

Président du conseil : Yves Guérard  
Président : Adrien D. Pouliot  
Vice-président : Richard Carter  
Directeur exécutif : Michel Kelly-Gagnon



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 de Montréal, l'IEDM ne reçoit aucun financement public.

Les dons permettant à l'IEDM de poursuivre ses activités sont déductibles de l'impôt sur le revenu au Québec et au Canada. L'Institut jouit en effet du statut d'organisme de bienfaisance au sens de la loi et peut donc émettre des reçus pour fins d'impôt.

Abonnement annuel aux Cahiers de recherche de l'Institut Économique de Montréal : 68,00 \$.



#### Institut économique de Montréal

6418, rue Saint-Hubert  
Montréal (Québec)  
H2S 2M2 Canada

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)



Les opinions des auteurs de la présente étude ne représentent pas nécessairement celles de l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration.

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



Coordination de la production : Varia Conseil  
Couverture, maquette et mise en page : Guy Verville

© 2000 Institut économique de Montréal

ISBN 2-922687-03-1

Dépôt légal : 4<sup>e</sup> trimestre 2000  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada

*Imprimé au Canada*



Institut économique  

---

de Montréal

**J. Edwin Coffey**

MD, FRCSC, FACOG  
professeur adjoint retraité  
Faculté de médecine, Université McGill  
ex-président, Association médicale du Québec

**Jacques Chaoulli**

MD, MA (Éd.)  
médecin omnipraticien

# Le Choix privé universel

*Une vision de la santé offrant la qualité,  
l'accès et le choix à tous les Canadiens*

**Cahier de recherche  
Septembre 2000**



Institut économique  

---

de Montréal

# Avant-propos

---

Sur la page intérieure de couverture de nos cahiers de recherche, on peut lire cette mention : «*Les opinions des auteurs de la présente étude ne correspondent pas nécessairement à celles de l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration.*»

Cette formule est plus qu'une figure de style. Elle témoigne de la nature même de l'Institut : celle d'un forum où s'échangent les idées. Nous n'appuyons donc pas forcément la proposition que vous trouverez dans ce cahier de recherche, pas plus que n'importe quelle autre.

Nous appuyons, en revanche, la remise en cause des vaches dites sacrées, des idées reçues et des attitudes moutonnières. Sur la question de la santé, plus spécifiquement, nous croyons qu'il faut cesser de limiter le débat au nombre de millions devant être pompés dans le système et aux régions ou corporations professionnelles devant en bénéficier.

Les deux auteurs de ce cahier de recherche ont travaillé très fort à sa préparation. Leur proposition est le fruit d'un long exercice de réflexion. Leur analyse ne rend pas compte de tous les détails, la tâche consistant plutôt à établir des principes directeurs et une orientation générale en vue d'entreprendre une véritable réforme du système de santé. Il s'agit donc de modéliser des structures.

Aux éventuels critiques de cette proposition de faire preuve de rigueur. Si elle doit être rejetée, que ce soit sur la base d'arguments précis et bien motivés et non en raison de clichés superficiels ou par simple manque de courage.

Michel KELLY-GAGNON  
Directeur délégué  
Institut économique de Montréal

**J. Edwin Coffey**, professeur adjoint retraité, Faculté de médecine, Université McGill,  
ex-président, Association médicale du Québec

**Jacques Chaoulli**, médecin omnipraticien

*Le Choix privé universel :  
Une vision de la santé offrant la qualité, l'accès et  
le choix à tous les Canadiens.*

**CONDENSÉ**

Nous proposons une nouvelle approche du financement, de l'assurance et de la prestation des services médicaux et hospitaliers. Tout en maintenant le droit universel à l'assurance-maladie, en tant que service de base financé à même les fonds publics, nous proposons un nouveau concept de choix privé universel. Ce choix comprend, outre l'assurance-maladie d'État, des solutions de rechange en matière de soins médicaux, d'hospitalisation et d'assurances, comme on en trouve dans d'autres pays de l'OCDE. Notre objectif est d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services ainsi que la liberté et le choix de tous les Canadiens.

Un système de santé monopolisé par l'État ne coûte pas forcément moins cher qu'un système mixte, pas plus qu'il ne procure forcément un accès plus rapide aux services. Bien au contraire, parmi 25 pays de l'OCDE qui donnent l'accès universel aux services de santé, certains, comme la Suède, où coexistent les systèmes public et privé, dépensent moins que le Canada tout en offrant un meilleur accès aux services médicaux.

**ABSTRACT**

We are proposing a new approach to the financing, insuring and delivery of medical and hospital services. While retaining universal entitlement to Medicare insurance, as a core publicly funded service, we propose a new concept of universal private choice. This includes Medicare, as well as voluntary private medical, hospital and health insurance alternatives, as exist in all other OECD countries. Our aim is to improve quality, access and choice for all Canadians.

A government health system monopoly does not necessarily cost less than a mixed public-private health system, nor does it provide faster access to services. On the contrary, among 25 OECD countries with universal access, some like Sweden, with a universal public system alongside a parallel private one, actually spend less than Canada, with better access to medical services.



Institut économique  
de Montréal

### Résumé

On examine ici de près l'expérience canadienne du régime de santé d'État universel et obligatoire, mieux connu sous le nom d'assurance-maladie, ainsi que les services médicaux et hospitaliers que ce régime est censé fournir. Les récents sondages révèlent que le public a perdu confiance et réclame une refonte du système de santé. D'année en année, on assiste à la dégradation de la qualité, de l'accessibilité et de la prestation des services médicaux et hospitaliers. Ces problèmes ont été aggravés par les récentes tentatives de couper dans les budgets gouvernementaux réservés à la santé et par la rationalisation de l'infrastructure.

L'interdiction de toute option privée, en matière d'assurance médicale et de soins hospitaliers, empêche toute comparaison des services de santé au Canada et prévient de la même façon tout contrôle de l'expérience en cours dans les monopoles d'État provinciaux, au chapitre de l'assurance-maladie.

On en apprend davantage en étudiant l'expérience des autres pays de l'OCDE, notamment les pays européens et, en particulier, la Suède. Dans ces pays, contrairement au Québec et au reste du Canada, des systèmes de santé publics et privés parallèles ont pu se faire concurrence, collaborer et impartir des services avec des résultats bien différents de ceux de l'assurance-maladie au Canada.

À quelques exceptions près, les autres pays de l'OCDE ont su éviter les longues listes d'attente des services médicaux et hospitaliers. Dans bien des cas, ils consacrent une plus grande partie du budget de l'État aux services de santé publics, malgré la coexistence d'un réseau privé. La concurrence entre le secteur privé et le secteur public leur a permis de préserver un éventail de choix tant pour les patients que pour les médecins.

Dans cette étude, les auteurs ont mis de l'avant une proposition, appelée le *choix privé universel* (ou CPU). C'est une vision des services de santé qui allie la qualité, l'accessibilité et la liberté de choix pour tous les Canadiens. Elle tente de modifier l'esprit, le vocabulaire et l'orientation du débat public actuel sur la réforme du système de santé au Québec et dans les autres provinces.

Les auteurs proposent que le régime public universel d'assurance des soins médicaux (l'assurance-maladie) soit maintenu pour former l'une des nombreuses options offertes à tous les résidents du Canada. L'assurance-maladie d'État servirait d'assurance de base, garantissant à tous un ensemble complet de

### Executive Summary

Canada's universal government health insurance experiment, informally known as «medicare», and the medical and hospital services for which it was intended to provide, is now undergoing close scrutiny. Public confidence has waned and recent public opinion surveys call for fundamental changes or complete rebuilding of the health care system. Over the years, there has been a gradual decline in quality, access, and supply of medical and hospital services as well as modern medical technology. These problems have been aggravated by recent attempts to cut government health budgets and downsize infrastructure.

Canada's prohibition of voluntary parallel private health insurance and private medical services in hospitals, precludes any Canadian based comparison and control for the current experiment in provincial government health insurance monopolies. This reduces its value as a learning experience.

Of greater practical interest, however, are the lessons of other OECD countries, especially those in Europe and in particular, Sweden. Unlike Quebec and the rest of Canada, parallel public and private health systems have been permitted to compete, co-operate and contract out services in a manner which has brought results quite different than those of the Canadian medicare experiment.

With few exceptions, other OECD countries have avoided long waiting times for medical and hospital services and have often provided a higher percentage of government funding for public health services, even with a parallel private system. Through competitive markets, among the public and private sectors, they have preserved a variety of choices for patients and physicians.

Based on this study, the authors have put forward a proposal, referred to as Universal Private Choice: A concept of health care with quality, access and choice for all Canadians. It attempts to change the mind-set, language, and direction, of the ongoing public debate over health system reform in Quebec and the other provinces.

It is proposed that the current publicly funded, universal health insurance plan (medicare) continue as one of several voluntary options for all residents of Canada. It would be a basic insurance plan covering the comprehensive bundle of good quality medical and hospital services for all.

While retaining the present medicare insurance as a base to which all taxpayers would

## Le Choix privé universel

services médicaux et hospitaliers de bonne qualité.

Tous les contribuables continueraient de verser des cotisations à l'assurance-maladie, qu'ils se prévalent ou non de ses services. Tout en maintenant cette assurance, on offrirait aussi de nouvelles possibilités et de nouveaux encouragements pour promouvoir l'exercice d'une plus grande responsabilité personnelle en matière de soins de santé.

Cette proposition met aussi de l'avant des options déductibles du revenu imposable, notamment des régimes d'épargne-santé pour le règlement des frais médicaux directs ainsi qu'une assurance contre les maladies invalidantes.

Le choix privé universel créerait un vaste éventail d'assurances médicales privées, déductibles du revenu imposable, que ce soit sous forme de polices conventionnelles ou de régimes de soins intégrés, proposés par des alliances de médecins, d'hôpitaux et d'assureurs.

L'État accorderait des crédits fiscaux ou des bons d'échange aux particuliers et aux familles à faible revenu pour qu'ils puissent placer cet argent dans des régimes d'épargne-santé ou acheter des polices d'assurance privées, comme solutions de rechange à l'assurance-maladie gouvernementale.

De nouveaux groupes d'achat de services de santé, facultatifs, indépendants de l'État, négocieraient collectivement des achats d'assurance médicale privée ou de régimes de soins médicaux. Les membres de ces groupes d'achat se recruteraient au sein d'une profession, d'une industrie ou d'une région.

Les hôpitaux abandonneraient progressivement leur statut d'établissements paragonnementaux et reprendraient leurs statuts initiaux de centres hospitaliers privés financés par leur milieu, de centres de recherche et d'hôpitaux universitaires au service du public. Les hôpitaux auraient aussi la possibilité de se joindre à d'autres prestataires de soins pour former des groupes de services.

Le rôle décisionnel de l'État serait réduit, et une bonne partie du financement gouvernemental passerait par les mains des patients, ceux-ci exerçant alors leur pouvoir d'achat et de sélection des services comme de véritables clients.

Avant de lancer une telle refonte de la santé, les gouvernements pourraient consulter la population par des moyens tels qu'un plébiscite non décisionnel. Toute refonte des services de santé devrait aussi être assortie

be obliged to contribute, whether they used the plan or not, new opportunities and incentives would be provided to encourage greater personal responsibility in health care matters.

It would encourage tax deductible options such as Medical Savings Plans for the funding of personal out-of-pocket health expenses and catastrophic health insurance.

It would provide wider choices in tax deductible private health insurance, either of a traditional type or in comprehensive health service plans formed by competitive regroupings of physicians, hospitals and health insurance providers.

It would provide for refundable tax credits or government vouchers for low-income individuals and families who prefer to invest in Medical Savings Plans or private insurance as alternatives to medicare.

Optional non-governmental Health Purchasing Agencies, mutually run by their members in professional, trade, or regional associations, would negotiate and arrange for large group purchasing of private insurance or health service plans on behalf of their members.

Hospitals would gradually relinquish their status as quasi-government facilities and regain their original status as private community-supported hospital facilities and university research and teaching hospital centres serving the public, and with options to form health service groups with other health service providers as above.

The decisional role of government would be reduced and much of the government funding would be passed through the patients as empowered consumers, and used by them for their choice of health services.

Before launching such a major health system reform, governments could consult the population through options such as a non-binding referendum. With any major health reform there should be a set time for evaluation, modification or termination.

An underlying principle of the Universal Private Choice proposal is its multiple choice policy of financing, insuring and delivery of health care services, instead of the single choice policy of the current medicare monopoly. Universal Private Choice aims to improve the quality, access and choice for all Canadians.

## Le Choix privé universel

d'échéances d'évaluation, d'amendement ou d'abrogation.

L'un des principes sous-jacents de cette proposition de choix privé universel consiste à rendre possibles des choix multiples en matière de financement, d'assurance et de prestation des soins de santé, plutôt que d'interdire ces choix comme on le fait en vertu du monopole actuel de l'assurance-maladie. Le choix privé universel a donc pour but d'améliorer la qualité, l'accessibilité et le choix pour tous les Canadiens.

# Table des matières

Avant-propos .....	2
--------------------	---

## Chapitre premier

### *L'accès universel aux services de santé passe-t-il forcément par un monopole d'État ?*

Difficulté d'accès aux services de santé .....	9
Réalités vécues dans d'autres pays comparables au Canada .....	9
L'exemple de la Suède .....	10
Bilan de la politique de l'État en matière de santé .....	12
Rôle du marché dans les services de santé et d'assurance-maladie .....	12
D'autres pays de l'OCDE tolèrent les services de santé parallèles et la concurrence .....	12
L'absence de mécanismes de marché prive le consommateur et le fournisseur de la découverte .....	13
Le patient, en tant que consommateur, connaît mieux que quiconque ses besoins .....	13
Aux États-Unis, les assurés jouissent d'un accès immédiat aux services alors qu'au Canada, ils attendent .....	13
Le bilan de l'assurance-maladie au Canada : orienter la politique de la santé dans une nouvelle direction .....	13

## Chapitre 2

### *Le choix privé universel : une vision de la santé offrant la qualité, l'accès et le choix à tous les Canadiens*

Principes directeurs de la nouvelle approche .....	15
La notion de choix privé universel .....	16
Accessibilité universelle .....	16
Libre choix du patient, concurrence par les prix, enveloppe budgétaire attachée au patient .....	17
Création d'un environnement libre propice à l'initiative et à l'innovation, référendum sur les soins de santé .....	17
Le choix privé universel est un modèle de financement de la santé basé sur la souveraineté des consommateurs .....	17
Autorisation des régimes d'assurance-maladie et de soins de santé de types commercial ou privé sans but lucratif .....	17
Comment fonctionnera le choix privé universel ? .....	19
Intervenants dans le système de choix privé universel .....	19
Les groupes facultatifs d'achat de services de santé (HPA) .....	19
Les patients .....	20
Les prestataires de services .....	20
Les bailleurs de fonds .....	21



Financement pluraliste et assurance pour tous les Canadiens : enveloppe budgétaire liée au consommateur et service toujours axé sur les besoins du patient.....	21
Variété, options et choix en matière d'assurance-maladie, de régimes d'épargne médicale, de soins gérés et de concurrence dirigée .....	21
Financement mixte de sources publique et privée, crédits fiscaux remboursables et régime d'épargne-santé.....	21
Les personnes à faible revenu auraient droit à un subside gouvernemental complet pour les services essentiels et l'assurance pour les maladies invalidantes.....	22
L'assurance-maladie publique serait maintenue comme un service de base dont on pourrait refuser les services, mais auquel tous continueraient de contribuer .....	22
Les personnes à faible revenu pourraient renoncer à l'assurance-maladie publique et choisir un régime privé de base avec pleine compensation .....	22
Des régimes d'épargne-santé associés à une assurance obligatoire contre les maladies invalidantes : un principe similaire à celui des REÉR canadiens .....	23
Récapitulation .....	23

### Chapitre 3

#### *Le passage du monopole d'État au choix privé*

Proposition d'un référendum sur la réforme du système de santé.....	25
Si la réponse majoritaire est un <i>non</i> , le problème de monopole actuel subsistera .....	25
Si la proposition est adoptée, le choix privé universel serait l'une des options à l'essai.....	25
Une transition graduelle du monopole à la concurrence.....	25
Régime d'épargne médicale, crédit d'impôt remboursable, bon d'échange...	26
L'assurance-maladie d'État sera-t-elle toujours disponible ? .....	26
Qu'en sera-t-il des hôpitaux ? .....	26
Si vous êtes déçu du marché des soins de santé, vous pourrez le montrer en vous retirant .....	26
Amélioration de la qualité des services de santé, du choix, de l'accessibilité et de la liberté.....	27

<i>Références bibliographiques</i> .....	28
--	----

<i>Notes biographiques</i> .....	30
----------------------------------	----

## Chapitre premier

# L'accès universel aux services de santé passe-t-il forcément par un monopole d'État ?

---

### Difficulté d'accès aux services de santé

---

**A**u Canada, pour les personnes qui ne détenaient pas d'assurance privée, l'instauration du régime public universel d'assurance-maladie, en 1970, a eu pour effet, initialement, d'améliorer l'accès aux services médicaux. Cependant, assez rapidement, le régime s'est avéré incapable de répondre à tous les besoins. Les urgences des hôpitaux commencèrent à être engorgées, et les difficultés d'accès aux services de santé allèrent en augmentant. Aujourd'hui, au Québec comme dans le reste du pays, des patients souffrent, et certains meurent, faute d'avoir accès, en temps opportun, à des services médicalement requis. Selon un rapport récent publié par le Collège des Médecins du Québec, les difficultés d'accès aux services de santé sont réelles et constituent un problème d'envergure<sup>1</sup>. De même, des rapports du gouvernement du Québec confirment l'existence de difficultés importantes<sup>2</sup>.

#### *Réalités vécues dans d'autres pays comparables au Canada*

► D'autres pays comparables au Canada, avec un accès universel aux soins de santé, ne connaissent pas de problèmes de liste d'attente, ainsi que l'ont rapporté des experts de l'OCDE pour la Belgique, l'Allemagne et la France.<sup>3</sup> Or, il est utile de noter que ces trois pays ont obtenu un tel résultat tout en consacrant à la santé un pourcentage du PIB moins élevé (8 % en Belgique) ou aussi élevé (9 à 10 % en France et en Allemagne) que le Canada et ont un système de santé où des hôpitaux privés à but lucratif et des assurances privées volontaires, couvrant des services médicalement requis, co-existent avec le secteur public, et cela depuis bien longtemps.

L'Organisation mondiale de la santé<sup>4</sup> a déjà rapporté les avantages d'un partenariat public-privé :

*Il existe un certain nombre de preuves tendant à démontrer que les dis-*

*pensateurs privés parviennent à fournir des services moins chers que le secteur public. (...) Les services publics ont tendance à fournir un « produit » en faisant peu de cas des préférences du consommateur. Cette attitude risque de se refléter dans la gamme des services disponibles, les longues files d'attente et des horaires mal adaptés.*

Au Québec, l'économiste Pierre Fortin a démontré<sup>5</sup> que les coûts d'opération d'établissements de santé, liés à l'État par des ententes de services, sont plus faibles dans les établissements privés que dans les établissements publics.

Ce qui précède explique que, dans de nombreux pays de l'OCDE, les autorités publiques ont conclu des ententes de services avec des hôpitaux privés, y compris avec des hôpitaux à but lucratif, en les payant pour soigner des bénéficiaires, y compris les démunis, ces derniers étant alors exonérés de tout co-paiement.

**L'**OCDE indique que, dans les pays qui ont introduit des mécanismes de marché et de concurrence, soit à l'intérieur du service public, soit entre le secteur public et le secteur privé, les listes d'attente ont diminué, et parfois de façon importante. À cet égard, l'OCDE rapporte notamment le cas de la Suède,<sup>10</sup> de l'Espagne, de la Norvège et du Royaume-Uni. En 1996, en dépenses totales de santé, ces pays dépensaient moins que le Canada (entre 6% et 8% du PIB), tout en ayant un système de santé public universel, comme au Québec.

En France, 72 % des établissements de santé sont privés, et les établissements à but lucratif assument le tiers de l'hospitalisation privée.<sup>6</sup> En Allemagne, les hôpitaux privés représentent 38 % du nombre total d'hôpitaux, dont 34 % sont à but non lucratif et 4 % à but lucratif.<sup>7</sup> Par ailleurs, en Allemagne, il existe un secteur privé qui ne fait pas l'objet d'un contrat de services avec l'État.<sup>3</sup> Les rapports de l'OCDE indiquent que c'est aussi le cas au Royaume-Uni, en Norvège, au Danemark, en Finlande, en Suède, en Belgique et aux Pays-Bas.

Au Japon, dont le système de santé s'est inspiré du modèle allemand, avec de multiples payeurs dans le cadre d'un accès universel aux services de santé, 81 % des hôpitaux sont privés. En vertu de la loi japonaise, tous les hôpitaux privés sont à but non lucratif.<sup>8</sup>

### *L'exemple de la Suède*

► À plusieurs égards, la situation de la Suède est comparable à celle du Québec. C'est un pays très étendu, du nord au sud, et avec une faible densité de population, comptant 8,6 millions d'habitants, essentiellement concentrés dans les régions côtières et au sud. Comme au Québec, la population y est vieillissante.

L'OCDE rapporte que, dans ce pays, tous les citoyens ont droit à la santé et à l'égalité d'accès aux soins, où qu'ils habitent et quelle que soit leur situation économique.

Comme au Québec et au Canada, le système de santé suédois repose sur un système national d'assurance-maladie. Par le biais de l'impôt général, tous les

citoyens contribuent obligatoirement au système de santé public.

Fait remarquable à noter, autant pour la Suède que pour de nombreux pays de l'OCDE, le panier de services couverts par le régime public est bien plus large qu'au Canada. En effet, dans ces pays, contrairement au Canada, de nombreux services tels que les services diagnostiques de haute technologie délivrés en dehors d'un hôpital (imagerie par résonance magnétique, échographie, scanner), les frais dentaires, la physiothérapie et les soins à domicile sont couverts par le régime public d'assurance-maladie. Cela se traduit dans les chiffres, puisque qu'en 1991, en Suède, la part des dépenses publiques en matière de santé représentait 78 % des dépenses totales de santé alors qu'au Québec et au Canada, elle était de 73 %, et qu'aujourd'hui, selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), au Canada elle est tombée à 62 %.

En Suède, les citoyens sont libres d'acheter une assurance privée volontaire pour couvrir des services déjà couverts par le régime public. Ils sont également libres de s'adresser à un médecin dit « libéral », équivalant chez nous à un médecin non participant au régime public. Un tel médecin libéral peut avoir une entente de services avec un conseil de comté, de manière à ce qu'une partie de ses honoraires lui soit remboursée par le patient, et une partie par le conseil de comté. Enfin, tout en continuant d'avoir accès au régime public d'assurance-maladie, les patients sont libres de choisir de payer pour se faire soigner dans un hôpital privé.

Dans un ouvrage de 1995,<sup>9</sup> l'Institut de recherche en politique publique (IRPP) indique que, dans le régime public, les patients paient un montant nominal de 17 à 34 \$ par visite médicale, et que les tarifs sont réglementés par le gouvernement central. Ainsi, dans le système public, un patient ne paiera pas de sa poche plus de 280 \$ par année, les plus démunis étant exonérés de tout paiement.

Globalement, la part des dépenses privées payées directement par les personnes ne représente que 10 % du total des dépenses en matière de santé.

En 1992, les dépenses totales de santé, en % du PIB, s'élevaient à 7,9 %. En 1996, elles s'élevaient à 7,2 %, alors qu'au Canada, elles oscillent autour de 9,5 %, et que parfois, elles ont atteint 10 %.

C'est depuis la fin des années 80, au milieu d'une importante crise des finances publiques, et aux prises avec des problèmes de délais et de listes d'attente, une situation qui n'est pas sans rappeler le Québec d'hier et d'aujourd'hui, que le gouvernement suédois avait décidé de mettre un terme au monopole de l'État dans les services médicaux, tel qu'il appert de l'ouvrage précité de l'IRPP.<sup>9</sup>

En 1994, l'OCDE<sup>10</sup> rapportait que les médecins, hôpitaux et centres de longs séjours privés représentaient 4 % des dépenses totales de santé, et qu'il y avait un secteur hospitalier privé pour soins aigus en émergence, soit avec des contrats de services avec l'État, soit sans contrat de services avec l'État.

En dépit du fait qu'en Suède, contrairement au Canada, les primes d'assurances privées ne sont pas déductibles des impôts, en 1997, le Comité européen des assurances<sup>11</sup> a confirmé cette tendance, lorsqu'il a rapporté un intérêt grandissant des Suédois pour l'assurance privée volontaire, en supplément au régime public d'assurance-maladie.

Néanmoins, à la fin des années 80, la disparition du monopole d'État dans la santé ne fut pas suffisante, en soi, pour apporter un remède au problème des listes d'attente que connaissait ce pays. À cette époque, la Suède avait autorisé la mise sur pied d'hôpitaux privés, en marge du système public, et avait autorisé la conclusion d'ententes de services entre les municipalités, ou les conseils de comté et un hôpital privé. C'est à la suite de ces ententes de services que l'accès aux services de santé s'est trouvé amélioré pour tous, indépendamment du revenu de chacun.

Alors qu'au Québec, la décentralisation vers les régies régionales de la santé ne fut pas vraiment réelle, en ce qu'une régie régionale n'est pas élue au suffrage universel, en Suède la décentralisation s'est faite au bénéfice des municipalités, dont les maires sont élus au suffrage universel et ont, par conséquent, des comptes

à rendre directement à la population. De plus, contrairement au Québec, les conseils de comté sont habilités à prélever un impôt proportionnel sur le revenu des résidents, et ils ont le pouvoir de planifier leurs services de santé, alors qu'au Québec, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (article 431, al. 1 et 2) stipule que le pouvoir de planification est détenu par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les hôpitaux n'ayant aucun pouvoir de prendre des initiatives et ne faisant qu'appliquer les décisions prises par le ministère.

En 1992, les conseils de comté ont établi une règle de garantie de traitement pour réduire le temps d'attente des patients dans les hôpitaux ou les cliniques locales pour certaines catégories de services comme le diagnostic et le traitement des maladies coronariennes, le remplacement des hanches et des genoux, les chirurgies pour la cataracte, etc. Si le patient doit attendre plus de trois mois avant que son hôpital local pratique l'une de ces interventions, le conseil prend les dispositions nécessaires pour la faire pratiquer aux frais de l'État dans un autre hôpital public ou même privé.

En 1995, les auteurs de l'ouvrage publié par l'IRPP<sup>9</sup> ont rapporté que cette politique a eu pour effet de réduire les listes d'attente, principalement pour des interventions chirurgicales, de 27 %.

À propos de la Suède, l'OCDE a notamment rapporté ceci :<sup>12</sup>

*Le nombre d'interventions pratiquées a beaucoup augmenté, et les listes d'attente ont été très notablement raccourcies. Rien n'indique qu'il y ait eu un effet d'éviction, c'est-à-dire que les patients qui souffrent d'autres affections doivent attendre plus longtemps.*

En 1997, à l'occasion d'une conférence spéciale intitulée « *Hôpitaux d'Europe* » (HOPE) réunissant des délégués provenant de 15 000 hôpitaux européens, le représentant suédois et directeur de la « *Federation of County Councils* », Kai Essinger, a mentionné l'initiative de garantie de traitement, instituée par le gouvernement suédois, assurant un patient

d'être opéré en dedans d'un certain délai, ou, à défaut, d'être opéré, aux frais de l'État, dans un hôpital privé, et il a confirmé que cette politique avait permis de contrôler les listes d'attente, au point que toutes les listes d'attente avaient été réduites.

Ainsi, la Suède a traduit dans les actes le souci de promouvoir la liberté de choisir de l'utilisateur, la concurrence entre les prestataires de services de santé et des ententes de services basées sur des critères de performance, le principe de base étant que, pour restaurer la souveraineté de l'utilisateur, l'argent doit suivre le patient.

L'OCDE indique que, dans les pays qui ont introduit des mécanismes de marché et de concurrence, soit à l'intérieur du service public, soit entre le secteur public et le secteur privé, les listes d'attente ont diminué, et parfois de façon importante. À cet égard, l'OCDE rapporte notamment le cas de la Suède,<sup>10</sup> de l'Espagne, de la Norvège et du Royaume-Uni. En 1996, en dépenses totales de santé, ces pays dépensaient moins que le Canada (entre 6 % et 8 % du PIB), tout en ayant un système de santé public universel, comme au Québec.

Par ailleurs, l'OCDE a publié les indicateurs de santé de différents pays, plus précisément les chiffres concernant la « mortalité évitable », c'est-à-dire la mortalité qu'on aurait pu éviter si on avait notamment eu recours aux connaissances médicales. À cet égard, le Royaume-Uni, la Suède et la Norvège obtiennent de meilleurs résultats que le Canada, tout en dépensant moins.<sup>13</sup>

Le Canada est le pays qui dépense le plus, par personne, pour la santé parmi les pays ayant un système national de santé, comme les pays d'Europe du Nord et du Sud, toujours selon l'OCDE.<sup>13</sup>

---

### **Bilan de la politique de l'État en matière de santé**

---

Avant de proposer une nouvelle orientation et des solutions de rechange pour le financement, l'assurance et la prestation des services médicaux et hospitaliers, il

est essentiel d'établir le bilan du système canadien.

### ***Rôle du marché dans les services de santé et d'assurance-maladie***

▮ Les avis divergent quant à l'utilité du marché dans le domaine des soins de santé et d'assurance-maladie. Certains soutiennent que l'on ne saurait monnayer des qualités personnelles telles que la sympathie et la compassion d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé. Pourtant, les patients, en tant que consommateurs, peuvent attribuer à ces qualités une valeur bien différente de celle qui est fixée par le médecin ou le personnel infirmier pour les services rendus. Le même écart peut exister en ce qui concerne la valeur attribuée de part et d'autre aux compétences du praticien. De la même façon, la valeur attribuée par l'assureur ou l'organisme de soins intégrés à un ensemble de services d'assurance-maladie peut être fort différente de la valeur perçue par le patient. Ici encore, les mécanismes du marché sont les meilleures sources d'indices et d'information pour aider les parties à réconcilier leurs intérêts et leurs besoins.

Il est remarquable que le Canada soit le seul pays de l'OCDE où l'on interdit aux services de santé privés de faire concurrence aux services publics en proposant des solutions de rechange. Exception faite du Royaume-Uni, la plupart des pays européens n'éprouvent aucun problème grave au chapitre des listes d'attente dans les hôpitaux.<sup>14</sup>

### ***D'autres pays de l'OCDE tolèrent les services de santé parallèles et la concurrence***

▮ L'expérience de l'OCDE, par ailleurs, montre que les services de santé et d'assurance-maladie, comme la plupart des autres services personnels, peuvent être dispensés avec succès dans un marché où consommateurs et prestataires bénéficient des mécanismes de concurrence.

En fait, la concurrence par les prix, la qualité et la commodité est un moyen de répartir des ressources limitées.

### ***L'absence de mécanismes de marché prive le consommateur et le fournisseur de la découverte***

► En éliminant le marché des soins de santé et d'assurance-maladie, l'État a privé les patients, les médecins, les hôpitaux et les assureurs, les uns à titre de consommateurs et les autres, de prestataires, de la découverte à laquelle donne lieu un libre marché.<sup>15</sup> Le marché, avec ses indices de prix, de qualité et de commodité, apporte satisfaction ou déception aux consommateurs. Ceux-ci réagissent en restant loyaux envers le prestataire de services ou en cherchant à le remplacer. Cette réaction informe le prestataire sur la perception du consommateur quant à la valeur, à la qualité, à la commodité et à l'utilité du service. Cela permet aussi au prestataire d'apporter des correctifs dans ces domaines ou d'améliorer ses compétences afin d'attirer et de retenir la clientèle.

### ***Le patient, en tant que consommateur, connaît mieux que quiconque ses besoins***

► Ce sont les patients qui connaissent le mieux leurs besoins et préférences, comme consommateurs de services médicaux, hospitaliers, diagnostiques et d'assurance. Dans bien des cas, un professionnel de la santé ou un agent d'assurance peuvent aider le patient à cerner ses besoins et préférences et peuvent le conseiller en conséquence. La plupart des services médicaux, hospitaliers et diagnostiques sont couverts par un genre quelconque d'assurance-maladie. Dans le secteur privé, la plupart des décisions économiques se prennent au moment où la personne achète un ensemble de services d'assurance-maladie. Il s'agit alors d'une police d'assurance conventionnelle, en vertu de laquelle on rembourse le patient, ou encore de l'adhésion au régime d'un organisme de soins

de santé intégrés (que l'on appelle couramment un *HMO*). Celui-ci veille à tous les besoins médicaux et hospitaliers du patient, d'une façon assez similaire à celle de l'assurance-maladie canadienne d'aujourd'hui.

Le mécanisme du marché permet aux assurés comme aux assureurs de découvrir de l'information sur les prix, l'accès, la qualité des soins et la commodité des hôpitaux, cliniques et bureaux de médecin. Cette information, qui s'ajoute à d'autres données plus abstraites et à peine comprises, accroît l'ensemble des connaissances de l'assuré et de l'assureur, ce qui leur permet de prendre de meilleures décisions en matière de garanties d'assurance. La nature concurrentielle du marché tend à maintenir l'attrait, pour le consommateur, des prix, de la qualité et de l'accessibilité des services médicaux et hospitaliers.<sup>16</sup>

### ***Aux États-Unis, les assurés jouissent d'un accès immédiat aux services alors qu'au Canada, ils attendent***

► Malgré la difficulté que l'on a à résoudre le problème des personnes non assurées aux États-Unis, l'examen de la population assurée révèle un marché concurrentiel dynamique dans le domaine des services de santé privés, et l'assurance facilite l'accès immédiat à des services de diagnostic et de traitement de grande qualité. Au Canada, en revanche, le marché concurrentiel privé des services médicaux et hospitaliers est pratiquement interdit. Les patients assurés par le régime public souffrent, dans bien des cas, des longues listes d'attentes et du piètre état de l'équipement.<sup>17</sup>

### ***Le bilan de l'assurance-maladie au Canada : orienter la politique de la santé dans une nouvelle direction***

► Avant de proposer une nouvelle orientation et de nouvelles solutions de rechange pour les systèmes de santé du Québec et du Canada, nous devrions

nous assurer que nous comprenons le bilan des trente ans de monopole de la santé financé par les fonds publics. Comme nous l'avons fait remarquer précédemment, il est malheureux que les Canadiens aient vu restreindre leur possibilité d'apprentissage d'un système de santé privé parallèle. Cela s'explique par le fait que la loi québécoise interdit expressément depuis 1970 les solutions de rechange venant du secteur privé en matière d'assurance-maladie et de prestation des soins, qui sont aussi pratiquement prohibées dans le reste du Canada par la *Loi canadienne sur la santé* de 1984. Or, ce sont justement ces solutions de rechange qui auraient normalement permis de mettre à l'essai de nouveaux modes de financement, d'assurance et de

prestation des services de santé. Aucun autre pays de l'OCDE n'a eu de telles prohibitions contre l'étude et l'évaluation de modèles alternatifs de financement du système de santé.

Malgré ces restrictions, l'expérience canadienne a été riche en leçons à propos des conséquences des lois fédérales et provinciales actuelles sur les patients, les hôpitaux, les médecins et les autres professionnels de la santé.

Bien que plusieurs opinions se fassent entendre sur les meilleures orientations à prendre, on perçoit un fort courant de l'opinion publique en faveur d'un virage majeur pour corriger les problèmes du système de santé et d'assurance-maladie au Canada.

## Chapitre 2

# Le choix privé universel: une vision de la santé offrant la qualité, l'accès et le choix à tous les Canadiens

### *Principes directeurs de la nouvelle approche*

**N**ous présentons ici une nouvelle approche pour le financement, l'assurance et la prestation des services de santé au Québec ainsi que dans les autres provinces et territoires.

Les principes directeurs de cette nouvelle orientation et du projet, que nous appellerons le choix privé universel (CPU), sont les suivants :

**1.** Les services médicaux, hospitaliers et d'assurance peuvent être fournis à l'intérieur d'un marché concurrentiel où les consommateurs et prestataires de soins bénéficient de la découverte de renseignements exclusifs issus des mécanismes du marché.

**2.** Dans une société libre et tolérante, on laisse souvent les particuliers et leurs familles prendre en privé des décisions vitales qui concernent leurs intérêts personnels et leur santé, plutôt que de confier ces décisions à des entités publiques, qu'il s'agisse d'appareils bureaucratiques ou politiques. Et cela n'empêche nullement l'État de financer les soins de santé sous diverses formes.

**3.** L'État compromet la liberté individuelle lorsqu'il tente de résoudre les problèmes du système de santé (p. ex., le manque de médecins en région) par des lois et règlements à courte vue, qui imposent des contingentements régionaux et pénalisent les jeunes médecins des grands centres urbains plutôt que de respecter le principe d'égalité des particuliers devant la loi.<sup>18</sup>

**4.** Dans tout système de santé, on devrait respecter le droit des particuliers de faire des choix et de prendre des responsabilités.

**5.** Tous les résidents du Canada devraient avoir accès à un ensemble de services médicaux, hospitaliers et diagnostiques payés d'avance par l'État. Les patients dont les revenus dépassent un certain seuil pourraient avoir à payer une partie des dépenses, selon une échelle de revenus progressive mais plafonnée.

**6.** Les consommateurs et prestataires de soins de santé du Canada devraient avoir le choix de l'institution, du mode de prestation (type et lieu de pratique) et des modalités de financement des soins de santé.<sup>19</sup>

**L**es personnes ayant renoncé au régime public seraient quand même obligées d'y contribuer par leurs impôts ou par des primes.

**7.** Les résidents devraient être en mesure de renoncer aux avantages fournis par les régimes d'assurance-maladie étatisés, soit en bloc soit de manière sélective, c'est-à-dire en se désistant de certains avantages du régime public comme les services hospitaliers, les consultations chez le médecin, les analyses de laboratoire et les médicaments. Ils recevraient en contrepartie un crédit d'impôt remboursable ou un bon d'échange dont la valeur correspondrait au budget par tête moyen du régime d'État, pour chaque volet. Ce crédit d'impôt remboursable, ou bon d'échange, servirait seulement à l'achat d'une assurance-maladie privée,



**D**epuis le début de l'expérience de l'assurance-maladie, il y a 30 ans, les Canadiens ont été privés de toute expérience personnelle du marché concurrentiel des services de santé et d'assurance-maladie, ce qui les a empêchés de faire des comparaisons entre le prix et la valeur des services reçus.

d'un régime d'épargne-santé combiné à une assurance pour maladie invalidante ou d'un autre régime de soins fournissant, à tout le moins, des services essentiels correspondant à ceux du régime d'assurance-maladie public. Les personnes ayant renoncé au régime public seraient quand même obligées d'y contribuer par leurs impôts ou par des primes.

**8.** Pour que les particuliers puissent faire des choix informés entre les diverses assurances-maladie et les régimes d'épargne-santé ou autres, ils devraient recevoir des renseignements adéquats concernant les avantages respectifs de ces régimes, leurs désavantages et leur prix. Depuis le début de l'expérience de l'assurance-maladie, il y a 30 ans, les Canadiens ont été privés de toute expérience personnelle du marché concurrentiel des services de santé et d'assurance-maladie, ce qui les a empêchés de faire des comparaisons entre le prix et la valeur des services reçus. L'ouverture au libre-choix devrait rendre disponible sur le marché cette précieuse information et inculquer une meilleure discipline à la plupart des services médicaux non urgents, hospitaliers et d'assurance-maladie. (Voir l'alinéa 1, ci-dessus.)

**E**n raison de la nature spéciale des soins de longue durée, le système de choix privé universel ne s'appliquerait pas aux soins chroniques prodigués aux personnes âgées, aux personnes vivant avec des maladies psychiatriques et aux personnes atteintes de handicaps physiques ou mentaux.

Il importe donc de permettre l'établissement, à titre facultatif, de groupes d'achat régis par les membres ou de coopératives de consommateurs. Ces organismes seraient indépendants des assureurs gouvernementaux et privés. Ils pourraient être financés par des associations de travailleurs, des organisations

professionnelles ou des groupes régionaux d'au moins 10 000 membres chacun. Ces organismes fourniraient tous les renseignements et conseils nécessaires aux consommateurs à propos des divers types d'assurance-maladie et de régimes de santé offerts. Chaque année, ils lanceraient, parmi tous les assureurs ou régimes de soins, un appel d'offres sur un ensemble normalisé de services de base. Cet appel d'offres donnerait libre cours à la concurrence des prix et permettrait de faire des comparaisons pertinentes sur les rapports services-prix. C'est là un aspect essentiel du principe de concurrence contrôlée, promu par Alain Enthoven<sup>20</sup> aux États-Unis et en Europe. Ce principe permet aux consommateurs de services de santé de tirer le meilleur parti possible du marché grâce à une meilleure information. Les consommateurs et les prestataires de services devraient être encouragés, mais non forcés, à former des associations de cette nature, pour l'achat collectif et la prestation collective de services de santé et d'assurance-maladie, si les avantages de qualité, de prix, d'accessibilité et de libre choix peuvent ainsi être renforcés.

**9.** En raison de la nature spéciale des soins de longue durée, le système de choix privé universel ne s'appliquerait pas aux soins chroniques prodigués aux personnes âgées, aux personnes vivant avec des maladies psychiatriques et aux personnes atteintes de handicaps physiques ou mentaux. Ces personnes, ainsi que de nombreux services communautaires, bénéficieraient encore du financement privé et gouvernemental.

---

### La notion de choix privé universel

---

#### *Accessibilité universelle*

► Le choix privé universel que nous proposons, en nous appuyant sur les principes ci-dessus, a pour objet de fournir à tous les Canadiens des soins de santé accessibles et de qualité, tout en préservant la liberté de choix. C'est une nouvelle

orientation dans le financement, l'assurance et la prestation des services médicaux et hospitaliers. L'objectif de cette politique est de garantir que l'on ne refusera à personne l'accès aux services médicaux et hospitaliers essentiels en raison de difficultés financières.

### ***Libre choix du patient, concurrence par les prix, enveloppe budgétaire attachée au patient***

► Cette proposition conserve certaines caractéristiques utiles de l'assurance-maladie actuelle et en ajoute d'autres, qui visent à corriger les lacunes constatées pendant les trois décennies de monopole de l'État. Les éléments clés qui font défaut au système canadien actuel sont la concurrence par les prix et l'ouverture du marché au libre choix. La présente proposition intègre ces éléments parmi d'autres.

Le choix privé universel s'appuie en grande partie sur les travaux d'Alain Enthoven,<sup>20</sup> John Goodman et Gerald Musgrave,<sup>21</sup> David C. Green,<sup>22</sup> Friedrich Hayek,<sup>23</sup> Arthur Seldon<sup>24</sup>, ainsi que sur le rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé au Canada<sup>25</sup> de l'Association médicale canadienne, et bien d'autres.

### ***Création d'un environnement libre propice à l'initiative et à l'innovation, référendum sur les soins de santé***

► Cette proposition ne contient aucun plan détaillé pour la mise en œuvre et le fonctionnement d'un nombre inconnu de modalités de prestation et de financement qui existent déjà ou qui restent à découvrir. Elle avance plutôt les principes et les orientations générales d'une réforme qui créera un environnement mieux adapté aux besoins des patients. Elle facilitera l'émergence de nouvelles modalités d'assurance-maladie et de prestation de soins, lesquelles seront choisies volontairement par un référendum populaire au lieu d'être imposées.

**L**es éléments clés qui font défaut au système canadien actuel sont la concurrence par les prix et l'ouverture du marché au libre choix.

### ***Le choix privé universel est un modèle de financement de la santé basé sur la souveraineté des consommateurs***

► Le choix privé universel est à l'exemple des modèles de choix personnel et de souveraineté des consommateurs décrits dans le rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé au Canada<sup>25</sup>. Cette solution de rechange suit le mouvement économique et politique mondial d'abandon des principes de planification et de contrôle centralisés de l'économie.

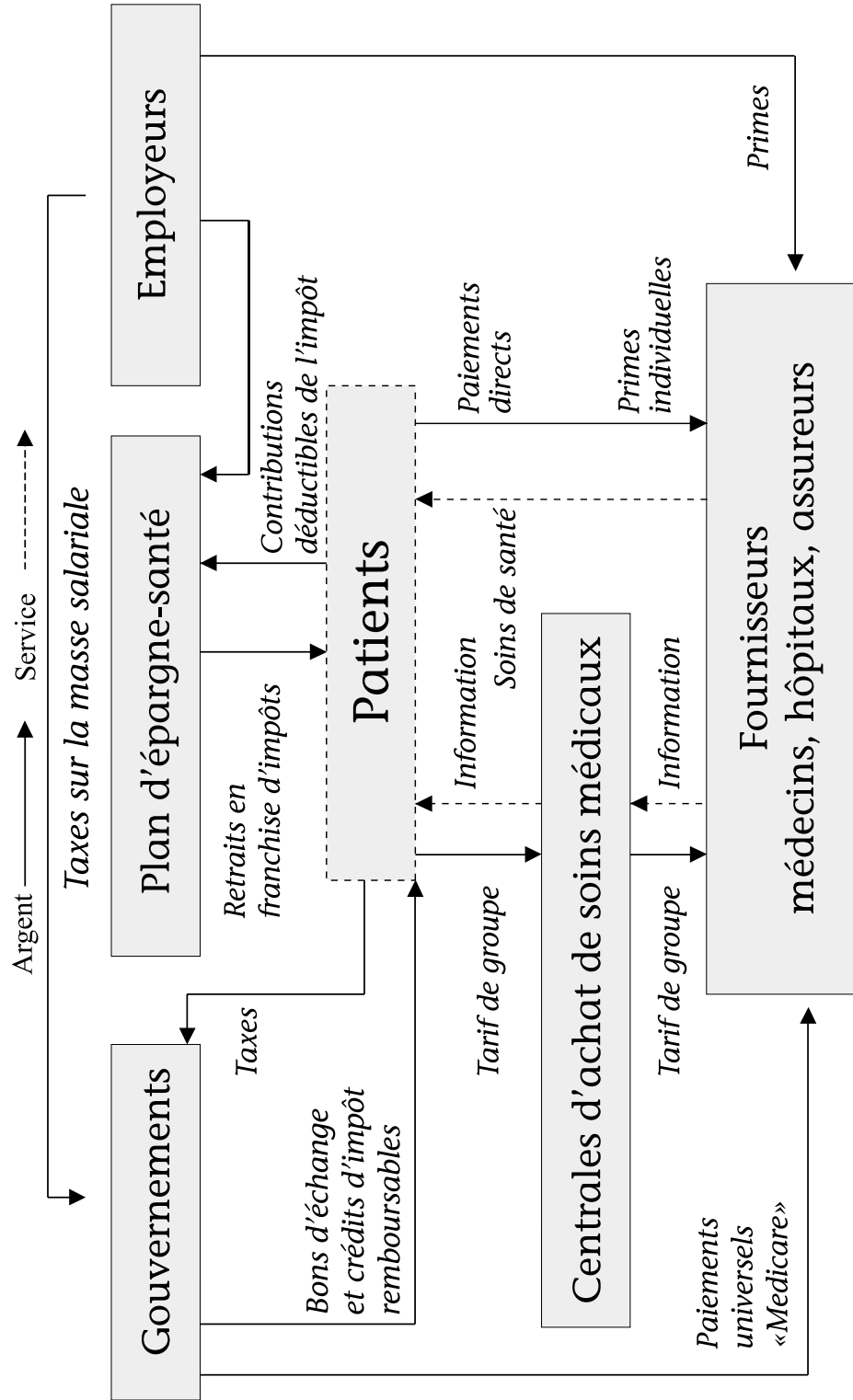
Le CPU repose sur l'hypothèse que, dans un proche avenir, on révisera les lois qui interdisent en ce moment la concurrence de la part des assureurs privés — lois qui restreignent la liberté individuelle des patients et des médecins en matière de contrats privés et qui affaiblissent les responsabilités personnelles et familiales en matière de soins de santé.

### ***Autorisation des régimes d'assurance-maladie et de soins de santé de types commercial ou privé sans but lucratif***

► Le CPU permettra l'émergence d'assurances-maladie privées (aussi bien commerciales que sans but lucratif) et encouragera une évolution vers des modalités de prestation de soins supérieures, que l'on pourra découvrir dans un marché compétitif.

**L**e choix privé universel que nous proposons, en nous appuyant sur les principes ci-dessus, a pour objet de fournir à tous les Canadiens des soins de santé accessibles et de qualité, tout en préservant la liberté de choix.

## Choix privé universel avec plans d'épargne santé et centrales d'achat de soins médicaux



## Comment fonctionnera le choix privé universel ?

### *Intervenants dans le système de choix privé universel*

(voir le diagramme ci-dessus)

- Le système de choix privé universel repose sur quatre groupes d'intervenants, chacun ayant ses propres motifs pour contribuer à la réussite du système. Voici comment se répartissent ces groupes d'intervenants :
- **Groupes facultatifs d'achat de services de santé**
  - ▷ défenseurs des droits des patients, négociateurs et acheteurs pour le compte des patients
- **Patients**
- **Prestateurs de services**
  - ▷ médecins et autres professionnels
  - ▷ assureurs ou sociétés de réassurance
  - ▷ regroupements de prestataires de services — groupes de médecins, hôpitaux, cliniques, laboratoires et pharmacies
    - ▶ alliances entre médecins et hôpitaux, organismes de gestion des soins, concurrence dirigée, organisations de soins de santé intégrés (HMO) et organismes dispensateurs de services à tarifs préférentiels (PPO)
    - ▶ assureurs associés à des professionnels de la santé
- **Bailleurs de fonds**
  - ▷ État (crédits d'impôt remboursables, bons d'échange, prestations d'assurance-maladie)
  - ▷ patients (épargnes personnelles, régimes d'épargne médicale, dépenses directes)
  - ▷ employeurs (taxes sur la masse salariale et primes des régimes d'assurance des employés)
  - ▷ assureurs (remboursements des dépenses de santé aux patients ou aux prestataires de services)

**P**our éviter que des personnes se fassent refuser l'assurance-santé en raison d'une maladie existante ou d'un facteur de risque connu, le groupe d'achat de services de santé local ouvrirait chaque année une longue période de souscription dépourvue de restrictions à l'admission.

### *Les groupes facultatifs d'achat de services de santé (HPA)*

● Certains ont soutenu que les consommateurs de services de santé et d'assurance-maladie n'avaient pas accès à des renseignements suffisants pour prendre des décisions avisées au milieu d'un marché concurrentiel. Enthoven, qui a conçu le principe de concurrence dirigée en matière de soins de santé, recommande la création d'organismes non gouvernementaux ou de coopératives d'achat des services de santé, qui auraient pour tâche de négocier, au nom des patients, avec les régimes de soins et assureurs concurrents, à titre d'agents, de négociateurs et d'éducateurs<sup>20</sup>. Dans un régime de choix privé universel, le recours à un pareil organisme serait facultatif, ce qui accorderait un maximum de souplesse aux consommateurs pour concevoir toutes sortes de modalités collectives d'achats de services.

Les groupes d'achat de services de santé lanceraient des appels d'offres auprès de tous les assureurs pour au moins un ensemble normalisé de services de santé essentiels. Cela permettrait à la concurrence par les prix de s'exercer sur un ensemble de produits comparables et aiderait ainsi les consommateurs à prendre des décisions avisées. Chaque groupe d'achat, après avoir bien informé ses consommateurs (les patients), conclurait les transactions avec des services de santé ou des assureurs au nom de ses adhérents. Le pouvoir d'achat du groupe en ferait un défenseur efficace du consommateur.

Le groupe d'achat de services de santé, à la demande d'un consommateur, pourrait recevoir indirectement des gouvernements les crédits d'impôt remboursables destinés à l'assurance-maladie ou

**L**e financement viendrait d'une combinaison de sources publique et privée. Le financement actuel de l'assurance-maladie serait maintenu. Les régimes financés par les employeurs pourraient être préservés, mais les employés choisiraient les régimes auxquels les employeurs versent leur cotisation. Les mesures fiscales ou subsides de l'État servant à responsabiliser les particuliers comprendraient des crédits d'impôt remboursables, des déductions fiscales et des bons d'échange, tout dépendant des préférences et capacités financières de chaque personne.

au régime de soins. L'organisme pourrait aussi recevoir de l'État des bons d'échange dont le montant correspondrait aux dépenses de santé annuelles par personne à l'intérieur de la province, lesquelles seraient remboursées aux consommateurs ayant exercé leur droit de retrait du régime public d'assurance-maladie. Ce droit de retrait avec compensation pourrait être exercé en bloc ou partiellement, le consommateur étant autorisé à se désister sélectivement des services hospitaliers, médicaux, pharmaceutiques ou diagnostiques du régime public.

**L**es particuliers et les familles dont le revenu arrive en deçà d'un certain seuil recevraient un subside de l'État couvrant intégralement les services de santé essentiels.

L'État remettrait d'autres bons d'échange aux patients pour qu'ils puissent se procurer certains services de santé sans passer par le régime public lorsque les files d'attente sont trop longues, quand les délais d'accès aux hôpitaux gouvernementaux deviennent déraisonnables, etc. Le groupe d'achat interviendrait aussi au nom des consommateurs pour faire corriger les lacunes des services et pour suggérer des améliorations. Toutefois, l'organisme ne vendrait pas lui-même de régimes d'assurance ou de soins.

Pour éviter que des personnes se fassent refuser l'assurance-santé en raison d'une maladie existante ou d'un facteur de risque connu, le groupe d'achat de services de santé local ouvrirait chaque année une longue période de

souscription dépourvue de restrictions à l'admission. Pendant cette période, tous pourraient recevoir de l'information et s'inscrire à leur régime de soins de santé pour l'année à venir ou en changer.

On pratiquerait généralement la tarification sans distinction, formule selon laquelle tous paient des primes d'un montant égal. Toutefois, si un groupe d'achat de services de santé constatait une hausse des coûts anormale au sein d'un segment particulier de sa clientèle, il pourrait alors négocier des tarifs différentiels, basés sur des critères démographiques. Évidemment, l'organisme risquerait alors de perdre une partie de ses membres au profit d'un organisme concurrent, et la discipline du marché s'exercerait ainsi en faveur des consommateurs.

### *Les patients*

► L'individu ou la famille achète, directement ou par l'entremise d'un groupe d'achat, une assurance-maladie conventionnelle remboursant en tout ou en partie le coût des services médicaux, hospitaliers, diagnostiques ou pharmaceutiques — ou un autre régime de soins qui assure et procure ces mêmes services.

### *Les prestataires de services*

► Les prestataires de services peuvent être des personnes ou entités distinctes comme les médecins, hôpitaux, cliniques, laboratoires, pharmacies, etc. Ils peuvent conclure des contrats avec les assureurs, les organismes de soins gérés et les groupes de concurrence dirigée. Ils peuvent aussi pratiquer sans contrat et facturer leurs patients à l'acte ou sur la base d'honoraires par personne. Les assureurs pourront vendre des assurances conventionnelles, qui rembourseront une partie des dépenses médicales ou d'hospitalisation, laissant à l'assuré le soin de régler une franchise, souvent fixée à 20 %.

Les prestataires de soins pourront aussi se regrouper pour former une organisation de soins de santé intégrés (HMO), un organisme dispensateur de services à tarifs préférentiels (PPO) ou une alliance entre des médecins et un hôpital.

Ces regroupements peuvent prendre diverses formes. On y trouve habituellement des médecins, des hôpitaux, des cliniques, des laboratoires et des assureurs. Certains regroupements négocient un contrat avec un assureur pour établir une grille de tarifs réduits ou fixer des montants de franchise devant être réglés par les patients.

Les organismes dispensateurs à tarifs préférentiels procurent des soins médicaux à prix réduit en vertu de contrats établis avec des médecins pratiquant seuls ou en groupe à l'extérieur d'un organisme de soins de santé intégrés.

D'autres médecins pourront s'intéresser à un système de marché interne, au sein du système étatique, formule que l'on appelle en Grande-Bretagne le « *GP fundholding* », c'est-à-dire le système d'enveloppe budgétaire. Dans ce cas, l'État attribue une enveloppe budgétaire annuelle par personne ou un bon d'échange à un patient inscrit auprès d'un groupe de médecins détenteurs d'enveloppes budgétaires ou auprès d'un organisme médical visé. Le personnel de cet organisme soigne le patient et lui procure tous les services additionnels nécessaires, notamment les consultations auprès de spécialistes, les diagnostics et les services hospitaliers<sup>26</sup>.

### *Les bailleurs de fonds*

► Parmi les bailleurs de fonds, on peut compter l'État, qui verse des prestations d'assurance-maladie aux prestataires — comme dans le système canadien actuel — ou qui peut remettre des crédits d'impôt remboursables ou des bons d'échange d'une valeur égale aux dépenses annuelles de santé par personne à l'intérieur de la province ou du Canada. Parmi les autres bailleurs de fonds, on compte les employeurs, qui contribuent au financement de l'assurance-maladie gouvernementale par le biais de taxes sur la masse salariale ou encore à des régimes d'assurance privés et des régimes d'épargne-santé des employés. On compte enfin les sociétés d'assurances, les régimes d'épargne-santé et les patients eux-mêmes, qui peuvent payer directement les prestataires.

---

## **Financement pluraliste et assurance pour tous les Canadiens : enveloppe budgétaire liée au consommateur et service toujours axé sur les besoins du patient**

---

### *Variété, options et choix en matière d'assurance-maladie, de régimes d'épargne médicale, de soins gérés et de concurrence dirigée*

► Tous les particuliers et leurs familles seraient habilités par diverses mesures fiscales et subsides gouvernementaux, ainsi que par leurs économies personnelles, à se procurer une assurance payée d'avance pour des services médicaux et hospitaliers essentiels pouvant être fournis par divers régimes de soins. Ces régimes pourraient comprendre l'assurance-maladie conventionnelle, avec indemnités, les régimes ou comptes d'épargne médicale, les régimes de soins gérés ou de concurrence dirigée, etc. On pourrait choisir parmi de nombreux régimes facultatifs, au-delà du régime de base, mais ces régimes supplémentaires seraient principalement financés par le consommateur et jouiraient de moins de subsides de l'État.

**P**our se prémunir contre le risque de sous-assurance, tous les assureurs et régimes de santé seraient obligés d'inclure dans leurs divers régimes un ensemble normalisé de services essentiels et une assurance pour les maladies invalidantes.

### *Financement mixte de sources publique et privée, crédits fiscaux remboursables et régime d'épargne-santé*

► Le financement viendrait d'une combinaison de sources publique et privée. Le financement actuel de l'assurance-maladie serait maintenu. Les régimes financés

**L**es particuliers dont le revenu est inférieur au seuil de revenu imposable auraient aussi le privilège de se retirer du régime et de recevoir une pleine compensation pour acheter ailleurs des services similaires, un régime d'épargne-santé ou une assurance-maladie privée.

par les employeurs pourraient être préservés, mais les employés choisiraient les régimes auxquels les employeurs versent leur cotisation. Les mesures fiscales ou subsides de l'État servant à responsabiliser les particuliers comprendraient des crédits d'impôt remboursables, des réductions fiscales et des bons d'échange, tout dépendant des préférences et capacités financières de chaque personne.

***Les personnes à faible revenu auraient droit à un subside gouvernemental complet pour les services essentiels et l'assurance pour les maladies invalidantes***

▮ Les particuliers et les familles dont le revenu arrive en deçà d'un certain seuil recevraient un subside de l'État couvrant intégralement les services de santé essentiels. Ce subside prendrait la forme d'un crédit d'impôt remboursable, crédité une fois l'an ou une fois par mois au groupe d'achat ou au consommateur. Pour se prémunir contre le risque de sous-assurance, tous les assureurs et régimes de santé seraient obligés d'inclure dans leurs divers régimes un ensemble normalisé de services essentiels et une assurance pour les maladies invalidantes.

***L'assurance-maladie publique serait maintenue comme un service de base dont on pourrait refuser les services, mais auquel tous continueraient de contribuer***

▮ Le régime public d'assurance-maladie actuel, basé sur la fiscalité, serait maintenu sous une forme modifiée, pour assurer les services essentiels qui se sont avérés économiques et utiles. Il s'ajouterait aux nombreux forfaits de base proposés sur

le marché et demeurerait universellement disponible. Toutefois, les particuliers auraient un droit de retrait avec compensation, à l'égard des services hospitaliers, médicaux, diagnostiques ou pharmaceutiques. Les particuliers ayant ainsi renoncé au régime public recevraient une contrepartie correspondant à l'enveloppe budgétaire consacrée à ces services par l'État, en moyenne, pour chaque personne. Ce remboursement pourrait prendre la forme d'un bon d'échange, d'un crédit d'impôt remboursable ou d'un autre instrument financier équivalent. Celui-ci devrait obligatoirement servir à l'achat de services de santé du même type ou d'une assurance-maladie privée, d'un régime d'épargne-santé, d'un régime de soins gérés ou de concurrence dirigée, etc. Les consommateurs n'auraient pas le droit de se soustraire à leurs obligations de contribution fiscale ou d'achat de primes d'assurance.

Les particuliers n'ayant pas renoncé au régime d'État pourraient quand même acheter une assurance-maladie privée et s'en servir, au besoin, comme solution de rechange à l'assurance-maladie publique. Les Européens ont surnommé cette pratique le *doublon*.

***Les personnes à faible revenu pourraient renoncer à l'assurance-maladie publique et choisir un régime privé de base avec pleine compensation***

▮ Les particuliers dont le revenu est inférieur au seuil de revenu imposable auraient aussi le privilège de se retirer du régime et de recevoir une pleine compensation pour acheter ailleurs des services similaires, un régime d'épargne-santé ou une assurance-maladie privée. Le bon d'échange ou crédit d'impôt remboursable garantirait toujours l'achat d'un régime d'assurance de base.

Les particuliers qui continueraient de souscrire à l'assurance-maladie d'État pourraient aussi obtenir un bon d'échange pour aller se faire traiter ailleurs si les délais d'attente devenaient déraisonnables.

### *Des régimes d'épargne-santé associés à une assurance obligatoire contre les maladies invalidantes : un principe similaire à celui des REÉR canadiens*

► Pour promouvoir la responsabilité individuelle et familiale dans le financement des dépenses de santé ordinaires, le CPU encouragerait les citoyens à utiliser des comptes ou régimes d'épargne-santé procurant une exemption fiscale similaire à celle du Régime enregistré d'épargne retraite (REÉR). Les cotisations venant des particuliers, des crédits d'impôt remboursables, des bons d'échange, des employés et des employeurs, seraient plafonnées, disons, à 3 000 \$ ou 4 000 \$ par année. Les cotisations au régime d'épargne-santé se trouvant en deçà du maximum admissible seraient déductibles du revenu imposable comme les cotisations au REÉR. Chacun pourrait aussi verser des cotisations supplémentaires d'un montant illimité, mais celles-ci ne donneraient droit à aucune exemption fiscale additionnelle.

Le régime ou compte d'épargne-santé appartiendrait aux particuliers et serait géré par une institution financière, une société d'assurance, une société de placements, un syndicat, une association professionnelle, etc. Ce régime d'épargne-santé devrait obligatoirement être accompagné d'une assurance pour les maladies invalidantes, elle-même assortie d'une haute franchise et vendue contre une faible prime.

L'épargnant recevrait une carte de débit de l'institution financière et s'en servirait pour payer les services de santé à mesure qu'il les recevrait, comme il le fait avec la carte d'assurance-maladie actuelle. Si la prime du régime d'assurance-maladie invalidante était supérieure au crédit d'impôt remboursable ou au bon d'échange du gouvernement, le particulier réglerait la différence en débitant son compte au régime d'épargne-santé. Il pourrait aussi acheter une assurance complémentaire privée pour couvrir ce risque. Les particuliers dont le re-

venu est inférieur à un certain seuil recevraient un crédit d'impôt remboursable suffisant à l'achat d'un régime d'épargne-santé et d'une assurance pour maladie invalidante.

Le régime d'épargne-santé pourrait servir à payer les dépenses de santé ordinaires jusqu'à un maximum hypothétique de 2 000 \$ par an, après quoi un régime obligatoire d'assurance-maladie invalidante assortie d'une haute franchise couvrirait le reste des dépenses médicales et d'hospitalisation. Les économies inutilisées s'accumuleraient à l'abri du fisc et pourraient servir, après la retraite, à régler les primes d'une assurance-maladie assortie d'une haute franchise si le particulier préférerait alors une assurance privée. Advenant que le particulier préfère utiliser les fonds à des fins autres que le règlement des dépenses de santé, les sommes retirées du régime seraient imposées, et une pénalité de 10 % s'appliquerait à la somme ainsi retirée. Les fonds accumulés dans un régime d'épargne-santé pourraient aussi être virés sans imposition au REÉR.<sup>21, 27, 28</sup>

**L**e régime public d'assurance-maladie actuel, basé sur la fiscalité, serait maintenu sous une forme modifiée, pour assurer les services essentiels qui se sont avérés économiques et utiles.

### *Récapitulation*

► Le système de choix privé universel s'appuie sur le principe voulant que les patients, médecins, hôpitaux, assureurs et autres prestataires de soins doivent être libérés des lois coercitives, qui restreignent gravement l'accès à l'assurance-maladie privée ainsi qu'à des services médicaux privés dans les hôpitaux<sup>29</sup>.

Ce système donne libre cours à la capacité d'innovation et de concurrence de tous les intervenants du domaine de la santé.

Il met fin au monopole de l'État sur la planification et la coordination de la majorité des services de santé et met à



profit le mécanisme de la concurrence et la planification personnelle.

Il remet le pouvoir d'achat entre les mains des consommateurs de services de santé — riches et pauvres — et encourage les patients à faire des choix éclairés entre les diverses options d'assurance-maladie.

Enfin, ce régime permet de passer volontairement d'une situation de prédominance de l'État dans le financement de la santé à une approche pluraliste de financement, d'assurance, de paiement et de prestation, où l'essentiel du contrôle serait donné aux patients.

### Chapitre 3

## Le passage du monopole d'État au choix privé

### *Proposition d'un référendum sur la réforme du système de santé*

**V**u que l'évolution du système de santé canadien revêt une grande importance, nous proposons, comme option, la tenue d'un référendum provincial ou national permettant aux citoyens de répondre *oui* ou *non* à la question suivante : *Désirez-vous que l'État cesse d'être le seul à payer pour les services délivrés par les médecins, et qu'il retourne à chaque citoyen une partie de sa quote-part pour ses dépenses de santé, permettant à chacun, à chaque fois, de choisir de s'adresser au secteur public ou au secteur privé, tout en garantissant, à même l'impôt général, l'accès aux services de santé pour tous ?*

### *Si la réponse majoritaire est un non, le problème de monopole actuel subsistera*

▶ Advenant une défaite de ce référendum, le *statu quo* subsistera, et toute réforme devra se faire à l'intérieur des paramètres imposés par la loi actuelle. Une augmentation du financement consacré au système actuel, en l'absence d'une réforme structurelle importante, risque d'être insuffisante.

### *Si la proposition est adoptée, le choix privé universel serait l'une des options à l'essai*

▶ Dans le cas d'un *oui* à ce référendum, la solution du choix privé universel figurerait parmi les options mises à l'essai sous forme de projet pilote pendant une période probatoire que l'on pourrait fixer à cinq ans. À l'issue de cette période, on dresserait un bilan pour voir si le régime répond aux besoins et aux attentes des consommateurs.

### *Une transition graduelle du monopole à la concurrence*

▶ Advenant que les citoyens décident d'apporter des changements fondamentaux au système de santé, on entrepren-

dra une transition graduelle et volontaire du système d'assurance d'État, principalement basé sur la fiscalité, à un système mixte d'assurances essentiellement privées avec des niveaux progressifs de financement public et privé. L'intensité et le rythme de cette transition vers un système privatisé, accessible à tous, dépendront de l'intérêt marqué à son égard et de la satisfaction des patients qui se seront retirés du régime public pour adopter un régime privé. Les facteurs décisifs seront alors l'accessibilité immédiate à des services médicaux, hospitaliers, diagnostiques et ambulatoires spécialisés de grande qualité. Cela comprendra les services médicaux d'urgence fournis à domicile ou dans les endroits publics. Le régime public d'assurance-maladie sera maintenu, avec les réformes qui s'imposent, pour soigner les personnes qui préfèrent ce régime. Celles qui s'en retireront continueront d'y contribuer par

**D**ésirez-vous que l'État cesse d'être le seul à payer pour les services délivrés par les médecins, et qu'il retourne à chaque citoyen une partie de sa quote-part pour ses dépenses de santé, permettant à chacun, à chaque fois, de choisir de s'adresser au secteur public ou au secteur privé, tout en garantissant, à même l'impôt général, l'accès aux services de santé pour tous ?

**L**es hôpitaux universitaires jouiront d'un statut particulier en raison de leur rôle didactique ; il est probable que ces hôpitaux recevront davantage de soutien financier de la part de l'État et des œuvres humanitaires.

leurs impôts et investiront par ailleurs dans un régime personnel d'épargne-santé. L'assurance-maladie d'État pourra demeurer l'une des options d'assurance pour maladie invalidante, à condition que l'assuré verse la prime nécessaire.

### ***Régime d'épargne médicale, crédit d'impôt remboursable, bon d'échange***

► Initialement, tous ceux qui se retirent de l'assurance-maladie recevront un bon d'échange ou un instrument financier équivalent — un crédit d'impôt remboursable, par exemple — correspondant aux dépenses annuelles par personne du régime de santé public. À titre d'exemple, on estime que ces dépenses s'élevaient à 2 815 \$ en 1999.<sup>30</sup> Cette somme compensatoire pourrait seulement servir à l'achat d'une assurance-maladie privée, d'un régime du type soins gérés ou concurrence dirigée — ou encore d'un régime d'épargne-santé accompagné d'une assurance obligatoire pour les maladies invalidantes, laquelle sera assortie d'une haute franchise et vendue pour une faible prime.

Peu à peu, les particuliers assumeront une responsabilité financière croissante en matière d'assurance-maladie. Ils pourront choisir un régime en milieu de travail, ou un régime collectif proposé par l'un des groupes d'achat d'assurance-maladie. Ils pourront aussi, s'ils le préfèrent, s'en tenir au régime public réformé d'assurance-maladie.

### ***L'assurance-maladie d'État sera-t-elle toujours disponible ?***

► Qu'arrivera-t-il au régime public d'assurance-maladie si les citoyens continuent de s'en retirer tout en continuant d'y contribuer par leurs impôts ? Il faudra poursuivre la réforme de l'assurance-ma-

ladie d'État pour la rendre plus attrayante aux yeux des consommateurs. Les administrateurs locaux se verront attribuer des responsabilités budgétaires accrues.

### ***Qu'en sera-t-il des hôpitaux ?***

► À mesure qu'ils recevront les moyens financiers nécessaires à l'exercice du libre choix en matière de régime de santé, les patients se montreront plus sélectifs dans leur choix d'hôpitaux, de laboratoires, de services diagnostiques et de centres de traitement. Ces institutions devront alors être privatisées et reprendre leur statut d'origine, non seulement comme sociétés à capital privé, mais aussi comme centres hospitaliers privés sans but lucratif. L'argent se déplacera dans le système en même temps que le patient, et celui-ci sera désormais considéré comme une source de revenus plutôt qu'un fardeau budgétaire. Les hôpitaux se feront concurrence pour gagner la faveur des patients, des assureurs et des alliances de médecins. Ils seront rémunérés selon leur aptitude à satisfaire ces intervenants. Les patients auront accès à des études comparatives de l'assurance qualité et des résultats de traitement des divers hôpitaux et médecins. Les hôpitaux universitaires jouiront d'un statut particulier en raison de leur rôle didactique ; il est probable que ces hôpitaux recevront davantage de soutien financier de la part de l'État et des œuvres humanitaires.

### ***Si vous êtes déçu du marché des soins de santé, vous pourrez le montrer en vous retirant***

► L'utilisation accrue des mécanismes du marché dans le domaine de l'assurance-maladie mènera à certaines déceptions en même temps qu'elle conduira à des succès. Toutefois, si on les compare aux déceptions causées par le régime public actuel, on trouvera que les échecs du système de marché sont beaucoup plus faciles à corriger. Les consommateurs n'auront en effet qu'à désertter une insti-

tution pour montrer leur insatisfaction à son égard.

### *Amélioration de la qualité des services de santé, du choix, de l'accessibilité et de la liberté*

► À mesure que la concurrence se développera dans le système de santé et d'assurance-maladie, on assistera probablement à une amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de la disponibilité des technologies modernes, tant pour les patients que pour les médecins.

En introduisant les forces du marché et une occasion d'exercer la responsabilité personnelle dans les décisions économiques, on donnera probablement l'occasion à un meilleur système de santé et d'assurance-maladie de voir le jour. L'aspect le plus utile de cette réorientation des systèmes de santé du Québec et des autres provinces et territoires est l'amélioration du libre choix dont jouiront tous les Canadiens, patients et médecins.

## Références bibliographiques

- 1 Collège des médecins du Québec : *Rapport du groupe de travail sur la transformation du système de santé et la qualité des services médicaux*. 31 août 1998, p. 6 à 11.
- 2 Gouvernement du Québec : *Les urgences au Québec 1990-1997. Bilan, perspectives et normes*. Juin 1998, p. 3, 7, 37 et 46.
- 3 Organisation de coopération et de développement économique : *Études de politique de santé n° 2. Analyse comparée de sept pays de l'OCDE*. 1992, p. 42, 69 et 143.
- 4 Organisation mondiale de la santé : *Évaluation des récentes réformes opérées dans le financement des services de santé* (Rapport d'un Groupe d'études de l'OMS, Série de Rapports techniques 829). Genève, 1993, p. 26 et 58.
- 5 Pierre Fortin, *Examen des coûts comparatifs des réseaux privé et public en matière de gestion des centres d'accueil et d'hébergement et des centres hospitaliers de soins de longue durée*. École des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal, février 1997.
- 6 *Santé, Structures, Établissements*. Consulat de France à Montréal, 1997.
- 7 Ministère fédéral de la Santé : *La santé en Allemagne*. Bonn (Allemagne), novembre 1995, p. 44.
- 8 J. Chaoulli, «Le système de santé japonais. I) Un équilibre entre l'initiative privée et l'intervention de l'État». *Le Médecin du Québec*, novembre 1987, p. 87-96.
- 9 *Health Care Reform Through Internal Markets*. Institute for Research on Public Policy, Montréal, 1995, p. 53, 57, 64.
- 10 OCDE : *Études de politiques de santé n° 5. La réforme des systèmes de santé. Étude de dix-sept pays de l'OCDE*. 1994, p. 288, 290, 293 et 299.
- 11 *L'assurance santé en Europe 1997*. Comité européen des assurances, décembre 1997, Paris.
- 12 OCDE : *Études de politiques de santé n° 8. La réforme des systèmes de santé. La volonté de changement*. 1996, p. 50.
- 13 OCDE : *Études de politiques de santé n° 6. À la recherche de mécanismes de marché. Les systèmes de santé au Canada, en Islande et au Royaume-Uni*. 1995, p. 38 et 43.
- 14 OECD : *Health Policy Studies, n° 2: The Reform of Health Care*. Paris, p. 41, 68.
- 15 Friedrich Hayek, *Law, Legislation and Liberty*, Vol. 3: *Competition as discovery process*. Chicago, University of Chicago Press, 1979, p. 67.
- 16 Friedrich Hayek, *Individualism and Economic Order: The Meaning of Competition*. Chicago, University of Chicago Press, 1948, p. 92.
- 17 Paul Stanway, "Our health care delivery is shabby", *Edmonton Sun*. Edmonton, November 19, 2000.
- 18 Chiaki Nishiyama et Kurt R. Leube, *The Essence of Hayek*. Hoover Institution Press, Stanford (California), 1984, p. 301.
- 19 Canadian Medical Association : *Resolution adopted at General Council*. Calgary, August 1993.
- 20 Alain Enthoven, *The History and Principles of Managed Competition*. Bethesda, Health Affairs, Supplement, 1993, p. 24-48.
- 21 John C. Goodman and Gerald L. Musgrave, *Patient Power, Solving America's Health Crisis: Allowing people to self-insure through Medical Savings Accounts*. Washington, Cato Institute, 1992, p. 244-261.
- 22 David G. Green, *How to Pay for Health Care, From National Health Monopoly to National Guarantee*. IEA Health and Welfare Unit, London, Harrington Fine Arts Ltd., 1997.
- 23 Friedrich Hayek, *The Constitution of Liberty, Freedom in the Welfare State*. Chicago, University of Chicago Press, 1960, p. 297-300.
- 24 Arthur Seldon, *Capitalism, Capitalist Medicine*. Basil Blackwell Ltd., Oxford, 1990, p. 262-269.
- 25 Report of the Working Group on Health System Financing in Canada: *Toward a New Consensus on Health Care Financing in Canada*. Ottawa, Canadian Medical Association, July 1993.

- 
- 26 Monique Jérôme-Forget and Claude E. Forget, *Health Care: Who is the master?* Montreal, IRPP, 1998.
- 
- 27 Cynthia Ramsay, *Medical Savings Accounts*. Critical Issues Bulletin, Fraser Institute, Vancouver, May 1998.
- 
- 28 David Gratzner, *Code Blue: Reviving Canada's Health Care System*. Toronto, ECW Press, 1999.
- 
- 29 Edwin Coffey, "A New Prescription: It's time for Canada's premiers to focus on overhauling our medical system", *The Gazette*, Montreal, August 4, 1997.
- 
- 30 Canadian Institute for Health Information: *Health expenditures*, Ottawa, 1999.

► (Plusieurs extraits sont tirés de *Pour une question de vies ou de morts*, Guérin, éditeur © 1998)

## Notes biographiques



Après une carrière très active en gynécologie et en obstétrique à l'Hôpital général de Montréal et à l'Hôpital Royal Victoria et comme professeur associé à la Faculté de Médecine de l'Université McGill, le docteur J. Edwin Coffey a récemment troqué son scalpel contre le stylo. Diplômé en arts de Mount Allison University et en médecine de l'Université McGill, il a fait ses études de spécialité à l'hôpital John Hopkins de Baltimore. Il s'intéresse depuis longtemps à la philosophie politique, économique et juridique et a provoqué de nombreuses réflexions au sein des conseils médicaux du Québec et du Canada. Le docteur Coffey a été président de l'Association médicale du Québec et a fait partie du conseil de l'Association médicale canadienne et de son groupe de travail sur le financement des services médicaux au Canada. Dans ses écrits et discours, il a toujours défendu les valeurs de liberté et de responsabilité individuelles. Au fil des années, il a essayé de comprendre les défauts inhérents à l'être humain, qui finissent par déteindre sur les systèmes de financement et de prestation des services de santé lorsque l'on transfère à l'État une trop grande part des responsabilités des particuliers et des organismes bénévoles.



Jacques Chaoulli est né en France en 1952. En 1978, à la suite de l'obtention de son diplôme d'État de docteur en médecine de l'Université de Paris VII, il a émigré au Québec pour y entreprendre, à la faculté de médecine de l'Université Laval, des travaux de recherche dans le domaine de l'éducation médicale. En 1982, il a obtenu un diplôme de maîtrise en sciences de l'éducation de l'Université Laval. Depuis 1986, il exerce la médecine au Québec. Témoin privilégié des difficultés d'accès aux services de santé, il a entrepris, depuis 1996, d'approfondir ses connaissances en ce qui a trait aux conséquences, pour les patients, des difficultés d'accès aux services de santé, et en ce qui a trait aux avenues offertes par l'analyse des systèmes de santé de pays comparables au Canada. Finalement, depuis 1997, il a étudié les aspects juridiques encadrant les systèmes de santé québécois et canadien.