

**LA MIXITÉ DE LA PRATIQUE MÉDICALE EN  
ANGLETERRE ET EN AUSTRALIE**

**par  
Caroline Cambourieu MSc**

**Septembre 2008**

**Étude réalisée à la demande de  
L'ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC**

## TABLE DES MATIÈRES

Introduction .....	3
1. Caractéristiques générales du système de santé australien.....	5
1.1 Description du système .....	6
1.2 Principaux enjeux .....	11
1.3 Réformes récentes .....	11
1.4 La mixité de la pratique médicale .....	12
1.5 Conclusion .....	13
2. Caractéristiques générales du système de santé Anglais .....	15
2.1 Description du système .....	15
2.2 La mixité de la pratique médicale .....	20
2.3 Principaux enjeux .....	22
2.4 Réformes récentes .....	22
2.5 Conclusion .....	23
Conclusion .....	25
Bibliographie .....	27
Annexe 1 : Stratégie de recherche .....	32
Annexe 2 : Tableau détaillé : Couverture des régimes public ou privé d'assurance des services ou des soins de santé australiens.....	34
Annexe 3 : Description des Principales politiques publiques de santé ayant eu un impact sur la pratique médicale en Australie .....	36
Annexe 4 : Évolution de la Répartition des dépenses de santé .....	39
Annexe 5 : Description des Principales politiques publiques de santé ayant eu un impact sur la pratique médicale au Royaume-Uni .....	40

## INTRODUCTION

Le contexte socioéconomique, politique et démographique de la majorité des pays de l'OCDE force les gouvernements à diversifier les sources de financement des services de santé afin de pouvoir mieux répondre à la demande croissante de services de santé.

Les délais d'attente pour certains services de santé au Québec exercent des pressions sur le gouvernement pour qu'il augmente l'offre de services de santé.

- Or, le budget public alloué à la santé est très élevé, 43%, et les impôts sont à des niveaux plus élevés que ceux de nos principaux partenaires commerciaux. D'autre part, le Québec subit depuis plusieurs années une pénurie de médecins et cela malgré une augmentation du nombre de nouveaux étudiants dans les facultés de médecine. Les délais observés indiquent que l'offre de services médicaux ne répond pas à la demande.

Devant ces constats, le gouvernement est en quête de moyens pour développer des sources alternatives de financement de la santé afin d'accroître l'offre de services. Un des moyens explorés est de permettre le développement de soins de santé privés dans le système universel de santé actuel. Pour ce faire, cela nécessite la mixité publique-privée de la pratique médicale et à ce jour, elle n'est pas permise au Québec. La question qui se pose alors est de voir s'il faut permettre la pratique médicale mixte ou s'il faut continuer à l'interdire.

Cette option soulève des objections, notamment de la part du gouvernement et de groupes de pression bien organisés, entre autres, parce qu'ils craignent que cela puisse accroître les problèmes de pénurie de médecins dans le système public. D'autres soutiennent que permettre aux médecins de pratiquer dans le secteur privé, lorsqu'un certain seuil de pratique publique a été atteint, n'affecterait pas l'offre de services médicaux dans le secteur public et permettrait de réduire la pression sur la demande.

Cette étude tente d'apporter un éclairage sur ces questions. Elle examine l'expérience de deux pays de l'OCDE, l'Angleterre et l'Australie. Ces deux pays ont opté pour le développement d'une mixité publique-privée de la pratique médicale afin de répondre à une demande croissante de services dans un contexte où les gouvernements doivent réduire les pressions qu'exerce la santé sur leurs finances publiques.

Par une revue de la littérature sur l'expérience de ces deux pays, cette étude présente les systèmes de santé et examine les formes de mixité qui prévalent. En d'autres mots, il est question de voir si la pratique médicale mixte publique privée comporte des avantages pour notre système de santé.

## **Stratégie de recherche<sup>1</sup>**

Les sources d'information utilisées proviennent principalement d'une recherche informatisée réalisée à partir de différents moteurs de recherche. Quatre types de documents ont été consultés, ceux provenant de la littérature scientifique, ceux provenant de la littérature grise (documents produits à l'intention d'un public restreint, en dehors des circuits commerciaux de l'édition et de la diffusion), les publications officielles des gouvernements et celles des organismes internationaux (OCDE, ...). La période couverte par la recherche va de 1980 à 2008, avec un accent prépondérant mis sur la période 1990-2007. Seuls les documents en langue anglaise et française ont été retenus.

La recherche comportait deux objectifs. Tout d'abord, elle devait permettre de présenter la structure des systèmes de santé des pays à l'étude. Puis, elle devait cibler les réformes et mesures soutenant la mise en place de la mixité publique-privée de la pratique médicale, ceci afin d'en examiner les conséquences sur i) la migration des médecins du secteur public vers le secteur privé ; et ii) les délais d'attente pour les chirurgies électives.

---

<sup>1</sup> La stratégie de recherche détaillée est présentée à l'annexe 1.

## 1. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DU SYSTÈME DE SANTÉ AUSTRALIEN

Depuis 1984, l'Australie offre à l'ensemble de sa population un système de santé universel, *Medicare*, qui est financé principalement par des fonds publics. Une des particularités de ce système universel réside dans le fait que les prestataires de services sont rémunérés tant par des fonds publics que privés et qu'ils peuvent offrir leurs services tant à des patients bénéficiaires du régime de santé public qu'à ceux détenant une assurance privée. Le système de santé universel australien est caractérisé par la présence importante du secteur privé<sup>2</sup> (prestataires de services, régimes d'assurance privée et hôpitaux).

La division des pouvoirs au sein des trois différents niveaux de gouvernement en fait un système de santé décentralisé. Le gouvernement central (Commonwealth) élabore les politiques de santé, collecte et gère une grande majorité des fonds destinés au régime universel de soins et régule les activités des assureurs privés. Les gouvernements des États et des territoires du pays<sup>3</sup> appliquent les politiques de santé élaborées par le gouvernement central et détiennent et administrent les hôpitaux publics<sup>4</sup>. Les municipalités ont certaines responsabilités en matière de santé publique<sup>5</sup>.

### Les dépenses de santé

Les dépenses de santé en Australie s'élèvent à 61 009 milliards \$ US PPA en 2005. Les dépenses de santé per capita, exprimées en PPA (parité du pouvoir d'achat), sont de 2 999 \$ US, soit une dépense per capita plus élevée que celle de la moyenne des pays de l'OCDE, établie à 2 759 \$ US PPA. À cet égard, l'Australie arrive au 16<sup>e</sup> rang des pays de l'OCDE. En 2006, les dépenses de santé représentent 8,8 % du PIB, soit un peu moins que la moyenne des pays de l'OCDE, qui se situe à 8,9 %<sup>6</sup>. Ce ratio classe l'Australie au 15<sup>e</sup> rang des pays de l'OCDE. De 1995 à 2005, les dépenses de santé totales ont crû à un rythme annuel de 5,1 %, alors que celui du PIB a augmenté de 3,6 %<sup>7</sup>.

En 2003-2004, les dépenses de santé sont financées à 68 % par des fonds publics (fiscalité générale et spécifique). Les 32 % restants proviennent de sources de fonds privés dont les deux tiers émanent des contributions des patients. Depuis la fin des années 90, la proportion de dépenses publiques dans les dépenses totales de santé a peu évolué. C'est la structure des dépenses privées qui a subi des changements relativement importants. La part des contributions personnelles est passée de 16 % à 20,3 % de 1995-1996 à 2003-2004, alors que les proportions de l'assurance privée et des autres fonds privés n'ont cessé de diminuer,

---

<sup>2</sup> Colombo, 2003 ; Healy, 2006.

<sup>3</sup> L'Australie est composée de six États, de deux grands territoires continentaux et d'autres petits territoires.

<sup>4</sup> Healy, 2002 ; Jones, 2007.

<sup>5</sup> Pomey et Dubois, 2007.

<sup>6</sup> OCDE, 2007 ; OCDE 2008.

<sup>7</sup> AIHW, 2007.

passant respectivement de 10,5 % à 7,1 % et de 6,3 % à 4,6 % au cours de la même période<sup>8</sup>. La part des assurances privées est relativement faible par rapport aux pays de l'OCDE qui ont des régimes d'assurance santé privée<sup>9</sup>.

#### ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ

	Dépenses publiques	Dépenses privées		
		Assurance privée	Individus	Autres fonds privés
1995-1996	67,2 %	10,5 %	16 %	6,3 %
2000-2001	69,4 %	6,7 %	18,6 %	5,3 %
2003-2004	67,9 %	7,1 %	20,3 %	4,6 %

Note : « Autres fonds privés » représentent les indemnités d'assurance des travailleurs et celles de l'assurance de la responsabilité civile automobile.

Source : Healy et al., 2006.

### 1.1 DESCRIPTION DU SYSTÈME

#### L'assurance publique universelle

*Medicare*, est le régime universel d'assurance santé. Il est financé principalement par les impôts prélevés par le Commonwealth. Il est constitué, entre autres, de trois programmes majeurs :

- L'*Australian Health Care Agreement* procure le financement qui assure le fonctionnement des hôpitaux publics, afin que tout résident australien ait un accès gratuit aux soins hospitaliers.
- Le *Medicare Benefit Scheme* rembourse totalement ou partiellement les services et les soins offerts par les généralistes, les spécialistes, les optométristes participants et les dentistes pour une sélection de soins seulement. Le remboursement de ces soins et services se fait à partir d'une grille tarifaire de référence, le *Medical Benefits Schedule (MBS)*, établie et mise à jour par le gouvernement. Ainsi, les niveaux de prise en charge par *Medicare* varient notamment en fonction du lieu où sont prodigués les soins. À titre d'exemple, *Medicare* rembourse aux médecins 75 % des tarifs du *MBS* pour les services et les soins prodigués dans un hôpital public, 85 % pour tous les services donnés à l'extérieur de l'hôpital et 100 % du tarif du *MBS* pour les honoraires de généralistes travaillant en cabinet<sup>10</sup>.
- Le *Pharmaceutical Benefit Scheme (PBS)* prend en charge une partie des dépenses de médicaments prescrits sur ordonnance. Les médicaments couverts doivent être inscrits sur une liste agréée par le *PBS*.

#### L'assurance privée

Les régimes d'assurance santé privée (ASP) sont des joueurs importants dans le système de santé australien. En 2003, 44 % de la population

<sup>8</sup>Healy, 2006.

<sup>9</sup>Jones, 2006-7 ; Van Doorslaer, 2008.

<sup>10</sup>DHA, 2008.

adhérait à un régime d'assurance hospitalisation privée. Néanmoins, la proportion des dépenses de santé couverte par l'assurance privée n'était que de 7 %.

La proportion des Australiens qui adhèrent à des régimes d'assurance privée fluctue beaucoup au fil des ans. Après avoir atteint un taux d'adhésion de 30 % à la fin des années 90, le nombre d'assurés a augmenté et depuis il stagne autour d'un taux de 44 %, cela malgré les multiples incitatifs instaurés par le gouvernement<sup>11</sup>. La hausse des primes semble expliquer la diminution des adhésions. La population assurée par le régime privé vieillit et utilise davantage de services de santé, l'augmentation des dépenses hospitalières et de soins médicaux entraîne une hausse des primes pour les assurés. Cette tendance haussière a pour effet de rendre inaccessible la couverture privée pour un nombre croissant d'individus.

Pour contrer les baisses d'adhésion aux régimes d'assurance privée, le gouvernement est intervenu à de nombreuses reprises en offrant de multiples incitations aux individus afin, d'une part, qu'ils joignent les régimes d'assurance privée et, d'autre part, que la viabilité à long terme de ce secteur soit assurée. Toute instabilité dans le niveau d'adhésion aux régimes d'ASP peut influencer les services et les soins offerts dans les hôpitaux privés et mettre en péril leur survie<sup>12</sup>. Ainsi, entre 1996 et 2001, le marché privé de l'assurance santé a été soutenu par des réformes politiques et fiscales<sup>13</sup> majeures qui avaient pour but, entre autres, d'accroître l'accessibilité de l'assurance privée aux éventuels adhérents, de soutenir la demande pour les régimes privés d'assurance et de réduire le rôle du gouvernement dans l'offre des soins et des services de santé afin de diminuer la pression sur les dépenses des hôpitaux publics<sup>14</sup>.

Parmi les deux plus importantes compagnies d'assurance privée se retrouve Medibank Private, dont le principal actionnaire est le ministère des Finances. En 2002, elle détenait 30 % du marché de l'assurance santé privée. Le gouvernement australien réglemente très étroitement les compagnies d'assurance privée de façon à ce qu'elles puissent promouvoir un accès équitable et des prix accessibles pour tous les individus en fonction de leur niveau de risque.

Le tableau suivant présente un sommaire des couvertures publique et privée d'assurance santé. Il est à noter que la couverture publique assure un accès universel et exclusif aux soins primaires. Certaines populations sont exemptées de toute participation financière et bénéficient<sup>15</sup> d'un accès gratuit à ces services.

---

<sup>11</sup> PHIAC, 2007.

<sup>12</sup> CHFA, 2008 ; Colombo et al., 2003.

<sup>13</sup> *The Private Health Insurance Incentives Scheme, The Private Health Insurance Incentives Act et Lifetime Health Cover, annexe 2.*

<sup>14</sup> *Pour de plus amples détails, consulter l'annexe 2.*

<sup>15</sup> *Femmes enceintes, les enfants de moins de 16 ans, les malades chroniques, les moins bien nantis et les gens âgés.*

**CAROLINE S'IL VOUS PLAÎT SIMPLIFIER CE TABLEAU (LA TROISIÈME COLONNE PORTE SUR UN OBJET DIFFÉRENT DES DEUX PREMIÈRES – ELLE EST REDONDANTE)**

**COUVERTURE DES SOINS DE SANTÉ\***

	Assurance publique	Assurance privée	Contribution du patient	
<b>Médecins généralistes et spécialistes en ambulatoire</b>	Couverture universelle (de 85 % à 100 % du tarif MBS pour tous)	Couverture privée non permise	Patients privés : oui	Patients publics : oui
<b>Généralistes et spécialistes à l'hôpital</b>	Couverture complète pour les patients publics dans les établissements publics  <i>Medicare</i> couvre 75 % des tarifs du MBS pour patients privés dans CH privés et pour patients privés dans CH publics	Assurance privée couvre 25 % des tarifs du MBS	Patients privés dans CH** publics ou privés : oui	
<b>Services hospitaliers</b>	Couverture universelle complète pour tous les patients publics  <i>Medicare</i> couvre 75 % des tarifs du MBS pour patients privés dans CH publics	Patients privés dans CH publics : couverture des frais non couverts par <i>Medicare</i>  CH privés : tarifs négociés avec CH	Patients privés dans CH privés : oui	
<b>Médicaments</b>	Couverture universelle pour les médicaments sur la liste avec copaiement	Couverture privée non permise pour les copaiements	Patients privés : oui	Patients publics : oui

\* Voir annexe 2 pour tableau détaillé

\*\*CH : Centre hospitalier ou Hôpital

Source : Colombo et al., OCDE, 2003

### Les établissements de santé<sup>16</sup>

Les hôpitaux australiens se déclinent selon cinq types de propriété dont deux publics et trois privés :

- l'hôpital public géré par le système public de santé ;

<sup>16</sup> Deber, 2005.



- l'hôpital public géré par des gestionnaires publics qui disposent d'une grande indépendance et autonomie dans leur gestion, dans la mesure où ils peuvent développer des mécanismes de marché pour atteindre des rendements plus efficaces ;
- l'hôpital privé à but non lucratif géré par des organismes religieux ou de charité ;
- l'hôpital privé à but lucratif détenu principalement par des prestataires de soins.
- l'hôpital privé à but lucratif.

**Les hôpitaux publics** (71 % de l'ensemble des hôpitaux) fournissent 63 % des soins aigus et 70 % des lits<sup>17</sup>. Ils fournissent davantage de soins tertiaires et soignent les traumatismes les plus graves. Ce sont également eux qui procurent les services d'urgence et le cadre propice à l'enseignement<sup>18</sup>. Ils soignent des patients tant publics que ceux couverts par un régime d'assurance santé privé.

**Les hôpitaux publics** sont essentiellement financés par les États et les territoires. Le budget alloué au secteur public hospitalier à travers le *Health Care Agreement* est plafonné et défini de façon quinquennale. Lorsqu'un hôpital public soigne un patient ayant une police d'assurance privée, il perçoit un revenu équivalent à 25 % des tarifs du *Medical Benefits Schedule*, soit la partie des frais hospitaliers non couverte par *Medicare*. Le patient qui détient une assurance privée peut choisir son médecin et son hôpital et accéder aux services plus rapidement.

**Le secteur hospitalier privé** compte 283 hôpitaux, soit le tiers du nombre de lits<sup>19</sup>. En général, les hôpitaux privés sont de plus petite taille que les hôpitaux publics. Ils traitent moins de cas, réalisent un grand nombre de chirurgies électives et offrent, à l'occasion, des services d'urgence ou des soins complexes.

**Les revenus des hôpitaux privés** proviennent de trois sources :

- *Medicare* couvre les honoraires médicaux et les services hospitaliers selon la proportion établie par le *Medical Benefits Schedule* (75 % du tarif du MBS).
- Les régimes privés couvrent les honoraires médicaux à raison de 25 % du taux MBS et, si assurés, les frais additionnels exigés. Ils assument également le coût des services hospitaliers de leurs assurés en fonction de différentes ententes contractuelles entre les hôpitaux privés et les régimes d'assurance.
- L'utilisateur assume la différence entre le tarif privé et le tarif remboursé par *Medicare*, si son assurance ne la couvre pas.

La grande majorité des chirurgies électives sont effectuées dans le secteur privé. En 2004-2005, un total de 1,6 million de chirurgies électives ont été réalisées sur l'ensemble du territoire australien dont approximativement 1

---

<sup>17</sup> Healy et al., 2006.

<sup>18</sup> Duckett, 2000.

<sup>19</sup> APHA, 2007.

million dans les hôpitaux privés (61 %) et quelque 630 000 dans les hôpitaux publics<sup>20</sup> (39 %).

## La pratique médicale

Les généralistes et les spécialistes peuvent adhérer à trois types de pratiques médicales : une pratique dans le secteur privé uniquement, une pratique mixte dans le secteur privé et dans un ou plusieurs hôpitaux publics où le clinicien a des engagements à titre de *Visiting Medical Officer (VMO)*, ou une pratique à titre de clinicien salarié dans un hôpital public avec la possibilité de pratiquer dans le secteur privé<sup>21</sup>. Les médecins sont identifiés comme étant des acteurs privés (professionnels libéraux) du système de santé dès qu'ils ne sont pas des salariés du gouvernement. Ce sont des acteurs clés dans le système de santé. Ils ont une influence sur la gouvernance du système et jouent un rôle notable lors de l'élaboration des politiques de santé<sup>22</sup>.

En 2005, l'Australie comptait 56 084 médecins cliniciens répartis à peu près également entre généralistes et spécialistes. L'évolution des caractéristiques démographiques des médecins en Australie est semblable à celle que l'on observe au Canada et dans de nombreux pays de l'OCDE. L'âge moyen augmente, la profession se féminise et le nombre d'heures travaillées diminue<sup>23</sup>.

**Les médecins (généralistes et spécialistes)** sont rémunérés à l'acte et ils sont libres d'établir leurs propres tarifs. Le médecin a un pouvoir discrétionnaire sur le prix de ses services et il peut fixer le montant des honoraires facturés au bénéficiaire en sus du montant remboursé par *Medicare*. Il est interdit aux assureurs privés de couvrir la contribution des usagers sur les honoraires médicaux pour des services ambulatoires.

Le système *Medicare* est basé sur la pratique du *Bulk Billing* (facturation globale). Au départ, ce système a été mis en place afin d'améliorer l'accès aux soins primaires et d'exercer un meilleur contrôle des dépenses de soins primaires et des honoraires des généralistes<sup>24</sup>. Selon ce système, plutôt que de faire payer directement le patient et qu'ensuite *Medicare* le rembourse, *Medicare* paie directement le médecin via le système de *Bulk Billing*. En contrepartie, le médecin s'engage à ne pas exiger de contribution aux patients pour lesquels il a facturé globalement *Medicare (bulk billed)*<sup>25</sup>.

De 1994 à 2003, le nombre de généralistes qui facturaient globalement ne cessait de décroître, notamment parce que les remboursements des tarifs du *MBS* étaient trop bas. En 2004, le gouvernement a instauré le *Medicare*

---

<sup>20</sup> AIHW, juin 2008.

<sup>21</sup> AIHW, 2008.

<sup>22</sup> Healy, 2006 ; Duckett 2005.

<sup>23</sup> L'âge moyen des cliniciens était de 44,9 ans (AIHW, 2008) et les femmes médecins représentaient 32,9 % de l'ensemble des médecins pratiquants (OCDE, 2008). De 2001 à 2005, le nombre de généralistes a augmenté de 13,5 % et le nombre de spécialistes de 16,5 % (AIHW, 2008). En 2005, il y avait 2,8 cliniciens pour 1 000 personnes, dont 1,4 généraliste et 1,3 spécialiste pour 1 000 personnes. De 2001 à 2005, le nombre d'heures travaillées hebdomadairement a diminué de 45,6 à 43,9 et le pourcentage de cliniciens travaillant plus de 50 heures par semaine est passé de 47,5 % à 40,3 % (AIHW, 2008).

<sup>24</sup> Savage, 2004.

<sup>25</sup> Department of Human Services, Government of Australia, mai 2008.

Plus qui avait pour effet de majorer à 100 %<sup>26</sup> le tarif du MBS remboursé aux généralistes qui facturaient globalement, et ce, tant pour les soins octroyés aux patients qui ont une carte privilégiée que ceux qui n'en ont pas.

En 2002, 66 % des cabinets de généralistes étaient des pratiques solos, mais ce type de pratique représentait seulement 33 % des généralistes. Différents modèles de pratiques sont apparus au cours des dernières années, dont ceux des cabinets partagés par quelques généralistes (deux à cinq) et des cabinets multidisciplinaires détenus par des compagnies privées, comprenant des généralistes et divers spécialistes, et des coopératives de services médicaux.

Les généralistes sont la porte d'entrée du système hospitalier car ils sont les seuls à donner accès à un spécialiste. De plus, seule une référence d'un généraliste donne droit à un remboursement par *Medicare* pour les soins de deuxième ligne<sup>27</sup>. Les Australiens ont accès à l'hôpital public par l'intermédiaire de leur médecin généraliste ou de leur spécialiste, ou via les urgences où ils peuvent se présenter de leur propre initiative.

**Les spécialistes** offrent leurs soins à des patients privés ou publics, dans les hôpitaux privés ou publics ou dans leurs cabinets privés. Une minorité de spécialistes sont des salariés du gouvernement et travaillent dans les hôpitaux publics, les autres sont des professionnels libéraux libres de fixer leurs honoraires.

## 1.2 PRINCIPAUX ENJEUX

À l'instar de la majorité des autres pays membres de l'OCDE, la croissance annuelle des dépenses totales de santé excède la croissance annuelle de sa richesse depuis plusieurs années et donc les revenus gouvernementaux<sup>28</sup>. Ainsi, afin de limiter l'impact des dépenses de santé sur son budget, le gouvernement a pour objectif de mieux les contrôler.

Les principales préoccupations de la population, en ce qui concerne la santé, sont les longs délais d'attente pour des chirurgies électives, l'inégalité d'accès entre les zones urbaines, les régions rurales et les régions éloignées, et la mauvaise santé des autochtones australiens.

L'augmentation constante des contributions directes des patients préoccupe les autorités et ces derniers tentent d'éviter de créer un système à deux vitesses, celui pour les patients publics et celui pour les patients privés. De plus, le gouvernement cherche à maintenir les trois objectifs de base du système de santé australien qui sont l'équité, l'efficacité et la qualité.

## 1.3 RÉFORMES RÉCENTES

Depuis la mise en place de *Medicare* en 1984, la gouvernance du système de santé a été marquée par des réformes économiques ciblant : i) le

---

<sup>26</sup> Auparavant, il était de 85 %.

<sup>27</sup> À moins qu'il s'agisse d'une urgence.

<sup>28</sup> De 1995 à 2005, les dépenses de santé totales ont crû à un rythme annuel de 5,1 %, alors que celui du PIB a augmenté de 3,6 % (AIHW, 2007). Il est à noter que ce n'est qu'en 2003-2004 que la croissance des dépenses totales de santé (3,6 %) était légèrement inférieure à la croissance du PIB (4,1 %).

contrôle des coûts ; ii) l'amélioration de l'efficacité structurelle du système ; iii) le maintien du secteur privé dans le système de santé ; iv) l'amélioration de l'efficacité technique et de l'allocation des biens et services (offrir un plus grand choix de services aux patients et un accès plus rapide aux soins) ; et v) la mise en place de mécanismes de marché dans la gestion du système de santé.

La politique qui a le plus marqué le système de santé australien est sans conteste celle qui a permis un soutien continu au développement des assurances privées en santé. Afin d'accroître le financement de la santé, tout en limitant les pressions qu'exerce le système de santé sur les finances publiques, le gouvernement encourage fortement l'adhésion à des régimes d'assurance privée par un certain nombre de mesures :

- De 1996 à 2001, le gouvernement a mis en place des incitatifs fiscaux à l'achat d'assurance privée en santé. Par exemple, le gouvernement australien subventionne l'acquisition d'assurances privées en remboursant, par un crédit d'impôt, de 30 % à 40 % des primes des assurés. Ces mesures sont toujours appliquées et elles ciblent tous les individus ayant un revenu égal ou inférieur à 35 000 \$ AU (70 000 \$ AU par famille). En 2005-2006, les ristournes faites par le gouvernement aux individus ayant adhéré à un régime d'ASP ont coûté 3,2 G\$ AU aux finances publiques<sup>29</sup>.
- Depuis 1997, une contribution fiscale supplémentaire de 1 % est exigée aux individus ayant des revenus élevés, qui n'adhèrent pas à un programme d'assurance privée hospitalière.
- Depuis juillet 2000, le gouvernement a mis en place le programme « Couverture de santé pour la vie ». Cette couverture permet d'exiger des primes différentes selon l'âge à partir duquel les patients commencent à adhérer à l'assurance privée hospitalière. Ainsi, les individus de plus de 30 ans qui n'ont pas maintenu une adhésion continue à un régime d'assurance hospitalière doivent déboursier des primes plus élevées qu'un individu qui en aurait été bénéficiaire avant 30 ans. Les individus qui adhèrent à ce fonds très jeunes et qui maintiennent leur adhésion paieront des primes moins élevées, tout au long de leur vie, que ceux qui y ont adhéré à un âge plus avancé.

#### **1.4 LA MIXITÉ DE LA PRATIQUE MÉDICALE**

**La pratique médicale est mixte et non réglementée.** Les médecins choisissent eux-mêmes la répartition de leur temps entre une pratique privée ou une pratique publique et leur lieu de pratique. Toutefois, les médecins spécialistes doivent exercer en partie en milieu hospitalier.

S'il est parfois possible d'avancer que la hausse des chirurgies électives effectuées en milieu privé est associée à une augmentation des temps d'attente pour les mêmes chirurgies en milieu public<sup>30</sup>, aucune étude consultée pour cette recherche n'a permis de connaître l'impact réel de la pratique médicale mixte sur la disponibilité des médecins pratiquant dans le système public en Australie. Toutefois, il est possible d'établir un certain nombre de constats sur l'impact des mesures gouvernementales

---

<sup>29</sup> CHFA, 2008.

<sup>30</sup> Duckett, 2005, Australian Health Review ; Colombo, 2003.

soutenant l'adhésion à des régimes d'assurance privée sur le transfert d'activités du secteur public vers le secteur privé et de certaines modalités en termes de coûts.

- La part des chirurgies électives effectuées annuellement par le privé augmente. Pendant les années 1999-2000 à 2001-2002, le nombre de sorties d'hôpital de patients ayant eu un épisode de soins complet a crû beaucoup plus rapidement dans les hôpitaux privés que dans les hôpitaux publics<sup>31</sup>.
- L'augmentation des chirurgies électives effectuées en milieu privé a été associée à une augmentation des temps d'attente pour les mêmes chirurgies en milieu public<sup>32</sup>. Il semblerait que les médecins étant mieux rémunérés dans le secteur privé sont incités à maintenir les listes d'attente dans le secteur public pour encourager les patients à opter pour le privé.
- Une analyse de données sur les chirurgies électives de l'hôpital public Victorian a démontré un lien de causalité entre les politiques de remboursement par crédit d'impôt et la « Couverture de santé pour la vie » et la diminution de la demande pour les chirurgies électives de l'hôpital<sup>33</sup>.

## 1.5 CONCLUSION

L'étude de l'expérience australienne avait pour objet l'analyse de la mixité publique-privée dans la pratique médicale et ses conséquences sur i) la migration des médecins du secteur public vers le secteur privé ; et ii) les délais d'attente pour les chirurgies électives. Pour ce faire, la revue de la littérature qui a été réalisée traite de l'évolution des réformes visant l'introduction de la mixité dans la pratique médicale en Australie depuis les 25 dernières années, et des retombées qu'elles ont pu avoir sur les problématiques qu'elles étaient censées cibler.

Les recherches consultées ont rendu possible l'établissement de certains constats :

- L'Australie a un système de santé complexe<sup>34</sup> car il combine à la fois des prestataires publics et privés de services et de soins de santé, des patients publics et privés et il se finance par des fonds tant publics que privés (fiscalité générale et spécifique, assurance santé privée et paiements directs des patients).
- Les politiques visant à encourager le développement du secteur de l'assurance privée ont eu pour effet de diversifier l'offre de services pour les patients, d'augmenter le nombre total de chirurgies électives dans le secteur hospitalier privé et de diminuer les chirurgies effectuées dans le secteur hospitalier public. Toutefois, il est possible que le coût public de ces mesures ne soit pas compensé par les économies réalisées dans les hôpitaux publics<sup>35</sup>.
- Au niveau global, il y a eu une **réduction** du nombre de chirurgies dans les centres hospitaliers publics. La demande et l'offre pour les chirurgies électives semblent s'être déplacées vers le secteur

---

<sup>31</sup> Duckett, 2005, CMAJ.

<sup>32</sup> Duckett, 2005.

<sup>33</sup> Hanning, 2004.

<sup>34</sup> Healy et al., 2006 ; Jones, 2004.

<sup>35</sup> Colombo, 2003 ; Duckett, 2005 ; Segal, 2004.

privé. Ce qui était en partie l'effet recherché par les politiques publiques instaurées.

## 2. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DU SYSTÈME DE SANTÉ ANGLAIS

Depuis 1948, le Royaume-Uni<sup>36</sup>, dont l'Angleterre fait partie, s'est doté d'un Service national de santé universel, appelé le National Health Service (NHS), fiscalisé, planifié et administré au niveau central.

Le secteur privé en santé en Angleterre finance et administre des hôpitaux et des cliniques sous contrat avec le NHS. Les assurances privées occupent une faible place dans le financement total des soins de santé.

### Les dépenses de santé

En 2005, les dépenses totales de santé s'élevaient à 155,4 milliards \$ US PPA (parité du pouvoir d'achat). Les dépenses de santé per capita étaient de 2 580 \$ US PPA, soit légèrement inférieures à la moyenne des pays de l'OCDE, qui se situait à 2 759 \$ US PPA, ce qui portait le Royaume-Uni au 15<sup>e</sup> rang des pays de l'OCDE<sup>37</sup>.

Jusqu'au début des années 1990, la part des dépenses totales de santé dans le PIB était faible comparativement à l'ensemble des pays de l'OCDE. Elle est passée, entre 1990 à 2006, de 6 % à 8,4 %. Ce qui est légèrement en deçà de la moyenne de 8,9 % des pays de l'OCDE en 2006 et qui classe le Royaume-Uni au 13<sup>e</sup> rang de ces pays.

En 2005, les dépenses publiques de santé représentaient 86,9 % des dépenses totales de santé. Malgré une légère diminution au cours des 25 dernières années (la part était de 89,4 % en 1980), la proportion des dépenses publiques reste fortement dominante. Les dépenses de santé privées représentaient 13 % des dépenses totales en 2005. L'assurance privée volontaire semble couvrir 11,2 % des dépenses de santé (1999<sup>3839</sup>).

### ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ

	<i>Dépenses publiques</i>	<i>Dépenses privées</i>
1980	89 %	11 %
2000	81 %	19 %
2005	87 %	13 %

Source : *Eco-Santé, OCDE, 2008.*

## 2.1 DESCRIPTION DU SYSTÈME

### Les assurances

#### *L'assurance publique universelle*

Les services médicaux et hospitaliers (médicaments prescrits lors d'une hospitalisation, hébergement et soins) du NHS sont entièrement gratuits

<sup>36</sup> L'analyse porte principalement sur l'Angleterre ; toutefois, une grande partie des données chiffrées provient de la banque *Eco-Santé* de l'OCDE et représente le Royaume-Uni dans son ensemble.

<sup>37</sup> OCDE, 2008.

<sup>38</sup> Dixon, 2002.

<sup>39</sup> Consulter le tableau se trouvant en annexe.

pour tous les résidents britanniques. Les patients doivent déboursier un copaiement pour les soins dentaires, les services ophtalmiques et les médicaments sous ordonnance. Toutefois, certaines clientèles sont exemptées de copaiement<sup>40</sup>.

### ***L'assurance privée***

L'essentiel des assurances privées en santé sont duplicatives. Ainsi, elles couvrent les services déjà assurés par le régime public, lorsqu'ils sont obtenus auprès du secteur privé. En 2000, 11,5 % de la population était couverte par un régime d'assurance privée<sup>41</sup>. À la fin des années 1990, l'assurance privée couvrait principalement les soins de santé aigus<sup>42</sup>. Très peu de soins primaires sont financés sur une base privée.

Dans une plus faible proportion, il existe des assurances supplémentaires pour les services non couverts par le régime public, soit les services médicaux et paramédicaux, optiques, dentaires...

#### **COUVERTURE DES DÉPENSES DE SANTÉ**

	<b>Assurance publique</b>	<b>Assurance privée</b>
<b>Médecins généralistes</b>	Couverture universelle	Couverture privée volontaire (Private Health Insurance-PHI)
<b>Médecins spécialistes</b>	Couverture universelle	Couverture privée volontaire
<b>Services hospitaliers</b>	Couverture universelle	Couverture privée volontaire
<b>Médicaments sous ordonnance</b>	Couverture universelle avec copaiement à déboursier par les patients  Exemption de copaiement pour certaines clientèles	Couverture privée volontaire
<b>Services dentaires</b>	Couverture universelle avec déductible de 80 % du montant à défrayer par les patients. Plafond annuel de 378 £, au-delà duquel le NHS assume l'entièreté des coûts  Exemption de franchise pour certaines clientèles	Couverture privée volontaire

Source: Oliver, 2005.

<sup>40</sup> Enfants de moins de 16 ans, jeunes de moins de 19 ans qui sont aux études à temps plein, certains bénéficiaires de programmes de soutien au revenu, femmes enceintes, vétérans, personnes ayant certaines pathologies... (Dixon, 2002).

<sup>41</sup> King et al., 2005 ; Humphrey, 2004.

<sup>42</sup> HCST, 1999.



## **Les acteurs du NHS**

Des années 90 au début des années 2000, la structure du NHS a connu de nombreuses transformations. La structure actuelle du NHS comporte plusieurs organismes directeurs dont les principaux sont : le Strategic Health Authority (SHA), les Primary Care Trusts (PCT) pour les soins primaires et les Foundation Trusts et les Acute Trusts) pour les soins secondaires et aigus. Il s'agit d'organismes directeurs car ces entités ont la responsabilité de diriger les différents services offerts au niveau local que ce soit dans les hôpitaux privés, publics ou dans les centres de traitements (TC).

### ***Les « Strategic Health Authorities » (SHA)***

Les SHA remplacent les anciennes administrations sanitaires (Health Authorities). Elles ont été créées par le gouvernement en 2002 pour gérer au niveau local le NHS. Les 10 SHA<sup>43</sup> jouent un rôle stratégique dans l'amélioration des services de santé locaux. Elles voient à ce qu'il y ait une bonne coordination au niveau de l'offre et de la qualité des services offerts par les organismes directeurs locaux dont elles ont la responsabilité. Elles développent des projets pour améliorer l'offre de service locale et font en sorte que les priorités nationales de santé soient suivies. Elles soutiennent le développement des Primary Care Trusts et des Foundation Trusts dans le but de faire respecter les politiques nationales de santé.

### ***Les « Primary Care Trusts » (PCT)***

Les PCT sont des organismes ayant de vastes responsabilités sanitaires en matière de soins primaires. Ils sont au centre du NHS. Ils sont financés par l'État et leurs enveloppes budgétaires de fonctionnement correspondent à 80 % du budget du NHS<sup>44</sup>. Ce sont les successeurs des Primary Care Groups. Les PCT évaluent les besoins de la communauté dans laquelle ils sont implantés et doivent s'assurer que l'offre de services de l'ensemble des organisations qu'ils chapeautent est adéquate. Ils ont la possibilité d'offrir eux-mêmes les services ou d'acheter des services auprès de fournisseurs publics (NHS) ou privés.

La gamme des services de santé primaires sous la responsabilité des PCT comprend les services de généralistes, de pharmaciens, de dentistes, d'opticiens et d'optométristes, d'information téléphonique, d'ambulance (Ambulance Trusts) et des centres de consultation sans rendez-vous (NHS Walk-In Centres).

### ***Les hôpitaux***

Les hôpitaux sont de deux types, les Foundation Trusts et les Acute Trusts. Les Foundation Trusts sont au nombre de 83. Il s'agit d'un regroupement d'un nouveau type d'établissements hospitaliers publics gérés conjointement par la direction de l'établissement, le personnel et les membres du public. Leurs services sont adaptés aux besoins de la population locale. Les Acute Trusts gèrent les hôpitaux de soins aigus et spécialisés privés ou publics, qui ont à leur emploi une grande partie des effectifs du NHS<sup>45</sup>.

---

<sup>43</sup> NHS, UK, 2008.

<sup>44</sup> Boyle, 2008.

<sup>45</sup> Humphrey, 2004.

Les hôpitaux publics peuvent traiter des patients privés, les hôpitaux privés peuvent soigner des patients du NHS, et les patients publics et privés peuvent passer d'un type d'hôpital à un autre<sup>46</sup>.

### **Les « Treatment Centres » (TC)**

En 2003, les centres de traitements (TC) ont été implantés pour accroître l'offre et la diversité des services cliniques aux patients du NHS afin de diminuer les temps d'attente pour certains types de soins. Ils peuvent être la propriété du NHS, de cabinets de médecins praticiens ou de compagnies privées locales ou étrangères<sup>47</sup>. Lorsqu'ils sont la propriété de médecins praticiens ou de compagnies privées, ils sont identifiés comme étant des Independent Sector Treatment Centres (ISTC). Les services que les TC et les ISTC offrent relèvent principalement de chirurgies électives (ablation de la cataracte, chirurgies orthopédiques, ...), des services de consultation externe, entre autres, dans les domaines de l'ophtalmologie et de l'orthopédie<sup>48</sup>.

Le coût des traitements des Centres de traitements est défrayé par le NHS et les services sont offerts gratuitement aux patients. Le rôle et l'offre de soins des ISTC vont continuer de croître au cours des prochaines années<sup>49</sup> et, à terme, ils devraient procurer une importante capacité de traitements additionnels, donner un plus grand choix de lieux de traitements pour les patients et faire diminuer les temps d'attente pour certains traitements.

Le projet des ISTC tente d'introduire un changement important dans le NHS, soit celui d'offrir aux patients un choix lorsqu'ils doivent recevoir des soins hospitaliers. Depuis 2005<sup>50</sup>, les patients peuvent choisir parmi quatre à cinq prestataires de services, dont au moins un doit provenir des ISTC.

Le personnel des ISTC provient soit entièrement des ressources humaines travaillant pour le NHS, soit d'un mélange de personnel du NHS et de personnel du secteur privé, soit de la main-d'œuvre étrangère et du personnel du NHS, soit du personnel provenant uniquement du secteur privé. Compte tenu de certaines pénuries d'effectifs médicaux, les centres de traitements indépendants doivent fréquemment faire appel à une main-d'œuvre formée à l'étranger qui est parfois peu expérimentée<sup>51</sup>.

En 2006, il y avait 46 centres de traitements gérés par le NHS<sup>52</sup>, 20 centres de traitements indépendants gérés par le secteur privé, et la mise en place de 10 autres centres indépendants était planifiée à court terme<sup>53</sup>.

---

<sup>46</sup> Humphrey, 2004.

<sup>47</sup> DH, 2007.

<sup>48</sup> DH, 2008.

<sup>49</sup> King's Fund, 2006 ; Maciocco, 2006 ; Boyle, 2008.

<sup>50</sup> DH, 2008.

<sup>51</sup> Wallace, 2006.

<sup>52</sup> Maciocco, 2006.

<sup>53</sup> O'Dowd, 2006.

## **Le financement des services**

Les investissements et le financement des services des PCT et des hôpitaux publics doivent être présentés et approuvés par le Secrétariat d'État (Department of Health-DH) et par les SHA locales. Tout nouveau programme de développement doit inclure un financement privé basé sur le programme de partenariat public-privé PFI (Private Finance Initiative).

**Les immobilisations hospitalières** se réalisent de plus en plus dans le cadre d'un partenariat public privé (PFI). De plus, la majorité des services ne relevant pas des soins médicaux aux patients sont financés et administrés par le secteur privé (services de buanderie, entretien ménager, services de restauration, gestion des immeubles).

Les réformes mises en place au cours des dernières années ont fait en sorte que le financement des hôpitaux publics ne provient plus uniquement de l'État mais d'une combinaison de sources de fonds émanant des Strategic Health Authorities (SHA-NHS), des achats de services provenant des PCT et de ceux provenant du secteur privé (TC, ISTC, ...). Ces hôpitaux publics du NHS offrent à leurs patients des services de santé qu'ils achètent, entre autres, auprès de prestataires privés (ISTC, cabinets médicaux privés, ...).

Depuis 2003-2004, les services hospitaliers, privés et publics, sont remboursés sur la base du *Payment by Results*<sup>54</sup> (PBR), c'est-à-dire en fonction du volume et de la nature des activités accomplies par chaque prestataire. Les tarifs de référence pour chaque activité représentent les tarifs moyens de l'ensemble des prestataires qui font affaire avec les PCT. En plus, les hôpitaux obtiennent une compensation financière établie en fonction du volume et de la complexité des cas qu'ils traitent. Ainsi, les hôpitaux ne se concurrencent pas sur la base des prix et ils peuvent garder les surplus générés pour accroître leur efficacité. Il s'agit d'un mécanisme qui a pour effet d'inciter les hôpitaux à améliorer la qualité de leurs services<sup>55</sup>.

## **La pratique médicale**

En 2005, il y avait 144 162 médecins cliniciens, ce qui représentait 2,4 médecins pour 1 000 personnes. La densité médicale au Royaume-Uni est l'une des plus faibles des pays de l'OCDE. Les femmes médecins représentaient 38,3 % des effectifs de médecins<sup>56</sup>.

En 2005, il y avait 42 788 généralistes (0,7 généraliste/1 000 personnes) et 101 374 spécialistes (1,7 spécialiste/1 000 personnes)<sup>57</sup>. Au cours des dernières années, le Secrétariat à la santé (Department of Health) a constaté une diminution du nombre de candidats nouvellement diplômés en médecine générale et un nombre élevé de médecins formés à l'étranger dans le NHS<sup>58</sup>.

---

<sup>54</sup> DH, 2008.

<sup>55</sup> Boyle, 2005.

<sup>56</sup> Eco-Santé, OCDE, 2008.

<sup>57</sup> Eco-Santé, OCDE, 2008.

<sup>58</sup> Le Faou, 2003.

### **Le médecin généraliste est au centre du NHS.**

- La population (99 %) est inscrite chez un généraliste, où elle peut avoir un accès à des services 24 heures sur 24 et y recevoir des soins préventifs, diagnostiques et curatifs<sup>59</sup> ;
- Le généraliste est un passage obligé pour avoir accès à un spécialiste (NHS consultant) ou pour être admis à l'hôpital. Seules les personnes accédant directement aux urgences sont exemptées d'une consultation chez le généraliste.

La très grande majorité des généralistes adhèrent au NHS. Ils peuvent avoir un statut d'entrepreneur indépendant ou celui de salariés. Ceux ayant un statut d'entrepreneur indépendant représentent la majorité des généralistes. Ils doivent signer un contrat qui est négocié centralement entre le NHS et la British Medical Association (BMA). En 2006, les généralistes ayant un statut d'entrepreneurs indépendants qui travaillaient pour les PCT étaient **rémunérés** pour leurs services **selon une formule mixte, combinant une base forfaitaire** par patient inscrit sur leur liste (rémunération à la capitation) **et des paiements à l'acte** (visites de nuit, programmes de vaccination, ...). De plus, des allocations de pratique (primes d'installation et d'ancienneté) et des dépenses de fonctionnement (loyers, taxes, ...) peuvent être prises en charge par le NHS. Le modèle de rémunération par la capitation représente *grosso modo* 60 % du revenu d'un généraliste contractuel du NHS.

**La grande majorité des médecins spécialistes** (NHS consultant) travaillent à temps plein soit pour des hôpitaux du NHS ou des hôpitaux privés (Acute Trusts et Foundation Trusts) ou pour les centres de traitements (TC) et les Independent Sector Treatment Centres (ISTC). Peu de spécialistes travaillent à temps plein dans des cliniques privées, le cas échéant, ils sont des libéraux rémunérés uniquement à l'acte.

**En 2003 le gouvernement a mis en place l'Alternative Provider Medical Services**<sup>60</sup> (APMS). Il s'agit d'un accord contractuel qui peut être signé entre les Primary Care Trusts et différents prestataires de soins de santé primaires, tant publics que privés, qui sont en mesure de répondre aux besoins locaux de soins primaires. Cela a permis aux PCT d'accroître la variété des soins offerts ainsi que les modalités d'accès aux soins.

## **2.2 LA MIXITÉ DE LA PRATIQUE MÉDICALE**

La pratique médicale mixte est permise et réglementée. Les deux tiers des généralistes travaillant pour le NHS sont des entrepreneurs indépendants ayant signé un contrat avec le NHS, le tiers restant est salarié du NHS<sup>61</sup>. Malgré le fait que la majorité des généralistes rémunérés par le NHS ait un statut d'entrepreneur indépendant, la mixité de la pratique est peu développée chez cette catégorie de cliniciens. Au début des années 2000, très peu d'entre eux avaient une pratique privée<sup>62,63</sup>.

---

<sup>59</sup> *Le patient peut choisir son généraliste sur une base géographique, et une fois qu'il en a un, il doit s'astreindre à le consulter puisque ce dernier en est le responsable (Salisbury, 2008). Si le patient veut changer, il doit en faire la demande auprès de l'administration sanitaire locale. Généralement, les patients entretiennent des relations de longue durée avec leur généraliste.*

<sup>60</sup> DH, 2008.

<sup>61</sup> Oliver, 2005.

<sup>62</sup> *Au début des années 2000, il n'y avait approximativement que 200 généralistes et la plupart d'entre eux étaient localisés à Londres.*

<sup>63</sup> HSIT, 1999 ; Smith, 2005.

Il n'y a pas de limites sur les honoraires qu'un généraliste peut obtenir d'une pratique médicale privée, en autant qu'il remplit ses obligations envers le NHS. Toutefois, les honoraires privés annuels perçus pour des services privés donnés dans un site du NHS ne doivent pas excéder 10 % des honoraires du médecin. Le cas échéant, ses honoraires du NHS seront diminués proportionnellement à ses recettes selon une formule prédéterminée<sup>64</sup>. Les généralistes ne sont pas autorisés à offrir des consultations privées aux patients dont ils ont la responsabilité dans le cadre d'un contrat avec le NHS.

Il en est autrement chez les spécialistes dont approximativement les deux tiers ont une pratique mixte. Les spécialistes travaillant dans un hôpital sont majoritairement salariés<sup>65</sup>, mais ils peuvent compléter leurs salaires en soignant une clientèle privée<sup>66</sup> dans les hôpitaux du NHS ou en soignant une clientèle du NHS dans les hôpitaux privés ou dans les centres de traitements (TC) et les Independent Sector Treatment Centers (ISTC). Ainsi, il est très fréquent qu'ils alternent entre les deux types de pratiques durant une même journée de travail<sup>67</sup>. Certains spécialistes peuvent aussi, en plus de leur rémunération de base, recevoir des primes de mérite octroyées, entre autres, en fonction de leur notoriété.

Il y a un code de conduite pour la pratique privée destiné aux spécialistes (NHS consultants)<sup>68</sup>. La pratique mixte est acceptée et il y a des principes de base que les spécialistes doivent respecter. Ceux-ci doivent travailler en partenariat avec les organisations du NHS qui les emploient afin d'éviter tout conflit d'intérêts entre la pratique privée et le travail du NHS. Les spécialistes qui ont une pratique mixte doivent déclarer toute forme de pratique privée aux organismes publics pour lesquels ils travaillent et faire part de leur agenda de travail consacré à cette pratique. La réglementation du NHS concernant les revenus obtenus dans le cadre de la pratique médicale privée diffère, qu'il s'agisse de médecins spécialistes (consultants) seniors ou de consultants juniors et de médecins employés du NHS<sup>69</sup>.

Les revenus de la pratique privée des **consultants seniors qui ont un contrat à temps plein avec le NHS** ne doivent pas excéder 10 % de leurs revenus totaux bruts. Il n'y a pas de limite s'ils ont un contrat à temps partiel, en autant que leurs engagements envers le NHS soient remplis. Les consultations effectuées auprès des patients du NHS dans le cadre d'ententes en dehors de leur entente initiale sont considérées comme des activités privées et les revenus ainsi obtenus sont inclus dans le 10 %.

Selon les ententes avec les **consultants juniors et celles entre le NHS et les nouveaux consultants**, il n'y a pas de limite sur les honoraires obtenus de sources privées. Le médecin doit, toutefois, pouvoir démontrer

---

<sup>64</sup> BMA, 2004.

<sup>65</sup> Oliver, 2005.

<sup>66</sup> Les frais et honoraires du médecin sont alors défrayés par les assurances privées ou directement par le patient.

<sup>67</sup> Humphrey, 2004.

<sup>68</sup> DH, 2004.

<sup>69</sup> BMA, 2004.

qu'il est en mesure de remplir ses obligations envers le NHS et qu'il n'y a pas de conflit d'intérêts entre ses différents contrats.

### 2.3 PRINCIPAUX ENJEUX

Les principaux enjeux du système de santé anglais sont en partie similaires à ceux des autres pays de l'OCDE ayant un système de santé universel comparable. Il est question de:

- contrôler l'accroissement des dépenses publiques en santé dans un contexte de vieillissement de la population et d'évolution rapide des technologies médicales ;
- réduire les délais d'attente pour les chirurgies électives et les examens spécialisés.

En outre, au niveau de la pratique médicale, le Royaume-Uni est confronté à un problème de recrutement dans les régions éloignées et à une baisse de la popularité de la médecine générale au profit de la pratique spécialisée.

### 2.4 RÉFORMES RÉCENTES

Avant la venue du gouvernement Thatcher en 1991, le NHS a connu peu de changements par rapport à ce qu'il était lors de sa mise en place en 1948. À partir de 1991, les réformes des gouvernements qui se sont succédé avaient pour objectif d'améliorer la productivité du système, en introduisant des mécanismes de marché dans un monopole public de la santé.

Les grands éléments de ces réformes ont été successivement les suivants :

- L'introduction de la concurrence sur la base des coûts entre les différents prestataires pour permettre la création d'un quasi-marché de la santé<sup>70</sup> ;
- La séparation des acheteurs et des fournisseurs de soins, le maintien de la concurrence entre les prestataires, mais sur la base de la qualité, et la décentralisation de l'organisation des soins primaires ;
- La libéralisation de l'offre de services médicaux ;
- L'accroissement du pouvoir de décision des patients en leur donnant le choix des prestataires de services secondaires. Le généraliste doit proposer quatre choix de prestataires de services secondaires lorsqu'il réfère un patient. Le choix du patient peut se baser sur des critères d'évaluation publiés par la « Healthcare Commission », notamment sur l'attente, la propreté et l'incidence des infections<sup>71</sup> ;
- La transformation des mécanismes de financement des hôpitaux d'un mode budgétaire à un mécanisme de *Payments by Results* où le financement suit le patient.

De plus, en 2004, le gouvernement a mis en place le « Quality and Outcomes Framework » (QOF) dans le but d'améliorer la qualité de la prestation des services médicaux des généralistes. Le QOF est un système

---

<sup>70</sup> Le Faou, 2003

<sup>71</sup> Malgré cette obligation, peu de patients déclarent s'être vu offrir ce choix.

de rémunération au rendement, établi en fonction des critères de rendement dans trois catégories : organisation, satisfaction du client et indicateurs cliniques<sup>72</sup>.

Les réformes mises en place n'ont pas toujours pu être appliquées intégralement sur une longue période car elles ont été assujetties aux différentes priorités en matière de santé des gouvernements qui se sont succédé au pouvoir. Avec le résultat que les alternatives proposées par les réformes du système de santé ont été développées en alternance. Ainsi, le manque de continuité a pu affecter l'atteinte des objectifs visés *à priori* par ces réformes.

Concrètement, dans certains secteurs, les résultats obtenus peuvent sembler insatisfaisants alors que d'autres, ils apparaissent positifs<sup>73</sup>. En outre, selon la « Healthcare Commission », l'agence d'évaluation des services de santé, la qualité et l'efficacité des prestataires publics et privés s'améliorent. En effet, le nombre d'organisations ayant obtenu un score 'excellent' ou 'qui rencontrent les normes' est de plus en plus élevé<sup>74</sup>.

## 2.5 CONCLUSION

L'étude de l'expérience britannique avait pour objet l'analyse de la mixité publique-privée dans la pratique médicale et ses conséquences sur i) la migration des médecins du secteur public vers le secteur privé ; et ii) les délais d'attente pour les chirurgies électorives. Pour ce faire, la revue de la littérature qui a été réalisée traite de l'évolution des réformes visant l'introduction de la mixité dans la pratique médicale en Angleterre depuis les 25 dernières années, et des retombées qu'elles ont pu avoir sur les problématiques qu'elles étaient censées cibler.

En Angleterre, la libéralisation de l'offre a donné la possibilité aux médecins de pratiquer dans les deux milieux, public et privé. Initialement, les Britanniques ont eu les mêmes inquiétudes que le gouvernement du Québec en ce qui concerne le passage des ressources médicales du secteur public vers le secteur privé. Le gouvernement britannique a réglementé la pratique privée des médecins du NHS afin d'assurer le maintien d'une offre de services en adéquation avec i) les besoins de la population ; ii) les budgets dédiés au NHS ; et iii) les orientations des objectifs du NHS. Fait intéressant, la réglementation s'est assouplie puisque les nouveaux consultants n'ont plus de limite de temps travaillé dans le secteur privé<sup>75</sup>.

En ce qui concerne l'impact de la mixité de la pratique sur l'accroissement de l'offre de services ou l'amélioration des délais d'attente, il est plus difficile de tirer des conclusions claires. Plusieurs éléments entrent en jeu. D'abord, l'accroissement de l'offre ne se traduit pas nécessairement par une réduction des délais dans le secteur. En effet, la rationalisation des services s'opère encore car l'offre est toujours limitée à la capacité de payer du secteur public. De plus, la population vieillissant, la demande

---

<sup>72</sup> Oliver, 2006 ; Hutchison, 2008 ; Roland, 2006.

<sup>73</sup> Stevens, P., *International Policy Network*, 2008

<sup>74</sup> UK Healthcare Commission 2008, 'State of Healthcare'.

<sup>75</sup> BMA, *Fees for part-time medical services*, décembre 2004.

s'accroît et cela peut avoir un effet négatif sur les temps d'attente pour certains types de soins. Néanmoins, certains éléments permettent de croire que l'expérience britannique est sur la bonne voie, notamment :

- Lorsque des contrats ont été donnés pour impartir des chirurgies électives, le nombre de chirurgies électives réalisées a effectivement augmenté ;
- La qualité des services, telle que mesurée par la « Healthcare Commission », s'améliore. Bien que ce ne soit pas le résultat direct de la mixité de la pratique, il apparaît clair que l'introduction des mécanismes de marché<sup>76</sup> et la transformation des mécanismes de financement ont eu pour effet d'améliorer la qualité des soins. L'amélioration de la qualité ne peut qu'avoir un effet positif sur l'offre de services<sup>77</sup>.

En somme, la réponse n'est pas un oui catégorique. Elle dépend d'un ensemble d'éléments qui interagissent entre eux dans un contexte politique, économique et social donné. Les résultats de ces réformes dépendent de multiples facteurs. Néanmoins, le cas de l'Angleterre est intéressant de par la diversité des mesures introduites depuis le début des années 90. Il permet de constater qu'il est possible d'accroître l'offre de services dans un secteur spécifique, en donnant aux acheteurs de services la possibilité d'impartir des interventions au secteur privé et de faire participer les médecins du secteur public à cette offre. Il apparaît toutefois nécessaire de réglementer cette pratique afin de préserver les ressources allouées au secteur public et de rassurer les parties prenantes.

---

<sup>76</sup> Nous faisons référence ici à l'ensemble des réformes mentionnées qui ont eu pour effet d'inciter les organisations à faire sortir l'information, à se comparer et à améliorer la qualité de leurs interventions.

<sup>77</sup> En réduisant les interventions requises pour réparer les erreurs, on peut augmenter les ressources à de nouveaux cas.



## CONCLUSION

Au Québec, comme dans la majorité des pays de l'OCDE, la demande de services de santé excède l'offre, ce qui se traduit par de longs délais d'attente. Afin de les réduire, sans accroître le poids des dépenses de santé sur les finances publiques, le gouvernement fait une plus grande place aux soins privés. Il est maintenant possible pour un hôpital de faire une entente avec un centre médical spécialisé (CMS), une clinique médicale associée (CMA) ou un centre médical spécialisé associé (CMSA). Ce sont tous des établissements privés qui offrent des services de santé compensés par la Régie d'assurance maladie au Québec (RAMQ). Or, même si les établissements de santé se multiplient rapidement, l'accroissement du nombre de médecins, ayant le droit de pratique au Québec, est relativement lent. Il y a donc un risque que l'augmentation des services privés ait un impact sur la ressources publiques de santé. Pour éviter de déplacer les ressources d'un secteur à l'autre, le gouvernement doit s'assurer de créer les conditions adéquates pour que l'augmentation de l'offre de services privés se traduise par une augmentation de l'offre totale de services.

Dans ce contexte, la pratique médicale mixte publique-privée est-elle une solution ? L'Angleterre et l'Australie sont deux exemples intéressants pour le Québec. Certains des principes fondamentaux qui guident l'évolution de leur système, l'universalité et l'équité, sont similaires à ceux du système québécois. De plus, l'enjeu économique majeur est le même, soit la croissance des dépenses de santé qui excède la croissance de la richesse nationale.

Ces deux pays ont élaboré au cours des vingt dernières années, un ensemble de réformes qui a eu pour effet de diversifier l'offre de services et de libéraliser la pratique médicale. Les stratégies qu'ils ont adoptées pour accroître l'offre de services de santé tout en contrôlant l'évolution des dépenses publiques en santé sont distinctes et les résultats obtenus diffèrent.

La recherche comportait deux objectifs. Tout d'abord, elle devait permettre de présenter la structure des systèmes de santé des pays à l'étude. Puis, elle devait cibler les réformes et mesures soutenant la mise en place de la mixité publique-privée de la pratique médicale, ceci afin d'en examiner les conséquences sur i) la migration des médecins du secteur public vers le secteur privé ; et ii) les délais d'attente pour les chirurgies électives. Elle a permis de faire certains constats :

- En Australie, les politiques visant à encourager le développement du secteur de l'assurance privée ont eu pour effet de diversifier l'offre de services pour les patients et d'augmenter le nombre total de chirurgies électives réalisées dans le secteur hospitalier privé.
- En Australie, la demande pour les chirurgies électives a diminué dans le secteur hospitalier public. Ce qui était en partie l'effet recherché par les réformes instaurées. Toutefois, il est possible que le coût public des mesures

incitatives à l'acquisition d'assurances privées ne soit pas compensé par les économies réalisées dans les hôpitaux publics<sup>78</sup>.

- En Australie, la pratique mixte a eu un impact à la hausse sur l'offre de services des chirurgies électives. Toutefois, entre-temps la demande pour les chirurgies électives a augmenté et cela n'a pas eu d'impact majeur sur les temps d'attente pour ces services.
- En Angleterre, la réglementation de la pratique médicale a contribué à éviter le glissement des ressources médicales du secteur public vers le secteur privé. Les médecins parviennent aisément à partager leur journée de travail entre pratique privée et publique.

---

<sup>78</sup> Colombo, 2003 ; Duckett, 2005 ; Segal, 2004.

## BIBLIOGRAPHIE

(Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2006). HIT Summary : Australia Health Systems in Transition.

AIHW (2006). Health expenditure Australia, 2004-05 (Health and Welfare Expenditure Series Number 28, No. HWL 41), Canberra, Australian Institute of Health and Welfare.

AIHW (2007). Health expenditure Australia, 2005-06 (Health and Welfare Expenditure Series Number 30, No. HWE 37), Canberra, Australian Institute of Health and Welfare.

AIHW (2008). Elective surgery in Australia: new measures of access (No. HSE 57), Canberra, Australian Institute of Health and Welfare.

AIHW (2008). Medical labor force 2005 (No. HWL 41). Canberra, Australian Institute of Health and Welfare.

APHA (2007). Australian Private Hospitals Association - Annual Report 2006-07, Australian Private Hospitals Association.

BMA (2004). Fees for part-time medical services [version électronique], extraite le 22 septembre 2008, du site : <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/feespartitimemed-privatepractice?>

Boyle, S. (2005). « Payment by results in England », Eurohealth, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 7(4).

Boyle, S. (2008). « The Health system in England », Eurohealth, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 14(1).

Brekke, K. R. et L. Sørsgard (2007). « Public versus private health care in a national health service », Health Economics, 16(6), p. 579-601.

CHFA (2008). Information paper: Reforms influence broader health care, Manuka, Consumers Health Forum of Australia Inc.

Colombo, F. et N. Tapay (2003). Private Health Insurance in Australia: A Case Study (OECD Health Working Paper No. 8), Paris, OCDE.

Colombo, F. et N. Tapay (2004). Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems (OECD Health Working Paper No. 15), Paris, OCDE.

Cromwell, D. (2002). « The lore about private health insurance and pressure on public hospitals », Australian Health Review, 25(6), p. 72-74.

Deber, R. B. (2005). « Slaves to economists? A Canadian's view of the Australian health care system », *Australian Health Review*, 29(4), p. 386-391.

Department of Human Services, Government of Australia, Mediguide section 5, Bulk billing, mai 2008, <http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/pubs/mediguide/section5/bulk-billing.jsp>.

DH (2004). *A Code of Conduct for Private Practice*. Crown Copyright, UK.

DH (2006). *ISTC Manual*, NHS, extrait le 13 août 2008 du site : [http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationsPolicyandGuidance/DH\\_4128133](http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationsPolicyandGuidance/DH_4128133).

DH (2007). *Alternative Provider Medical Services (APMS)*, publication extraite le 14 août 2008 du site du Department of Health : [http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/Primarycarecontracting/APMS/DH\\_4125919](http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/Primarycarecontracting/APMS/DH_4125919).

DH (2008). *Casemix measures: Healthcare Resource Groups (HRGs)*, publication extraite le 14 août 2008 du site du Department of Health : <http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Financeandplanning/NHSFinancial>.

DH (2008). *General information about Treatment Centres [version électronique]* extraite le 17 septembre 2008 du site : [http://www.dh.gov.uk/en/\\$healthcare/PrimaryCare/Treatmentcentres](http://www.dh.gov.uk/en/$healthcare/PrimaryCare/Treatmentcentres).

DH (2008). *Payment by results: Background and history*, publication extraite le 14 août 2008 du site du Department of Health : <http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Financeandplanning/NHSFinancial>.

DHA (2008). *GP Super Clinics: About the GP Super Clinic*, publication extraite en juillet 2004 du site de l'Australian Department of Health and Ageing: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/pacd-gpsuperclinic-about>.

Dixon, A. et E. Mossialos (2002). « Health Care Systems in Eight Countries : Trends and Challenges », (United Kingdom: Health Care System Trends & Challenges), Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

Duckett, S.J. (2005). « Private care and public waiting », *Australian Health Review*, 29(1), p. 87-93.

Duckett, S.J. (2005). *Living in the parallel universe in Australia : public Medicare and private hospitals*. *CMAJ*, 173(7), p. 745-747.

Duckett, S.J. et T.J. Jackson, (2000). « The new health insurance rebate: an inefficient way of assisting public hospitals », version électronique, *eMJA*, *The Medical Journal of Australia*, 172, p. 439-442 : [http://www.mja.com.au/public/issues/172\\_09\\_010500](http://www.mja.com.au/public/issues/172_09_010500).

González, P. (2004). « Should Physicians' Dual Practice be Limited? An Incentive Approach », *Health Economics*, 13, p. 505-524.

Haas, M. (2004). « General Practitioners' remuneration », *Health Policy Monitor*, 2004(4), p. 1-5.

Haas, M. (2004). « GP Remuneration », *Health Policy Monitor*, 2004(3), p. 1-6.

Haas, M., R. Anderson et al. (2003). « GP Remuneration », *Health Policy Monitor*, 2003(2), p. 1-6.

Hanning, B. (2004). « Has the increase in private health insurance uptake affected the Victorian public hospital; surgical waiting list? », *Australian Health Review*, 25(6), p. 64-71.

HCST-Health Care Systems in transition: United Kingdom, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (1999), Copenhague.

HealthConnect :

Healy, J. (2002). « Health Care Systems : Trends and Challenges », de A. Dixon et E. Mossialos (Eds.), *Health Care System in eight Countries: Trends and Challenges*, Paris, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

Healy, J., E. Sharman et al. (2006). « Australia: Health system review », *Health Systems in Transition (HiT)* (no 5, vol. 8), Padstow, Cornwall, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

<http://www.health.gov.au/internet/hconnect/publishing.nsf/Content/national-11p>.

Humphrey, C. et J. Russell (2004). « Motivation and values of hospital consultants in south-east England who work in the national health service and do private practice », *Social Science & Medicine*, 59(6), p. 1241-1250.

Hutchison, B. (2008). « Pay for Performance in Primary Care: Proceed with Caution, Pitfalls Ahead », *Healthcare Policy / Politiques de Santé*, 4(1), p. 10-22.

Ingham, L., R. Bennetts et al. (2004). *SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Study Australia National Health Accounts 2000* (No. DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)1), Paris, OCDE.

Jones, G., E. Savage et al. (2004). « Pricing of general practice in Australia: some recent proposals to reform Medicare », *Journal of Health Services Research & Policy*, 9(suppl\_2), p. 63-68.

Jones, G., E. Savage et al. (2007). *Out-of-Pocket health expenditures in Australia: a semi-parametric analysis*, Sydney, University of Technology, Sydney.

King, D. et E. Mossialos (2005). « The Determinants of Private Medical Insurance Prevalence in England, 1997-2000 », *HSR: Health Services Research*, 40(1), p. 196-212.

King's-Fund (2006). « The NHS in England :The operating framework for 2006-07 (Briefing) », King's Fund, Londres.

Le Faou, A.-L. (2003). *Les systèmes de santé en questions. Allemagne, France, Royaume-Uni, États-*

Unis et Canada. Paris: Ellipses Marketing.

Maciocco, G. (2006). « Health Service Reforms in England », document présenté à la Conférence du 8 juin 2006 à Lausanne.

Medibank (2007). History, publication extraite en août 2007 de Medibank:

<http://www.medibank.com.au/aboutus/history.asp> AIHW (2008). Medical labor force 2005 (No. HWL 41), Canberra, Australian Institute of Health and Welfare.

MHA (2006). GP bulk-billing rates, Media releases, publication no ABB009/06 extraite en août 2008 du site de l'Australia Ministry of Health and Ageing.

NHS (2008). À propos des services du NHS [version électronique] extraite le 17 septembre 2008 du site : <http://www.nhs.uk/translationfrench/Pages/abouttheNHS>.

NHS (2008). La structure du NHS [version électronique], extraite le 17 septembre 2008 du site : <http://www.nhs.uk/translationfrench/Pages/abouttheNHS>.

OCDE (2008). Eco-Santé 2008, 9 juillet 2008 à l'adresse :

<http://www.ecosante.fr/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=FRA&ref=YES&sessionid=c77a44ba8e3bcec76cfc4385368fa323>.

OCDE (2008). Eco-Santé 2008, 9 juillet 2008 à l'adresse :

<http://www.ecosante.fr/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=FRA&ref=YES&sessionid=c77a44ba8e3bcec76cfc4385368fa323>.

OCDE (2004). Vers des systèmes de santé plus performants : études thématiques, le projet de l'OCDE sur la santé.

O'Dowd, A. (2006). « Surgeons claim independent centres produce poor results », BMJ, 332(7542), p. 623-.

Oliver, A. (2007). « Improving access to GP services », Health Policy Monitor, avril 2007.

Oliver, A. (2008). « Promoting improved access through the GP contract », Health Policy Monitor, avril 2008.

Oliver, A. (2008). « Update on the performance of payment by results », Health Policy Monitor, avril 2008.

Pearse, Jim (2005). Review of patient satisfaction and experience surveys conducted for public hospitals in Australia, Health Policy Analysis Pty Ltd.

PHIAC (2007). Coverage of Hospital Insurance Tables, publication extraite en août 2007 du site du gouvernement australien : <http://www.phiac.gov.au/statistics/membershipcoverage/hosyeat.htm>.

Roland, M. (2004). « Linking Physicians' Pay to the Quality of Care - A Major Experiment in the

United Kingdom », *The New England Journal of Medicine*, 351(14), p. 1448-1454.

Roland, M., S. Campbell et al. (2006). « Financial incentives to improve the quality of primary care in the UK : predicting the consequences of change », *Primary Health Care Research and Development*, 7, p. 18-26.

Salisbury, C. (2008). « The involvement of private companies in NHS general practice: May improve access but weakens the foundation of primary care in the NHS », *BMJ*, 336, (23 février 2008).

Savage, E. et G. Jones (2004). « An Analysis of the General Practice Access Scheme on GP Incomes, Bulk Billing and Consumer Copayments », *Australian Economic Review*, 37(1), p. 31-40.

Segal, L. (2004). « Why it is time to review the role of private health insurance in Australia, *Australian Health Review*, 27(1), p. 1-15.

Smith, R. (2005). « The private sector in the English NHS: from pariah to saviour in under a decade », *CMAJ*, 173(3).

Stevens, Philip, *The British experience with universal healthcare and its implications on China's healthcare reform*, International Policy Network, United Kingdom, 2008.

Timmins, N. (2005). « The NHS revolution: Health care in the market place - Challenges of private provision in the NHS », *BMJ*, 331 (19 novembre 2005).

Van Doorslaer, E., P. Clarke et al. (2008). « Horizontal inequities in Australia's mixed public/private health care system », *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 86(1), p. 97-108.

Van Gool, K. (2008). « GP Super Clinics [version électronique], *Health Policy Monitor*, 2008, p. 1-7, à l'adresse : [http://www.hpm.org/en/Surveys/CHERE/GP\\_Super\\_Clinics.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/CHERE/GP_Super_Clinics.html).

Walker, A. E., R. Percival et al. (2007). « Public/private mix: Public policy and private health insurance: distributional impact on public and private hospital usage », *Australian Health Review*, 31(2), p. 305-314.

Wallace, A. (2006). « Independent sector treatment centres: how the NHS is left to pick up the pieces, [version électronique], *BMJ*, 332, à l'adresse : <http://www.bmj.com/cgi/content/full/332/7541/614>.

## **ANNEXE 1 : STRATÉGIE DE RECHERCHE**

Les sources d'information utilisées proviennent principalement d'une recherche informatisée réalisée à partir de différents moteurs de recherche. Quatre types de documents ont été consultés, ceux provenant de la littérature scientifique, ceux provenant de la littérature grise (documents produits à l'intention d'un public restreint, en dehors des circuits commerciaux de l'édition et de la diffusion), les publications officielles des gouvernements et celles des organismes internationaux (OCDE, ...). La période couverte par la recherche va de 1980 à 2008, avec un accent prépondérant mis sur la période 1990-2007. Seuls les documents en langue anglaise et française ont été retenus.

### **Les moteurs de recherche consultés:**

- \*Medline : Banque de données du US National Library of Medicine
- \*BDSP : Banque de données Santé Publique
- \*Econlit (CSA): American Economic Association's Electronic bibliography
- \*Atrium : Catalogue des bibliothèques de l'Université de Montréal
- \*Google (Scholar)

### **Les mots clés utilisés:**

delivery of health care, dual practice, practice management, health expenditures, health care costs, health care reforms, health care services policies, health sector, health services, medical or physician's practice patterns, private and public sector healthcare, public private competition, public sector private relations, regulation, market economy, Australia, England, United Kingdom, Sweden.

### **Les Sites web les plus consultés :**

OCDE, particulièrement Source OCDE et Health Data 2008 :

[http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en\\_2649\\_34631\\_12968734\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_37407,00.html)

Health Policy Monitor : <http://www.hpm.org/index.jsp>

King's Fund :

[http://www.kingsfund.org.uk/publications/kings\\_fund\\_publications/index.html](http://www.kingsfund.org.uk/publications/kings_fund_publications/index.html)

European Observatory on Health Systems and Policies



Tous les sites web des gouvernements et des ministères de la santé de l'Australie, du Royaume-Uni et de la Suède, dont entres autres :

<http://www.ihe.se/>

<http://www.sweden.gov.se/sb/d/2950/a/65070>

<http://www.health.gov.au/>

<http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>

### **Méthode de recherche utilisée**

Chercher les informations selon les mots clés en anglais et en français. Sélectionner les sources en fonction de leur pertinence puis lire l'ensemble des sources sélectionnées et voir à quel niveau elles peuvent être reliées au sujet de la recherche. Diverses sources de données, plusieurs chercheurs et auteurs ont été retenus afin de réaliser une « triangulation » dans le but de s'assurer de la justesse des informations et des résultats retenus.

### **Limite de la recherche**

Les quantités de données disponibles et recensées varient d'un pays à l'autre. Ainsi, la couverture des thèmes pertinents pour chaque pays n'est pas identique. Pour la Suède notamment, la majorité des références étant en langue suédoise et elles n'ont pu être utilisées.

Comme il s'agit de données factuelles, il peut arriver que certains contenus aient perdu de leur actualité au moment de la lecture.

## ANNEXE 2 : TABLEAU DÉTAILLÉ : COUVERTURE DES RÉGIMES PUBLIC OU PRIVÉ D'ASSURANCE DES SERVICES OU DES SOINS DE SANTÉ AUSTRALIENS

Services	Assurance publique ( <i>Medicare</i> , PBS, autres fonds publics)	Assurance privée (hospitalière et services auxiliaires)
<p><b>À l'hôpital</b></p> <p><b>Frais hospitaliers</b></p>	<p>Patients publics qui vont dans des hôpitaux publics) : gratuité et possibilité de frais supplémentaires pour tous services d'hébergement « supérieurs ».</p> <p>(Le patient n'a pas le choix de l'hôpital).</p>	<p><u>Patients privés (hôpitaux publics ou privés)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hôpitaux publics</b> : <i>Medicare</i> assume 75 % des tarifs journaliers établis par le <i>Medical Benefits Schedule (MBS)</i>. Le restant est à la charge de l'assurance ou du patient.</li> <li>- <b>Hôpitaux privés</b> : Les frais couverts par les régimes d'assurance privée sont négociés avec les hôpitaux privés. Il peut y avoir un montant par défaut, établi par le gouvernement, que le fonds d'assurance doit payer. Il est possible que le patient ait à assumer une partie des coûts.</li> </ul>
<p><b>À l'hôpital</b></p> <p><b>Frais médicaux</b></p>	<p><u>Patients publics (hôpitaux publics)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Medicare</i> couvre les frais des médecins œuvrant dans les hôpitaux publics, sans exiger de copaiement du patient (le patient n'a pas le choix du médecin ni de l'hôpital).</li> </ul> <p>Patients publics (hôpitaux privés)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Medicare</i> rembourse 75 % pour les services médicaux seulement.</li> </ul> <p><u>Patients privés (hôpitaux publics et privés)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Medicare</i> subventionne les frais médicaux des patients privés à 75 % du taux du <i>MBS</i> (le patient a le choix de l'hôpital ou du médecin).</li> </ul>	<p><u>Hôpitaux publics et privés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'assurance hospitalière privée couvre 25 % des taux du <i>MBS</i> (75 % étant assumé par l'État).</li> <li>- L'assurance hospitalière peut couvrir l'écart entre les tarifs remboursés par le <i>MBS</i> et ceux exigés par les médecins.</li> <li>- Les patients peuvent choisir leurs médecins.</li> <li>- Les frais médicaux ne sont pas réglementés, mais les fonds d'assurance peuvent établir des ententes sur les tarifs avec les médecins.</li> </ul>
<p><b>À l'hôpital</b></p> <p><b>médicaments</b></p>	<p><u>Patients publics et privés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le <i>PBS</i> couvre les coûts des médicaments inscrits sur la liste des médicaments remboursés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'assurance couvre une partie ou la totalité des coûts des médicaments qui ne sont pas remboursés par le <i>PBS</i> (<i>Pharmaceutical Benefits Schedule</i>).</li> </ul>
<p><b>Services ambulatoires (médecins et spécialistes)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Medicare</i> couvre de 85 % à 100 % (honoraires de généralistes) des tarifs du <i>MBS</i>.</li> <li>- Les médecins sont libres de fixer leurs propres tarifs. Ils peuvent facturer directement <i>Medicare</i> (<i>bulk bill</i>) et accepter les tarifs du <i>MBS</i> comme paiement complet. Si leur tarif est supérieur au remboursement du <i>MBS</i>, alors le patient doit assumer la différence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aucune couverture d'assurance privée n'est permise pour les soins primaires.</b></li> </ul> <p>Depuis l'introduction du <i>Medicare</i> en 1984, les fonds d'assurance privée ne peuvent couvrir ni les coûts des services médicaux ni la différence entre la prise en</p>

---

	car aucune couverture d'assurance privée n'est permise. Ils peuvent ne pas facturer <i>Medicare</i> ; dans ce cas, le patient paie pour les services rendus et demande le remboursement auprès de <i>Medicare</i> . Il ne sera remboursé qu'à hauteur de la prise en charge de <i>Medicare</i> .	charge par <i>Medicare</i> et le tarif que demande le médecin en ambulatoire.
<b>Médicaments prescrits</b>	- Tous les Australiens sont couverts par le <i>PBS</i> . Certains individus doivent fournir un copaiement.	- L'assurance privée n'est pas permise pour couvrir les copaiements de médicaments qui sont remboursés par le <i>PBS</i> .
<b>Autres médicaments</b>	- Non couverts.	- L'assurance privée peut couvrir le coût de ces médicaments.

---

Source : *Colombo et al.*, OCDE, 2003.

## ANNEXE 3 : DESCRIPTION DES PRINCIPALES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ AYANT EU UN IMPACT SUR LA PRATIQUE MÉDICALE EN AUSTRALIE

---

### Faciliter l'accès aux régimes d'assurance privée pour inciter un désengorgement des hôpitaux publics

---

#### ► Objectifs

\* Inciter les patients à fréquenter les services et les hôpitaux privés, principalement dans le cas de chirurgies électives.

\* Promouvoir des soins de santé davantage « coûts-efficaces » et réduire la demande des hôpitaux publics.

#### ► Contexte

\* À la base, il y a une contribution fiscale obligatoire équivalente à 1,5 % du revenu imposable pour les individus dépassant un certain niveau de revenu. En plus, depuis 1997, les citoyens dont le revenu atteint un certain seuil et qui n'adhèrent pas à un régime d'assurance santé privée couvrant l'assurance hospitalisation, se voient imposer une contribution fiscale supplémentaire de 1 % sur leur revenu ; il s'agit du *Medical Levy Surcharge*.

\* À cette période, le gouvernement rembourse, aux patients privés qui se font soigner dans un hôpital public, 75 % des tarifs du MBS pour les frais d'hospitalisation et médicaux.

#### ► (Quelques) Mesures adoptées par le gouvernement

\* En 1997, le gouvernement adopte également une loi donnant au citoyen dont le revenu est de 35 000 \$ AU et moins par année une subvention pour souscrire un contrat d'assurance privée. Une contribution supplémentaire de 1 % est exigée aux individus ayant des revenus élevés qui n'adhèrent pas à une assurance privée.

\* En 1999, le gouvernement décide de rembourser 30 % (remboursement majoré à 40 % pour les personnes âgées en 2005) des primes d'assurance privée sous forme de crédit d'impôt remboursable.

\* En juillet 2000, le gouvernement instaure le programme « Couverture de santé pour la vie ». Ce programme favorise financièrement les individus qui adhèrent à un régime d'assurance très jeunes et qui maintiennent leur adhésion. Ils paieront des primes moins élevées, tout au long de leur vie, que ceux qui y ont adhéré à un âge plus avancé.

#### ► Résultats :

Les effets de ces mesures sur les listes d'attente des hôpitaux publics du pays sont très difficiles à estimer car il y a des interactions complexes entre plusieurs facteurs (Cromwell, 2002). Toutefois, des faits ont pu être recensés sur certains effets constatés.

#### Au niveau du transfert de clientèles du public vers le privé :

Pendant les années 1999-2000 à 2001-2002, le nombre de patients ayant complété un épisode de soins complet a crû de 180 000/an dans les hôpitaux privés et de 40 000/an dans les hôpitaux publics. Il est clair que ces mesures ont entraîné un transfert important des patients

traités pour des chirurgies électorives du public vers le privé. Toutefois, il est impossible de savoir précisément l'ampleur de ce transfert, entre autres, parce que les hôpitaux privés offrent un plus grand choix de services. Il est difficile d'estimer si les patients traités dans le secteur privé représentent des besoins non satisfaits par le système public ou la satisfaction d'un nouveau besoin.

#### **Au niveau des listes d'attente à l'échelle du pays :**

Une première analyse a été faite à partir de données afin de déterminer les niveaux d'interaction pour une chirurgie donnée entre les activités dans le secteur privé et les temps d'attente dans le secteur public. Il s'agit ici de mesurer l'association entre les deux activités. L'étude démontre qu'une augmentation des activités du secteur privé est associée à une augmentation des temps d'attente dans le secteur public. Il y a une interaction entre les marchés privés et publics car les chirurgiens qui opèrent des patients privés sont aussi ceux qui opèrent des patients publics. Il faut s'attendre à cette interaction car le paiement horaire dans le privé est souvent supérieur à celui offert dans le public. Selon l'auteur, cela crée un incitatif « pervers » pour les chirurgiens afin qu'ils maintiennent les listes d'attente dans le public pour que les patients aillent vers le privé (Duckett, 2005).

#### **Au niveau des listes d'attente à l'échelle d'un hôpital :**

\* Cas 1 : Une recherche prospective, intégrant deux modèles de projection qui utilisent les données sur les patients hospitalisés au New South Wales Hospital de 1996-1997 à 1999-2000, démontre que si les réformes de l'ASP continuent d'être appliquées (remboursement de primes et couverture pour la vie), en 2010 il y aura un transfert important de patients du public vers le privé et que cela touchera davantage les patients ayant un revenu personnel supérieur. L'auteur précise que des améliorations pourraient être apportées au modèle et il met en garde contre les limites de ce dernier (Walker *et al.*, 2007).

\* Cas 2 : L'analyse des données du système d'information des chirurgies électorives de l'hôpital public Victorian permet de comparer les données des listes d'attente (et non pas des épisodes complets de soins) sur la période 1996-1997 à 2000-2001. Les résultats indiquent qu'il y a une causalité entre le rabais octroyé à l'achat de primes d'assurance et le programme « Couverture de santé pour la vie » et la baisse de la demande pour les chirurgies électorives dans l'hôpital public. Il précise aussi que, durant cette période, la demande pour les chirurgies électorives de l'hôpital Victorian a diminué et le nombre de chirurgies électorives dans le secteur privé a augmenté (Hanning, 2004).

#### **Au niveau des coûts pour le système public :**

Les économies réelles réalisées par ces politiques sont aussi difficiles à estimer dans la mesure où il faut considérer que les services privés sont remboursés par les assurances privées qui, elles, sont financées en partie par les subventions publiques provenant de rabais de prime et par les remboursements de *Medicare*. Ces derniers montants ne font pas partie des dépenses de santé.

À titre d'exemple, de 1999-2000 à 2001-2002, les rabais ont coûté 3 G\$ AU par année. Des recherches ont permis d'estimer que, si on tient compte de ce chiffre, un patient additionnel traité dans le secteur privé coûte beaucoup plus cher qu'un patient additionnel traité dans le secteur public (Duckett, 2005 ; Segal, 2004).

#### **Au niveau d'un effet d'éviction des ressources publiques :**

L'industrie de l'assurance privée représente désormais un groupe de pression ayant une influence politique importante. Au fil des ans, les subventions publiques octroyées au secteur

de l'assurance santé privée sont devenues supérieures à celles octroyées aux secteurs minier, manufacturier et agricole combinés. (Duckett, 2005).

**Au niveau de l'équité entre les individus :**

Au niveau des épisodes de soins complets, le taux des chirurgies électives réalisées dans le secteur privé est plus élevé chez les groupes socioéconomiques les plus privilégiés (62,3/1000) et décroît en fonction de la diminution de revenu des ménages. Il atteint 35,6/1000 chez les groupes les plus défavorisés (AIHW, 2008).

---

## ANNEXE 4 : ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ

	<i>Dépenses publiques</i>	<i>Dépenses privées</i>	<i>Dépenses privées selon</i>		
			<i>Paiements directs</i>	<i>Assurance privée</i>	<i>Autres fonds privés</i>
1980	89	11	1,3	8,6	0,7
1999	83	17	3,4	11,2	2,1

*Source : Dixon et al., 2002.*

## **ANNEXE 5 : DESCRIPTION DES PRINCIPALES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ AYANT EU UN IMPACT SUR LA PRATIQUE MÉDICALE AU ROYAUME-UNI**

---

### **A2.1 Élaboration et application du contrat « Alternative Provider Medical Services (APMS) »**

---

#### **► Objectifs**

Dans certaines localités, les ententes contractuelles entre les différents prestataires de soins n'ont pas permis de proposer une offre adéquate de soins primaires, d'où la nécessité d'accroître l'offre en ouvrant à une plus grande concurrence chez les prestataires de services primaires (*BMJ*, Salisbury, 2008).

#### **► Mesures adoptées par le gouvernement en 2003 (mises à jour en 2005)**

La mise en place de l'accord contractuel « Alternative Provider Medical Services ».

L'APMS est un contrat qui permet aux Primary Care Trusts de conclure des ententes officielles avec une grande variété de prestataires, tant publics que privés que locaux ou étrangers, et de services de santé primaires. Ces prestataires doivent offrir des services de santé primaires dans des cabinets ou dans des polycliniques de généralistes à travers le pays et, notamment, dans les régions où il y a un déficit de services de soins primaires.

---

#### **► Résultats**

La mesure engendre des incertitudes et des craintes auprès des médecins généralistes parce qu'ils craignent que de nombreuses pratiques médicales de soins primaires passent aux mains de multinationales étrangères spécialisées dans la gestion des soins et des services de santé.

---



---

## A2.2 Nouveau contrat de travail pour les généralistes du NHS intégrant la rémunération au rendement (GMS)

---

### ► Objectifs

Augmenter la performance des généralistes et améliorer l'accès aux services de santé primaires pour les patients.

Améliorer la qualité des soins et des services offerts par les généralistes.

### ► Mesures adoptées par le gouvernement en 2004

Instauration d'un système de rémunération au rendement pour les généralistes, le « Quality and Outcomes Framework » (QOF). Ce programme permet aux cliniques de généralistes de recevoir une incitation financière selon des critères de rendement dans quatre catégories : clinique, organisationnelle, expérience vécue par le patient de la clinique, révélés à partir d'un questionnaire (Oliver, 2006) et des services supplémentaires (vaccination, prévention) offerts aux patients (Hutchison, 2008 ; Roland, 2006).

Il s'agit d'un nouveau contrat de travail pour les généralistes du NHS qui offre, en complément d'un salaire de base, des incitatifs financiers pour améliorer la qualité des services rendus (Roland, 2004).

Ce sont des médecins généralistes non-cliniciens, engagés comme gestionnaires dans les Primary Care Trusts, qui font office d'inspecteurs des pratiques de généralistes et qui en évaluent les performances. Les cabinets de généralistes ne souhaitant pas être rémunérés en fonction de leur performance peuvent se retirer de ce système de rémunération (Oliver, 2008).

En 2007, le gouvernement a mis en place le « GP Patient Survey ». Il s'agit d'un questionnaire qui a été envoyé à cinq millions de patients afin d'obtenir leurs perceptions sur les délais pour accéder à un généraliste et leur niveau de satisfaction à propos des horaires des généralistes, du respect de l'heure de rendez-vous, des choix proposés par le médecin (Oliver, 2007). Les résultats des enquêtes servent à évaluer la performance des généralistes. Coûts de l'enquête : 11 millions de livres sterling.

---

### ► Résultats

\* Les résultats compilés par le gouvernement ont démontré que les généralistes répondaient positivement aux incitatifs financiers et cela pourrait être une façon d'améliorer la réactivité au NHS.

\* Toutefois, avec un peu plus de recul, il est apparu que l'absence de données exhaustives empêche, d'une part, de distinguer quels impacts réels ont les mesures incitatives sur le comportement des généralistes et, d'autre part, de démontrer le bien-fondé de l'efficacité de la rémunération en fonction de la qualité des services offerts<sup>79</sup> (Rosenthal, 2006).

\* Les cliniques desservant les populations les plus démunies économiquement ont obtenu les plus faibles résultats en termes de rémunération à la performance.

---

<sup>79</sup> Hunphrey, 2004 ; Brekke, 2006.

\* La mise en place du QOC a entraîné des changements majeurs dans l'organisation de la pratique et il y a eu des effets non escomptés tels que l'apparition d'une concurrence entre les programmes axés sur les besoins réels des patients et ceux axés sur la performance des généralistes, une rupture dans la continuité des relations entre généralistes et patients et un ressentiment des infirmières à qui aucun supplément de rémunération n'était versé (Roland *et al.*, 2006).

### **Les leçons qui peuvent être tirées et les améliorations à cette forme de rémunération à la performance (Hutchison, 2008 ; Roland, 2006)**

- \* Obtention de petits gains à fort prix pour le NHS (injection de 2,3 G\$ CA par année pour développer cette mesure).
  - \* Nécessité de prévoir une mise en place surveillée par étape des initiatives de rémunération au rendement.
  - \* Nécessité d'établir les objectifs à atteindre en fonction de données initiales précises et solides portant sur le rendement.
  - \* Nécessité d'avoir des systèmes performants et avancés d'information clinique.
  - \* Nécessité d'exclure les patients pour lesquels l'intervention proposée est inadéquate ou impossible car cela fausse les résultats.
  - \* Nécessité d'inclure l'ensemble des prestataires de soins primaires (médecins, infirmiers et personnel auxiliaire) dans la démarche de conception des initiatives au rendement afin de ne pas engendrer de pertes de motivation de la part de certains d'entre eux, exclus de cette forme de rémunération à la performance. Perte de motivation possible.
  - \* Nécessité de bien concevoir les effets non désirés tels que la déformation des données, la détérioration des relations d'équipe ou les iniquités pouvant toucher certaines populations.
  - \* Fragmentation des soins et diminution de la continuité des soins. Négligence des conditions de santé ou des pathologies qui ne sont pas rémunérées à la performance.
- 

---

## **A2.3 Mise en place de centres de traitements indépendants du NHS (ISTC)**

---

### **► Objectifs**

\* Augmenter l'offre de services du NHS pour des chirurgies préprogrammées afin de diminuer les temps d'attente.

\* Introduire un plus grand choix de prestataires de services de santé pour les patients.

Cibles fixées par le gouvernement :

⇒ qu'en 2005, les patients ne devraient pas attendre plus de trois mois pour un premier rendez-vous et pas plus de six mois pour une hospitalisation.

⇒ qu'en 2008, le temps d'attente pour les hospitalisations ne devrait pas excéder trois mois (DH, 2006).

⇒ que la première phase de mise en place des ISTC permettrait de réaliser 171 000 épisodes complets de chirurgie par année durant cinq ans, et que cela coûterait 1,6 milliard de livres sterling pour le NHS.

### **► Mesures adoptées par le gouvernement**

\* Dès 2003-2004, le gouvernement autorise la mise en place de centres de traitements dont la propriété est privée. Il s'agit des Independent Sector Treatment Centres (ISTC) qui offrent, entre autres, des chirurgies électives, des procédures orthopédiques et l'ablation de la cataracte. Les coûts des traitements sont défrayés par le NHS et les services sont offerts gratuitement aux patients.

► **Résultats :**

Depuis 2003, date de la mise en place des ISTC, de multiples articles ont été écrits sur le sujet. Toutefois, plus on avance dans le temps et plus les commentaires font état des importants défis d'assurance qualité et de recrutement de main d'œuvre qu'ont entraîné leur mise en place.

Voici quelques commentaires extraits de sources diverses, présentés en ordre chronologique :

\* La chirurgie électorive est une petite composante de l'ensemble des services du NHS. Le peu de faits probants parus à ce jour semble indiquer que cela pourrait réduire le temps d'attente aux soins électifs pour les patients du NHS, engendrer une diminution des coûts des soins privés par suite de la concurrence suscitée entre les services publics et les services privés. Les ISTC représentent de nouveaux défis, tant pour le secteur public que pour le secteur privé et de nouvelles opportunités pour les chirurgiens et les anesthésistes (*BMJ*, Timmins, 2005).

L'arrivée des ISTC a eu un impact sur le secteur privé de santé. Les quatre principaux prestataires de services (Nuffield Hospitals, Le Groupe Capio, Bupa, BMI Healthcare) ont offert des services au NHS à des tarifs inférieurs à ceux offerts par les cabinets de généralistes financés par le NHS.

\* En 2005, deux ans après la mise en place des ISTC, leur contribution à la diminution des listes d'attente semblait faible. Toutefois, cette concurrence entre les prestataires de services pourrait avoir eu un impact sur les comportements des professionnels et avoir donné lieu à une baisse de tarifs des services de soins. (*BMJ*, Timmins, 2005)

---