



RÉEXAMEN DU FINANCEMENT PUBLIC ET DES SOINS DE SANTÉ SANS BUT LUCRATIF

Avant-propos

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada appuie les soins de santé sans but lucratif financés par le secteur public pour toute la population canadienne. L'assurance-maladie au Canada évolue toutefois depuis plus de 50 ans. L'économie, les tendances mondiales, les priorités gouvernementales et le changement des valeurs politiques ont tout transformé radicalement, depuis le financement jusqu'à la réflexion politique. Au cours de la même période, des avancées technologiques ont révolutionné notre prestation des soins – et l'ont propulsée beaucoup plus loin que la réalité dans laquelle l'assurance-maladie a été conçue.

Tout cela rend-il dépassé un engagement envers les soins de santé sans but lucratif financés par le secteur public? Nous ne le croyons pas. Ces changements en font toutefois le sujet d'un débat qui se poursuit – et qui se complique encore davantage lorsque les nombreuses parties prenantes dans ce grand dossier n'ont pas nécessairement les mêmes définitions ou la même compréhension du système que nous sommes déterminés à défendre. Le conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada souhaitait clarifier cet enjeu crucial. C'est pourquoi il a chargé M^{me} Raisa Deber de produire un document d'information sur la question. Éminente professeure à l'Université de Toronto, M^{me} Deber est spécialiste des politiques et du financement de la santé. Dans le document qu'elle a produit pour l'AIIC, elle explore divers modèles de financement des soins de santé, l'histoire et l'évolution des soins de santé universels au Canada, de même que la nature de la *Loi canadienne sur la santé* et son influence.

Le document de M^{me} Deber est à la fois une introduction utile et un guide qui aide à comprendre l'évolution continue de notre système de santé universel financé par le secteur public. Nous présentons aux infirmières, aux patients et à quiconque ayant un enjeu dans les soins de santé cette version condensée de son document pour éclairer la réflexion et le débat.

Les soins de santé sans but lucratif financés par le secteur public : pour clarifier la réalité complexe du Canada

R. B. Deber

Les systèmes de santé sont complexes, offrent un vaste éventail de services fournis dans des contextes différents par des fournisseurs différents. Au Canada, la prestation des soins de santé incombe principalement aux gouvernements des dix provinces et des trois territoires. Ces systèmes distincts sont toutefois façonnés et guidés par la *Loi canadienne sur la santé*, législation fédérale qui précise les conditions auxquelles les provinces et les territoires doivent se conformer afin de recevoir du financement fédéral pour les services de santé. Comme la loi ne comporte pas de règlement décrivant en détail comment l'appliquer, les interprétations peuvent différer et des divergences de vues surgissent.

Le débat sur les soins de santé porte habituellement sur le financement des services, leur prestation et leur caractère public ou privé (Madore et Tiedermann, 2005; Deber, 2004). Commençons donc par définir ces termes.

Les soins de santé publics sont administrés par le gouvernement, qu'il soit national ou d'un ordre inférieur. Il existe des soins publics au Canada comme les programmes de santé publique du fédéral, des provinces et des municipalités, les programmes fédéraux destinés aux Autochtones et aux anciens combattants, de même que certains hôpitaux psychiatriques. Il importe néanmoins de signaler que la majeure partie des soins au Canada est privée en réalité parce que même si nous les considérons comme des établissements publics, la plupart des hôpitaux et des organismes communautaires sont des sociétés privées sans but lucratif. En outre, beaucoup de fournisseurs qui touchent des honoraires de payeurs publics ou privés (et parfois des deux) sont, techniquement, de petites entreprises. Cette catégorie inclut la plupart des médecins, ainsi que beaucoup de physiothérapeutes et d'autres professionnels qui gèrent une pratique privée. Il y a enfin des sociétés privées à but lucratif comme des pharmacies et des laboratoires médicaux.

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) considère qu'il y a quatre grands types de financement des services de santé : le paiement par le Trésor grâce au produit de l'impôt ou aux revenus généraux; le paiement par le secteur public sous forme d'assurance sociale; le paiement par l'assurance privée et les paiements directs des particuliers (Docteur et Oxley, 2003). Voici les modèles sous forme de tableau :

Tableau 1 : Modèles de financement et de prestation

	Financement public	Financement privé
Prestation publique	Service de santé national du R. U. (OCDE : modèle public intégré)	Frais d'utilisation des services publics
Prestation privée	Assurance publique universelle du Canada (OCDE : modèle de contrat public)	Assurance privée (OCDE : modèle de l'assureur / du fournisseur privé)

Le rôle du fédéral

Les tribunaux sont d'avis qu'en vertu de la constitution du Canada, les soins de santé relèvent en grande partie de la compétence des provinces ou des territoires. Comme certaines régions du Canada sont mieux nanties que d'autres, les gouvernements du Canada qui se sont succédé ont toutefois fourni des fonds afin de promouvoir l'égalité des niveaux de soins de santé pour toute la population, peu importe où elle vit. Cet appui remonte au programme national de subventions pour la promotion de la santé lancé en 1948, lorsque le gouvernement fédéral a fourni aux gouvernements provinciaux et territoriaux de l'argent pour, notamment, la construction d'hôpitaux et la formation de membres clés du personnel de la santé. Le fédéral a offert ensuite de partager les coûts de l'établissement de l'assurance hospitalisation et des services diagnostiques financés par le secteur public en 1957 et des services médicaux en 1966. Avant l'intervention du fédéral, cinq provinces seulement avaient un programme d'assurance hospitalisation. Toutes les provinces participaient en janvier 1961. Elles participaient toutes au programme de rémunération des médecins en 1971.

Ces programmes de partage des coûts ont eu un effet considérable sur la façon de fournir les soins. Comme seuls les soins communautaires fournis par les médecins obtenaient des fonds de contrepartie fédéraux, par exemple, les expériences que l'Ontario a faites avec les infirmières praticiennes au début de la décennie 70 ne se sont pas généralisées parce qu'elles ne donnaient pas droit à du financement fédéral. Le partage des coûts a aussi encouragé la construction d'hôpitaux de soins de longue durée plutôt que le développement des soins à domicile.

En 1977, le modèle de financement a changé avec l'adoption de la *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis* (programme dit de FPE), qui a regroupé les programmes antérieurs de financement des services de santé et le partage des coûts de l'enseignement postsecondaire. Le FPE constituait un programme de financement global accordant à chaque province et territoire le même montant par habitant. Le

programme a aussi transféré une partie de l'argent sous forme de points d'impôt visés par la péréquation – le gouvernement fédéral a réduit ses taux d'impôt sur le revenu des particuliers et des sociétés, ce qui a permis aux gouvernements provinciaux et territoriaux d'augmenter les leurs sans faire grimper les taux globaux d'imposition. Le produit de ces points d'impôt visés par la péréquation a été soustrait du versement global par habitant et le gouvernement fédéral ne payait que l'écart en argent. La différence par rapport au FPE, c'est que les provinces étaient libres de fournir les services de la façon qu'elles jugeaient la meilleure – ce qui leur permettait, par exemple, de payer des infirmières praticiennes pour fournir des services assurés.

Ce virage a eu une conséquence imprévue, soit l'érosion de la contribution en argent puisque la valeur des points d'impôt visés par la péréquation a continué d'augmenter même si les versements globaux étaient bloqués. Cette érosion a réduit l'influence fédérale, puisque le retrait de l'argent constituait le principal moyen d'appliquer les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. En 1996, afin de protéger les transferts fédéraux en argent (et la capacité fédérale d'agir sur les politiques provinciales et d'appliquer la *Loi canadienne sur la santé*), le programme FPE a été combiné au transfert du Régime d'assistance publique du Canada et rebaptisé Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). En 2004, le TCSPS a été scindé en deux volets rebaptisés Transfert canadien en matière de santé et Transfert canadien en matière de programmes sociaux. Ils ont maintenu un modèle semblable (versement global par habitant sous forme de points d'impôt et d'un solde en argent), même s'il doit changer en 2014.

La Loi canadienne sur la santé

Les diverses formes de transfert ont changé au fil des ans, mais le rôle du fédéral dans le financement des soins de santé a été défini par la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) après son adoption en 1984. Les « cinq principes » de la loi établissent les critères auxquels les provinces doivent se conformer pour recevoir des transferts en argent destinés à permettre de couvrir les programmes de santé. Ces critères sont les suivants :

Administration par le secteur public : En vertu de cette exigence, le régime d'assurance-maladie de chaque province doit être administré sans but lucratif par une entité publique désignée par la province. Elle ne dit toutefois rien de la façon de fournir les soins.

Intégralité : Cette condition oblige les régimes d'assurance publics à couvrir tous les services de santé assurés (voir la liste à l'annexe 1) qui sont fournis aux « personnes assurées » par les hôpitaux et les médecins (les provinces peuvent approuver des services semblables supplémentaires fournis par d'autres professionnels de la santé).

Universalité : Cette condition signifie que les provinces et les territoires doivent couvrir tous les services de santé assurés pour toutes les personnes assurées dans des conditions uniformes.

Transférabilité : Cette exigence précise ce qui se produit lorsqu'une personne assurée dans une province a besoin de soins ailleurs au Canada. Si une personne habite une autre province, il se peut qu'elle doive attendre jusqu'à trois mois avant d'avoir droit aux services de santé assurés. La province de résidence couvre les soins médicalement nécessaires dont a besoin une personne en visite dans d'autres provinces.

Accessibilité : Cette condition oblige les régimes provinciaux à fournir des services de santé à des conditions uniformes (c'est-à-dire à rendre les soins médicalement nécessaires disponibles de la même façon pour toutes les personnes assurées). Ces services assurés doivent être « raisonnablement » accessibles pour tous et les obstacles directs ou indirects (y compris les frais d'utilisation) sont clairement interdits.

L'aspect des soins de santé qui soulève peut-être les débats les plus animés est la question de définir ce que l'on entend par nécessité médicale, parce que seuls les services qui répondent à ce critère doivent être assurés (Charles, Lomas, Giacomini, Bhatia et Vincent, 1997; CASSC, 2002). Dans la situation actuelle, une fois que les soins qui ne sont pas fournis directement par un médecin sont prodigués à l'extérieur de l'hôpital, il n'est plus obligatoire de les assurer, même si l'on peut toujours considérer qu'ils sont médicalement nécessaires. Il en découle des problèmes à mesure que les soins de santé effectuent le virage des établissements vers les collectivités. Les soins en service externe – y compris les produits pharmaceutiques (les médicaments administrés aux patients hospitalisés sont couverts en vertu de la loi), les services de réadaptation, les soins primaires offerts par des fournisseurs autres que des médecins et beaucoup de types de soins à domicile – ne sont pas obligatoirement couverts. Les provinces sont libres d'étendre cette couverture, mais elles ne sont pas tenues de le faire. Beaucoup de provinces considèrent la LCS comme un bouclier qui leur permet d'éviter les pressions à l'expansion de la couverture, en particulier dans le cas des soins à domicile et des produits pharmaceutiques. Il en a souvent découlé une privatisation passive – lorsque la décision d'un gouvernement de ne pas payer un service transfère celui-ci dans le secteur privé (Tholl, 1994; Tholl et Bujold, 2012).

D'autres enjeux prennent forme à la veille du 30^e anniversaire de la *Loi canadienne sur la santé* : 1) son défaut de se concentrer sur les services (plutôt que sur l'endroit où ils sont fournis et sur les fournisseurs) et l'érosion possible de la couverture à mesure que de plus en plus de services sont fournis à domicile et dans la collectivité plutôt que dans les hôpitaux; 2) le rôle des fournisseurs qui sont des sociétés à but lucratif; 3) le besoin de reconnaître que des traitements plus nombreux, ce n'est pas toujours mieux et d'insister sur la pertinence et 4) l'attention accordée aux questions d'équité et de justice, étant donné particulièrement les tendances à réduire au minimum le rôle fédéral direct.

Comme le disait une personne-ressource clé, ces questions ont surgi notamment parce que le gouvernement n'a pas promulgué de règlements en vertu de la LCS, en grande partie parce qu'il n'a pas pu obtenir l'assentiment de toutes les provinces. En vertu de la LCS, « sont compris parmi les hôpitaux tout ou partie des établissements où sont fournis des soins hospitaliers, notamment aux personnes souffrant de maladies aiguës ou chroniques ainsi qu'en matière de réadaptation, à l'exception a) des hôpitaux ou institutions destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux ou b) de tout ou partie des établissements où sont fournis des soins intermédiaires en maison de repos, des soins en établissement pour adultes ou des soins comparables pour les enfants » (p. 3).

On voulait définir le concept de ce que constituait un établissement en général, ce qui aurait laissé plus de marge de manœuvre pour financer les soins communautaires – en suivant peut-être l'exemple de « l'hôpital extramural » du Nouveau-Brunswick, qui fournissait des services communautaires. L'hôpital a ouvert ses portes en 1981 et a été désigné hôpital offrant des services entièrement assurés (Ferguson, 1987). Or, comme la LCS ne comportait pas de définition d'établissement, les provinces sont libres de restreindre leur interprétation de ce qu'il faut financer. Romanow (CASCC, 2002) et Kirby (CSS, 2002) ont tous deux laissé entendre qu'il fallait clarifier cette disposition, mais cela ne s'est pas fait.

De même, la définition de l'« intégralité » dans la LCS inclut la disposition selon laquelle « lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé » (p. 6). Même si cette disposition permet aux provinces de désigner d'autres fournisseurs pour ce qui est de la couverture, cela s'est rarement fait (certaines provinces ont désigné les sages-femmes). S'ils sont désignés, les fournisseurs seront payés par le secteur public partout où ils travaillent. Il convient de signaler que cette disposition constitue un plancher et non un plafond : les gouvernements provinciaux et territoriaux peuvent permettre à d'autres fournisseurs de fournir des services assurés (comme les pharmaciens qui administrent des vaccins contre la grippe) tout en leur permettant de facturer des services non assurés, et ils l'ont déjà fait.

Les exceptions et les interprétations au fil des ans ont suscité la confusion au sujet à la fois de la nature et de l'avenir des soins de santé au Canada. La plupart des analyses savantes portant sur la LCS ont reconnu depuis longtemps que les services sont fournis en grande partie par le secteur privé et que les provinces et les territoires peuvent déterminer les fournisseurs qu'ils souhaitent financer. Par exemple, dans une analyse effectuée pour le compte de la Commission Romanow qui défend fermement l'importance de continuer à faire en sorte que les soins de santé soient fournis en fonction du besoin, Prémont (2002) écrivait qu'il importe de ne pas oublier que non seulement la *Loi canadienne sur la santé* ou les lois provinciales n'interdisent pas la prestation de services par le secteur privé, mais qu'au contraire, celui-ci y joue déjà un rôle dominant en l'occurrence (p. 11) (elle mentionne spécifiquement les médecins et les produits pharmaceutiques). De même, Boychuk

(2012) écrivait que ce qui est le plus frappant, en dépit des hypothèses contenues dans les débats publics et de la couverture médiatique portant sur les questions de santé, il est très clair que la LCS n'impose pas la prestation des services par le secteur public, n'interdit ni ne réglemente autrement de quelque façon que ce soit l'achat privé de services de santé ou l'assurance-maladie de tiers, pas plus qu'elle n'impose au gouvernement une série d'obligations justiciables que les tribunaux peuvent appliquer (p. 3).

Des questions de politique continuent toutefois de se poser, souvent au sujet du financement, y compris un débat sur les autres modes de prestation des soins qui sont rentables. Beaucoup de documents laissent entendre que dans beaucoup de circonstances, il se peut que la prestation par des entreprises à but lucratif ne soit peut-être pas aussi efficace qu'on le laisse souvent entendre (Deber, 2004). Il faut se demander comment ces organisations réalisent leurs bénéfices. Les bénéfices peuvent provenir de combinaisons de prix plus élevés, de qualité plus faible ou de surtraitement : tout dépend de l'éthique des fournisseurs et de la structure de réglementation. On accuse souvent les fournisseurs privés d'« écrémer », c'est-à-dire de se concentrer sur les clients et les services les plus rentables (en évitant les malades chroniques, par exemple, et en offrant seulement des services qui entraînent peu de complications).

Le traitement des travailleurs constitue un autre enjeu connexe. Dans certaines provinces, y compris l'Alberta, on a établi un lien entre le recours accru au secteur privé (que cela signifie impartir des emplois ou transférer les soins d'hôpitaux syndiqués à des cliniques privées) et la mise à pied de travailleurs syndiqués (McCormick, 1995). Les gouvernements provinciaux et territoriaux ne traitent pas de la même façon les fournisseurs qui sont des entreprises à but lucratif. La Saskatchewan, par exemple, a créé des obstacles juridiques qui menottaient sérieusement ces organisations (McIntosh et Ducie, 2009).

Tendances, enjeux, menaces et possibilités

Il y a un enjeu clé : qui doit payer quoi? Cette question est en retour liée au concept de la « mise en commun des risques ». Dans un rapport produit pour la Banque mondiale, Smith et Witter (2004) discutent de quatre types de mise en commun des risques, qui varient de l'absence totale de mise en commun (lorsque les gens paient leurs propres frais) jusqu'à un seul regroupement national. Comme l'ont signalé Deber et Lam (2009), des modèles de financement différents reflètent des opinions différentes sur les coûts que doit prendre en charge la collectivité et ceux qui incombent aux particuliers et à leur famille. Certains soutiennent que la société devrait prendre en charge les coûts en fonction de la capacité de payer. Par ailleurs, l'équité actuarielle suppose que les coûts devraient être distribués en fonction des paiements escomptés – par exemple, on soutient que ceux qui risquent davantage d'entraîner des coûts devraient payer davantage et ceux qui présentent une

probabilité moindre devraient payer moins. Cette opinion rejette « l'interfinancement » – ceux qui affichent un bilan de conduite impeccable devraient payer moins cher que ceux qui ont déjà eu des accidents – et suppose que les risques devraient être mis en commun seulement dans des groupes relativement homogènes. Les libertariens soutiendraient que, pour des raisons d'équité, on ne peut non seulement obliger des particuliers à en subventionner d'autres, mais aussi imposer une couverture. Dans la mesure où le débat reflète les valeurs sous-jacentes portant sur la responsabilité individuelle par rapport à la responsabilité collective, les données n'ont aucune pertinence (Deber et Lam, 2009).

Avec le temps, de plus en plus de soins ont échappé aux modalités de la LCS au Canada, phénomène qui a été attisé par une combinaison de facteurs, y compris les progrès de la technologie qui ont transféré les soins des hôpitaux vers les domiciles et la collectivité, les pressions économiques qui poussent les gouvernements à essayer de contenir les dépenses et la tendance (qui en découle) à transférer les coûts des payeurs du secteur public à ceux du secteur privé. Dans leurs rapports, Romanow et Kirby ont tous deux insisté sur l'importance de concentrer l'attention sur les services plutôt que sur leurs fournisseurs et sur l'endroit où ils sont fournis (CASSC, 2002; CSS, 2002). D'autres ont répété ces recommandations, mais il ne s'est pas fait grand-chose. Il s'agit d'un enjeu stratégique mûr pour une intervention. (Suggérer toutes les possibilités dépasse la portée du mandat actuel, mais elles pourraient inclure des options comme la clarification des conditions de la *Loi canadienne sur la santé*, la prestation de financement fédéral dans de nouveaux programmes pour couvrir la totalité ou une partie des coûts des services, comme l'assurance-médicaments, les soins à domicile ou les soins de longue durée pour divers sous-groupes de la population et la promotion des meilleures pratiques pour veiller à ce que les services soient fournis de la façon la plus appropriée et la plus rentable, etc.).

Le rôle des fournisseurs qui sont des sociétés à but lucratif

En vertu des modalités de la LCS, les gouvernements sont autorisés à passer avec des sociétés à but lucratif des contrats de prestation de services de santé, mais les publications étrangères indiquent que les efforts visant à maximiser les bénéfices pourraient entraîner des inefficacités et des iniquités. Une série d'études ont soulevé des problèmes, et en particulier les dépenses personnelles supplémentaires et les marges bénéficiaires brutes élevées (Donaldson et Currie, 2000; Armstrong, 2003; Gibson et Clements, 2012). Au cours d'une étude, Armstrong (2003) a formulé des commentaires sur la « stratégie de 'dégrouper' des éléments constitutifs des services assurés (p. ex. travailleurs de la santé, établissements et produits) afin de délester sur les patients l'obligation de payer des soins auparavant assurés » (p. iii). À titre d'exemple, Mehra (2008) a essayé de trouver et d'analyser « l'ensemble des cliniques de diagnostic, de chirurgie et de services médicaux 'spécialisés' à but lucratif au Canada » (p. 7). Le rapport a indiqué que les temps

d'attente étaient à la hausse, que l'équité et la justice étaient minées et que les coûts augmentaient (pour les payeurs tant du secteur public que du secteur privé) souvent à cause du mélange des soins médicalement nécessaires (assurés en vertu de la LCS) et des services non nécessaires. Ils ont attribué le phénomène en partie à un changement de la propriété des cliniques : des chaînes souvent liées à des multinationales des États-Unis ont mis la main sur ces cliniques appartenant auparavant à de petites entreprises locales.

Pertinence

Un plus grand nombre de soins n'est pas toujours ce qu'il y a de mieux pour les patients. L'Institute of Medicine (2001) des États-Unis prévient que les problèmes de qualité incluent ce qu'il appelle *l'utilisation excessive, l'utilisation insuffisante et la mauvaise utilisation*, et les analyses reconnaissent de plus en plus que la rémunération à l'acte entraîne souvent une utilisation excessive. Il s'ensuit que la question de la « pertinence » – qui consiste à déterminer si les soins sont vraiment nécessaires et constituent le bon choix pour le patient – attire de plus en plus l'attention (Deber, 2008). Par exemple, avec la hausse du nombre d'exams de diagnostic ou de dépistage, dont beaucoup peuvent être réalisés dans des cliniques privées à but lucratif – les avantages cliniques pour de nombreux bénéficiaires ont été remis en question (Petch, Latourell et Laupacis, 2012; Moynihan, Doust et Henry, 2012; Cassels, 2012).

Équité et justice

On s'entend en général pour dire que tous les Canadiens devraient pouvoir recevoir des niveaux comparables de services clés, peu importe où ils vivent. Des modifications récentes des formules de financement rendent toutefois cette équité plus difficile à appliquer. La conformité à la *Loi canadienne sur la santé* est volontaire – si une province ou un territoire veut bien en accepter les conséquences. La LCS affirme que si un régime de soins de santé ne répond pas aux critères mentionnés ci-dessus, les contributions en argent ou les sommes payables aux intéressés par le Canada seront réduites ou retenues complètement.

En 2007, le budget fédéral est passé du système utilisé par le programme du FPE et du *Transfert canadien en matière de santé* (programme dans le cadre duquel les provinces recevaient des montants égaux par habitant établis à la suite d'une combinaison de points d'impôt et de soldes de trésorerie résiduels) en faveur d'un nouveau modèle basé sur des paiements qui entrera en vigueur le 1^{er} avril 2014. Le directeur parlementaire du budget affirme qu'il en découlera une redistribution, et que les provinces « nanties » (en particulier l'Alberta, la Saskatchewan et Terre-Neuve) recevront plus d'argent au détriment des provinces « démunies » (Bartlett, Cameron, Lao, Matier et Tapp,

2012). D'autres changements sont probables et pourraient avoir un effet sur la capacité budgétaire, en particulier celle des provinces plus pauvres (Matier, 2012). La détermination de la meilleure formule soulève clairement la controverse, car des approches différentes produisent des gagnants et des perdants différents. Des révisions de la formule, en particulier si le gouvernement fédéral décide de compter davantage sur les points d'impôt, pourraient rendre la *Loi canadienne sur la santé* définitivement inexécutable, ce qui préoccupe. Cela pourrait signifier qu'à l'avenir, les coûts de santé seront plus élevés, les résultats et l'équité, plus mauvais, et d'autres coûts auront été délestés sur le secteur privé.

Conclusion

Comme on l'indique ci-dessus, la *Loi canadienne sur la santé* est muette au sujet de la prestation. Ses modalités portent spécifiquement sur les personnes et les services assurés et ne permettent pas de frais d'utilisation dans leur cas. Les soins fournis en dehors des hôpitaux par des fournisseurs autres que des médecins ne s'inscrivent toutefois pas dans sa définition des services assurés et les provinces et les territoires peuvent permettre des frais dans ce cas. Il peut s'ensuivre que l'on compte davantage sur les frais d'utilisation et que l'assurance-maladie privée joue un rôle plus important, ce qui pourrait constituer des économies de bouts de chandelle. Attrayant à court terme, au moment où les gouvernements ont de la difficulté à gérer leurs défis budgétaires, le transfert des coûts aux particuliers et aux employeurs pourrait rendre le Canada moins concurrentiel sur le plan de l'économie en alourdissant les charges sociales. Cela pourrait aussi miner la santé des gens en dissuadant certains d'entre eux d'obtenir les traitements dont ils ont besoin ou en décourageant les soins préventifs. Dans les deux cas, il peut en découler une augmentation des coûts de la santé si les gens cherchent à obtenir des soins seulement lorsqu'ils sont plus gravement malades. Le financement par le secteur privé peut aussi miner la capacité des gouvernements de contrôler les coûts.

Annexe 1 : Services assurés selon la définition de la *Loi canadienne sur la santé*

Services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies et le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir :

- l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire;
- les services infirmiers;
- les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;
- les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital;
- l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;
- le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux;
- l'utilisation des installations de radiothérapie;
- l'usage des installations de physiothérapie;
- les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital. Ne sont pas compris parmi les services hospitaliers les services exclus par les règlements.

Services médicaux Services médicalement nécessaires fournis par un médecin.

Services de chirurgie dentaire Actes de chirurgie dentaire nécessaires sur le plan médical ou dentaire, accomplis par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peuvent être accomplis convenablement qu'en un tel établissement (Marchildon, 2005). Dans la pratique, il n'y a à peu près pas de services dentaires qui répondent à ce critère. Les soins dentaires sont financés presque entièrement par le secteur privé au Canada.

Références

Armstrong, W. (2003). *The consumer experience with cataract surgery and private clinics in Alberta: Canada's canary in the mine shaft*. Edmonton: Consumers' Association of Canada (Alberta). Tiré de <http://medicare.ca/wp-content/uploads/2009/05/acc.pdf>

Bartlett, R., Cameron, S., Lao, H., Matier, C. et Tapp, S. (2012). *Projected growth in provincial and territorial government health spending*. Tiré du site Web du gouvernement du Canada, Bureau du directeur parlementaire du budget : http://www.pbo-dpb.gc.ca/files/files/Publications/Health_spending_growth.pdf

Boychuck, G. W. (2012). *Grey zones: Emerging issues at the boundaries of the Canada Health Act* (C.D. Howe Institute Commentary No. 348). Tiré de http://cdhowe.org/pdf/Comm_348.pdf

Cassels, A. H. (2012). *Seeking sickness: Medical screening and the misguided hunt for disease*. Vancouver: Greystone Books.

Charles, C. A., Lomas, J., Giacomini, M., Bhatia, V. et Vincent, V. A. (1997). Medical necessity in Canadian health policy: Four meanings and... A funeral? *The Milbank Quarterly*, 75, 365-394.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie [CSS]. (2002). *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport final – Volume six : Recommandations en vue d'une réforme*. Tiré de <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/372/soci/rep/repoct02vol6-f.htm>

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada [CASSC]. (2002). *Médicalement nécessaire : de quoi s'agit-il et qui décide?* [Document d'information / de sondage]. Tiré de http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Romonow_Commission_ENGLISH/Discussion_Paper_Medically_necessary_What_is_and_who_decides.sflb.ashx

Deber, R. B. (2004). Delivering health care: Public, not-for-profit, or private? In Marchildon, G., Forest, P.-G. et McIntosh, T. (éd.), *The fiscal sustainability of health care in Canada: The Romanow papers, Vol. 1* (pp. 233-295). Toronto: University of Toronto Press.

Deber, R. B. (2008). Access without appropriateness: Chicken Little in charge? *Healthcare Policy*, 4(1), 23-29.

Deber, R. et Lam, K. C. K. (2009). Handling the high spenders: Implications of the distribution of health expenditures for financing health care [American Political Science Association Toronto meeting paper]. Tiré du site Web de l'APSA : http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1450788

Docteur, E. et Oxley, H. (2003). Health-care systems: Lessons from the reform experience (Documents de travail sur la santé de l'OCDE n° 9). Tiré de <http://www1.oecd.org/health/health-systems/22364122.pdf>

Donaldson, C. et Currie, G. (2000). The public purchase of private surgical services: A systematic review of the evidence on efficiency and equity. Edmonton: Institute of Health Economics.

Ferguson, G. (1987). The New Brunswick extra-mural hospital: A Canadian hospital-at-home. *Journal of Public Health Policy*, 8, 561-570.

Gibson, D. et Clements, J. (2012). *Delivery matters: The high costs of for-profit health services in Alberta*. Edmonton: University of Alberta. Tiré de http://parklandinstitute.ca/research/summary/delivery_matters1/

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington: National Academic Press.

Loi canadienne sur la santé, Lois révisées du Canada (1985, c. C-6). Tiré du site Web du ministère de la Justice du Canada : <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/>

Madore, O. et Tiedemann, M. (2005). *La prestation et le financement des soins de santé privés sous le régime de la Loi canadienne sur la santé*. Tiré du site Web de la Bibliothèque du Parlement : <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/prb0552-f.htm>

Marchildon, G. P. (2005). *Health systems in transition: Canada*. Copenhague : Organisation mondiale de la Santé, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

Matier, C. (2012). *Renouvellement du transfert canadien en matière de santé : conséquences pour la viabilité financière au niveau fédéral et provincial-territorial*. Tiré du site Web du Gouvernement du Canada, directeur parlementaire du budget : <http://www.pbo-dpb.gc.ca/fr/search/index/?keyword=renouvellement+du+transfert.pdf>

McCormick, P. (1995). Alberta. Dans Leyton-Brown, D. (dir.). *Canadian annual review of politics and public affairs: 1995* (pp. 210-223). Toronto: University of Toronto Press.

McIntosh, T. et Ducie, M. (2009). Private health facilities in Saskatchewan: Marginalization through legalization. *Canadian Political Science Review*, 3, 47-62. Tiré de <http://ojs.unbc.ca/index.php/cpsr/article/view/189>

Mehra, N. (2008). *Eroding public medicare: Lessons and consequences of for-profit health care across Canada*. Tiré de <http://www.web.net/ohc/Eroding Public Medicare.pdf>

Moynihhan, R., Doust, J. et Henry, D. (2012). Preventing overdiagnosis: How to stop harming the healthy. *British Medical Journal*, 344. DOI : 10.1136/bmj.e3502

Petch, J., Latourell, E. et Laupacis, A. (8 novembre 2012). Improving the appropriateness of diagnostic tests. *Health Debate*. Tiré de <http://healthydebate.ca/2012/11/topic/quality/improving-the-appropriateness-of-diagnostic-tests>.

Premont, M.-C. (2002). *Le rôle de la Loi canadienne sur la santé pour l'avenir des systèmes de santé au Canada (Étude n° 4)*. Tiré de <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-4-2002F.pdf>

Smith, P. C. et Witter, S. N. (2004). Risk pooling in health care financing: The implications for health system performance. Tiré du site Web de la Banque mondiale : <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Chap9SmithWitterRiskPoolingFinal.pdf>

Tholl, W. G. (1994). Health care spending in Canada: Skating faster on thinner ice. In Blomqvist, A. et Brown, D. M. (éd.), *Limits to care: Reforming Canada's health system in an age of restraint* (pp. 53-89). Toronto: C. D. Howe Institute.

Tholl, B. et Bujold, G. (2012). *Functional federalism and the future of medicare in Canada: A report to the Health Action Lobby (HEAL)*. Tiré de <http://www.healthactionlobby.ca/images/stories/publications/2012/ThollBujoldFinalReportJanuary2012.pdf>