (16,3 %) ⁵³ se retrouve sans aucune assurance-maladie.

iii. Comment on détermine les services qui seront financés par l'État

Ensemble, les volets A et B du régime Medicare (régime public pour les plus de 65 ans) offrent une vaste gamme d'avantages, quoique ceux-ci supposent diverses formes de participation aux frais, des franchises et des droits d'utilisation, mais certains services ne sont pas du tout couverts par le régime Medicare. Il s'agit notamment des médicaments hors établissement, des soins dentaires, des chirurgies esthétiques, des soins de garde à domicile ou en maison de soins infirmiers, des examens physiques courants, des examens de la vue courants, de certains vaccins et de certains tests de dépistage effectués à titre préventif.

En ce qui concerne Medicaid, qui est le régime d'assurance public pour les démunis, chacun des États peut fixer ses propres normes d'admissibilité, déterminer le type, la quantité, la durée et l'étendue des services, établir le tarif des services et administrer son propre programme. Les politiques ainsi adoptées en matière d'admissibilité, de services et de paiement sont complexes et varient énormément, même entre les États ayant à peu près la même taille et situés à proximité l'un de l'autre. Cela dit, le régime Medicaid d'un État *est tenu* d'offrir une assistance médicale

pour certains services *de base* aux groupes les plus démunis de la population⁵⁴. Les États peuvent aussi, à quelques exceptions près, imposer au titre du régime Medicaid des frais modiques sous forme de franchise, d'assurance à risque partagé ou de participation aux frais⁵⁵.

L'Oregon a été dispensé de l'obligation fédérale d'offrir la protection prévue dans le cadre du régime Medicaid pour certains services de base pour les fins d'une expérience visant à accroître, par le biais du rationnement de la gamme de services financés par l'État, le nombre de personnes pouvant bénéficier de Medicaid. Les réformes uniques apportées par l'Oregon à son programme Medicaid ont attiré l'attention en raison des mesures publiques explicites utilisées pour déterminer l'étendue de l'admissibilité à Medicaid⁵⁶. La *Oregon Basic Health Services Act*, adoptée en 1989, visait à étendre la protection du régime Medicaid en Oregon à toute personne vivant sous le seuil de la pauvreté, et ce principalement en rationnant explicitement les services offerts⁵⁷. Au moment d'établir l'ordre des priorités pour l'ensemble des services de santé assurés, la commission des services de santé de l'Oregon a consulté la population⁵⁸. Les priorités ainsi établies ont vite prêté le flanc à la critique. Les fournisseurs de soins ont notamment critiqué le fait que les traitements à peu de frais avaient eu préséance sur des traitements visant à sauver des vies⁵⁹. Les fournisseurs de soins de santé étaient très préoccupés par le fait que cet ordre de priorité va à l'encontre de la règle de déontologie qui veut que l'on porte secours à une personne en danger et en vertu de laquelle les médecins sont tenus d'agir dans toute situation où la vie de quelqu'un est en danger. Compte tenu de ces critiques, la commission a établi un autre ordre de priorité selon une méthode qui éliminait largement les considérations financières et qui réduisait l'influence de l'opinion publique.

De 1990 à 1997, le pourcentage de résidents non assurés en Oregon a chuté de 18 à 11 %. On a également observé une baisse importante des niveaux de soins non assurés dans les hôpitaux⁶⁰. La réforme apportée en Oregon a essentiellement fait en sorte qu'à peu de choses près, la même gamme d'avantages auparavant offerts aux bénéficiaires de Medicaid sont désormais offerts à une plus grande proportion de la population – autrement dit, on n'a rayé à peu près aucun service de la liste des services financés par l'État. Il semble que si le processus de rationnement est engagé de manière explicite, la volonté politique tend à faire défaut au moment de mettre en application le principe. Bien que l'expérience de l'Oregon ne puisse être qualifiée de succès marquant, le modèle de consultation politique mis à l'essai en vue de rationaliser les services n'en représente pas moins une innovation importante dans la manière dont l'État fait des choix difficiles entre le coût et la qualité⁶¹.

v. Contestations judiciaires

Depuis l'avènement des soins gérés, les causes portées devant les tribunaux se sont multipliées concernant des cas où la compagnie d'assurance avait limité la gamme de services de santé assurés. Au début, il était difficile pour les malades de démontrer la responsabilité des organismes de soins gérés dans le cadre de poursuites en responsabilité professionnelle, et le médecin ou autre fournisseur de soins était le seul recours des malades. Toutefois, comme les organismes de soins gérés jouent un rôle de plus en plus central dans les décisions concernant la prestation des soins de santé, les juges ont commencé à reconnaître la responsabilité de ces organismes au fur et à mesure où ils comprenaient mieux le fonctionnement de ces organismes et notamment l'existence des primes au rendement, de sorte que les organismes de soins gérés sont maintenant tenus responsables de toute négligence au chapitre de la gestion des soins⁶².

Des recours collectifs ont aussi été intentés contre des organismes de soins gérés. Vers la fin de 1999, de nombreuses nouvelles poursuites concernant plus de 32 millions de participants à des programmes de soins gérés ont été engagées contre plusieurs grands organismes de soins gérés⁶³. Ces recours, intentés en vertu de la législation fédérale contre les crimes économiques, visent à

démontrer que les organismes de soins gérés ont promis un certain degré de qualité mais qu'ils ont sciemment négligé de l'atteindre en refusant, dans le but d'accroître les bénéfices, d'offrir des services nécessaires. On reproche notamment à ces organismes de faire pression sur les médecins en leur offrant des incitatifs financiers – souvent à l'insu du malade – afin de réduire les coûts en rationnant les services médicaux en fonction des ressources disponibles aussi bien qu'en fonction des besoins sur le plan médical. Il est clair que si les auteurs de ce genre de recours collectifs obtiennent gain de cause, cela aura d'énormes répercussions sur l'avenir des soins gérés aux États-Unis.

Aussi, on a contesté devant les tribunaux le rationnement des services offerts dans le cadre de divers régimes d'assurance-maladie. Certaines poursuites s'appuyaient sur l'argument que l'État concerné n'avait pas respecté les exigences du fédéral en matière de financement; or, les tribunaux ne font généralement pas droit à ce genre de poursuite car le fédéral accorde une grande latitude aux États⁶⁴. D'autres poursuites se sont basées sur les droits constitutionnels à un traitement égal mais ne semblent pas avoir obtenu beaucoup de succès⁶⁵.

vi. Déclaration ou Charte des droits des patients

La révolution des soins gérés a donné lieu à quelques mesures législatives à l'échelon fédéral et au niveau des États visant à protéger les personnes assurées contre la limitation de l'accès aux soins et la diminution de la qualité des soins de santé. On notera que ces mesures réglementaires n'encouragent pas un quelconque droit universel aux services de santé médicalement nécessaires, mais qu'elles se résument plutôt à faire valoir un certain nombre de droits de consommateurs ayant déjà une assurance privée.

Dans bon nombre d'États, le rationnement *explicite*, dans le cadre des régimes de soins gérés, de l'étendue des services assurés, de la durée des prestations, des primes et du choix des fournisseurs est régi – surtout au niveau de l'État – par des normes minimales établies par la loi de même que par des déclarations ou chartes des droits des patients. Lorsque des régimes de soins gérés accordent aux professionnels de la santé des incitatifs s'ils compriment les coûts, il peut y avoir alors un rationnement *implicite*⁶⁶. Cette forme de rationnement est plus difficile à réglementer, bien que des mesures aient été proposées et adoptées afin d'en arriver à un équilibre entre les besoins médicaux et le facteur coût dans la relation entre le malade et le fournisseur⁶⁷. Par exemple, 48 des 50 États interdisent l'usage de clauses de bâillon, c'est-à-dire de clauses interdisant aux médecins de discuter de questions telles les traitements non assurés par le régime, des recommandations du médecin qui n'ont pas été acceptées par le régime et des incitatifs financiers dont bénéficie le médecin lorsqu'il dispense les soins⁶⁸.

e) NOUVELLE-ZÉLANDE

i. Structure du financement mixte public-privé

En Nouvelle-Zélande, le régime de soins de santé est financé en grande partie par les fonds publics, mais cette proportion tend à diminuer. En 1980, la part des crédits affectés par l'État à la santé représentait 88 % des dépenses totales de santé⁶⁹, mais cette proportion n'était plus que de 77,1 % en 1998⁷⁰. La diminution de la part publique des dépenses de santé a été la plus importante dans les pays de l'OCDE⁷¹. Sur la part de ces dépenses attribuables au secteur privé, la part des compagnies d'assurances privées à but lucratif s'était accrue légèrement, soit de 61, % en 1994 à 6,8 % en 1997. De 1980 à 1998-1999, la part des frais assumés directement par les bénéficiaires est passée de 10,4 %⁷² à 15,9 %⁷³.

Les statistiques moyennes masquent le fait que les services de santé varient en fonction de la combinaison de financement public-privé. Par exemple, en 1998-1999, le gouvernement a assumé près de la totalité des dépenses des hôpitaux publics, mais seulement 61 % des dépenses de soins de santé communautaire (soins personnels, y compris les visites chez le médecin de famille)⁷⁴. Au cours de l'année se terminant en juin 1999, les sommes déboursées par les malades représentaient environ 28 % des dépenses en médicaments, 30 % des dépenses liées aux visites chez le médecin de famille et 58 % des visites chez un spécialiste⁷⁵. Bien que cela représente encore une petite proportion dans l'ensemble, les régimes d'assurance privée jouent un rôle plus important dans le financement de services de soins de santé particuliers, comme les interventions chirurgicales non urgentes, les services de spécialistes et les honoraires des médecins de famille⁷⁶.

ii. **Principe**

En Nouvelle-Zélande le régime de soins de santé repose sur le principe voulant que les soins doivent être dispensés en fonction des besoins et non de la capacité de payer. Toutefois, dans les faits, l'application de ce principe est limitée. D'abord, les visites chez le médecin de famille commandent traditionnellement des frais d'utilisation. Ensuite, il existe un régime à « deux vitesses » de sorte que les personnes qui disposent de ressources suffisantes ou d'une assurance privée peuvent payer pour les services de spécialistes ou une intervention chirurgicale non urgente dans le secteur privé et éviter ainsi les longues listes d'attente dans le système public.

iii. **Comment on détermine les services qui seront financés par l'État**

Comment décide-t-on en Nouvelle-Zélande des services qui seront financés par l'État et de la manière dont on rationnera les soins de santé? La loi néo-zélandaise ne reconnaît pas explicitement le droit de recevoir des soins financés par l'État⁷⁷; toutefois, la prestation de services de santé publics est une mesure que la société juge souhaitable depuis longtemps et que les gouvernements ont cherché à offrir à la population. Il existe toutefois une distinction cruciale entre le financement des services hospitaliers et le financement des services médicaux. Les médecins de famille ont conservé le droit de faire payer aux malades les honoraires qu'ils fixent eux-mêmes pour leurs services en plus de ce que couvrent les subventions ou sommes versées par le gouvernement⁷⁸. Depuis 1941, les subventions gouvernementales n'ont pas augmenté au même rythme que les honoraires exigés par les médecins de famille, et une proportion croissante de ce type de service est donc financée par des fonds privés. Aussi, les personnes qui souhaitent éviter les longues listes d'attente pour consulter un spécialiste ou subir une intervention chirurgicale non urgente peuvent acheter ces soins dans des hôpitaux privés. Outre le rationnement par le biais du prix, il y a un rationnement implicite. Des administrations successives ont restreint les ressources publiques dans le régime public et ont eu recours au rationnement implicite, c'est-à-dire que les médecins affectent les ressources limitées à un ensemble de besoins liés à la santé⁷⁹.

En 1993, une réforme visant à créer un marché interne a donné lieu à un rationnement explicite et à une tentative de recourir à une approche plus raisonnée pour déterminer les services devant être financés par l'État⁸⁰. On a créé un Comité consultatif national sur les services de base aux malades et aux personnes handicapées (National Advisory Committee on Core Health and Disability Services)⁸¹ et chargé celui-ci, en sa qualité d'organisme indépendant, de fournir au ministre de la Santé des avis sur le noyau de services qui pourraient être achetés, sur la manière

dont ces services pourraient être distribués, et les modalités selon lesquelles ils devraient être rendus disponibles. On croyait à l'origine que les services de santé et les services aux personnes handicapées qui devaient être financés par l'État pourraient être regroupés sur une liste. C'est pourquoi le Comité a consulté les consommateurs et les fournisseurs en Nouvelle-Zélande. Mais cette approche a par la suite été écartée, soit en octobre 1994⁸², car le Comité en était arrivé à la conclusion que la préparation d'une telle liste serait trop complexe, prendrait trop de temps et entraînerait la division⁸³. À la place, le Comité a recommandé au gouvernement de simplement continuer à financer les services de santé et les services aux personnes handicapées déjà financés par l'État, ces services correspondant aux valeurs et aux priorités de plusieurs générations de Néo-Zélandais⁸⁴. Il a également recommandé l'élaboration de lignes directrices et de critères d'évaluation clinique afin de définir tout nouveau service constituant un avantage clinique suffisant pour justifier son financement par l'État. Le plus récent train de réformes mises en œuvres par le gouvernement du parti travailliste/allianciste a retenu le concept de rationnement explicite. La loi de 2000 sur la santé publique et les personnes handicapées (Public Health and Disability Act 2000) habilite le ministre de la Santé à nommer un comité consultatif national sur les soins de santé et les services aux personnes handicapées, entre autres pour conseiller le ministre au sujet des types et de la priorité relative de services de santé, de services de santé personnelle et de services de soutien aux personnes handicapées qui, de l'avis du Comité, devraient être financés par les fonds publics⁸⁵. De cette expérience, le Canada peut tirer la leçon suivante : il semble que si toute tentative d'établir une liste précise de services financés par l'État est vraisemblablement vouée à l'échec, il est plus efficace de mettre en place des processus visant à déterminer les priorités au chapitre des dépenses de santé.

iv. Contestations judiciaires

Comme ailleurs, l'instauration d'un rationnement explicite des services a donné lieu à quelques contestations judiciaires en Nouvelle-Zélande, notamment l'affaire Rau Williams. M. Williams est un homme âgé de 63 ans souffrant d'insuffisance rénale, de diabète et de démence, à qui l'autorité sanitaire régionale (Northland Health Authority) a refusé l'accès à un traitement de dialyse rénale⁸⁶. Un parent de M. Williams a, sans succès, interjeté appel de cette décision devant la Cour supérieure et la Cour d'appel, celle-ci ayant statué que les ressources n'étaient pas en cause dans la décision de l'autorité sanitaire régionale, mais qu'il s'agissait plutôt d'une question de pertinence de la décision clinique.

Cette affaire a retenu l'attention et fait couler beaucoup d'encre. Voici quelques exemples de déclarations parues dans les médias :

« Deux éminents néphrologues soutiennent que la décision de refuser à Rau Williams l'accès à la dialyse est une décision de rationnement... Le néphrologue de M. McKeown aurait également dit que : l'explication fournie par l'autorité sanitaire de Northland, selon laquelle M. Williams s'est vu refuser le traitement pour des motifs d'ordre clinique uniquement...n'est que seulement 80 % de l'histoire. » (Sunday-Star Times, 5 octobre 1997)⁸⁷

« L'affaire Rau Williams n'est pas une question de ressources, mais bien de soins médicaux appropriés; les deux questions ont été confondues par la population. Un fait indéniable demeure : les fonds publics, que ce soit dans le domaine de la santé ou ailleurs, sont limités... La demande sera toujours plus forte que ce que les fonds publics pourront, ou devront, couvrir. » (Evening Post, 13 octobre 1997)⁸⁸

Cette affaire et les observations formulées à ce sujet par les médias illustrent bien le flou qui entoure les « décisions cliniques », « l'affectation des ressources » et « le rationnement ».

v. Déclaration ou Charte des droits des patients

Le code des droits des consommateurs en matière de soins de santé et de services aux personnes handicapées (Code of Health and Disability Services Consumer Rights) est entré en vigueur le 1^{er} juillet 1996. Ce code prévoit dix droits : le droit d'être traité avec respect, le droit de ne pas faire l'objet de discrimination, de coercition, de harcèlement ou d'exploitation; le droit à la dignité et à l'indépendance, le droit à des services correspondant à des normes appropriées, le droit à la communication efficace, le droit d'être pleinement informé, le droit de faire un choix éclairé et de donner un consentement éclairé, le droit au soutien, les droits relatifs à l'enseignement ou à la recherche et le droit de déposer une plainte. Il s'agit essentiellement de droits déjà reconnus en common law et dans les codes de déontologie médicale. Un commissaire aux soins de santé et aux services aux personnes handicapées est chargé de défendre les droits des consommateurs et d'enquêter sur toute infraction possible au Code. Une enquête effectuée en 1999 a révélé que la population était de plus en plus sensibilisée à l'existence du Code et au rôle du Commissaire⁸⁹.

f) Royaume-Uni

i. Structure du financement mixte public-privé

Malgré la diminution de la part publique du financement des soins de santé, le Royaume-Uni conserve un des pourcentages les plus élevés de soins financés par l'État au sein des pays de l'OCDE. Bien que le pourcentage de soins de santé financés par le secteur public ait diminué, le Royaume-Uni occupe encore l'un des premiers rangs au chapitre du financement public des soins de santé à l'échelle de l'OCDE. En 1999, l'État a financé 84,2 % des dépenses totales de santé⁹⁰. Environ 3,5 % des dépenses totales de santé ont été assumées par des assureurs privés et 11 % couvertes directement par les bénéficiaires. Les assurances privées et les sommes versées directement par les bénéficiaires financent les opérations chirurgicales non urgentes dans des établissements privés (de sorte que les personnes ayant contracté une assurance privée ont la possibilité d'éviter les longues listes d'attente dans le régime public), de même que les frais d'utilisation pour les produits pharmaceutiques, la correction de la vue et les soins dentaires. Dans le cas des produits pharmaceutiques, toutefois, 60 % de la population est dispensée de tels frais, soit en raison de son faible revenu, soit parce qu'elle répond à la définition de malade chronique (et plus de 80 % des ordonnances sont exécutées au nom de personnes exemptées de ces frais).

ii. Principe

Le Service national de santé britannique (National Health Service (NHS)) applique depuis longtemps le principe selon lequel les soins doivent être dispensés en fonction des besoins et non en fonction de la capacité de payer⁹¹. Dans la mesure où il ou elle le juge nécessaire pour satisfaire à toute exigence raisonnable, le Secrétaire d'État est même tenu par la loi de *fournir* (et non seulement de mettre à la disposition de la population) les hôpitaux et autres établissements du genre, les soins médicaux, dentaires, infirmiers et ambulanciers, les services à la maternité et à l'enfance, les soins préventifs, les soins actifs et les soins aux convalescents, ainsi que les services requis pour le diagnostic et le traitement de la maladie. Toutefois, la loi ne précise pas la manière dont les services de soins de santé doivent être répartis ni l'ordre de priorité à respecter concernant différents besoins de santé.

iii. Comment on détermine les services qui seront financés par l'État

Sur quoi s'appuie le Royaume-Uni pour déterminer les services de santé qui seront financés par l'État? Pour ce qui est de la manière d'attribuer les ressources, on s'en remet traditionnellement au rationnement implicite effectué par les médecins qui sont en quelque sorte les gardiens de l'accès au régime de soins de santé⁹². Il compte aussi sur le rationnement implicite effectué par l'entremise des autorités de la santé et des hôpitaux publics qui doivent travailler dans les limites d'un budget annuel plafonné. Mais plus récemment, on est passé à une forme supérieure de rationnement implicite en déterminant la façon d'établir les priorités dans les dépenses de santé. En 1992, le gouvernement a publié un Livre blanc sur la santé intitulé « Health of the Nation » dans lequel il exposait sa stratégie et indiquait les cinq secteurs clés où le NHS et d'autres organismes devraient cibler leur action. En 1998, le gouvernement travailliste a adopté une nouvelle politique qui fixait des objectifs en matière de santé à l'horizon 2010. Le National Centre for Clinical Excellence, nouvellement créé, vise également à fournir une orientation s'appuyant sur des preuves de la rentabilité-efficacité de certains services et recommandera s'il y a lieu ou non d'offrir ces services à l'échelle du pays.

iv. Contestations judiciaires

Comme ailleurs, les décisions correspondant à un rationnement explicite ont été contestées devant les tribunaux, des malades ayant intenté des poursuites en révision judiciaire pour contester des décisions de financement. L'affaire *R v. Cambridge District Health Authority Ex Parte B*⁹³, concernait une fillette de dix ans et demi n'ayant plus que six à huit semaines à vivre selon les médecins traitants, lesquels étaient par conséquent d'avis qu'elle ne devait recevoir aucun autre traitement supplémentaire. Le père de B a demandé l'opinion de deux autres experts en médecine. Or, tous deux estimaient qu'un traitement supplémentaire (y compris une deuxième greffe de moelle osseuse) était possible. Toutefois, en raison du manque de lits disponibles dans le seul hôpital du NHS pouvant offrir un tel traitement, le traitement ne pouvait être dispensé que dans un établissement privé. Le père de B a donc demandé à l'autorité sanitaire responsable d'allouer des fonds pour que sa fille reçoive le traitement en question dans un établissement privé. L'autorité sanitaire a refusé. Le tribunal a statué que si l'autorité sanitaire est tenu par la loi de fournir des services médicaux, la manière dont il doit s'acquitter de cette obligation demeure à sa discrétion. Néanmoins, le tribunal a donné gain de cause au père dans la mesure où, s'il n'a pas ordonné à l'autorité sanitaire de financer le traitement, il l'a quand même enjoint de revoir sa décision pour plusieurs motifs. Un de ces motifs était que l'autorité sanitaire avait invoqué des

ressources limitées, mais n'avait pas bien expliqué les priorités, en matière de financement, qui l'avaient amené à rendre cette décision.

Le rationnement explicite de la part de l'autorité sanitaire a été de nouveau contesté récemment dans l'affaire *Regina v. North West Lancashire Health Authority*. Dans cette affaire, on a contesté le refus de payer pour une opération de changement de sexe parce qu'on avait accordé à cette opération une faible priorité, estimant qu'elle comportait peu d'avantages, sinon aucun, sur le plan clinique⁹⁴. La Cour d'appel a invoqué cette décision dans l'affaire *Cambridge*, et en particulier la déclaration de Sir Thomas Bingham M.R, selon laquelle [TRADUCTION] « les tribunaux ne s'attarderont pas à l'affectation de ressources rares dans le cadre d'un budget serré, mais veilleront plutôt à ce que l'autorité en matière de santé ait posé les bonnes questions et ait réglé les bonnes questions avant d'adopter une politique légitime. Sur les faits, le tribunal est arrivé à la conclusion que l'autorité sanitaire avait négligé de tenir compte de tous les faits pertinents en accordant seulement une faible priorité à l'opération de changement de sexe. L'autorité sanitaire aurait dû se demander ce qui constitue un traitement approprié ou la part de la maladie dans la dysphorie ou trouble de l'identité sexuelle. La décision avait été plutôt prise en tenant compte de questions non pertinentes. Le tribunal a enjoint l'autorité sanitaire de reformuler sa politique en conséquence.

Ces causes donnent à penser que si les tribunaux respectent le fait que les autorités publiques doivent prendre des décisions dans un contexte d'austérité budgétaire, ils ne sont pas prêts à simplement accepter l'argument de la rareté des ressources et tiendront à s'assurer que les décisions des autorités publiques d'allouer ou non des ressources s'appuient sur un principe quelconque.

v. Déclaration ou Charte des droits des patients

Une première « charte des patients » a été adoptée au Royaume-Uni en 1992 dans le but d'améliorer la qualité des services de santé. Cette charte énonçait les normes de service auxquelles les gens étaient en droit de s'attendre et, ce faisant, mettait l'accent sur l'amélioration de la qualité et sur le respect de normes précises en matière de prestation de services, notamment au chapitre des délais. La Charte comportait en outre de vastes garanties sous forme de principe, comme le droit de recevoir des soins sur la base de besoins cliniques, sans égard à la capacité de payer. La Charte prévoyait expressément une norme identifiable pour les listes d'attente. Selon cette charte, les malades doivent obligatoirement obtenir la garantie qu'ils seront admis [à l'hôpital] pour des traitements à une date précise dans un délai de deux ans, délai qui a par la suite été réduit à dix-huit mois, puis à douze mois pour certaines procédures. En plus des droits qu'elle prévoit, la Charte fixe également neuf « normes », y compris la protection de la vie privée, de la dignité et des croyances religieuses, ainsi que, en ce qui a trait aux temps d'attente, la garantie d'être vu dans les trente minutes dans un service de consultations externes. En revanche, si cette charte comporte un mécanisme de règlement des plaintes, elle n'a pas créé de droits exécutoires légalement.

La Charte a depuis été remplacée par un guide du NHS qui indique aux malades ce à quoi ils peuvent s'attendre⁹⁵. Il s'agit d'un guide sur les droits et responsabilités des malades qui définit

les normes et services auxquels les gens peuvent s'attendre de la part du NHS, y compris le délai d'attente pour le traitement⁹⁶. Ce guide indique également ce à quoi les gens peuvent s'attendre à l'avenir; par exemple, à partir de 2002, si une opération est annulée le jour même où elle devait avoir lieu, l'hôpital devra offrir une autre date dans les 28 jours qui suivent dans l'établissement choisi par le malade. Comme la Charte qu'il remplace, le guide prévoit un mécanisme de traitement des plaintes, mais n'établit pas de droits exécutoires en vertu de la loi.

À l'heure où le Canada cherche des moyens d'assurer la satisfaction de sa population à l'égard du régime d'assurance-maladie et de renforcer l'obligation de reddition de comptes à l'égard de la population, les décideurs devraient examiner de plus près l'expérience du Royaume-Uni en ce qui concerne une charte des droits. Les décideurs devraient se pencher en particulier sur les assurances relatives aux périodes d'attente, question épineuse s'il en est depuis quelques années au Canada.

III. EFFET DU MODE DE FINANCEMENT MIXTE PUBLIC-PRIVÉ SUR LES RÉSULTATS, L'UTILISATION DES SERVICES, LES DÉLAIS D'ATTENTE ET LES DÉPENSES EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

a) Financement mixte public-privé et résultats en matière de santé

Dans cette partie du présent document, nous examinons, pour les divers pays à l'étude, la corrélation entre l'état de la santé de la population et les dépenses publiques et/ou privées en la matière, au moyen de quatre indicateurs de santé : l'espérance de vie, la mortalité infantile, l'incidence du cancer parmi la population et les années de vie possiblement perdues pour toutes causes⁹⁷. Nous établissons trois indicateurs sommaires des dépenses :

1. quel est le rapport entre les dépenses totales de santé, en pourcentage du PIB, et chacun de ces indicateurs de l'état de santé de la population :
2. quel est le rapport entre la part des dépenses publiques dans le domaine de la santé, en pourcentage du PIB, et chacun de ces indicateurs.
3. quel est le rapport des dépenses privées dans le domaine de la santé, en tant que part des dépenses totales de santé, avec chacun de ces résultats pour la santé. Il s'agit là de corrélations sur une seule année qui ne tiennent pas compte d'autres variables comme le revenu ou PIB du pays, la répartition selon l'âge et les dépenses dans d'autres secteurs que la santé publique. Les données proviennent de statistiques de l'OCDE pour chacun de ces indicateurs.

Les faits observés dans certains pays de l'OCDE confirment la difficulté qu'il y a à faire le lien entre les dépenses de santé, publiques ou privées, et les résultats en matière de santé. Pour ce qui est de l'espérance de vie des femmes, nous calculons qu'il existe une corrélation directe et statistiquement significative entre les dépenses totales de santé en pourcentage du PIB et l'espérance de vie. Nous concluons par ailleurs à l'absence de corrélation entre les dépenses de santé privées, en tant que part des dépenses totales de santé et l'espérance de vie, que ce soit des hommes ou des femmes. Quant à la mortalité infantile, nous avons constaté qu'en moyenne le taux de mortalité infantile est plus bas dans les pays où les dépenses de santé en pourcentage du PIB sont plus élevées. Pour ce qui concerne l'incidence du cancer parmi la population, nous avons relevé une incidence plus grande du cancer dans les pays où les dépenses de santé en pourcentage du PIB sont plus importantes. Enfin, en ce qui a trait aux années de vie possiblement perdues, nous n'avons constaté aucune corrélation entre les dépenses de santé en pourcentage du PIB ou entre les indicateurs des dépenses de santé publiques et les années de vie possiblement perdues. Ces corrélations sont illustrées au tableau 3. Par contre, nous avons observé certains faits attestant que les dépenses publiques en matière de santé en pourcentage du PIB sont corrélées

avec de meilleurs résultats sur la santé. Toutefois, cette constatation tient peut-être en partie au fait que les dépenses publiques de santé sont également corrélées avec les dépenses de santé publique dans un certain nombre d'autres secteurs, lesquelles contribuent de façon importante à l'état de santé de la population, comme l'éducation, le logement et la redistribution du revenu. Pour mieux connaître les liens entre les dépenses privées/publiques et les soins de santé, nous passerons en revue dans les pages qui suivent des études portant sur divers pays et dans lesquelles on examine les changements apportés aux politiques régissant les dépenses de santé. Ces études nous fourniront vraisemblablement des résultats pouvant être interprétés de manière à établir s'il existe un rapport entre les dépenses publiques/privées et les résultats en matière de soins de santé.

b) Faits observés dans différents pays au sujet des résultats en matière de santé et du financement mixte public-privé

Si l'on examine de plus près la structure et la dynamique de divers régimes de soins de santé, on peut voir les répercussions de diverses formes de dépenses privées sur la santé de la population et sur l'utilisation que fait cette dernière des services de santé. Attardons-nous d'abord à la question des sommes déboursées directement par les bénéficiaires. On suggère souvent de recourir au ticket modérateur (frais d'utilisation) pour accroître la part des dépenses privées dans le régime de soins de santé et comme moyen de décourager le recours frivole et inutile aux services de santé. La documentation sur le partage des coûts et les résultats sur la santé dans les pays développés est quelque peu limitée puisque le ticket modérateur joue *en moyenne* un petit rôle dans le financement de la plupart des régimes. Les frais acquittés directement par les bénéficiaires représentaient seulement 2,7 % des dépenses totales de santé au Royaume-Uni (données pour 1995). Par comparaison, en 1998, les frais d'utilisation représentaient 17,7 % des dépenses totales de santé aux É.-U., 22,9 % en Nouvelle-Zélande et 5,9 % aux Pays-Bas⁹⁸. Pour ce qui est du Canada, on ne dispose pas de chiffres pour 1998, mais cette proportion était de 17,1 % en 1997.

Les É.-U. et la Nouvelle-Zélande font tous deux exception, compte tenu des niveaux élevés de partage des coûts pour les soins primaires (services dispensés par les médecins de famille, etc.), et nous résumons ici l'expérience de ces deux pays ainsi que la recherche sur le partage des coûts effectuée au Canada. Nous nous attarderons ci-après au cas des États-Unis et à celui de la Nouvelle-Zélande pour deux raisons. Premièrement, étant donné que, parmi les pays à l'étude, c'est aux États-Unis que les dépenses engagées directement par les bénéficiaires sont les plus importantes, la majeure partie de la recherche dans ce domaine a porté sur le régime américain. Deuxièmement, la recherche concernant la Nouvelle-Zélande a porté expressément sur la façon dont les frais d'utilisation influent sur le premier point de contact avec le système de soins de santé : le médecin de famille. À l'instar du Canada, la Nouvelle-Zélande utilise le médecin de famille comme gardien de l'accès au reste du régime. Si les frais d'utilisation empêchent des personnes de voir leur médecin de famille, ils empêcheront également ces personnes d'accéder à d'autres secteurs du régime de soins de santé. Malgré l'importance des sommes déboursées par les bénéficiaires en Australie, nous nous attarderons peu à l'Australie dans le cadre de cette étude parce que les Australiens qui ont considérés comme étant incapables de payer les frais d'utilisation sont dispensés de tels frais (les patients profitant de conditions de faveur⁹⁹ n'ont pas à payer de frais pour les services médicaux).

Selon une vaste étude sur le partage des coûts aux États-Unis, l'accroissement du partage des coûts s'accompagne d'une diminution du nombre de services de santé utilisés par la population¹⁰⁰. La plus grande différence dans l'utilisation des soins de santé a été observée entre les gens qui ne déboursent rien et ceux qui doivent déboursier un certain montant pour n'importe quel service. La seule exception à ce chapitre demeure les admissions d'enfants à l'hôpital, dont le nombre ne varie pas, même si les gens doivent déboursier pour ce service. Dans le cas des gens vivant au-dessus du seuil de la pauvreté aux États-Unis, l'augmentation des frais à la charge des

bénéficiaires ne semble pas avoir eu d'effet mesurable quant aux résultats sur la santé. Quand on examine les effets de l'extension du programme Medicaid pour les enfants pauvres aux États-Unis, on constate que la réduction des frais directs semble accroître l'utilisation des soins préventifs et diminuer les effets négatifs sur la santé des enfants¹⁰¹. Les faits observés en Nouvelle-Zélande suggèrent également que les frais d'utilisation constituent une entrave à l'accès. En Nouvelle-Zélande, la plupart des gens doivent payer le plein prix de la consultation chez le médecin de famille (bien que 37 % de la population contracte une assurance privée pour couvrir ces frais)¹⁰². L'État accorde des subventions pour les gens à faible revenu et les malades chroniques, mais ces subventions ne couvrent que la moitié environ des honoraires demandés. Dans une étude menée en 1997 par Grant *et coll.*, on a constaté que les frais d'utilisation représentaient un obstacle à l'accès pour certains segments de la population, et que les Néo-Zélandais n'avaient pas aussi facilement accès aux soins primaires que les Anglais, les Canadiens ou les Australiens¹⁰³.

D'autres faits observés au Canada viennent corroborer l'hypothèse que les frais d'utilisation ou la participation aux frais a un effet négatif sur l'utilisation des services et que cet effet est disproportionné dans le cas des personnes à faible revenu. Une étude effectuée dans les années 1970 en Saskatchewan sur les frais d'utilisation pour les services médicaux a montré que l'utilisation de ces services avait diminué parmi les groupes à faible revenu mais augmenté parmi les groupes à revenu élevé durant la période où la participation aux frais avait été en vigueur¹⁰⁴. Barer, Evans et Stoddart ont fait valoir que ces résultats pouvaient tenir au comportement des médecins, qui avaient cherché à compenser la baisse de la demande de services de la part de personnes à faible revenu en encourageant un plus haut taux d'utilisation chez les personnes ayant un revenu plus élevé et étant par conséquent moins sensibles aux coûts¹⁰⁵.

Au Canada, les dépenses engagées par les bénéficiaires eux-mêmes jouent un rôle beaucoup plus important sur le marché des médicaments délivrés sur ordonnance que dans tout autre secteur du régime de soins de santé. En effet, 88 % des Canadiens disposent d'une forme quelconque d'assurance pour les médicaments prescrits (69 % ont une assurance privée et 19 % bénéficient de la garantie offerte par l'État), mais presque tous les régimes d'assurance, qu'ils soient privés ou publics, prévoient des franchises ou la participation aux frais¹⁰⁶. Au niveau des régimes publics provinciaux, la tendance au cours des dix dernières années a consisté à hausser les frais d'utilisation pour aider à contrôler les dépenses en médicaments. Les résultats d'une étude du régime d'assurance-médicaments de la province de Québec montrent que les frais d'utilisation ont entraîné une baisse de l'utilisation de médicaments et de la santé des bénéficiaires. Dans le cas des personnes à faible revenu – celles qui touchent des prestations de sécurité du revenu – l'utilisation de médicaments prescrits a chuté de 14,7 %. Le rapport Tamblin soulève la possibilité que des personnes soient décédées au Québec en raison du manque de médicaments¹⁰⁷.

Quels enseignements le Canada peut-il tirer de tout cela à l'heure où il s'apprête à décider s'il imposera ou non un ticket modérateur (des frais d'utilisation) pour essayer de préserver le régime d'assurance-maladie? Les frais d'utilisation se traduiront par une baisse de l'utilisation des services de santé, d'où certaines économies possibles. En revanche, cette baisse sera très largement concentrée au sein des groupes à faible revenu. Les frais d'utilisation ne risquent guère de nuire à la santé des personnes relativement à l'aise financièrement, mais il y a de bonnes chances pour qu'ils aient des répercussions négatives sur la santé des enfants et des pauvres. Par conséquent, si l'on décide d'introduire un ticket modérateur, il faudra se pencher sérieusement sur la question de savoir comment il est possible de veiller à ce que les enfants et les personnes démunies ne soient pas dissuadées d'obtenir les soins requis. On pourrait ici tirer des leçons de l'exemple qu'offre l'Australie, où un système compliqué a été mis en place pour veiller à ce que les patients profitant de conditions de faveur (les personnes à faible revenu) n'aient jamais à

payer quelque montant que ce soit de leur poche. Il importe toutefois de ne pas perdre de vue que l'instauration d'un ticket modérateur et des filets de sécurité que suppose un tel système accroîtra les frais administratifs. Ces derniers coûts pourraient en fait l'emporter sur toute économie réalisée sur le plan des coûts¹⁰⁸.

c) Effet du financement mixte public-privé sur l'utilisation des services de santé

Les dépenses de santé sont fonction du prix payé pour les services de santé et de la quantité de services utilisés. Les pays qui dépensent davantage en la matière pourraient simplement payer des prix plus élevés pour une certaine quantité et qualité de services ou pourraient consommer une plus grande quantité de ces services à prix égal. D'après les faits observés lors de la comparaison du recours aux services de médecins de famille au Canada et aux États-Unis, il semble que ce soit la première de ces deux hypothèses qui prévale. Comme l'indiquent les tableaux 1a et 1b, les États-Unis dépensent des sommes beaucoup plus importantes au chapitre de la santé, y compris sur le plan des services assurés par les médecins de premier recours. Les chercheurs ayant examiné l'origine de ces différences en sont arrivés à la conclusion que les Canadiens ne vont pas moins souvent chez leur médecin de famille que leurs voisins américains; en fait, ils semblent au contraire rendre visite plus souvent à leur médecin de famille que l'Américain moyen¹⁰⁹. En comparant les dépenses des hôpitaux au Canada et aux États-Unis, on en arrive à des conclusions similaires. Une étude publiée en 1988 par Newhouse, Anderson et Roos conclut qu'en dépit des écarts importants entre les deux pays au chapitre des dépenses, les Canadiens ne passent pas moins de temps dans les hôpitaux que les Américains; en fait, le nombre de jours d'hospitalisation est en moyenne plus élevé¹¹⁰. Une étude publiée en 1998, dans laquelle on comparait les hospitalisations pour des problèmes de dos et de cou en Ontario et dans l'État de Washington a révélé que les hospitalisations pour des chirurgies au dos ou au cou étaient trois fois plus fréquentes dans l'État de Washington. Cependant, le nombre d'hospitalisations était deux fois plus élevé en Ontario et, dans cette province, les patients séjournaient plus longtemps à l'hôpital, que ce soit pour une chirurgie ou non¹¹¹. Par conséquent, les faits tendent à démontrer que le volume de soins intensifs et de chirurgies est plus élevé aux États-Unis, tandis que le volume de soins primaires et préventifs est plus élevé au Canada.

Que devrait en conclure le Canada, d'après les faits observés au sujet des volumes de services et de dépenses privées? En fait, il semble que les Canadiens reçoivent déjà un niveau de soins, sinon supérieur, du moins équivalent à celui dont bénéficient les Américains. Cela dit, les dépenses privées ont de bonnes chances d'influer sur l'éventail de services fournis, car on se dirige vers des technologies plus coûteuses et vers la hausse du prix payé pour les services.

d) Effet du financement mixte public-privé sur les dépenses de santé

Parmi les pays de l'OCDE à l'étude, c'est au Royaume-Uni que la part publique des dépenses de santé est la plus grande, celle-ci représentant 84 % des dépenses totales (OCDE). Le Royaume-Uni est aussi le pays qui dépense le moins pour la santé en pourcentage du PIB (soit 5,8 % en 1997). À l'autre extrémité, les États-Unis assument seulement 46 % des dépenses de santé et il s'agit du pays qui dépense le plus en pourcentage du PIB (13,9 % en 1997). Bien qu'il semble y avoir une corrélation négative entre le financement public et les dépenses totales de santé en pourcentage du PIB, ce rapport est principalement déterminé par les États-Unis et ne tient plus si on examine un grand nombre de pays de l'OCDE en excluant les États-Unis¹¹².

Des comparaisons entre les pays de l'OCDE tendent à ajouter foi à l'hypothèse selon laquelle les payeurs publics sont mieux en mesure de contrôler les dépenses de santé que les payeurs privés. Des recherches effectuées par Globerman et Vining examinent la relation entre la part publique

du financement des soins de santé en 1980 dans les pays de l'OCDE et la mesure dans laquelle l'inflation des prix dans le domaine de la santé a surpassé l'inflation générale entre 1980 et 1996. Leurs conclusions indiquent que plus la part publique augmente, moins les prix montent, appuyant l'hypothèse que les payeurs publics gardent les prix bas¹¹³.

Que peut apprendre le Canada de l'examen des différences dans la structure du financement mixte public-privé et dans les dépenses de santé? Les faits observés militent en faveur de l'idée qu'une plus large part de financement public va de pair avec une meilleure capacité de restreindre dans l'ensemble l'accroissement des dépenses de santé. Ainsi, à l'heure où le Canada s'interroge sur l'opportunité d'étendre son programme d'assurance-maladie aux soins à domicile et aux médicaments délivrés sur ordonnance, il est important de noter que si cela peut signifier des coûts plus importants pour le secteur public, il en résultera probablement une meilleure capacité, dans l'ensemble, à restreindre l'accroissement des dépenses totales (publiques et privées) de santé.

e) Effet du financement privé sur les systèmes de santé publics

Lors de l'examen des effets du financement privé sur le régime d'assurance-santé, une question particulièrement importante est de savoir si l'accroissement de la part privée des dépenses de santé s'accompagne d'une diminution correspondante des fonds publics injectés dans le régime. Dans la documentation économique, on parle d'un « effet d'éviction » d'après l'idée que, dans un tel cas, les fonds privés remplacent les fonds publics au lieu de simplement venir s'ajouter aux fonds totaux disponibles pour la santé.

Dans le but d'essayer de répondre à cette question, Tuohy, Flood et Stabile se sont penchés sur les fluctuations des dépenses privées dans chacun des 24 pays de l'OCDE sur une période de dix-sept ans et sur les fluctuations correspondantes de la part du budget public total des soins de santé durant cette même période¹¹⁴. Si les faits observés ne permettent pas de démontrer hors de tout doute que l'augmentation du financement privé a entraîné une diminution du financement public, les résultats indiquent néanmoins que sur une période de dix-sept ans, dans les 24 pays de l'OCDE à l'étude, toute augmentation de fonds privés dans le domaine de la santé a toujours été associée à une baisse de la part publique dans les dépenses totales de santé. Cette baisse n'est pas équivalente, mais les chiffres donnent à penser que pour toute tranche de dix dollars provenant de fonds privés, on note en moyenne une baisse de trois dollars de fonds publics affectés à la santé. Un examen plus détaillé des dépenses hospitalières et pharmaceutiques a révélé en particulier que s'il n'existe pas de corrélation entre l'augmentation des dépenses privées et la diminution des dépenses publiques dans le secteur hospitalier, on a constaté une telle corrélation dans le secteur pharmaceutique. Cette conclusion, qui va dans le même sens que celle de l'effet d'éviction des fonds publics par les fonds privés dans le secteur des produits pharmaceutiques, n'a rien d'étonnant. La plupart des régimes publics d'assurance-médicaments prévoient déjà la participation aux frais, et la plupart ont relevé le niveau de cette participation dans les années 1990. Dans ce sens, le remplacement des fonds publics par les fonds privés découle d'une véritable intention sur le plan de la politique.

Quelles leçons le Canada peut-il tirer de tout cela? D'abord qu'il y a tout lieu de s'attendre à ce que, dans le domaine de la santé, les dépenses privées remplacent, du moins en partie, les fonds publics. Mais chaque dollar provenant de source privée investi dans la santé ne sera pas nécessairement un nouveau dollar injecté dans le régime de soins de santé. Tout porte à croire qu'une partie de ces dollars remplacera des fonds publics actuellement affectés à la santé.

e) Délais d'attente

La question de savoir si le financement privé peut ou non diminuer les délais d'attente pour des soins revêt une importance particulière pour un certain nombre de pays où le régime de soins de santé est financé par l'État. À mesure que grandissent les attentes des malades à l'égard de services intégrant les progrès technologiques et dispensés en temps opportun, dans les pays qui ont traditionnellement rationné les soins et la technologie par le biais des délais d'attente, les pressions se font de plus en plus fortes en faveur du recours aux fonds privés dans le but d'améliorer l'accès aux soins. Il est très difficile de vérifier à partir des données disponibles la mesure dans laquelle les délais d'attente représentent véritablement un problème au Canada ou dans toute autre administration. La plupart des gouvernements hésitent à recueillir des données sur les délais d'attente parce que, plus souvent qu'autrement, ces renseignements servent à dénigrer la performance du gouvernement. Il n'en reste pas moins, d'après les données disponibles au Canada, que le pourcentage de membres de la population inscrits sur des listes d'attente au Canada a augmenté très légèrement (soit de 0,08 point de pourcentage) de 1997 à 1999. Aux Pays-Bas, l'assurance privée joue un rôle important dans le financement du régime de soins de santé, mais le fait d'avoir une assurance privée ne permet pas à une personne de contourner les listes d'attente dans le régime d'assurance sociale. Il est contraire à l'éthique, selon le code de déontologie des médecins, d'accorder la priorité à un malade disposant d'une assurance privée plutôt qu'à un malade n'étant couvert par aucune assurance, et les deux types de malades sont traités côte à côte dans les mêmes hôpitaux¹¹⁵. Aux Pays-Bas, le pourcentage de membres de la population inscrits sur des listes d'attente est plus faible qu'au Canada, et ne représentait que un demi pour cent environ en 1997 et en 1999. En Nouvelle-Zélande, où il existe un système à deux vitesses, il semble y avoir eu une diminution rapide du nombre de personnes inscrites sur des listes d'attente depuis le sommet de 2,48 % atteint en 1997 puisque ce pourcentage n'était plus que de 1,65 % en 1999. Néanmoins, ce recul apparent ne donne pas une image fidèle de l'état actuel de la situation. En réponse aux critiques à l'égard des listes d'attente de plus en plus longues dans le régime public, le gouvernement de la Nouvelle-Zélande a introduit en 1997 un « système de réservations ». Selon ce système, les malades ne sont pas « inscrits » pour des chirurgies à moins que le système ne puisse offrir le service dans un délai de six mois. Les malades à qui les soins requis ne peuvent être offerts sont renvoyés au médecin qui doit « gérer » leur état de santé, de sorte qu'il existe en fait maintenant des listes d'attente pour être inscrit sur la liste d'attente! Au Royaume-Uni, le pourcentage de membres de la population inscrits sur des listes d'attente était d'environ 2,56 % en 1997 et n'a diminué que très légèrement pour se chiffrer à 2,26 % en 1999. Nos données sur le pourcentage de la population en attente de soins et sur les niveaux d'assurance privée sont résumées dans le tableau 2.

En un mot, aucun des faits observés ne nous a permis de confirmer l'hypothèse selon laquelle le financement privé peut contribuer à réduire les listes d'attente dans un régime de soins de santé public. Chacun des régimes où ce type de financement est permis est aux prises avec des listes d'attente d'une longueur équivalente, voire supérieure, à celles que l'on retrouve au Canada. En fait, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, la situation a même empiré depuis que l'on a instauré le financement privé. Au Royaume-Uni, si les délais d'attente ont diminué, c'est en raison de l'injection de fonds publics par le biais par exemple de la « Waiting List Initiative » à la fin des années 1980 et au début des années 1990, et des mécanismes visant à modifier les incitatifs à l'intérieur du secteur public. Non seulement les régimes privés parallèles ne réduisent pas les listes d'attente dans le secteur public, mais ils peuvent même contribuer à les allonger. Les faits observés au Royaume-Uni donnent à penser que les systèmes privés parallèles peuvent attirer des malades en meilleure santé pour des procédures relativement moins compliquées, d'où l'augmentation de la complexité des cas et de la dépendance des malades qui continuent à utiliser le régime public. Martin et Smith, par exemple, ont constaté que la durée du séjour dans les

hôpitaux relevant du NHS était plus long dans les régions dotées d'établissements privés offrant des soins aux malades hospitalisés, ce qui porte à croire que les établissements privés « écrèment » les cas les moins compliqués, laissant à l'établissement qui relève du NHS un ensemble de cas relativement complexes¹¹⁶.

IV. CONCLUSION

Cette dernière partie fournit une vue d'ensemble du financement privé dans chacun des six pays de l'OCDE à l'étude : l'Australie, le Canada, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis. Dans tous ces pays, à l'exception des États-Unis, le régime de soins de santé est largement financé par l'État, bien que la gamme et le type de services financés par le secteur privé varient d'un pays à l'autre. Ces pays sont tous représentatifs à des degrés divers des quatre modèles de financement mixte public-privé définis au début. Ces modèles permettent d'expliquer plus facilement les fluctuations de la part privée des dépenses dans le temps, et les domaines où le secteur de la santé est principalement affecté par ces fluctuations. Sauf peut-être les États-Unis, chaque pays s'en remet principalement aux fonds publics pour offrir à ses citoyens les soins auxquels ils ont droit. Les Pays-Bas représentent un cas à part, puisque le régime de soins de santé y est financé progressivement au moyen de cotisations obligatoires des employeurs et des employés.

En examinant de près la structure du financement mixte public-privé de chaque pays, on constate que cette structure varie énormément selon la nature du produit ou service de santé en cause. Le principe de base appliqué dans tous les pays sauf les États-Unis est que les soins doivent être dispensés en fonction des besoins plutôt que de la capacité de payer, mais il y a des limites à l'application de ce principe. Par exemple, au Canada, bien que les services hospitaliers et médicaux soient entièrement financés par l'État, le niveau de financement privé (dans les cas où les soins sont dispensés selon la capacité de payer) est beaucoup plus élevé, notamment pour les médicaments, les soins à domicile et les soins de longue durée. En Nouvelle-Zélande, on a instauré depuis longtemps un ticket modérateur pour la consultation du médecin de famille, ce qui a peut-être dissuadé des malades d'obtenir des soins. En Australie, il existe un système compliqué de frais d'utilisation, mais une panoplie de mesures de protection fait en sorte que les personnes à faible revenu ou les malades chroniques ne sont pas dissuadés d'obtenir les soins que leur état requiert. Par comparaison, le Royaume-Uni tend à offrir, sans franchise, un large éventail de services de santé, à l'instar des Pays-Bas (qui va même jusqu'à assurer les soins de longue durée), malgré son apparente dépendance à l'égard de l'assurance privée, et s'est doté d'une réglementation pour atteindre son objectif de « solidarité ».

Lorsqu'il n'y a pas de rationnement basé sur le prix ou la capacité de payer (par le biais de frais d'utilisation ou d'un ticket modérateur), les services peuvent quand même être rationnés implicitement ou explicitement. Tous les pays qui aspirent à fournir à leurs citoyens l'accès à une gamme de services de santé (en d'autres mots de gérer un régime de soins de santé) s'adonnent dans une plus ou moins grande mesure à une certaine forme de rationnement implicite. Au Canada, au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande, en Australie et aux Pays-Bas, le régime est soumis à des contraintes de capacité et les médecins doivent généralement agir comme gardiens de l'accès au régime, en déterminant à quels malades et à quels soins accorder la priorité. De plus en plus, le secteur privé aux États-Unis procède à un exercice semblable, au fur et à mesure que le régime américain adopte le système des soins gérés. En Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, des compressions budgétaires importantes se sont traduites par de longues listes d'attente dans le secteur public pour les interventions chirurgicales non urgentes, et il existe dans ces pays un régime à deux vitesses permettant aux personnes disposant de fonds privés d'obtenir plus rapidement des traitements dans le secteur privé.

Pour répondre aux préoccupations concernant le rationnement implicite et la baisse de la qualité des services dispensés dans le secteur public, on a tenté d'établir des déclarations ou chartes des droits des patients qui sont essentiellement une codification des droits des patients reconnus en common law, notamment le droit de donner son consentement informé et le droit à la confidentialité, mais avec un mécanisme d'exécution indépendant. Cela étant dit, au Royaume-Uni, certains droits des patients s'apparentent davantage à des droits vis-à-vis des gestionnaires du régime au chapitre des délais d'attente. À l'heure où le Canada essaie de trouver des moyens de garantir la satisfaction des citoyens face à l'assurance-maladie et d'améliorer la responsabilisation du régime envers la population qu'il dessert, les décideurs devraient examiner plus en détail l'expérience du Royaume-Uni en ce qui concerne la charte des droits des patients. Les décideurs devraient examiner notamment le bien-fondé de l'inclusion dans une déclaration des droits des patients de garanties ou d'assurances relativement aux délais d'attente.

En Nouvelle-Zélande, aux Pays-Bas, ainsi qu'en Oregon aux États-Unis (dans le contexte du programme Medicaid pour les pauvres), la tendance est au rationnement plus explicite et on a fait quelques tentatives de centralisation des décisions concernant les services devant être financés par l'État. En pratique, ce processus s'est avéré difficile. Tous ces régimes, y compris celui du Royaume-Uni, se sont donc tournés vers une procédure visant à déterminer les priorités au chapitre des dépenses publiques plutôt qu'à essayer de dresser une liste de services devant être financés par l'État. De cette expérience, le Canada peut tirer la leçon ci-après : si toute tentative d'établissement d'une liste de services devant être financés par l'État est vouée à l'échec, il est plus profitable de mettre en place des processus d'établissement des priorités dans les dépenses de santé. Le Canada devrait réfléchir aux principes qui devraient sous-tendre la détermination des services devant être financés par l'État. À en juger par les causes portées récemment devant les tribunaux, ces derniers respectent généralement les décisions prises par les autorités publiques dans un contexte d'austérité budgétaire, mais ils ne sont pas prêts à simplement accepter l'argument des ressources limitées et tiendront à s'assurer que les autorités publiques s'appuient sur des principes pour affecter les ressources.

Il ressort de façon générale de l'examen des décisions concernant l'admissibilité des malades et le rationnement des soins dans les différents pays qu'aucun système de rationnement global ne semble donner de résultats optimaux. De façon générale, il faut déterminer les types de produits et de services qui seront financés par l'État et le niveau du financement public (autrement dit si les frais d'utilisation sont appropriés au produit ou au service en question). Toutefois, les décisions véritables concernant l'affectation des ressources sont prises pour la plupart en dehors du cadre macroéconomique et relèvent en fait des médecins et autres fournisseurs de soins qui déterminent qui recevra des soins, dans quel ordre, et dans quel délai. Néanmoins, le fait de s'en remettre au rationnement implicite soulève certains problèmes évidents, en particulier lorsque rien n'incite les médecins, qui agissent comme gardiens de l'accès au système, à être sensibles aux coûts et aux avantages des divers services et produits qu'ils recommandent à leurs patients. Comme nous le verrons dans la partie du présent rapport qui traite de la gestion, la réponse à ce problème a consisté, dans bien des pays, à déléguer les budgets à des groupes de médecins et à d'autres groupes de fournisseurs de soins de première ligne. Comme il est mentionné dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* publié par l'OMS, « des ressources doivent être affectées à des interventions que l'on sait être efficaces conformément aux priorités nationales ou locales. Étant donné que ces ressources sont limitées, il existera toujours une certaine forme de

rationnement, mais les prix ne doivent pas être le principal critère de détermination des soins dispensés et des bénéficiaires. Tant les organisations administratives hiérarchisées que les marchés fragmentés et non réglementés présentent de sérieuses lacunes pour l'organisation des services : une intégration souple de prestataires de soins de santé autonomes et semi-autonomes pourrait atténuer ces problèmes ».

Disons, pour résumer l'effet du financement mixte public-privé sur la santé, sur l'utilisation des régimes de soins de santé, sur les dépenses de santé et sur les délais d'attente, que le financement privé n'est pas la voie à suivre afin de réaliser une réforme efficace dans le domaine de la santé. Il ne semble pas y avoir de rapport entre un financement privé accru et un meilleur état de santé des populations. Au contraire, les données concernant les pays à l'étude tendent à démontrer, en ce qui concerne les effets des fonds privés et du partage des coûts et des frais modérateurs sur l'accès aux soins et l'état de santé, que la participation aux frais constitue bel et bien une entrave à l'accès aux soins et que de telles entraves peuvent, chez certains groupes de la population, et notamment les enfants et les démunis, amener une détérioration de la santé.

Il ressort des renseignements sur les rapports entre le financement privé et les dépenses de santé que les pays où le niveau de financement privé est plus élevé, comme les États-Unis, doivent composer avec des coûts plus élevés et avec une hausse plus importante des coûts que les pays où le régime de santé est essentiellement public, comme au Canada. De surcroît, lorsqu'on examine l'effet du financement privé sur le financement public des régimes de santé, il appert que l'augmentation du financement privé s'accompagne avec le temps d'une diminution des fonds publics consacrés aux soins de santé.

Au bout du compte, à en juger par les renseignements disponibles, le financement privé n'est pas la solution à la diminution des délais d'attente. En fait, même dans les pays où il existe un régime de soins de santé privé, et notamment au Royaume-Uni, les initiatives publiques pour réduire les délais d'attente dans le système de santé public ont obtenu plus de succès.

Tableau 1a

Statistiques de l'OMS sur les dépenses publiques/privées, selon l'agent de financement, 1997

Pays	Dépenses totales en % du PIB	% des dépenses publiques dans les dépenses de santé totales	% des dépenses privées dans les dépenses de santé totales	% des dépenses engagées par les patients dans les dépenses de santé totales	% des dépenses financées par l'impôt et autres dépenses publiques dans les dépenses de santé publiques	% des dépenses de sécurité sociale dans les dépenses de santé publiques	% des dépenses publiques affecté à la santé
Australie	7,8	72,0	28,0	16,6	100	--	15,5
Canada	8,6	72,0	28,0	17,0	98,9	1,1	15,3
Pays-Bas	8,8	70,7	29,3	16,8	100	--	12,7
N.-Z.	8,2	71,7	28,3	22,0	100	--	12,7
R.-U.	5,8	96,9	3,1	3,1	100	--	14,3
É.-U.	13,7	44,1	55,9	16,6	57,9	42,1	18,5

Tableau 1b

Statistiques de l'OCDE sur les dépenses publiques/privées, selon l'agent de financement, 1997

Pays	Dépenses totales en % du PIB	% des dépenses publiques dans les dépenses totales	% des dépenses privées dans les dépenses totales	% des dépenses publiques affecté à la santé
Australie	8,4	66,7	33,3	16,0
Canada	9,2	69,8	30,2	15,2
Pays-Bas	8,5	72,6	27,4	12,7
N.-Z.	7,6	77,3	22,7	12,8
R.-U.	6,8	84,5	15,5	14,6
É.-U.	13,9	46,4	53,6	20,3

Tableau 1c

Statistiques de l'OCDE sur les dépenses de santé, selon l'agent de financement, en pourcentage des dépenses de santé totales, 1997

Pays	Dépenses publiques hors sécurité sociale	Sécurité sociale	Assurance privée	Dépenses engagées directement
Australie	63,8	--	9,4	16,2
Canada	68,5	0,8	10,9	17,1
Pays-Bas	4,3	65,4	18,0	6,6
N.-Z.	77,3	--	6,8	22,7
R.-U.	73,9	9,7	3,5	11
É.-U.	31,1	14,3	32,4	17,7

* Remarque : Dans certains pays, le total de tous les éléments peut ne pas correspondre à 100 en raison d'autres sources de financement possibles.

Tableau 2: Assurance-maladie privée, listes d'attente dans le secteur public et délais d'attente dans des pays choisis, à la fin des années 1990 (Source : C. Tuohy, C. Flood et M. Stabile, *The Impact of Private Finance on Public Health Care Systems: Evidence from OECD Nations* (University of Toronto, 2001) [inédit])

	% de la population sur une liste d'attente		% de la population ayant contracté une assurance hospitalisation privée supplémentaire*	% de délais supérieurs à 4 mois pour interventions chirurgicales non urgentes
	1999	1997	Dernières statistiques	1998
CANADA	0,7 %	0,62 %	0 %	10 %
NOUVELLE-ZÉLANDE	1,65 %	2,48 %	37 % (1996-1997)	21 %
ANGLETERRE	2,26 %	2,56 %	11,5 % (1998)	29 %
PAYS-BAS	0,50 %	0,51 %	0 %	S/O
AUSTRALIE	S/O	0,8 %	31,2 % (1999)	13 %

Tableau 3: corrélations sur un an entre l'état de santé et les dépenses au sein des pays de l'OCDE.

Mesure de santé/Mesure de contrôle des dépenses	Espérance de vie des hommes	Espérance de vie des femmes	Incidence du cancer	Mortalité infantile	Nombre d'années potentielles de vie perdues (toutes causes)
Dépenses de santé en pourcentage du PIB	0,3405 (0,1034)	0,4433* (0,0300)	0,4420* (0,0306)	-0,4700* (0,0236)	0,4251 (0,0889)
Pourcentage que représentent les dépenses publiques dans les dépenses de santé totales	0,2771 (0,2240)	0,0571 (0,8057)	0,0721 (0,7563)	0,0355 (0,8818)	0,2599 (0,3310)
Dépenses de santé publiques en pourcentage du PIB	0,5816 (0,0029)	0,6193* (0,0013)	0,6223* (0,0012)	-0,6815* (0,0003)	-0,3178 (0,2139)
Pourcentage que représentent les dépenses de santé privées dans les dépenses de santé totales	-0,1593 (0,4572)	-0,0717 (0,7392)	-0,1129 (0,5994)	0,1689 (0,4410)	0,6671* (0,0034)

1. P- Valeurs entre parenthèses.

2. Données de l'OCDE pour 1997 concernant l'espérance de vie, pour 1996 concernant le cancer et la mortalité infantile et de 1995 pour les décès évitables.

3. * significatif au niveau de 5 %.

¹ C. Tuohy, C. Flood et M. Stabile, *The Impact of Private Finance on Public Health Care Systems: Evidence from OECD Nations* (University of Toronto, 2001) [inédit].

² Institut canadien d'information sur la santé, *Données sur les dépenses de santé 2000*, (Ottawa : ICIS, 2001) disponible à l'adresse <http://www.cihi.ca/french/ffacts/nhexf/hexdata.shtml>.

³ OCDE, ECO-SANTÉ 2000 : analyse comparative de 29 pays (Paris : OCDE, 2000).

⁴ P. Coyte, « Home Care in Canada: Passing the Buck » (University of Toronto, 2000) [non publié]. Nous ajoutons ici à tout le moins parce que ce chiffre est vraisemblablement une sous-estimation du coût réel des soins à domicile privés puisqu'il ne tient pas compte des soins informels dispensés par les membres de la famille et pour lesquels il n'y a pas de transactions monétaires.

⁵ *Ibid.*, p. 11.

⁶ Pour une analyse exhaustive, voir C. Flood, « The Structure and Dynamics of the Canadian Health Care System », *Canadian Health Law and Policy*, publié sous la direction de J. Downie et T. Caulfield (Toronto: Butterworths, 1999).

⁷ La condition d'universalité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes. L'« assuré » est défini à l'article 2 de la *Loi* comme un habitant d'une province, avec quelques exceptions. L'« habitant » s'entend d'une personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province.

⁸ Le régime provincial d'assurance-santé n'impose pas de délai minimal de résidence supérieur à trois mois et paie le coût des services de santé assurés fournis à des assurés temporairement absents de la province selon le taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province où ils sont fournis, sauf accord de répartition différente du coût entre les provinces concernées. En revanche, on peut lire au paragraphe 11(2) que la condition de transférabilité n'est pas enfreinte du fait qu'il faut le consentement préalable de l'autorité publique qui gère le régime d'assurance-santé d'une autre province aux fins de la prestation de services de santé assurés facultatifs, si ces services y sont offerts selon des modalités sensiblement comparables.

⁹ Malgré l'accent mis sur la gestion « publique », rien n'empêche un ministère provincial de la Santé de passer un marché avec une entreprise privée pour la gestion de son régime d'assurance-santé. En 1997, le ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick avait passé un marché (aujourd'hui échu) avec la Croix-Bleue du Canada atlantique pour la mise sur pied d'un régime de facturation pour l'assurance-santé et se charger des opérations liées à la facturation pour la province -- voir « Le gouvernement met fin au contrat relatif au système de facturation de l'assurance-maladie », communiqué n° 1584 du ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick (26 septembre 1997).

¹⁰ Selon l'article 3, les « services hospitaliers » sont définis comme étant les services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir a) l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée, b) les services infirmiers, c) les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires, d) les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital, e) l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires, f) le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux, g) l'usage des installations de radiothérapie, h) l'usage des installations de physiothérapie et i) les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital. Ne sont pas compris parmi les services hospitaliers les services exclus par les règlements.

¹¹ 35 Pour une critique de la méthode qui consiste à rayer de la liste et de désassurer certains services dans le but de contenir le coût des services de santé, voir M. Rachlis, « Defining Basic Services and De-Insuring the Rest: The Wrong Diagnosis and the Wrong Prescription », (1995) 152: 9 JAMC 1401.

¹² C. Tuohy, *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada*, de C. Tuohy (Oxford : Oxford University Press, 1999), p. 220.

¹³ T. Caulfield, « Wishful Thinking: Defining "Medically Necessary" in Canada », (1996) 4 Health L. J. 63.

¹⁴ Santé Canada, *Coût des médicaments au Canada* (Ottawa : Santé Canada, 1997) pp. 18 et 19.

¹⁵ M. Stabile, « *Private Insurance Subsidies and Public Health Care Markets: Evidence from Canada* » (Université de Toronto, 2000) [non publié].

¹⁶ *Waldman v. British Columbia (Medical Services Commission)* (1999), 177 D.L.R. (4th) 321 (B.C.C.A.), juge d'appel Hall, infirmant en partie (1997) 150 D.L.R. (4th) 405 (B.C.S.C.), juge Levine.

¹⁷ *Eldridge v. British Columbia (Attorney General)* [1997] 3 SCR 624. (S.C.C.); *Cameron v. Nova Scotia (AG)* (1999) 177 DLR (4th) 611 (N.S.C.A.).

¹⁸ [2000] J.Q. n° 470 (QL) (C.S.Q.), juge Piché. Décision disponible en français uniquement.

¹⁹ Voir la *Loi de 1998 sur les commissions d'appel et de révision du ministère de la Santé*, L.O. 1998, c. 18.

²⁰ C. Abraham, « Tenacious Woman Scores Medical Victory », *The [Toronto] Globe & Mail* (édition du 27 août 1997) Section A1.

²¹ Pour l'Ontario, se reporter au « Discours du Trône prononcé par l'honorable Hilary M. Weston, lieutenant-gouverneure de l'Ontario à l'ouverture de la première session de la trente-septième Législature de la province de l'Ontario », le 21 octobre 1999 à www.premier.gov.on.ca/english/library/thronespeech/Oct2199.htm. Pour la Saskatchewan, la Patients' Rights Association a soumis un projet de déclaration des droits au premier ministre en septembre 2000, mais la loi n'a pas encore été déposée en Chambre. En outre, en avril 2000, un projet de loi privé a été déposé afin de créer un bureau du protecteur du citoyen dans le domaine de la santé en Saskatchewan. Nous croyons comprendre que certains demandent l'adoption de telles lois au Québec et au Manitoba.

²² OCDE, *ECO-SANTÉ OCDE 2000 : analyse comparative de 29 pays* (Paris : OCDE, 2000).

²³ Australian Institute of Health and Welfare, *Australia's Health 2000* (Canberra: AIHW, 2000) at 235.

²⁴ OCDE, *ECO-SANTÉ OCDE 2000 : analyse comparative de 29 pays* (Paris : OCDE, 2000). Ce chiffre vaut pour 1997.

²⁵ A. Podger et P. Hagan, « Reforming the Australian Health Care System: The Role of Government », *Department of Health and Aged Care, Occasional Papers: New Series No. 1* (Canberra : Department of Health and Aged Care, 1999), p. 15.

²⁶ *Pfizer Pty Ltd v. Birkett* [2000] FCA 303 (Fed Ct Austr.)

²⁷ Pour consulter en direct la Charte adoptée en Tasmanie par le Department of Health and Human Services, aller à : www.dchs.tas.gov.au/moreinfo/online_policies/charter.html (date d'accès : 24 janvier 2001).

²⁸ Australie. Private Health Insurance Ombudsman, « Who are we », sur le site www.phio.org.au/onlineaction.htm (date d'accès : 29 janvier 2001).

²⁹ *Ibid.*

³⁰ P. Huijbers et A. Martin, *Health Care Insurance in the Netherlands*, à consulter sur le site de l'Institut de gérontologie des Pays-Bas à l'adresse suivante : www.nig.nl/facts&figures/healthcareinsurance_en.html (date d'accès : 12 février 2001).

³¹ OCDE, *ECO-SANTÉ OCDE 2000 : analyse comparative de 29 pays* (Paris : OCDE, 2000). Selon l'OCDE, la part des crédits gouvernementaux affectés à la santé pour 1998 était de 4,2 %. Il faut distinguer cette donnée et le chiffre cité dans le texte, lequel correspond au pourcentage des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé.

³² Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministère de la santé, du bien-être et du sport), *Health Insurance in the Netherlands* (La Haye : Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2000) [appelé ci-après l'assurance-santé aux Pays-Bas], p. 7.

³³ W. B. F. Bouwer et F. T. Schut, « Priority Care for Employees: A Blessing in Disguise? », (1999) 8 *Health Economics* 65. Voir également W. Brouwer et H. E.G.M. Hermans, « Private Clinics for Employees as a Dutch Solution for Waiting Lists: Economic and Legal Arguments », (1999) 47 *Health Policy*, p. 7.

³⁴ Brouwer et Hermans, *Ibid.*, p. 27.

³⁵ *Ibid.*, pp. 14 à 19.

³⁶ Assurance-santé aux Pays-Bas, *supra*, note 32, p. 56.

³⁷ *Ibid.*, p. 56.

³⁸ *Ibid.*, p. 51.

³⁹ R. Scheerder, « The Financing of the Dutch Health Care System », *Health and Health Care in the Netherlands*, p. 165.

⁴⁰ Voir Ministère du bien-être, de la santé et de la culture des Pays-Bas, *A Report By The Government Committee On Choices In Health Care*, (Rijswijk : Ministère du bien-être, de la santé et de la culture, 1992).

⁴¹ F.T. Schut et H.E.G.M. Hermans, « Managed Competition Reform in the Netherlands and its Lessons for Canada » (1997) 20:2 *Dalhousie Law Journal* 437, p. 457.

⁴² H. Hermans et A. den Exter, « Priorities and Priority-Setting in Health Care in the Netherlands » (1998) 39:3 *Croatian Medical Journal* 346, p. 349.

⁴³ Hermans et den Exter, *supra*, note 42, p. 351.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 353.

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ Information tirée d'un courriel adressé par A. den Exter à C. Flood (5 mars 2001), dont les auteurs ont une copie.

⁴⁷ États-Unis. Center for Disease Control and Prevention et National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2000*, (Hyattsville, Maryland : National Center for Health Statistics, 2000) [appelé ci-après *Health 2000*], Tableau 119, « Personal health care expenditures, according to type of expenditure and source of funds: United States, selected years 1960–98 ».

⁴⁸ *Ibid.*, Tableau 128. « Health care coverage for persons under 65 years of age, according to type of coverage and selected characteristics: United States, selected years 1984–97 ».

⁴⁹ La participation aux frais prend la forme d'une contribution versée lors de l'utilisation (p. ex., des frais de 10 \$). Les franchises et la coassurance font référence au montant que l'utilisateur doit payer pour partager le coût du service avec

Medicare. Les franchises sont des frais uniques, tandis que les frais de coassurance s'ajoutent parfois périodiquement aux franchises dans le but de faire payer les coûts permanents au patient.

⁵⁰ Health Care Financing Administration, 2001. <http://www.hcfa.gov/medicaid/mservice.htm>.

⁵¹ OCDE, *ECO-SANTÉ OCDE 2000 : analyse comparative de 29 pays* (Paris : OCDE, 2000).

⁵² *Ibid.*

⁵³ *Health 2000, supra*, note 47, Tableau 146 : « Persons without health care coverage by geographic division and State: United States, selected years 1987–98 ».

⁵⁴ Ces services comprennent généralement les suivants : services aux malades hospitalisés, services aux malades externes, soins prénatals, vaccins pour enfants, services médicaux, postes de soins infirmiers pour personnes âgées de 21 ans ou plus, services et fournitures pour la planification familiale, services cliniques en région rurale, soins à domicile pour les personnes admissibles aux services d'infirmières qualifiées, services de laboratoire et de radiologie, services d'infirmières spécialisées en pédiatrie et médecine familiale et services de sages-femmes.

⁵⁵ Sont obligatoirement dispensés de la participation aux frais les femmes enceintes, les enfants de moins de 18 ans, de même que les patients hospitalisés ou résidant dans des maisons de soins infirmiers dont la majorité des revenus sera consacrée aux soins reçus dans un établissement de santé. En outre, tous les bénéficiaires de Medicaid sont dispensés de la participation aux frais relatifs aux services d'urgence et aux services de planification familiale.

⁵⁶ Pour une analyse du plan envisagé par l'Oregon, voir C. Flood, *International Health Care Reform: A Legal, Economic & Political Analysis* (London: Routledge, 2000), ch. 4.

⁵⁷ *Oregon Basic Health Services Act*, Lois révisées de l'Oregon §§414.705-414.750 (1993). Avant la mise en œuvre de cette loi, seules les personnes qui satisfaisaient aux critères relatifs à la situation familiale et dont le revenu s'élevait à au plus 51 % du seuil de la pauvreté étaient admissibles. Voir Oregon Health Services Commission, *Prioritization Of Health Services: A Report To The Governor And Legislature* (Oregon Health Services Commission, 1991) à la page xvii, tel que cité par C. Halligan, dans « Just What The Doctor Ordered': Oregon's Medicaid Rationing Process and Public Participation In Risk Regulation », (1995) 83:7 *Georgetown Law Journal* 2697.

⁵⁸ Pour une description plus détaillée de la façon de procéder, voir Halligan, *ibid.*, pp. 2708-2711.

⁵⁹ *Ibid.* pp. 2711-2712.

⁶⁰ H. Leichter, « Oregon's bold experiment: Whatever happened to rationing? » (1999) 24:1 *Journal of Health Politics, Policy and Law* 147.

⁶¹ L. Jacobs, T. Marmor & J. Oberlander, « The Oregon Health Plan and the political paradox of rationing: What advocates and critics have claimed and what Oregon did » (1999) 24:1 *Journal of Health Politics, Policy and Law* 161.

⁶² E.F. Shay, « Managed Care Litigation », (novembre 1996), *Physician's News Digest*, consulté en ligne à l'adresse <http://www.physiciansnews.com/law/1196shay.html> le 6 mars 2001.

⁶³ R. Porter, « Millennium ends with wave of class actions against HMOs », (2000) 36:2 *Trial* (version consultée en ligne).

⁶⁴ *DeSario v. Thomas* (1998), 139 F. 3d 80 (U.S.C.A. 2d Circ.)

⁶⁵ *Dexter v. Kirschner* (1992) 972 F. 2d 1113 (U.S.C.A. 9th Circ.). Un bénéficiaire de Medicaid a (sans succès) contesté le refus de l'Arizona de payer, par le biais de Medicaid, un traitement pour la leucémie beaucoup plus efficace mais plus coûteux que le traitement normalement financé. La poursuite s'appuyait sur l'argument voulant que la décision de payer pour un traitement, mais pas pour l'autre, équivalait à enfreindre la clause de l'égalité de la protection suivant la Constitution américaine. Autrement dit, en refusant de payer pour tous les traitements de la leucémie efficaces sur le plan médical, l'Arizona accordait un traitement différent à des malades atteints de la leucémie, donc dans une situation semblable, uniquement en fonction de la capacité de ces derniers de payer un tel traitement grâce à des fonds privés. La tribunal a précisé ce qu'il entendait par des gens se trouvant dans une situation semblable, à savoir tous les malades pouvant être traités efficacement par la même procédure de greffe d'organe. Par conséquent, la plaignante ne s'était pas vu refuser de façon déraisonnable un service assuré. L'aide médicale lui avait été refusée parce que l'unique procédure susceptible de lui venir en aide...n'était pas assurée par le régime Medicaid de l'Arizona; pages 1119 et 1120.

⁶⁶ S. Rosenbaum et coll., « Who Should Determine When Health Care is Medically Necessary? », (1999) 340:3 *New England Journal of Medicine* 229.

⁶⁷ Schwartz classe les mesures de réglementation des soins gérés en cinq grandes catégories, selon les fins auxquelles ils sont destinées. Voir « How Law and Regulation Shape Managed Care », de S. Schwartz, ch. 3, dans *Managed Care: Financial, Legal and Ethical Issues*, D. Bennahum ed., (Cleveland: Pilgrim Press, 1999).

⁶⁸ *Ibid.*, p. 22.

⁶⁹ OCDE, *ECO-SANTÉ OCDE 2000 : analyse comparative de 29 pays* (Paris : OCDE, 2000).

⁷⁰ Ministère de la santé de la Nouvelle-Zélande, *Health Expenditure Trends in New Zealand 1980-99* (Wellington : août 2000), p. 44, disponible en ligne sur le site <http://www.moh.govt.nz>.

⁷¹ OCDE, *ECO-SANTÉ OCDE 2000 : analyse comparative de 29 pays* (Paris : OCDE, 2000).

⁷² Ministère de la santé de la Nouvelle-Zélande, *supra* note 70, à la page 54 (appendice 4A).

⁷³ *Ibid.* à la page 42.

⁷⁴ *Ibid.* à la page 60 (appendice 6A).

⁷⁵ *Ibid.* à la page 57 (appendice 5A).

⁷⁶ Au cours de l'année se terminant en juin 1999, les assureurs privés ont financé 10 % des services d'omnipraticiens, 25 % des diagnostics, 17 % des services de spécialistes divers et 44,5 % des traitements dispensés en établissement privé, à l'exception des services de soutien pour les personnes handicapées. Voir *ibid.* à la page 56 (appendice 5A).

⁷⁷ À noter toutefois les dispositions de l'article 8 du Bill of Rights 1990, selon lequel nul ne doit être privé du droit à la vie, sauf pour un motif établi par la loi et conforme aux principes de justice fondamentale. Cela dit, ces dispositions ne risquent guère d'être interprétées par les tribunaux comme englobant un droit positif aux soins de santé. Autre fait digne de mention, la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 dispose à l'article 25 que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ». L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels « reconnaît le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». Ces droits ne s'appliquent pas en Nouvelle-Zélande parce qu'ils n'ont pas été incorporés dans le droit interne.

⁷⁸ Voir I. Hay, *The Caring Commodity -- The Provision Of Health Care In New Zealand*, (Auckland: Oxford University Press, 1989), p. 121.

⁷⁹ R. Blank, *New Zealand Health Policy: A Comparative Study*, (Auckland: Oxford University Press, 1994), p. 98.

⁸⁰ Au dire de Simon Upton, alors ministre de la Santé, la définition plus explicite d'un ensemble de « services de santé de base » contribuerait à faire en sorte que la population croit que les services les plus importants seraient offerts. Il s'agirait aussi d'une façon plus honnête de reconnaître qu'il y a des limites aux services de santé que le gouvernement a les moyens de financer. Voir S. Upton, *Your Health and the Public Health – A Statement of Government Health Policy* (Wellington : Ministère de la Santé, 1991, p. 80. Les services de santé de base ont été définis dans la Health and Disability Services Act 1993 comme étant [TRADUCTION] « les services de santé auxquels tous devraient avoir accès à un coût abordable et dans un délai raisonnable selon la société ».

⁸¹ En janvier 1996, le Core Services Committee a été rebaptisé le National Advisory Committee on Health and Disability (Comité consultatif national).

⁸² Voici ce que le Comité a déclaré :[TRADUCTION] « Au terme de deux années et demie de travaux visant à définir les services de base, le Comité en est arrivé à la conclusion que la définition, en tenant compte uniquement de considérations cliniques, et sans égard à l'équité, des services de base n'est pas aussi simple qu'on l'aurait d'abord crû. L'établissement d'une liste « oui/non » ou « inclus/exclus » est trop simpliste. La liste serait si longue qu'elle en deviendrait inutile, et le Comité ne serait alors pas plus avancé, ou alors elle aurait un caractère tellement arbitraire et rigide que certaines personnes pourraient être privées injustement de certains services. D'une manière ou d'une autre, un tel projet serait voué à l'échec. » L. Jones « Core Services Committee. The core debate 3. » dans A. Maynard et K. Bloor, *Our Certain Fate: Rationing in Health Care* (London: Office of Health Economics, 1998), p. 28.

⁸³ *New Zealand Health Policy: A Comparative Study*, de R.H. Blank, (Auckland: Oxford University Press, 1994), p. 105.

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ *New Zealand Public Health and Disability Act 2000*, art. 13.

⁸⁶ [1998] 1 NZLR 433 (C.A.).

⁸⁷ *Sunday-Star Times* (5 octobre 1997), cité par C. Feek et coll. dans « Experience with rationing health care in New Zealand », (1999) 318 *BMJ* 1346.

⁸⁸ *Evening Post* (13 octobre 1997), cité par Feek et coll., *ibid.*

⁸⁹ Nouvelle-Zélande. Rapport du Commissaire responsable des soins de santé et des services aux personnes handicapées intitulé « *Report of the Health and Disability Commissioner for the year ended 30 June 1999* », (Wellington, octobre 1999), pages 17 et 18.

⁹⁰ OCDE : *ÉCO-SANTÉ OCDE 2000*, *supra*, note 3.

⁹¹ Au moment de l'adoption du Programme du National Health Service en juillet 2000, le premier ministre Tony Blair a indiqué que [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. » Salle de presse du 10 Downing Street, communiqué intitulé « Prime Minister's Statement on the National Health Service Plan » (27 juillet 2000), en ligne à : <http://www.number-10.gov.uk>.

⁹² Voir H. van de Water et L. van Herten, « Health Policies on Target? Review of Health Target and Priority Setting in 18 European Countries », (Pays-Bas : TNO Prevention and Health, 1998), p. 82.

⁹³ [1995] 1 FLR 1055 (QB)

⁹⁴ [2000] 1 W.L.R. 977 (C.A.). Voir aussi *Regina v. North and East Devon Health Authority, Ex parte Coughlan*, [2000] 2 W.L.R. 622. Dans cette affaire, le tribunal a fait remarquer que le passé récent montre à quel point la rapidité des progrès médicaux, conjuguée aux attentes toujours plus grandes de la population, signifie que les ressources du NHS sont, et continueront d'être, insuffisantes, du moins dans un proche avenir, pour répondre à la demande... le paragraphe 3(1) de la loi [National Health Service Act 1977] ne prévoit pas l'obligation absolue d'offrir les services

spécifiés. Le secrétaire d'État a le droit de prendre en considération les ressources mises à sa disposition au titre de la politique économique de l'actuel gouvernement.

⁹⁵Le guide a pour titre « Your Guide to the NHS ». Voir le communiqué publié par le Department of Health, News Desk sous le titre « Guide spells out what patients can expect from the NHS » (26 janvier 2001), en ligne à :

<http://www.doh.gov.uk/newsdesk/recent/4-naa-26012001.html>.

⁹⁶Communiqué du Department of Health, « Your Guide to the NHS Launched » (26 janvier 2001), en ligne à :

<http://www.doh.govt.uk>.

⁹⁷Les années de vie potentiellement perdues constituent une mesure sommaire de la mortalité prématurée fournissant une façon explicite de pondérer les décès survenant à un âge moins avancé et qui sont, a priori, évitables. OCDE, *ÉCO-SANTÉ OCDE 2000* : analyse comparative de 29 pays (Paris : OCDE, 2000).

⁹⁸Données tirées de *ÉCO-SANTÉ OCDE 2000*, *ibid*.

⁹⁹Les patients profitant de conditions de faveur sont 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 ».

¹⁰⁰Les résultats de cette expérience sont largement repris par J. Newhouse, dans *Free For All?* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1993).

¹⁰¹J. Currie & J. Gruber « Health Insurance Eligibility, Utilization of Medical Care, and Child Health », (1996) 111:2 *Quarterly Journal of Economics* 431-66.

¹⁰²Voir « Health Expenditure Trends in New Zealand 1980-99 », du Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande, *supra* note 72.

¹⁰³C. Grant, C. Forrest et B. Starfield, « Primary Care and Health Reform in New Zealand », (1997) 110 *New Zealand Med. Jnl*, p. 35. Voir aussi « Equity in Health Care Across Five Nations: Summary Findings From an International Health Policy Survey » C. Schoen *et coll.*, (New York: The Commonwealth Fund, 2000), p. 6.

¹⁰⁴R. Beck et J. Horne, « Economic Class and Risk Avoidance: Experience under Public Medical Insurance », (1976) 43 *Journal of Risk and Insurance*, pages 73 à 86.

¹⁰⁵M. Barer, R. Evans et G. Stoddard, *Controlling Health Care Cost by Direct Charges to Patients: Snare or Delusion?* (Toronto: Ontario Economic Council, 1979), pages 33 et 34.

¹⁰⁶Santé Canada, *Le coût des médicaments au Canada* (Ottawa : Santé Canada, 1997).

¹⁰⁷R. Tamblyn *et coll.*, *Evaluation of the Impact of the Quebec Drug Insurance Plan* (Université McGill, 1999).

¹⁰⁸Par exemple, le gouvernement de la Nouvelle-Zélande a renoncé aux frais d'hospitalisation de 50 \$ par nuit dans les établissements publics, en partie à cause des protestations de la population, mais en partie également en raison des frais administratifs élevés concernant la collecte des fonds. À la fin du premier trimestre (mai 1992), après l'introduction de frais d'utilisation pour les frais d'hospitalisation dans les établissements publics, les dettes existantes représentaient entre 30 et 60 % des recettes totales découlant des frais exigés – Voir « Hospital Fees Unpaid Up To 63 percent », communication datée du 18 juin 1992 dans le *New Zealand Herald*, telle que citée par T. Ashton dans « Charging for Health Services -- Some Anecdotes from the Antipodes » publié sous la direction de M. Malck *et coll.* dans *Strategic Issues in Health Care Management*, (Great Britain: John Wiley and Sons, 1993) 9, à la page 16.

¹⁰⁹V. Fuchs & J. Hahn, « How Does Canada Do It? A Comparison of Expenditures for Physicians' Services in the U.S. and Canada » (septembre 1990) *New England Journal of Medicine* 884-890.

¹¹⁰J. Newhouse, G. Anderson & L. Roos, « Hospital Spending in the U.S. and Canada: A Comparison » (hiver 1988) *Health Affairs* 6-16.

¹¹¹« Hospitalization for Back and Neck Problems: A Comparison between the Province of Ontario and Washington State », de V.M. Taylor *et ors.*, (1998) 33 *Health Services Res* 929-45.

¹¹²C. H. Tuohy, C. M. Flood et M. Stabile, *supra*, note 1.

¹¹³S. Globerman et R. Vining, « A Policy Perspective on Mixed Health Care Financial Systems of Business and Economics », (1996) *Journal of Risk and Insurance* 71.

¹¹⁴C. Tuohy, C. Flood et M. Stabile, *supra*, note 1.

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

¹¹⁶S. Martin et P. Smith, « Explaining Variations in Inpatient Length of Stay in the National Health Service », (1996) 15 *Journal of Health Economics*, pp. 294-295.