



## Le financement de la santé par l'assurance-maladie privée

Un arrêt récent de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Chaoulli* a statué que le gouvernement du Québec ne pouvait interdire l'offre d'assurance-maladie privée pour couvrir les services médicalement requis. Si elle n'est pas contrecarrée par de nouvelles interventions gouvernementales, la possibilité de souscrire une assurance privée suscitera l'émergence d'un régime privé parallèle de santé. Une telle évolution ne marquera pas la fin du régime public, mais permettra d'augmenter le financement global et la capacité du système de santé à nous soigner mieux et plus rapidement.

### L'impasse du financement public

Le Canada est l'un des rares pays dans le monde – et le seul au sein de l'OCDE – dont le système de santé repose exclusivement sur un financement public des soins jugés médicalement nécessaires. Ce régime public coûte cependant de plus en plus cher aux contribuables. Après prise en compte de l'inflation, les dépenses publiques de santé *per capita* au Canada ont crû de près de 90 % en 30 ans et atteignaient plus de 2 800 \$ en 2004<sup>1</sup>. Malgré cette augmentation, les files d'attente semblent maintenant constituer une caractéristique structurelle du système. Les temps d'attente pour subir un traitement sont passés en moyenne de 9,3 semaines en 1993 à 17,9 semaines en 2004 (voir Figure 1)<sup>2</sup>.

Au Québec, plus de 43 % des dépenses du gouvernement provincial sont consacrées à la santé, en comparaison de quelque 35 % il y a 15 ans<sup>3</sup>. Le financement public se trouve être dans une impasse parce qu'il est difficilement envisageable d'augmenter les impôts pour financer davantage la santé alors que le Québec est la province où les citoyens sont le plus lourdement imposés en Amérique du Nord. Or, la demande de soins de santé risque d'augmenter à l'avenir, ne serait-ce qu'avec le vieillissement de



la population et la découverte de nouveaux traitements, plus sophistiqués et souvent plus coûteux. Dans de telles conditions, il serait pertinent de profiter des ressources financières additionnelles que pourrait amener l'existence d'assurances privées.

### Les expériences internationales

L'assurance-maladie privée occupe une place variable dans les pays de l'OCDE et peut remplir des fonctions différentes au sein des systèmes de santé. Il est possible de distinguer cinq catégories d'assurances, des plus exhaustives à celles qui n'ont qu'un rôle de

substitution ou de complémentarité avec le régime public (voir Encadré 1).

Dans quelques pays, dont les Pays-Bas, la Belgique et les États-Unis, certaines catégories de la population sont exclues du régime public d'assurance-maladie. Aux Pays-Bas par exemple, c'est le cas pour les personnes qui gagnaient en 2004 plus de 32 600 euros par année, ce qui équivaut à environ 48 000 \$CA. Vingt-huit pour cent (28 %) des Néerlandais détiennent ainsi une assurance primaire principale privée. Les personnes disposant de revenus élevés doivent prendre à leur propre charge leurs dépenses de santé, alors que le système public assure le reste de la population.

1. Voir l'étude de l'Institut canadien d'information sur la santé, intitulée « Tendances des dépenses nationales de santé », 2004, p. 109-111; disponible à [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=AR\\_31\\_F&cw\\_topic=31](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_31_F&cw_topic=31)

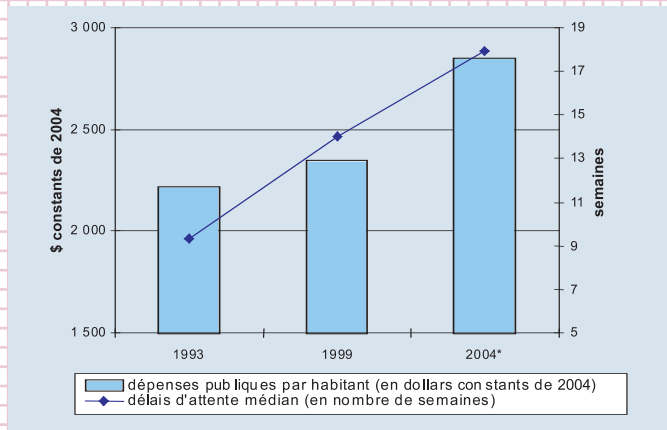
2. Il s'agit du temps d'attente médian entre le moment où le patient est référé par un généraliste et le début du traitement, toutes spécialités confondues. Voir Nadeem Esmail et Michael Walker, « Waiting your turn. Hospital waiting lists in Canada », 14e édition, Critical Issues Bulletin, Institut Fraser, Vancouver, octobre 2004, p. 33; disponible à <http://www.fraserinstitute.ca/shared/readmore.asp?sNav=pb&id=705>

3. Ministère des Finances du Québec, *Budget 2005-2006. Plan budgétaire*, avril 2005, section 3, p. 20-21.



Figure 1

### Dépenses publiques de santé par habitant et délais d'attente au Canada 1993-2004



\*Les données pour 2004 sont une estimation.

SOURCES : Institut Fraser, « Waiting your turn. Hospital waiting lists in Canada », 2000, 2004; Institut canadien d'information sur la santé, « Tendances des dépenses nationales de santé », 2004, p. 109; calculs de l'auteur.

En Autriche et en Allemagne, certaines catégories de personnes sont libres de quitter complètement le régime public et de cesser d'en payer les primes afin de se procurer une assurance primaire substitutive, ce qui équivaut à un *opting out*. Cette option vise par exemple les salariés allemands à hauts revenus (plus de 45 900 euros par année en 2003, soit environ 67 000 \$CA) et les personnes qui travaillent à leur compte. On estime que 9 % de la population allemande souscrit une assurance primaire substitutive privée. Cependant, les assurés privés peuvent toujours aller se faire soigner dans les hôpitaux publics, les dépenses étant couvertes dans ce cas par leur assurance privée et non par l'assurance publique.

Quant à l'assurance duplicative, qui permet de se faire soigner dans des hôpitaux privés tout en étant toujours couvert par le régime public, elle n'est illégale qu'au Canada dans certaines provinces. Elle est disponible dans un grand nombre de pays dont la Finlande, l'Italie, la Nouvelle-Zélande, l'Irlande ou le Royaume-Uni, et peut même attirer une importante partie de la population comme en Australie, où près de 45 % des citoyens en possèdent une<sup>4</sup>. Dans d'autres pays, sa place est insignifiante à cause de la concurrence de l'assurance-maladie publique, notamment quand il n'existe pas de files d'attente comme en France.

L'assurance complémentaire est généralement disponible dans des pays comme la France, la Suède, l'Australie et l'Italie, où le régime public demande des copaiements pour certains services

médicaux. Ce n'est pas le cas au Canada où les services assurés sont offerts gratuitement. Enfin, l'assurance supplémentaire existe dans tous les pays, y compris au Canada, où elle est bien implantée et couvre les services non assurés, par exemple les médicaments, les soins dentaires, etc. Environ deux Canadiens sur trois sont couverts par une assurance supplémentaire, souvent dans le cadre de leur emploi.

### Quelles assurances privées pour le Québec?

Parmi les cinq catégories d'assurances, une seule, l'assurance supplémentaire, est déjà présente au Québec. Il est peu probable que trois autres puissent être offertes, même à la suite de l'arrêt *Chaoulli*, à cause d'obstacles légaux qui subsistent. Ainsi, la condition d'universalité dans la *Loi canadienne sur la santé* stipule que l'assurance publique doit être offerte à tous les résidents des provinces et territoires. Par conséquent, les assurances primaires principales qui, dans d'autres pays, couvrent les soins de personnes qui n'ont pas légalement accès au régime public, se trouveraient en contradiction avec la loi fédérale.

Le fait que l'assurance publique doive être offerte à tout le monde ne signifie pas que tous les résidents soient obligés d'accepter cette couverture. La loi fédérale pourrait ainsi théoriquement permettre l'existence d'assurances primaires substitutives. Cependant, la loi provinciale oblige toute personne résidant ou séjournant au Québec à s'assurer auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)<sup>5</sup> et, de façon plus importante, à payer les impôts qui la financent sans possibilité d'*opting out*.

Des assurances complémentaires ne pourraient pas non plus être vendues : du moment que le service assuré est fourni dans le cadre du régime public, tout paiement – qu'il s'agisse d'une surfacturation par les médecins ou de frais d'établissement – se trouve contraire à la loi fédérale. La province fautive se trouverait amputée d'une partie correspondante du transfert fédéral en matière de santé.

Les assurances qui risquent d'émerger seront donc certainement des assurances duplicatives. Ainsi, tout en restant assurées auprès de la RAMQ et tout en ayant accès au réseau public de santé, des personnes pourraient payer en plus pour avoir l'option

*L'assurance-maladie privée occupe une place variable dans les pays de l'OCDE et peut remplir des fonctions différentes au sein des systèmes de santé.*

4. Voir « L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE », *L'Observateur de l'OCDE*, novembre 2004, p. 2; disponible à <http://www.oecd.org/dataoecd/15/41/33915167.pdf>  
5. Article 9 de la *Loi sur l'assurance maladie* : « Toute personne qui réside au Québec ou qui séjourne au Québec doit s'inscrire à la Régie conformément au règlement ».



## Encadré 1

### Les catégories d'assurance-maladie privée

**Primaire principale :** Couvre les soins médicaux de personnes qui n'ont pas légalement accès au régime public.

**Primaire substitutive :** Couvre les soins médicaux de personnes qui ont le choix de substituer une assurance privée à la couverture publique.

**Duplicative :** Couvre les soins médicaux de personnes qui continuent à avoir accès au régime public (et qui sont obligées d'y contribuer avec leurs impôts), mais souhaitent être traitées dans un secteur privé parallèle.

**Complémentaire :** Couvre la part à la charge de l'assuré (copaiements ou coassurance) dans l'assurance-maladie publique.

**Supplémentaire :** Couvre les extras ou services non assurés par le régime public.

SOURCE : « L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE », *L'Observateur de l'OCDE*, novembre 2004.

de se faire traiter dans un système privé parallèle, sans que des fonds publics ne soient engagés pour couvrir les soins. De telles assurances pour des traitements dans un secteur privé entièrement parallèle seraient conformes à la *Loi canadienne sur la santé*<sup>6</sup>.

### Les avantages économiques de l'assurance privée

Les assurances privées – autres que simplement complémentaires ou supplémentaires – sont un moyen d'augmenter les ressources globales consacrées à la santé, et donc éventuellement de diminuer les files d'attente. La persistance des files d'attente dépend aussi d'autres facteurs liés à des questions de productivité, de réactivité et d'adaptation du système public, etc. Mais une étude de l'OCDE confirme que généralement, plus importantes sont les ressources (publiques et privées), moins on observe de files d'attente<sup>7</sup>.

Le secteur de santé privé – que les assurances privées financeront – peut servir de « soupape de sécurité » et prendre le relais quand le système public fait défaut et quand les files d'attente sont trop longues. Il est même envisageable que la

RAMQ ait un recours additionnel à ce secteur de santé privé québécois en y référant des patients au lieu de les envoyer, comme elle le fait parfois actuellement, aux États-Unis<sup>8</sup>. L'existence d'un secteur privé de soins est ainsi susceptible de bénéficier non seulement aux assurés privés, mais aussi à la RAMQ et aux assurés publics.

C'est par ailleurs ce que font déjà la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) au Québec et ses équivalents dans les autres provinces, qui sont exemptées de la *Loi canadienne sur la santé*. Pour éviter que les prestations déboursées n'atteignent des sommes importantes pendant que les accidentés attendent un traitement, le législateur considère qu'il est primordial qu'ils soient traités et retournent au travail le plus rapidement possible. Mais si le secteur privé est bénéfique pour ces organismes publics, pourquoi ne le serait-il pas pour les citoyens ordinaires?

Selon les économistes de l'OCDE, « dans les pays où elle joue un rôle prépondérant, l'assurance-maladie privée a injecté des ressources dans les systèmes de santé, élargi le choix offert aux consommateurs et rendu ces systèmes plus réactifs »<sup>9</sup>.

### Une menace pour le régime public?

Les tenants du monopole de l'assurance-maladie publique soutiennent que l'assurance privée menace le régime public. Ils invoquent plusieurs arguments, dont le principal est que l'émergence d'un système privé parallèle n'amènerait pas de nouvelles ressources dans le secteur de la santé. Ce que le privé gagnerait, le public le perdrait. Cet argument ignore deux aspects importants.

*Parmi les cinq catégories d'assurances, une seule, l'assurance supplémentaire, est déjà présente au Québec. Il est peu probable que trois autres puissent être offertes à cause d'obstacles légaux qui subsistent.*

6. Voir à ce sujet la Note économique de l'IEDM, intitulée « Réformes de la santé : jusqu'où peut-on étirer l'élastique? », avril 2003; disponible à [http://www.iedm.org/main/show\\_publications\\_fr.php?publications\\_id=45](http://www.iedm.org/main/show_publications_fr.php?publications_id=45)

7. Luigi Siciliani et Jeremy Hurst, « Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries » OECD Health Working Papers, no 7, 2003; disponible à <http://www.oecd.org/dataoecd/31/10/17256025.pdf>

8. Du moment que la RAMQ paie la totalité des frais, cela reste conforme à la *Loi canadienne sur la santé*.

9. Francesca Colombo et Nicole Tapay, « Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs of Individuals and Health Systems », OECD Health Working Papers, no 15, 2004, p. 5; disponible à <http://www.oecd.org/dataoecd/34/56/33698043.pdf>



D'une part, la capacité et la productivité du système peuvent être augmentées par l'ajout d'équipements (IRM, scanners, échographes, etc.) et par la construction de nouveaux hôpitaux ou cliniques (donc plus de lits, plus de salles d'opération, etc.). Toutes ces ressources sont disponibles sur le marché à court terme si des fonds additionnels permettent de les obtenir.

D'autre part, contrairement à une opinion largement répandue, il est aussi possible d'augmenter dans un délai rapproché les capacités du système sur le plan de la main-d'oeuvre. Dans l'immédiat, on pourrait permettre au personnel médical existant, largement sous-utilisé à cause de plafonds salariaux et de quotas, de travailler plus. Un médecin est présentement incité à arrêter de soigner dès qu'il les a atteints, même si des patients continuent à souffrir sur des listes d'attente. Pour atteindre une disponibilité des médecins semblable à celle des autres pays de l'OCDE, il faudrait également modifier la réglementation qui empêche *de facto* aux médecins participants au régime public de pouvoir se faire payer dans le privé pour des services assurés<sup>10</sup>. Une reconnaissance plus facile des diplômes étrangers permettrait par ailleurs d'augmenter rapidement le nombre de professionnels de la santé exerçant au Québec.

Il est possible que la concurrence entre le système privé et le système public oblige ce dernier à offrir de meilleures rémunérations et de meilleures conditions de travail au personnel médical pour pouvoir le garder. Au lieu d'être un problème, une telle situation de concurrence ne tardera pas à attirer de nouvelles ressources humaines. Elles arriveront sur le marché québécois dans quelques années si on élimine les quotas dans les facultés de médecine, ou même immédiatement via l'immigration ou le retour de personnel médical qualifié des autres provinces, des États-Unis ou d'ailleurs. Il y aurait par exemple plusieurs centaines d'infirmières québécoises dans les hôpitaux et cliniques en Suisse<sup>11</sup>.

*Dans les pays où elle joue un rôle prépondérant, l'assurance-maladie privée a injecté des ressources dans les systèmes de santé, élargi le choix offert aux consommateurs et rendu ces systèmes plus réactifs.*

Un autre argument des partisans du monopole étatique est que l'existence d'une alternative privée mènerait nécessairement à une réduction du financement et à un dépérissement du système public de santé. Cette thèse est toutefois contredite par la réalité. Les dépenses publiques *per capita* sont plus élevées en Allemagne ou en France, où il existe un secteur privé parallèle, qu'au Canada, où il est interdit. De même, on constate que les dépenses publiques de santé ont continué à augmenter dans d'autres pays où un secteur privé parallèle s'est développé, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande, l'Irlande et le Royaume-Uni<sup>12</sup>.

## Conclusion

Sans assurances privées, seuls les très riches Canadiens pouvaient, en cas de maladie, obtenir des soins auprès d'établissements privés en payant directement de leur poche, souvent à l'extérieur du Canada. L'arrêt de la Cour suprême ouvre la voie à l'émergence d'assurances privées, qui sont un bon moyen pour financer les soins de santé privés quand le système public fait défaut. Moyennant une prime, ces soins pourraient donc devenir accessibles ici même au Québec à une partie plus large de la population. Si le gouvernement québécois lui permet d'émerger, ce secteur de santé privé plus étendu et dynamique bénéficiera directement et indirectement à l'ensemble des Québécois.

10. Ce qui nécessiterait de réviser l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie*.

11. Voir Isabelle Paré, « McGill repêche des infirmières québécoises... en Suisse », *Le Devoir*, 10 novembre 2003.

12. Organisation de coopération et de développement économiques, *Éco-Santé OCDE 2004. Analyse comparative de 30 pays*, Paris, 2004.



## Institut économique de Montréal

Institut économique de Montréal  
6708, rue Saint-Hubert  
Montréal (Québec)  
Canada H2S 2M6  
Téléphone : (514) 273-0969  
Télécopieur : (514) 273-0967  
Courriel : [info@iedm.org](mailto:info@iedm.org)  
Site Web : [www.iedm.org](http://www.iedm.org)

L'Institut économique de Montréal (IEDM) est un institut de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Il œuvre à la promotion de l'approche économique dans l'étude des politiques publiques.

Fruit de l'initiative commune d'entrepreneurs, d'universitaires et d'économistes, l'IEDM n'accepte aucun financement public.

Abonnement annuel aux publications de l'Institut économique de Montréal : 98,00 \$.

Président du conseil :  
Adrien D. Pouliot  
Président :  
Michel Kelly-Gagnon

Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration.

La présente publication n'implique aucunement que l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit.

Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source.

Institut économique de Montréal  
© 2005

Imprimé au Canada

Illustration : Benoit Lafond

Infographie : Valna inc.