

L'évolution des barrières individuelles et de l'encadrement de l'assurance privée : les cas du Royaume-Uni, du Québec, de l'Ontario, de la France et de l'Allemagne.

Mélanie Bourque PhD et Amélie Quesnel-Vallée, PhD.

Les systèmes de santé représentent une part importante du budget de l'État, nombreuses sont les études qui ont rapporté le fait que, depuis plusieurs années, leurs coûts ont augmenté de manière plus importante que le PIB. Comme dans la plupart des secteurs, dans une période où l'austérité budgétaire fait la norme, les décideurs ont tenté par différents moyens de limiter l'augmentation des dépenses voire, de diminuer les dépenses publiques en matière de santé. Les gouvernements ont donc cherché des solutions qui ont entraîné, dans plusieurs pays développés, l'augmentation des dépenses privées dans le secteur de la santé (OCDE, 2010). Pour atteindre leurs objectifs d'assainissement des finances publiques, les États ont généralement adopté deux alternatives. La première a été de procéder à la restructuration de la gestion des services de santé telle que l'adoption de nouvelles méthodes de gestion associées à la nouvelle gestion publique, l'intégration ou la décentralisation des soins. La seconde a été d'agir sur des éléments plus individuels tels que la restriction des critères d'admissibilité à l'assurance publique, l'incitation au recours de l'assurance privée et le partage des coûts avec le patient.

Avant de procéder à l'examen des transformations des services de santé dans les pays sélectionnés, il est pertinent de faire état, au moins en partie, de la littérature sur le sujet et de présenter la méthodologie utilisée aux fins de notre étude. On présentera par la suite la transformation de la part publique des soins de santé et de l'encadrement gouvernemental du développement des assurances privées du point de vue de l'utilisateur dans les systèmes de santé de la France, de l'Allemagne, du Royaume-Uni, du Québec et de l'Ontario, plus particulièrement pour les services de santé généraux, spécialisés et des diagnostiques¹. On tentera de montrer que partout des barrières d'accès aux services publics de santé ont été mises en place par les gouvernements et que les systèmes

¹ Cette étude constitue une première analyse de données collectées dans le cadre de la constitution d'une base de données beaucoup plus large sur les systèmes de santé (l'HIAD). Celles-ci sera accessible publiquement dans les mois qui viennent et porte sur l'ensemble des provinces canadiennes, la France, le Portugal, le Royaume-Uni, l'Australie, la Finlande, l'Allemagne, l'Italie, le Massachussets, la Californie et la Floride. Elle porte également sur chacun des services de santé suivant : médecine générale, spécialiste et diagnostique; santé mentale, soins dentaires, médicaments, soins de longue durée, in-patient care, GMP.

nationalisés et mandatés s'appuient de plus en plus sur l'assurance privée. Ce faisant, on constatera que la régulation des soins de santé et de l'assurance privée s'est effectuée de manière différente dans les systèmes nationalisés et mandatés. On démontrera que les systèmes nationalisés développés jadis dans des États providence libéraux ont moins tendance à encadrer le développement de l'assurance et des soins de santé privé et, par le fait même, de soutenir le développement du libre de ce marché dans ce secteur en choisissant de ne pas intervenir.

Les recherches sur les systèmes de santé abordent généralement la question de la transformation des systèmes de santé dans une perspective très large (Roemer, 1993; Colombo et Tapay, 2004). Ainsi, à partir d'approches macro ou structurelles, les chercheurs en analyse de politiques publiques ont généralement tenté de comprendre comment s'effectuaient les changements. Certains auteurs ont tenté d'un point de vue institutionnel de comprendre les réformes récentes (Bambra 2005; Moran 2002; Wendt 2009; Wendt et al. 2009); plusieurs d'entre-eux ont procédé à des analyses comparatives des changements (Boychuck 2008; Flood 2000; Maioni, 1998) alors que d'autres ont tenté d'analyser la mise en place de la nouvelle gestion publique comme facteur de changement important des systèmes de santé (Aucoin 1990; Hood 1995; Pollitt 2001, Bourque et Farrah, 2012). Certains ont même ciblé le financement (Diggs, 2012; Batia, 2012); ou la privatisation des soins de santé (Maarse, 2006; Dixon-Warren, 2009).²

Dans une toute autre perspective, d'autres se sont davantage intéressés à la participation des acteurs dans de tels changements (Hassenteufel et al, 2010; Bourque et Leruste, 2010), ou sur le point de vue des médecins sur les réformes (Mayson, 2009), voire même sur la perception de la population de leur système de santé national (Soroka, 2007). Certains se sont davantage centrés sur l'impact des réformes sur la santé de la population

² Notre étude ne fait pas fi des barrières structurelles tel que l'intégration des soins ou des mesures plus large de transformation dans la gestion de système tel que la NGP qui fait souvent en sorte que les patients sont vu moins longtemps que dans une vise d'atteinte de résultats (particulièrement vrai pour les services sociaux. Ces changements sont toutefois présents en filigrane parce que l'on s'intéresse ici aux changements qui affectent l'individu aux portes des soins de façon plus directe soit par le OOP .

tel que les inégalités sociales de santé (Quesnel-Vallée, 2008) ou sur l'effet des changements dans l'assurance santé et l'État de la santé des populations (Dhingra et al., 2013). Toutefois, peu d'études ont tenté comprendre les changements du point de vue des barrières individuelles d'accès aux soins de santé par service de santé dans une perspective comparative. Ces barrières, on le verra plus loin, prennent la forme de co-paiement, de ticket modérateur, de privatisation de certains soins. Elles transforment donc l'accès aux soins des individus qui se présentent aux portes de leur système de santé national. Non seulement cette étude tente de comprendre l'évolution des barrières d'accès aux soins de santé, elle tente également de saisir l'interdépendance entre l'assurance publique et l'assurance privée. Elle cherche ainsi à améliorer la compréhension de la relation entre l'assurance publique et l'assurance privée de santé. Autrement dit, elle vise à déterminer quels sont les changements effectués dans la couverture publique et privée des de soins de santé publics et la transformation de l'encadrement légal de l'assurance privée (Quesnel-Vallée et al., 2012)³. Notre étude s'inscrit donc dans une perspective institutionnelle d'analyse de la transformation des instruments de politiques publiques dans le secteur de la santé.

Méthodologie

Dans le but de comprendre le contexte plus large dans lesquels les systèmes de santé nationaux s'inscrivent, les pays ont été sélectionnés sur la base de la typologie des États providence d'Esping-Andersen. Cela ne suffisait toutefois pas puisque la comparaison d'Esping-Andersen ne concerne pas les systèmes de santé et qu'elle a une visée macrosociologique. Ainsi, à cette typologie, s'est ajoutée celle de Roemer (1993) qui permettait de mieux saisir les systèmes nationaux comme secteur de politiques publiques et d'inclure plus facilement des États fédérés. Enfin, la typologie de l'assurance santé privée développée par l'OCDE a également servi de guide. Ceci a permis dans un premier temps de sélectionner plusieurs pays selon les trois niveaux d'analyse : le premier une perspective d'analyse étatique plus large, le second une analyse institutionnelle des systèmes de santé et enfin une analyse plus détaillée du rôle

³ Cet article est produit dans le cadre de la construction d'une base de données sur l'évolution des soins de santé l'HIAD (Health Insurance Access Database). Mettre un petit résumé et lien au texte Quesnel-Vallée et al. 2012.

l'assurance privée dans chacun des contextes nationaux. Pour ce qui est de la sélection des services aux fins de comparaison, on s'est inspiré de la liste de l'OCDE que l'on a bonifiée. Dans le cadre précis de cet article, on a retenu les services de médecine générale, de médecine spécialisée pratiquée en dehors des hôpitaux, (sauf dentistes et optométrie) ainsi que les diagnostics⁴. On peut qualifier ces services comme étant essentiels à la pratique médicale des systèmes de santé des pays développés.

Pour identifier les barrières individuelles mises en place dans chacun des systèmes et pour comprendre les liens qui se tissent entre l'assurance publique et privée dans le contexte de transformation des systèmes de santé, trois indicateurs principaux ont été retenus soit l'assurance publique de santé, l'assurance santé privée et le mécanisme général. Ceux-ci ont par la suite été subdivisés en indicateurs plus précis. Pour ce qui est de l'assurance publique : le type d'inscription, le renouvellement et le partage des coûts (frais remboursable directement par le patient); pour l'assurance privée : la légalité de ce type d'assurance pour le service, la couverture minimum exigée par la loi, la source de financement, la possibilité de déduire de impôts le coût de l'assurance privée⁵, le type de renouvellement. Pour le mécanisme général : le type de couverture (publique, assurance privée duplicative, assurance complémentaire, substitue de l'assurance publique) et le niveau d'obligation d'avoir une assurance santé. Dans le but de répertorier les changements, les données ont été recueillies sur une période de 20 ans entre 1990 et 2010 dans une base de données.

La collecte de données a été faite par deux assistants par cas et au moyen d'un processus de collecte standardisé à partir d'un instrument construit par l'équipe de recherche (Quesnel-Vallée et al. 2012). Deux assistants par cas procédaient donc à la collecte de données sur un questionnaire sur des feuilles Excel, ils devaient s'appuyer dans un premier temps sur une source secondaire qui leur permettait de situer la date et l'information sur le service et par la suite ils devaient trouver une source primaire issue

⁴ Les autres services faisant partie de la base de données sont les services hors hôpital préventifs et restauratifs des dents, In-patient care, Soins de longue durée, santé mentale et médicaments.

⁵ Il ne sera pas question de cet indicateur dans cet article. Tous les pays ont une forme ou une autre de déduction d'impôts pour les assurances privée mais la différence des données ne permettait pas une comparaison qui tienne la route.

de documents gouvernementaux confirmant la première. Si les documents gouvernementaux étaient introuvables, ils avaient l'alternative de consulter le WHO International Digest of Health Legislation, le World Legal Information Institute ou le Foreign Law Guide. On a procédé par la suite à la triangulation des résultats pour s'assurer de la validité des données.

Les systèmes mandatés et les États providences conservateurs

Les systèmes de santé mandatés⁶ mis en place dans des États providence conservateurs offrent une assurance obligatoire qui est généralement financée par l'employeur, l'employé et l'État par le biais de caisses d'assurance. La production et la prestation des services sont publiques ou privées. On y retrouve généralement une présence importante d'assurance mutuelle ou privée. Dans ce type de système lié à l'emploi, les caisses d'assurance paient un pourcentage des soins assez important, entre 70 et 80%, et la balance est payée (sous forme de co-paiement) par une assurance privée ou mutuelle, ce qui fait que les individus ont en bout de ligne accès gratuitement aux soins de santé (Roemer, 1993). Nos données montrent que depuis les années 1990, les réformes successives ont considérablement transformés ces systèmes.

L'Allemagne et la France s'inscrivent dans ce type de système. Parmi les cas sélectionnés aux fins de cet article, on peut affirmer que ce sont les deux pays qui ont procédé aux changements les plus marqués en termes de barrières individuelles dans tous les services entre 1990 et 2010. On peut expliquer ce phénomène par le fait que les systèmes mandatés sont par nature plus facilement malléables que les systèmes nationalisés parce que leur structure organisationnelle est moins rigide (OMS, 2000).

En France, le système en est un d'assurance obligatoire historiquement liée à l'emploi et dans lequel il n'y a pas d'inscription nécessaire aux soins de santé. Le gouvernement s'est engagé dans une transformation importante des services généralistes depuis les années 1990, surtout depuis l'introduction du parcours de soins. On peut toutefois affirmer que les barrières d'accès sont principalement liées aux transformations des co-

⁶ D'autres les qualifieraient de bismarkien.

paiements. En effet, l'État a progressivement cédé à l'assurance mutuelle ou privée une part de plus en plus importante du paiement des services de santé, que ce soit généraux, spécialisés ou de diagnostiques.

Alors que la proportion de remboursement public des services généralistes était de 75% en 1990 et que le co-paiement comblait le reste (25), en 1990, ce dernier passe à 30% en 1995. Dans la même perspective et au nom de réduction des coûts, le gouvernement procède en 2004 à une réforme importante du système de santé. Ce faisant, il érige de nouvelles barrières d'accès aux soins de santé. Les individus sont maintenant forcé d'avoir un médecin traitant sans quoi leur co-paiement passeront de 30 à 50%, ce qui, on peut le présager, augmentera les primes payées aux mutuelles. En 2009, le gouvernement s'engage un peu plus dans cette voie puisqu'il ne remboursera que 30% du coût des soins et 70% du reste du montant est à la charge de l'individu ou de son assurance pour ceux qui n'ont pas de médecins traitant. De plus, la réforme de 2004 a introduit ce que l'on peut qualifier de frais remboursable directement par le patient puisque les usagers doivent déboursier 1 euro à chaque visite que ce soit pour un médecin généraliste, un spécialiste et un traitement diagnostique. Ces frais ne peuvent être remboursés par les assurances mutuelles ou privées, il s'agit donc de frais déboursés directement par le patient.

Des changements similaires ont eu lieu dans les services de médecine spécialisée. Comme dans le cas des services de médecine généraliste, les co-paiements ont augmenté de manière importante. De plus, les usagers ont dorénavant besoin d'une référence d'un médecin généraliste pour avoir accès à un médecin spécialiste⁷. Il s'agit d'un moyen de réduire l'usage de la médecine spécialisée, plus coûteuse. Pour ce faire, les co-paiements sont liés au fait d'avoir ou non une référence d'un médecin. Comme dans le cas de la médecine généraliste cela c'est faire de manière progressive, le co-paiement passe de 70 à 50% en 2004 et de 70% à 30% après 2009 si les patients n'ont pas de référence sinon le remboursement se fait à l'inverse : 70% public 30% co-paiement.

⁷ Certains services comme les maladies chroniques et la grossesse sont totalement couvert

On ne s'étonnera pas de constater que la même chose s'est produite pour ce qui est des diagnostics. Deux augmentations importantes ont eu lieu soit de 35 à 40% en 1995 et de 40 à 45% en 2005 pour les frais de laboratoire et de 30 à 40% pour ce qui est des rayons X. Enfin, une autre barrière a été érigée, celle de (*gatekeeping*) puisque les patients ont dorénavant besoin d'une référence de leur médecin traitant pour obtenir un diagnostic, ce qui n'était pas le cas avant 2005. L'établissement des co-paiements se fait exactement comme dans le cas de la médecine spécialisée en fonction de la présence ou de l'absence de référence d'un médecin. À cela s'ajoute depuis 2006, des frais de 18 euros lorsque le coût du diagnostic dépasse les 91 euros, ce qui n'avait pas lieu auparavant. Il s'agit donc de frais additionnels importants qui peuvent représenter une barrière d'accès parce que les personnes qui n'ont pas de médecins traitant se voient pénalisés, ceci sans compter l'augmentation des co-paiements qui a une incidence sur les cotisations ou les primes aux mutuelles et aux assurances privées.

Par ailleurs, en 2000 le gouvernement français a mis sur pied un nouveau programme de couverture universel de soins de santé (CMU), et l'assurance complémentaire (ACS) pour les résidents n'ayant pas accès aux soins de santé par le biais d'une caisse liée à leur travail où qui n'en avaient pas dans leur milieu de travail ou pas les moyens ainsi que l'assurance médicale de l'État, (AME) pour les personnes en situation irrégulière tel que les SDF, les immigrants illégaux au pays depuis au moins trois mois. Auparavant ces personnes étaient prises en charge par les communes. Les personnes âgées ou les pauvres, par exemple, n'avaient pas à payer les co-paiements (Safon, 2009). Pour l'inscription à la CMU et à l'ASC, les individus doivent faire une démarche administrative. Elles doivent se présenter à la caisse d'assurance maladie liée à leur adresse domiciliaire. Elles sont tenues d'y présenter la documentation nécessaire dont la composition de leur famille et leur revenu. La durée de l'adhésion est d'une année et le renouvellement doit être effectué deux mois avant l'échéance. La demande peut être refusée si la personne ne rencontre pas les critères d'admission (ex. revenu). Cette demande peut être approuvée ou rejetée. Quant à l'AME, les personnes doivent faire à peu près les mêmes démarches que pour les deux autres types de couverture, toutefois, si la demande est acceptée, la personne reçoit une carte AME avec photo. De plus, un montant initial de 30 euros est

requis, ce qui constitue très certainement une barrière d'accès. Le mécanisme de renouvellement est le même que pour la CMU.

En affirmant vouloir donner un accès plus grand aux soins de santé, le gouvernement s'est tourné vers des compagnies d'assurance mutuelle et privées pour couvrir une part importante de la population. Ceci a accru de façon importante les personnes qui sont couvertes par une mutuelle ou une assurance privée de santé 33 à 86% en 2000 et en 2010, 90%. Cette augmentation drastique pose certaines questions. On peut penser que le choix du gouvernement de passer par l'assurance privée en est un de privatisation qui aura certainement, à termes, des impacts sur l'accès pour certaines catégories de la population puisque les soins sont de moins en moins remboursés par le public.

On remarque que pour les trois types de services en France, il y a eu diminution de la part publique de la couverture individuelle, augmentation du co-paiement donc un transfert des coûts vers les mutuelles et les assurances privées. Cela implique forcément un coût plus élevé pour les patients français qui doivent payer leurs cotisations aux mutuelles ou leurs primes d'assurances⁸.

En France, l'assurance privée ou mutualiste la plus fréquente est de type complémentaire, c'est-à-dire qu'elle paie la part de soins non couverte par le système public, L'autre forme d'assurance permise est l'assurances supplémentaires, qui remboursent les soins non couverts par le régime public. Suite à l'examen de l'évolution des co-paiements pour chacun des services, on remarque que le transfert du paiement des soins de santé est assez considérable. En effet, le pourcentage de remboursement de la sécurité sociale diminue constamment au profit des co-paiements normalement offert par des mutuelles et des assurances privées et les remboursements peuvent varier en fonction de certaines barrières telles que la référence pour consulter un spécialiste ou le fait d'avoir un médecin traitant. Il y a donc en France, une relation directe entre l'augmentation des co-paiements et la diminution de la couverture publique.

⁸ À titre d'exemple, en 2010, les cotisations aux mutuelles ont augmenté de 5% <http://mutuelle.dispofi.fr/augmentation-frais-de-sante>

Ces transformations sont toutefois accompagnées par des modifications dans la régulation des assurances privées (Kerleau et al., 2009). Ainsi, l'État intervient davantage pour contraindre les employeurs à offrir une couverture complémentaire et mandater des partenaires sociaux pour négocier la mise en place d'une couverture de santé dans chaque compagnie. De plus, en 2001, le code des mutualités est transformé et les assureurs de ce type ne peuvent assurer en fonction du risque de santé que présente la personne. Les primes peuvent ainsi varier seulement en fonction de l'âge, du salaire, de la date du contrat, du fond de travailleurs auquel il appartient, du lieu, du nombre de bénéficiaires et l'âge de ceux-ci (Buchmueller and Coufinhal, 2004). Il est toutefois important de spécifier que les assurances privées ont davantage de latitude puisqu'elles peuvent encore ajuster la prime en fonction de la condition médicale de la personne lors de la signature du contrat. Enfin, la loi Évin qui établit une partie des règles concernant les mutuelles en matière d'assurance santé a été régulièrement amendée. Par exemple, elle permet de conserver son adhésion en cas de perte d'emploi et elle encadre les conditions de passage d'une assurance collective à une assurance individuelle en fixant un plafond d'augmentation des tarifs. Par exemple, à partir de 2009 elle empêche dorénavant les compagnies d'assurance d'augmenter les primes de plus de 50% pour les personnes retraitées.

Comme en France, les réformes allemandes ont eu pour but de transférer les coûts des services publics de santé vers l'assurance privée ou les mutuelles. Comme le système n'était pas fondé sur les co-paiement, l'Allemagne a emprunté la voie du choix individuel comme nouvelle norme. En fait, l'Allemagne ira dans la voie de la privatisation partielle de son système de santé. Les changements récents s'appliquent aux trois services (médecine générale, spécialiste et diagnostique) de manière uniforme.

Dans un premier temps, et dans le but d'introduire de la compétition entre les fonds privés de santé, à partir de 1996 on a permis aux résidents de changer de fond d'assurances sans être pénalisé (Busse et Rieseberg, 2004). L'idée étant d'imposer une forme de *benchmarking* qui permettrait de réduire le coût de l'assurance pour l'individu.

Le changement le plus marquant survient toutefois dans les années 2000 puisque le gouvernement permet dorénavant aux Allemands de se désaffilier du système d'assurance publique pour s'assurer au privé. L'assurance est toujours obligatoire pour la majorité de la population mais la tranche importante considérée comme mieux nantie a l'option de contracter une assurance privée et de ne plus faire partie du système d'assurance publique. Ainsi, les usagers dont le revenu dépasse les 46300 euros peuvent se retirer du système obligatoire public et contracter une assurance privée qui se substitue à l'assurance publique. Une fois que la personne s'est retirée, elle ne peut revenir à l'assurance publique que si son revenu passe en deçà du seuil fixé par le gouvernement. Les données sur l'assurance-santé allemande montre que jusqu'à assez récemment, 74% de la population était couverte par l'assurance publique par le biais de leur emploi, 14% couverte par l'assurance publique de façon volontaire et 10% totalement couvert par l'assurance privée (Thomson and Mossialos, 2010). L'Assurance-santé est obligatoire toutefois, les personnes dont le revenu est très élevé peuvent même s'abstenir de contracter une assurance et payer directement de leur poche. L'assurance est donc obligatoire pour la majorité de la population. À part s'ils choisissent d'adhérer à une assurance privée, les usagers des services de santé n'ont pas à adhérer au système puisque cela se fait par le biais de leur emploi. Pour les personnes n'ayant pas d'emploi la couverture est fournie par un fond social (Sozialamt) qui fait les arrangements nécessaires avec les médecins ou par l'entremise d'un des fonds locaux de dernier recours (Allgemeine Ortskrankenkasse). Le seul critère d'adhésion est la preuve de résidence. La couverture est donc automatique, mais le patient doit adhérer à un fond de maladie.

C'est seulement en 2004 qu'on introduit une barrière d'accès aux soins de santé par le biais d'un co-paiement de 10 euros par visite chez le médecin par trimestre non remboursable par des assurances. Les personnes assurées au privé ainsi que les enfants de moins de 15 ans n'ont pas à payer le co-paiement. Il s'agit ici d'une barrière individuelle d'accès puisque le 10 euros peut être difficile à déboursier pour une partie de la population.

Les assurances privées ont donc deux fonctions en Allemagne, soit assurer les individus totalement donc se substituer et de dupliquer l'assurance publique. L'assurance supplémentaire est également permise pour les soins non couverts par le public. (Busse et Riesberg, 2000). La relation entre l'assurance publique et privée se fait toutefois de manière différente que dans le cas français puisqu'il n'y a pas de relation directe entre l'augmentation des co-paiements et la diminution de la part la couverture publique. Le choix gouvernemental a été, comme nous le disions un peu plus haut, de s'appuyer davantage sur la question du choix individuel pour l'assurance-santé. Par contre, ce choix n'est pas sans conséquences puisque le fait d'avoir un système où se côtoient assurance publique et assurance privée de cette manière peut mener à un régime à deux vitesses.

Toutefois, comme en France, le transfert de l'assurance publique à l'assurance privée est en quelque sorte compensé par l'encadrement de cette dernière. Par exemple, en 1994, le gouvernement oblige les compagnies d'assurance privée à assurer les personnes âgées de 65 ans et plus qui se sont qualifiées 10 ans auparavant pour une assurance santé. En 2001, le gouvernement adopte une loi qui vise directement le risque de santé pour l'assurance privée. Celle-ci impose des restrictions quant à la prise en compte du risque de santé individuel dans les contrats d'assurance. Ainsi, les coûts supplémentaires associés à un risque qui apparaîtrait au cours du contrat individuel sont interdits. Autrement dit, le paiement de la prime individuelle se fait selon le risque au départ mais comme les compagnies ne peuvent ajuster la prime en fonction d'un nouveau risque (Busse, 2008). De surcroît, le coût des primes est régulé en fonction de plusieurs éléments dont l'augmentation annuelle ou la perte d'emploi.

Les systèmes nationalisés dans les régimes libéraux

Les systèmes nationalisés offrent une couverture universelle des soins de santé aux résidents. De plus, la production des services et le financement du système proviennent très majoritairement du public (le Canada, le Royaume-Uni). Une des particularités des systèmes nationalisés c'est qu'ils ont été mis en place à la fois dans tous les régimes d'états providence. On s'intéressera plus spécifiquement ici à l'évolution des systèmes nationalisés dans des régimes libéraux.

Les systèmes nationalisés sont par nature plus complexe à modifier parce la couverture publique universelle financée par l'impôt limite les transformations possibles en terme de partage des coûts (Bourque et Farrah, 2012). Dans ce type de système où le secteur privé était peu développé, les premières réformes ont été d'ordre structurel, c'est-à-dire, que les gouvernements ont d'abord tenté de transformer les structures, l'organisation et la gestion des systèmes de santé avant d'introduire des mesures dites plus individuelles. Ainsi, dans un premier temps, les systèmes nationalisés ont semblé très peu changé du point de vue du patient qui se présente aux portes du système (Maynard, 1996). Toutefois, depuis les années 2000, on remarque presque partout une ouverture à l'assurance privée ou au co-paiement qui peuvent être associés à des barrières d'accès individuel.

Dans les autres systèmes nationalisés⁹, le système d'assurance publique offre une couverture universelle et s'applique à tous les résidents, Cependant, au Royaume-Uni, en 1990, les demandeurs d'asile et les réfugiés sont considérés comme des résidents ordinaires et ont donc droits aux services gratuits (1990). Des restrictions apparaissent toutefois au cours des années puisque qu'on peut refuser les demandeurs d'asile (Pollard, 2004). De plus, il est nécessaire de faire une démarche pour bénéficier des services de santé. Ainsi, dans tous les systèmes nationalisés sélectionnés, les individus doivent s'inscrire soit auprès de l'administration locale ou de leur médecin. Au Royaume-Uni jusqu'en 2010, les usagers devaient s'inscrire auprès d'un médecin de proximité, c'est-à-dire dans un territoire déterminé par leur lieu de résidence. Cette restriction a été levée en 2010. On peut affirmer que c'est le lien avec le médecin généraliste qui donne accès au système de santé.

Au Québec et en Ontario où les systèmes sont encadrés par la Loi canadienne sur la santé, l'inscription permet d'attribuer une carte d'identité individuelle qui donne accès aux services hospitaliers ainsi qu'aux médecins généralistes. Cette inscription s'est cependant complexifiée au cours du temps surtout pour des populations âgées ou démunies puisque la carte est dorénavant muni d'une photo et doit être renouvelée

⁹ Ou beveridgien.

périodiquement, ce qui implique un déplacement de la part du détenteur ainsi qu'une somme modique pour payer la dite photo. Cela semble anodin mais si on prend l'exemple ontarien où la carte était produite une seule fois et valable à vie sans renouvellement, cela complexifie l'accès aux soins de santé pour des personnes qui ont moins de ressources. En Ontario, l'ensemble des résidents permanents ou des citoyens ont accès à l'assurance-santé publique. Toutefois, une période de 3 mois d'attente est nécessaire avant de pouvoir bénéficier de l'assurance-maladie. Ainsi, les résidents n'ont pas un accès immédiat aux soins de santé. D'ailleurs depuis très récemment le gouvernement incite fortement les personnes dans cette situation à contracter une assurance privée. L'adhésion à l'assurance maladie n'est pas obligatoire comme tel puisque quelqu'un pourrait faire le choix de ne pas y adhérer mais il aurait du mal à accéder aux soins de santé. Pour ce qui est du Québec, comme en Ontario, une carte avec photo est alors émise lors de l'inscription, le processus de renouvellement se fait tous les quatre ans. Un rappel est envoyé par la poste quelques semaines avant la date d'expiration.

Si l'on s'attarde aux services retenus dans le cadre de cette étude, on constate que les transformations varient d'un pays à l'autre. Au Royaume-Uni, les services des médecins généralistes sont universels et gratuits. Aucun co-paiement n'est exigé de la part du patient, des frais afférents peuvent toutefois l'être. Des frais fixes sont tout de même exigés de la part des gouvernements du Québec et de l'Ontario, depuis les années 2000. Ainsi, les deux gouvernements ont imposés une contribution-santé aux résidents produisant un rapport d'impôt et ayant un revenu qui se situe à peu près au-dessus de la barre des 20000\$ par année. Ainsi, dans les deux provinces, des frais modulés selon le revenu sont payables par les impôts annuels sont exigés. Ils varient entre 100\$ et 1000\$ au Québec et entre 60 et 900\$ en Ontario. On ne peut associer ces frais à des co-paiements puisqu'ils ne sont pas requis lors de l'utilisation des services. On peut toutefois avancer que la contribution bien qu'elle soit modulée selon le revenu demeure régressive.

Par ailleurs, tous les usagers des systèmes nationalisés sélectionnés ont besoins d'une référence pour avoir accès aux spécialistes ou à un diagnostic, sauf en Ontario. Toutefois, des restrictions sont imposées puisque les médecins spécialistes reçoivent un remboursement moins important si le patient n'a pas de référence préalable. Il s'agit

d'une forme de de barrière (*gatekeeping*). Toutefois, mis à part certains frais afférents encadrés, les frais déboursés étaient interdits jusqu'au milieu des années 2000 pour les services spécialisés au Québec et en Ontario. Ceci a progressivement changé depuis l'Arrêt Chaoulli. Au Royaume-Uni puisque on permet les frais déboursés pour ce services. On peut penser que ce phénomène est susceptible de créer un accès plus facile pour certains et donc moins facile pour d'autres. À titre d'exemple, entre 1990 et 1997, les OOP sont passé de 62 à 133 livres per capita et à 230 livres en 2008 (Boyle, 2011).

Le Québec et l'Ontario interdisent les assurances duplicatives pour tous les soins de santé sauf pour les diagnostique. Toutefois, en Ontario, certaines compagnies d'assurances offrent des assurances duplicatives pour tout type de services selon le nombre de jour de la liste d'attente (45 jours). Contrairement aux deux autres systèmes le Royaume-Uni permet aux usagers d'avoir une assurance duplicative pour tous les soins de santé, il y a d'ailleurs une augmentation progressive de celle-ci depuis les années 1990 (Madore, 2006). Dans les trois systèmes, il y a présence d'assurance privé supplémentaire qui vise à couvrir les soins de santé non remboursés ou les tests diagnostiques (Québec) et dans certains cas, les soins afférents. Bien que de manière moins marquée que dans les systèmes mandatés, partout, il y a une augmentation de l'usage de l'assurance privée dans les services diagnostiques et privés.

De plus, au moins au Québec, depuis l'Arrêt Chaoulli en 2005 dont le jugement rendait invalide l'interdiction d'assurance duplicative, le gouvernement du Québec a amendé la Loi sur la santé et les services sociaux et permet pour certains soins relevant de la médecine spécialisée (les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte). Comme le jugement a été rendu par la Cour suprême du Canada, certains affirment qu'il s'applique dans toutes les provinces (Madore, 2006).

On remarque toutefois une distinction importante entre les systèmes mandatés et les systèmes nationalisés puisque la régulation de l'assurance privée n'a pas fait l'objet de transformations importantes. Les assurances privée sont évidemment réglementées, mais au même titre que les autres types d'assurance (biens, par exemple). Par exemple sur la cessation de contrat. Toutefois, contrairement aux systèmes mandatés, il n'y a pas de règles en ce qui concerne le risque ni l'âge du patient, ni le contrôle de l'augmentation

des primes. Au Royaume-Uni, les primes ont augmenté de 7% par année depuis le début des années 90 (FIPO, 2003).

Conclusion

Une des réponses des gouvernements face à l'augmentation des coûts a été de renvoyer progressivement une part de l'assurance publique vers l'assurance privée en changeant la formule des co-paiements ou en encourageant la désassurance d'une partie de la population et en permettant l'assurance duplicative pour certains services. L'autre manière a été de renvoyer certains coûts directement aux patients qui ont dorénavant des frais à déboursier lorsqu'ils consultent un médecin. Ce transfert des coûts de l'assurance publique vers l'assurance privées ou les poches du patients a le potentiel de créer des barrières individuelles d'accès aux soins de santé particulièrement pour les personnes moins nantis. L'effet sur les primes d'assurance affectera le budget des ménages qui pourront à termes choisir de s'assurer à la carte. De plus, les frais déboursés directement est problématique pour l'accès immédiat d'un patient qui n'a pas les sommes pour payer des frais afférents ou des co-paiements.

Par ailleurs, on constate que les systèmes nationalisés ont agi différemment des systèmes mandatés de cette étude en ce qui a trait à l'assurance-santé privée. On a constaté qu'en France et en Allemagne les gouvernements ont été plus enclins à encadrer le développement de l'assurance privée que l'ont été les gouvernements du Royaume-Uni, du Québec et du Canada. Deux pistes d'explication peuvent être ici avancées. La première est que l'on peut penser que l'assurance privée est encore trop marginale et que les gouvernements n'ont pas eu de pression pour faire des changements dans la régulation. La seconde est liée au fait que les systèmes nationalisés sélectionnés aux fins cet article se sont développés dans des régimes libéraux, des régimes donc où le libre marché constitue sur le plan économique le choix premier pour la majorité des gouvernements. On peut donc penser que l'assurance-santé privée se développement selon les principes du libre marché, ce qui pourrait augmenter les barrières d'accès. Pour le savoir, il faudra dans une prochaine analyse, comparer les systèmes nationalisés de différents régimes d'États-providence pour voir si l'encadrement varie.

Références

Aucoin, P. (1990). Administrative reform in public management : paradigms, principles, paradoxes and pendulums. *Governance*, 3(2) : 115-137.

Bambra, C. (2005). Cash versus services : « worlds of welfare » and the decommodification of cash benefits and health care services. *Journal of Social Policy*, 34(2) : 195-213

Bambra, C. (2005). Worlds of welfare and the Health Care Discrepancy. *Social Policy and Society*, 4(1) :31-41.

Bourque, M & Farrah, J.S. (2012). Analysing health system reforms through Roemer's typology. *Gouvernance*, 9,1.

Bourque, M. & Leruste, G. (2010). La transformation des idées sur la privatisation du système de santé québécois depuis 1980 : le passage à un nouveau référentiel sectoriel ? *Politique et sociétés*, 29(3).

Boychuck G. (2008). The Public/Private Divide in Health Care and Pensions in Canada. With Keith G. Banting. In Daniel Béland and Brian Gran, ed., *The Public/Private Divide in Health Care and Pensions*. London: Palgrave, 2008.

.Boyle, S. (2011). United Kingdom (England) : Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(1). European Observatory on Health Systems and Policy.

Buchmueller, T. & Coufinhal, A. (2004). Private health insurance un France. OECD *Health Working Papers*, 12. OECD Publishing

Busse et Rieseberg, 2004 Busse, R. and A. Reisberg (2004). Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 6.

Busse, R. (2008). "The health system in Germany." *Eurohealth* 14(1): 5-7.

Dixon-Warren, B. (2009). Privatization of health care. *Canadian Medical Association Journal*, 180(4) : 429.

Flood, C. M. and T. Archibald (2000) Legal Constraints on Privately-Financed Health Care in Canada: A Review of the Ten Provinces.

Hood, C. (1995). Contemporary public management : a new global paradigm ? *Public Policy and Administration*, 10(2) : 104-117.

- Kerleau, M., Fretel, A., & Hirtzlin, I. (2009). Regulating private health insurance in France : New challenges for employer-based complementary health insurance. *Document de Travail du Centre d'Économie de la Sorbonne #2009.56*
- Maarse, H. (2006). The privatization of Health Care in Europe : An eight-country analysis. *Journal of Politics, Police and Law*, 31(5) : 981-1014.
- Madore, O. (2006). Duplicate private health care insurance: Potential implications for Quebec and Canada. *Parliamentary Information and Research Service. Economics Division. PRB 05-71E*.
- Maioni, (1998). Les politiques de santé au Canada et aux États-Unis: des trajectoires irréconciliables? *Revue internationale de politique comparée*, 5(2): 343-362.
- Maynard, A., Phil, B. & Bloor, K. (1996). Introducing a market to the United Kingdom's national health service. *The New England Journal of Medicine*, Feb 29: 604-608
- OCDE (2010) Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé. OCDE, Département des affaires économiques. Note de politique économique, 2.
- OMS (2000). *Rapport sur la santé dans le monde : Pour un système de santé plus performant*. Organisation Mondiale de la Santé.
- Pollard, A.J. & Savulescu, J. (2004). Ethics in practice : Eligibility of overseas visitors and people of uncertain residential status for NHS treatment. *BMJ*, 329(7) : 346-349.
- Pollitt, C. (2001). Clarifying Convergence: Striking Similarities and Durable differences in Public Management Reforms. *Public Management Review*, 3(4): 471-492.
- Quesnel-Vallée, A., Renahy, E., Jenkins, T., & Cerigo, H. (2012). Assessing barriers to health insurance and threats to equity in comparative perspective : The Health Insurance Access Database. *BMC Health Services Research*, 12 : 107-118.
- Roemer, M. I. 1993. National Health Systems Throughout the World. *Annual Review of Public Health*, 14: 335-353.
- Colombo, F. & Tapay, N. (2004). *Private health insurance in OECD countries: The benefits and costs for individuals and health systems*. DELSA/ELSA/WD/HEA(2004)6
- Soroka, S.N. (2007). *Canadian perceptions of the health care system. A report to the Health Council of Canada*

Thomson, S. & Mossialos, E. (2010). Primary care and prescription drugs: coverage, cost-sharing, and financial protection in six European countries. *Issues in International Health Policy. Commonwealth Fund pub. 1384*, 82.

Wendt, C. (2009). Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. *Journal of European Social Policy*, 19(5): 432-446

Wendt, C., Frisina, L & Rothgang, H. (2009). Healthcare system types : A conceptual framework for comparison. *Social Policy and Administration*, 43(1) : 70-90.