

La cohabitation public-privé : les leçons à tirer des expériences étrangères

Paul Lamarche¹⁻² PhD, André-Pierre Contandriopoulos¹⁻² PhD,

Louise-Hélène Trottier² PhD, François Béland¹⁻² PhD

¹Département d'Administration de la santé, ²Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

Université de Montréal, 9 février 2006

Le jugement de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli-Zélotis invalide au Québec l'interdiction de recourir à l'assurance privée pour payer, aux médecins qui ne participent pas au régime public, les services essentiels déjà couverts par le régime public. Les juges qui ont pris cette décision sont convaincus que l'accès aux assurances privées pour payer les médecins non participants à l'assurance-maladie ne remettra pas en cause la viabilité du système public et qu'il donnera aux Québécois qui le désirent la possibilité de se faire traiter plus rapidement lors de délais d'attente trop longs dans le système public de santé.

Quel rôle pourront jouer les assurances privées au Québec à la suite du jugement Chaoulli ?

Dans le domaine de la santé, l'assurance privée est présente dans pratiquement tous les pays de l'OCDE. Le rôle qu'elle joue varie considérablement d'un pays à l'autre et le pourcentage de la population couverte par les assurances privées est également très différent entre les pays, allant de moins de 10% à plus de 90% [1]. Même si la part de la population couverte par les assurances privées est très importante dans certains pays (65% au Canada), la place qu'occupe l'assurance privée dans les dépenses totales de santé des pays de l'OCDE n'est pas importante, sauf aux États-Unis [2].

L'assurance privée assume des fonctions différentes dans chaque pays. L'OCDE distingue cinq types d'assurance privée. **L'assurance principale** couvre les personnes qui n'ont pas accès au régime public dans les pays où, comme aux États-Unis, le système public n'existe que pour une faible partie de la population. **L'assurance primaire substitutive** permet aux personnes qui le veulent de substituer une assurance privée à l'assurance publique. L'Allemagne est un bon exemple d'assurance primaire substitutive. **L'assurance duplicative** couvre les mêmes services que ceux qui sont offerts par le régime public, qui, lui, reste universel. On retrouve des assurances privées duplicatives dans plusieurs pays, dont l'Australie, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni. **L'assurance complémentaire** couvre la part des coûts des services qui ne sont pas remboursés par le régime public. Ceci est notamment le cas en France. On retrouve également une forme d'assurance complémentaire au Québec depuis l'introduction du régime public d'assurance médicament. **L'assurance supplémentaire** couvre les services non assurés par le système public, comme c'est le cas au Québec et au Canada. Dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE, l'assurance privée n'est généralement pas l'assurance principale. Par rapport au régime public, elle assume, selon les pays, une ou plusieurs des fonctions suivantes : duplicative, complémentaire, supplémentaire ou substitutive.

Au Québec, jusqu'à l'entrée en vigueur du régime public d'assurance médicament, les assurances privées dans le secteur de la santé jouaient exclusivement un rôle supplémentaire, i.e. que seuls les services non couverts par l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie pouvaient être assurés par elles (par exemple : dentiste, optométriste, chirurgie esthétique, etc.). Depuis l'avènement de l'assurance médicament, elles jouent aussi un rôle complémentaire pour les médicaments. La décision de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli-Zélotis donne théoriquement aux assurances privées la possibilité d'élargir leur rôle au Québec et de jouer un rôle duplicatif, c'est-à-dire d'assurer les mêmes services que ceux couverts par le régime public pour rembourser les services des médecins qui ne participent pas au régime public d'assurance maladie.

L'assurance privée permet-elle d'accélérer l'accès aux soins ?

Au cours des dernières années, plusieurs pays aux prises avec des délais d'attente difficiles à résorber (ex. : Royaume-Uni, Australie, Irlande, Nouvelle-Zélande) ont réformé leur système de santé et permis aux assurances privées de jouer un rôle duplicatif. L'expérience de ces pays permet de voir comment le recours à l'assurance privée duplicative affecte l'accès aux services et quel impact ce type d'assurance a sur le système public de santé.

Une étude récente de l'OCDE [1] montre que l'assurance privée duplicative permet effectivement d'améliorer l'accès aux soins pour les personnes qui ont des assurances privées, mais qu'en contrepartie, elle ne permet pas de réduire les délais d'attente dans le secteur public. Le recours à un nouveau type d'assurance privée permet d'injecter des ressources financières additionnelles dans le système de santé, entraînant une expansion de la capacité de production et un accès plus rapide aux traitements pour les personnes qui ont des assurances privées.

Il faut donc répondre oui à notre question : l'assurance privée permet effectivement d'accélérer l'accès aux soins et aux traitements, mais seulement pour les personnes qui sont couvertes par les assurances privées. L'introduction de l'assurance privée duplicative entraîne très peu de transfert de demande du secteur public vers le secteur privé. Elle ne crée pas de marge de manœuvre dans le système de soins public, qui permettrait de réduire les délais d'attente. Au contraire, l'assurance privée duplicative contribue à accroître la demande globale de services, ce qui se répercute à la hausse sur la demande de services publics [2].

Quel impact a l'assurance privée duplicative sur le système public ?

L'équité d'accès

Dans le secteur de la santé, le recours à l'assurance privée crée inévitablement des inégalités d'accès aux services. Au Québec, comme dans le reste du Canada, les employeurs et les associations professionnelles (Fédérations médicales, Ordre des architectes, etc.) jouent un rôle central dans l'accès aux assurances privées supplémentaires. Ceci signifie que la très grande majorité des personnes qui ont une assurance privée supplémentaire au Québec sont celles qui ont un bon revenu, travaillent dans des organisations de bonne taille ou sont membres d'associations professionnelles, ont d'importants avantages sociaux et ont des emplois réguliers. Très peu de personnes contractent directement une assurance santé privée au Québec, compte tenu du coût

élevé des primes qui est déterminé en fonction du risque (état de santé, âge, genre, etc.). Les personnes qui n'ont pas accès aux assurances privées supplémentaires au Québec sont donc celles qui ne travaillent pas, qui ont des emplois précaires ou qui ont des revenus non réguliers (pigistes, etc.). Les iniquités d'accès aux soins et aux services de santé associées aux assurances privées supplémentaires ne sont pas négligeables et ont souvent des répercussions significatives notamment sur l'accès aux services dentaires, d'imagerie médicale et de physiothérapie. Mais, elles n'interfèrent pas sur l'accès aux services essentiels, c'est-à-dire sur l'accès aux services hospitaliers et médicaux couverts par l'assurance hospitalisation et par l'assurance maladie.

L'introduction de l'assurance privée duplicative vient ajouter, à ces iniquités d'accès pour les services supplémentaires, des iniquités d'accès aux services essentiels. Dans tous les pays où l'assurance duplicative existe, ce sont les plus favorisés, en termes de revenu ou d'insertion sur le marché du travail, qui achètent ces assurances. Partout, l'introduction d'assurance privée duplicative est venue ébranler l'équité d'accès aux soins et aux services essentiels [1]. L'assurance privée duplicative fait en sorte que ce sont les plus riches qui profitent des primes les moins chers, parce que ce sont eux qui sont proportionnellement le plus en santé. À l'inverse, ce sont les moins riches qui assument les primes les plus élevés, parce que ce sont eux qui sont proportionnellement le plus malades. Avec l'assurance privée, les coûts sont répartis en fonction de la probabilité d'utilisation des services (le risque – les besoins), tandis que la priorité d'accès aux soins est donnée à ceux qui ont les moyens de payer [2]. L'assurance privée fonctionne donc complètement à l'inverse du régime public au Québec où les coûts sont répartis en fonction de la capacité de payer et où la priorité d'accès aux soins est déterminée en fonction du besoin ou de l'urgence d'intervenir.

Plusieurs pays ont adopté des politiques pour corriger les inégalités d'accès créées par l'assurance privée. Par exemple, aux Pays-Bas, peu importe le statut d'assurance des individus (public ou privé), tous accèdent aux mêmes services et le prix payé aux producteurs est le même. Les producteurs ne sont donc pas incités financièrement à traiter plus rapidement les patients ayant une assurance privée. Dans ce pays, comme en Suisse, il y a également un filet de sécurité pour les personnes à risque élevé ou pour celles qui n'ont pas les moyens d'acheter l'assurance privée [1]. En Suisse, c'est l'État qui assume le coût des primes d'assurance pour les plus démunis. Ces mécanismes de régulation, qui viennent corriger l'impact négatif des assurances privées sur l'accès aux services de santé pour les plus malades et les plus pauvres, interfèrent considérablement sur l'effet recherché par l'introduction d'assurance privée duplicative, soit de donner un accès plus rapide à ceux qui ont les moyens de payer.

Les délais d'attente dans le secteur public

Pourquoi l'insertion d'argent additionnelle via les assurances privées ne permet-elle pas de résorber les délais d'attente dans le secteur public ? Quatre phénomènes d'interaction entre les secteurs public et privé permettent d'apporter une réponse à cette question.

Premièrement, dans un contexte où il n'y a pas d'excédents de ressources humaines, comme c'est le cas actuellement au Québec pour les médecins et les infirmières (certains parlent même de pénurie) [3, 4], la capacité de l'assurance privée duplicative de répondre à la demande de ses assurés repose sur le transfert des ressources humaines du secteur public vers le secteur privé [5]. Ce transfert se fait en offrant de meilleures conditions de travail aux professionnels (revenu,

équipement technologique, etc.). De telles conditions incitent les médecins à travailler davantage dans le secteur privé, mais elles ne les incitent pas nécessairement à augmenter leur offre globale de services.

Cette situation s'est produite au Royaume-Uni et en Australie. Au Royaume-Uni, avec l'introduction de l'assurance privée duplicative, les chirurgiens et les anesthésistes travaillaient à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé. Ceci les a conduit à faire en moyenne de 30 à 50% plus d'interventions dans le secteur privé que dans le secteur public. De plus, ils travaillaient moins de temps dans le secteur public que ce que leur contrat l'exigeait¹ [6]. En Australie, le prix payé aux producteurs est plus élevé pour les patients assurés privéement. Les producteurs sont donc encouragés à maintenir de longues listes d'attente dans le secteur public, puisque ceci incite les patients à se faire traiter dans le système privé [7].

Ces exemples montrent que dans une situation sans excédent de ressources humaines, l'introduction d'assurance privée duplicative facilite le transfert des ressources humaines du secteur public vers le secteur privé, mais ne permet pas d'augmenter l'offre globale de services, ni de réduire les délais d'attente dans le secteur public.

Deuxièmement, l'expérience de l'assurance privée duplicative au Royaume-Uni, en Australie et en Irlande montre que le secteur privé traite presque exclusivement les cas mineurs. La pression de la demande sur les hôpitaux publics en est d'autant accrue, puisque ce sont eux qui continuent de traiter les cas complexes, coûteux et urgents, et qu'ils doivent le faire avec une moins grande disponibilité des ressources humaines. Ainsi, l'introduction des assurances privées duplicatives ne crée pas d'espace pour traiter plus rapidement les cas électifs dans le secteur public. Il n'y a pas plus de disponibilité de lits aigus ou de temps opératoire et l'achalandage à l'urgence demeure le même. Avec les assurances privées duplicatives, la pression de la demande sur les hôpitaux publics demeure entière [1]. L'introduction d'assurance privée duplicative crée en fait une distorsion dans l'offre de services : les médecins, dans le secteur privé, consacrent du temps à offrir des services légers à des patients moins malades, ce qui accroît les pénuries pour des services plus lourds et plus complexes dans le secteur public.

Troisièmement, les personnes qui bénéficient d'une assurance privée duplicative continuent d'utiliser les services publics. Elles y utilisent notamment les services les plus coûteux, ceux nécessitant une expertise médicale élevée et un plateau technique sophistiqué. Elles y utilisent également tous les services diagnostiques qui précèdent une chirurgie élective qu'elles obtiendront dans le secteur privé. Bien souvent, les services diagnostiques demandent autant de temps de la part des ressources médicales et techniques que la chirurgie elle-même. De plus, c'est vers le système public que sont transférés les cas ayant des complications lors d'utilisation des services privées. En somme, avec l'introduction d'assurance privée duplicative, la pression de la demande au sein du secteur public demeure très importante et augmente de façon significative.

¹ Cette situation fut corrigée par la suite. Pour contrer le transfert de ressources humaines du secteur public vers le secteur privé, le NHS a signé des contrats avec des firmes internationales afin qu'elles développent des cliniques privées offrant des services diagnostiques et chirurgicaux mineurs en employant du personnel médical et paramédical provenant de l'étranger (10. Sullivan *et al.* 2005).

Quatrièmement, dans un système où il n'y a pas de pénurie de ressources humaines, le développement du secteur privé va augmenter le niveau de services. Toutefois, même lorsque cela se produit, les listes d'attente pour les chirurgies électorives et les services diagnostiques du secteur public ne se résorbent pas pour autant. En fait, plus la capacité de production est grande, plus les médecins ont tendance à intervenir dans des cas pour lesquels la justification est litigieuse et plus la demande générale de services augmente [8]. Qu'il y ait ou non pénurie de ressources humaines, le recours à l'assurance privée duplicative ne permet pas de réduire les listes d'attente, ni la pression de la demande sur le système public. Au contraire, dans un cas comme dans l'autre, la demande de services dans le secteur public augmente.

Les coûts et leur contrôle

La contribution de l'assurance privée duplicative au contrôle des dépenses de santé est très limitée. Comme on vient de l'illustrer, ce type d'assurance ne conduit pas à un transfert significatif des coûts du secteur public vers le secteur privé. Dans les pays de l'OCDE qui en ont fait l'expérience, l'introduction de l'assurance privée duplicative s'est soldée par une augmentation générale des coûts de santé, tant les coûts publics, les coûts privés que les coûts totaux. Ceci résulte de la volonté des assureurs privés de maximiser la rentabilité de leur entreprise. Pour y parvenir, ils misent sur une offre de services qui est financièrement rentable et ils transfèrent ou laissent au secteur public ce qui l'est moins. En introduisant plus de financement dans le système de santé, les assurances privées augmentent les dépenses totales de santé. La capacité des assureurs privés d'introduire des mécanismes de contrôle des coûts (budget global, prix régulés, type et quantité de services offerts, etc.) est très limitée comparativement à celle des pouvoirs publics. L'expérience américaine est très éloquent sur ce point et montre notamment que les frais d'administration des assurances privées sont nettement plus élevés que ceux des régimes publics, ce qui augmente la part des dépenses consacrées à la santé [1, 2].

Financement et gouverne du système de santé

L'introduction de l'assurance privée duplicative modifie et diversifie les sources de financement du système de santé. Si le Québec s'orientait dans cette direction, ceci aurait pour effet d'augmenter la part du financement qui provient des primes d'assurance privée et de réduire le caractère redistributif du financement du système de soins. Actuellement, ce financement se fait principalement par l'impôt, sur la base de taux d'imposition progressifs. L'introduction d'une nouvelle forme d'assurance privée aurait des répercussions sur le partage collectif des risques financiers associés à la maladie [2].

L'avènement de nouvelles formes d'assurances privées introduit de nouveaux acteurs dans le prélèvement des fonds visant à financer les services de santé. Cette diversification des sources de prélèvement a des répercussions sur le stockage des ressources financières. Le stockage permet d'agréger et de réserver l'argent pour une utilisation collective ultérieure. L'argent que stockent les assurances privées est exclusivement réservé à leurs propres assurés. D'une part, plus le stockage est dispersé auprès d'acteurs indépendants, moins il y a de possibilités de cohérence dans l'allocation des ressources financières. D'autre part, plus le stockage est dédié à des groupes ou à des problèmes de santé particuliers, moins il y a de flexibilité dans l'allocation des ressources financières, c'est-à-dire moins il y a de capacité de s'ajuster à l'évolution de la

demande et moins les professionnels peuvent recourir à l'ensemble des ressources leur permettant de répondre adéquatement aux besoins de leurs patients [9].

L'assurance privée duplicative peut affecter le montant et les modalités de paiements des producteurs (professionnels et établissements). Les modalités et les montants des paiements sont des incitations puissantes qui, comme nous l'avons vu, affectent les comportements et les décisions des producteurs (passer plus de temps dans le secteur privé que dans le secteur public, avoir des comportements cliniques plus interventionnistes, etc.). Le rôle de l'assurance privée duplicative dans le paiement des producteurs viendrait inévitablement affecter leurs choix de pratique. Certains de ces choix seraient peut-être bénéfiques, d'autres probablement moins. Mais, il est certain que cela réduirait la capacité des pouvoirs publics d'influencer les comportements des producteurs et de faciliter, par exemple, leur collaboration et les choix technologiques rationnels entre les établissements et entre les régions.

En somme l'impact qu'a l'assurance privée duplicative sur le système de santé est :

- 1) de créer des iniquités d'accès pour les services hospitaliers et médicaux qui favorisent les personnes les plus riches et les plus en santé ;
- 2) dans un contexte de pénurie de ressources, de réduire la disponibilité des ressources humaines dans le secteur public ou, dit autrement, de transférer la capacité de production du secteur public vers le secteur privé ;
- 3) dans un contexte de ressources humaines suffisantes, d'augmenter la production de services, dont la production de services litigieux ;
- 4) de ne pas réduire les délais d'attente dans le secteur public et même d'y augmenter la pression de la demande ;
- 5) d'augmenter les dépenses de santé, tant privées, publiques que totales, sans réduire les délais d'attente dans le secteur public ;
- 6) de diminuer le caractère redistributif du financement des systèmes de santé basé sur des taux d'imposition progressifs ;
- 7) de réduire la possibilité de cohérence dans l'allocation des ressources ;
- 8) de réduire la capacité des pouvoirs publics d'influencer le comportement des producteurs et d'infléchir une direction de collaboration, de qualité des soins et de contrôle des coûts dans le système de soins.

Les principales conclusions

- Les expériences des autres pays montrent que le recours à l'assurance privée duplicative n'est pas la solution aux délais d'attente dans le secteur de la santé.
- Dans un contexte de ressources humaines suffisantes, le recours à l'assurance privée duplicative augmente la capacité de production du système de santé. Ceci accroît le volume de services électifs et diagnostiques, dont ceux qui ne sont pas nécessairement appropriés. Cette plus grande capacité de production ne réduit pas la pression de la demande sur le système public. Au contraire, elle l'augmente de façon significative.

- Dans un contexte de pénurie de ressources, le recours à l'assurance privée duplicative transfère la capacité de production du secteur public vers le secteur privé et ne réduit en rien les délais d'attente dans le secteur public. Ici aussi, il augmente la pression de la demande dans le secteur public.

- L'introduction de l'assurance privée duplicative multiplie les sources de prélèvement et conduit à réserver l'utilisation de l'argent aux seules bénéficiaires de ce type d'assurance. Plus les réserves d'argent sont conservées pour des groupes particuliers, moins les pouvoirs publics ont la capacité de gérer le système de façon cohérente et d'agir sur les leviers permettant d'infléchir une direction de collaboration, de qualité des soins et de contrôle des coûts dans le système de santé.

Références

1. Colombo, F. and N. Tapay, *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. 2004, Organisation de Coopération et de Développement Économiques: Paris.
2. Evans, R.G., *Preserving Privilege, Promoting Profit: The Payoffs from Private Health Insurance*, in *Access to Care, Access to Justice. The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada*, C.M. Flood, K. Roach, and L. Sossin, Editors. 2005, University of Toronto Press: Toronto Buffalo London. p. 347-368.
3. CMQ, *Avis sur le projet de Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007*. 2004, Conseil médical du Québec: Québec.
4. Jean, S., *Prévision de la main-d'oeuvre infirmière. Bilan et mise à jour*. 2005, MSSS-DGPRM.
5. Foote, J., D. Houston, and N. North, *Hospital waiting lists: a complex mess*. *Health Manager*, 1999. **6**(3): p. 10-14.
6. Wright, C.J., *Different Interpretations of 'Evidence' and Implications for the Canadian Healthcare System*, in *Access to Care, Access to Justice. The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada*, C.M. Flood, K. Roach, and L. Sossin, Editors. 2005, University of Toronto Press: Toronto Buffalo London. p. 220-233.
7. Hurst, J. and L. Siciliani, *Tackling Excessive waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries*. 2003, Organisation for Economic Co-operation and Development: Paris.
8. Maynard, A., *How to defend a Public Health Care system: Lessons from Abroad*, in *Access to Care, Access to Justice. The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada*, C.M. Flood, K. Roach, and L. Sossin, Editors. 2005, University of Toronto Press: Toronto Buffalo London. p. 238-256.
9. Lamarche, P.A., et al., *Le système de financement des soins du Québec: miroir ou mirage des valeurs collectives?* 2005, COLUFRAS.
10. Sullivan, T. et al. *A Just Measure of Patience: Managing access to cancer services after Chaoulli*, in *Access to Care, Access to Justice. The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada*, C.M. Flood, K. Roach, and L. Sossin, Editors. 2005, University of Toronto Press: Toronto Buffalo London. p.454-476.