



**COMPTES D'ÉPARGNE-SANTÉ –
UN TOUR D'HORIZON COMPARATIF**

Margaret Smith
Division du droit et du gouvernement

Le 30 octobre 2001

**PARLIAMENTARY RESEARCH BRANCH
DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE**

La Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
COMPTES D'ÉPARGNE-SANTÉ – DÉFINITION.....	2
COMPTES D'ÉPARGNE-SANTÉ – SINGAPOUR	3
A. Vue d'ensemble	3
B. Financement des soins de santé	4
1. Medisave.....	4
2. MediShield.....	5
3. Medifund.....	6
C. Évaluation du système en place à Singapour.....	6
COMPTES D'ÉPARGNE-SANTÉ – AFRIQUE DU SUD.....	7
COMPTES D'ÉPARGNE-SANTÉ – ÉTATS-UNIS	9
A. Comptes d'épargne-santé dans le cadre de la <i>Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996</i>	10
B. Expérience du marché des CES dans le cadre de la HIPAA	12
C. Comptes d'épargne-santé Medicare.....	14
COMPTES D'ÉPARGNE-SANTÉ – PROPOSITIONS À HONG KONG.....	16
COMPTES D'ÉPARGNE-SANTÉ – LE DÉBAT	18
A. Arguments en faveur des CES	18
B. Arguments contre les CES	20
C. Comptes d'épargne-santé et coûts des soins de santé/dépenses de santé	23
D. Comptes d'épargne-santé et effets sur la santé	27
COMPTES D'ÉPARGNE-SANTÉ – PROPOSITIONS CANADIENNES.....	28
A. Le Fraser Institute	28
B. Le Frontier Centre for Public Policy.....	30
C. David Gratzner – <i>Code Blue</i>	33
D. Institut C.D. Howe	35
CONCLUSION.....	37



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

COMPTES D'ÉPARGNE-SANTÉ – UN TOUR D'HORIZON COMPARATIF

INTRODUCTION

Les comptes d'épargne-santé (CES) sont une forme d'assurance-maladie qui combine une police d'assurance-catastrophe à franchise élevée pour le paiement des soins de santé extraordinaires et coûteux et un compte d'épargne servant au paiement de certains frais médicaux. Depuis une dizaine d'années, les CES suscitent beaucoup d'intérêt aux États-Unis et au Canada où l'on a proposé leur mise en place dans le cadre de la réforme des soins de santé et comme mesure visant à assurer la viabilité du système. Aux États-Unis, le débat sur les CES est particulièrement vigoureux.

- Les *partisans* de ce système soutiennent que les CES auront pour effet d'accroître les choix offerts aux consommateurs, d'inciter ces derniers à faire un usage plus judicieux des services de santé, d'accélérer l'accès à ces services et de réduire les dépenses de santé.
- Les *sceptiques*, pour leur part, soutiennent que les CES permettront, tout au plus, de réaliser de modestes économies dans le domaine des soins de santé, segmenteront les risques sur le marché de l'assurance et entraîneront une forte hausse des frais d'assurance pour ceux qui continuent de souscrire à des régimes d'assurance-maladie tous risques, en plus d'avoir des répercussions néfastes sur la santé parce que les gens réduiront leur recours aux soins de santé nécessaires.

Des systèmes de CES sont en place dans quelques pays – y compris Singapour, l'Afrique du Sud, la Chine et les États-Unis – et le gouvernement de Hong Kong a proposé récemment un système de CES dans le cadre de ses travaux sur la réforme des soins de santé. Dans le présent document, nous examinons les systèmes de CES mis en place à Singapour, en

Afrique du Sud et aux États-Unis, de même que les propositions faites à Hong Kong⁽¹⁾. Le document porte ensuite sur le débat suscité par les CES et expose brièvement les arguments avancés par les partisans et les détracteurs des CES, en mettant l'accent notamment sur les répercussions des CES sur la santé et les coûts des soins de santé. Le document offre, en conclusion, un aperçu des systèmes de CES proposés au Canada.

COMPTES D'ÉPARGNE-SANTÉ – DÉFINITION

Les comptes d'épargne-santé sont des comptes affectés à la santé – semblables à des comptes bancaires – qui servent au paiement des dépenses de soins de santé. En règle générale, ils s'accompagnent d'une assurance-catastrophe à franchise élevée. L'argent mis de côté dans le CES sert à payer les frais médicaux admissibles (habituellement les frais ordinaires ou peu élevés), tandis que le régime d'assurance-catastrophe couvre les frais après que la franchise a été atteinte. Dans la plupart des systèmes de CES, l'argent versé dans le CES appartient au titulaire du compte, s'accumule en franchise d'impôt et n'est pas inclus dans le revenu imposable s'il est utilisé pour régler des dépenses de soins de santé.

Les CES peuvent comporter trois niveaux de paiement :

- premièrement, l'argent versé dans le compte est utilisé pour payer les frais médicaux du titulaire du compte;
- deuxièmement, si le compte est épuisé et que la franchise n'a pas été atteinte, les frais médicaux sont assumés directement par le titulaire du compte;
- troisièmement, la police d'assurance couvre les dépenses au-delà de la franchise⁽²⁾.

Les employeurs, les particuliers, les gouvernements ou tout groupement de ces entités peuvent créer un CES. Aux États-Unis, le CES financé par l'employeur est le type de régime le plus fréquent. Selon ce régime, l'employeur paye une police d'assurance-maladie à franchise élevée pour les employés et dépose dans les CES de ces derniers la totalité ou une partie des économies réalisées par suite du remplacement du régime d'assurance-maladie tous

(1) Le système de CES chinois n'est pas examiné dans le présent document. David Gratzer fournit une brève description des CES en place en Chine dans son livre intitulé *Code Blue*, ECW Press, 1999, p. 201-202.

(2) Gratzer, *ibid.*, p.192.

risques traditionnel par un régime à franchise élevée. Les employés utilisent les fonds du CES pour se procurer des services médicaux ordinaires et, ensuite, ils assument eux-mêmes les coûts jusqu'à ce que la franchise soit atteinte et que l'assurance entre en vigueur.

Les particuliers peuvent aussi ouvrir leur propre CES et contribuer à celui-ci tout en obtenant des déductions fiscales. De même, il est possible pour les gouvernements de créer des CES pour l'ensemble de la population. Ces comptes peuvent être financés de diverses façons, par exemple au moyen des recettes fiscales générales, de l'affectation de la totalité ou d'une partie des budgets de santé existants à des CES individuels, ou de retenues à la source ou de prélèvements spéciaux.

COMPTES D'ÉPARGNE-SANTÉ – SINGAPOUR

A. Vue d'ensemble

Singapour possède un régime mixte privé et public de prestation de soins de santé. Le gouvernement gère le régime public tandis que le régime privé relève des hôpitaux et des praticiens privés⁽³⁾. Les praticiens privés fournissent 80 p. 100 des soins de santé primaires, tandis que les polycliniques gouvernementales se chargent des 20 p. 100 restants. C'est l'inverse qui est vrai des soins hospitaliers : le secteur public fournit 80 p. 100 des services hospitaliers et le secteur privé, le reste. Les particuliers ont le choix entre les deux régimes.

Les principes dont s'inspire le gouvernement de Singapour pour la prestation des soins de santé peuvent se résumer en ces termes : responsabilité individuelle, assortie de subventions gouvernementales pour que les soins de santé demeurent abordables. La description suivante donne une idée du système de soins de santé en place à Singapour :

Les patients sont censés assumer une partie des coûts des services médicaux utilisés, et ils paient davantage lorsqu'ils exigent un niveau de services plus élevé. Le principe de la participation aux coûts s'applique même aux services les plus fortement subventionnés afin d'éviter les écueils des régimes de services médicaux « gratuits ».⁽⁴⁾

(3) Ministère de la Santé, Singapour, Overview of the Singapore Healthcare System, février 2001, http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_a.html.

(4) *Ibid.* (traduction).

B. Financement des soins de santé

À Singapour, les soins de santé sont financés au moyen des recettes fiscales générales, des prestations de santé des employés, de l'épargne obligatoire dans le cadre du programme « Medisave », de l'assurance et des paiements à la charge du bénéficiaire⁽⁵⁾.

Pour aider les particuliers à faire face aux dépenses de soins de santé, le gouvernement compte trois programmes :

- *Medisave* – un programme d'épargne obligatoire pour certaines dépenses de soins de santé;
- *MediShield* – un régime d'assurance-catastrophe pour aider à payer les services médicaux très coûteux;
- *Medifund* – un fonds de dotation qui aide les pauvres et les nécessiteux à payer leurs frais médicaux.

Chacun de ces programmes est décrit ci-après.

1. Medisave

En 1984, le gouvernement de Singapour a créé Medisave, un régime d'épargne obligatoire ayant pour but d'aider les citoyens à accumuler des économies pour couvrir les frais d'hospitalisation et certains frais médicaux. Les employés doivent verser dans un compte Medisave personnel une cotisation qui représente de 6 à 8 p. 100 (selon le groupe d'âge) de leur salaire mensuel et qui est assujettie à certains plafonds. En 1992, le gouvernement a obligé les travailleurs autonomes à contribuer au programme Medisave.

Les comptes Medisave font partie du Central Provident Fund (CPF) – ou caisse de prévoyance de l'État – du gouvernement. La CPF a été créée en 1955 pour obliger les citoyens à économiser en prévision de la retraite, et ceux-ci y ont maintenant trois comptes :

- *un compte ordinaire* (pour les dépenses relatives au logement, à certains investissements, aux assurances, aux emprunts pour les études universitaires, etc.);
- *un compte Medisave* (pour les frais d'hospitalisation et certains frais médicaux);
- *un compte spécial* (pour la retraite).

(5) L'information sur le programme Medisave est tirée d'un document produit par le ministère de la Santé, Singapour, *Health Care Financing in Singapore*, juin 2000, http://www.gov.sg/moh/mohinfo_b.html.

Chaque employé est tenu de verser 20 p. 100 de son revenu dans la CPF et l'employeur verse une cotisation de contrepartie égale⁽⁶⁾. La cotisation totale est répartie dans les comptes personnels de l'employé : de 28 à 30 p. 100 dans le compte ordinaire personnel, de 6 à 8 p. 100 dans le compte Medisave et 4 p. 100 dans le compte spécial.

Les cotisations dans le cadre du programme Medisave sont réparties également entre l'employeur et l'employé, elles donnent droit à une déduction fiscale et elles portent intérêt. Les cotisations totales sont aussi assujetties à un plafond (actuellement fixé à 22 000 \$S). Selon le ministère de la Santé, le plafond est imposé « pour empêcher une accumulation excessive de fonds qui pourrait donner lieu à un recours abusif aux services médicaux »⁽⁷⁾. Les montants excédentaires sont transférés au compte ordinaire de l'intéressé à la CPF.

Le compte Medisave peut être utilisé pour régler les frais d'hospitalisation et certains autres frais médicaux du titulaire ou de sa famille. Les retraits sont assujettis à des limites qui imposent aux patients de participer aux coûts, notamment lorsqu'ils choisissent des hôpitaux privés ou des chambres plus coûteuses dans les hôpitaux publics.

Les titulaires peuvent retirer l'argent de leur compte Medisave lorsqu'ils atteignent 55 ans, pourvu qu'ils maintiennent un certain solde (le moindre du montant réel dans le compte ou du montant minimum, actuellement fixé à 17 000 \$S). Tout solde restant peut être transféré aux bénéficiaires dans le cadre de la succession du titulaire.

En décembre 1999, il y avait environ 2,68 millions de comptes Medisave, dont le solde total s'élevait à quelque 20,8 milliards \$S. Environ 87 p. 100 de tous les malades hospitalisés utilisent Medisave pour payer leurs frais d'hospitalisation. En 1999, le montant total des cotisations au programme Medisave s'est élevé à 1,98 milliard \$S.

2. MediShield

MediShield⁽⁸⁾ – un régime d'assurance-catastrophe à franchise élevée, à faible coût, facultatif, conçu pour couvrir les frais médicaux entraînés par des maladies graves ou de

(6) Les contributions de l'employeur à la CPF ont été ramenées de 20 à 12 p. 100 (du salaire versé) pour l'année 2000 en raison de la récession. La réduction de huit points de pourcentage se répartit comme suit : six points pour les cotisations au compte ordinaire et deux points pour les cotisations au compte spécial. Les cotisations au compte Medisave demeurent inchangées.

(7) *Health Care Financing in Singapore*, juin 2000 (traduction).

(8) Une grande partie de l'information concernant MediShield provient du ministère de la Santé de Singapour : [http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_b\(B\).html](http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_b(B).html).

longue durée – a été mis en place en 1990 en tant que complément au régime Medisave. Les titulaires de compte Medisave âgés de moins de 75 ans peuvent cotiser au régime MediShield.

Les primes au régime MediShield sont payées à partir des cotisations au programme Medisave et varient en fonction de l'âge. Les remboursements dans le cadre de MediShield se font suivant un système de franchises et de coassurance. Le régime comporte également des plafonds de remboursement annuels et cumulatifs.

En 1994, le gouvernement a établi un régime MediShield amélioré – appelé MediShield Plus – à l'intention des personnes qui préfèrent des chambres d'hôpitaux qui accueillent moins de patients.

3. Medifund

Créé en 1993, Medifund est un fonds de dotation de l'État qui fonctionne comme un filet de sécurité pour aider les pauvres et les nécessiteux à payer leurs frais médicaux en milieu hospitalier. Lorsqu'il a créé ce fonds, le gouvernement a effectué une première injection de capitaux de 200 millions de dollars. D'autres apports de capitaux ont été faits par la suite. Le revenu en intérêts (mais non le capital) du fonds est distribué au cas par cas dans les hôpitaux du secteur public.

C. Évaluation du système en place à Singapour

Le système de soins de santé en place à Singapour se fonde sur le principe que les particuliers doivent assumer au moins une partie des coûts des soins de santé. L'État participe à la gestion de pratiquement tous les aspects des soins de santé et oblige notamment les particuliers à économiser pour payer leurs frais médicaux.

Selon une étude faite en 1996 pour le National Center for Policy Analysis américain portant sur le système des CES en place à Singapour, le programme incite à réduire la consommation et assure une protection en cas d'événements extraordinaires et contre les abus des profiteurs⁽⁹⁾. Puisque les particuliers doivent commencer à épargner dès leur jeune âge, les économies s'accumulent pour couvrir les coûts plus tard pendant leur vie, lorsqu'ils ont davantage besoin de soins de santé. Les auteurs de l'étude concluent que Medisave et

(9) Thomas A. Massaro et Yu-Ning Wong, *Medical Savings Accounts: The Singapore Experience*, NCPA Policy Report No. 203, avril 1996, p. 2, <http://www.ncpa.org/studies/s203/s203.html>.

MediShield fonctionnent bien dans le cadre d'un système qui assure l'équilibre entre l'épargne personnelle en vue de payer les soins médicaux et la gestion du système de soins de santé par l'État, qui permet de maintenir les coûts globaux à un niveau relativement bas⁽¹⁰⁾.

Cependant, une autre étude mentionnée dans un Commentaire récent de l'Institut C.D. Howe conclut que les hôpitaux à Singapour n'ont pas encore commencé à se faire une concurrence des prix et que le coût des soins de santé par habitant a augmenté plus vite après la mise en place du système de soins de santé comportant des CES⁽¹¹⁾.

COMPTE D'ÉPARGNE-SANTÉ – AFRIQUE DU SUD

L'Afrique du Sud possède un système de soins de santé public et un système de soins de santé privé. En général, les soins de santé sont gratuits dans le cadre du premier et payants dans le cadre du second. Le secteur des soins de santé privé prend de l'ampleur à la suite des coupes dans le secteur public et de questions soulevées concernant la qualité des soins.

Après la déréglementation du marché de l'assurance privée en 1994, les assureurs ont commencé à offrir une vaste gamme de programmes d'assurance-maladie, y compris des régimes de CES. Depuis leur introduction, les CES se sont taillé une part qui représente la moitié du marché de l'assurance privée⁽¹²⁾.

Les particuliers peuvent utiliser leur CES pour payer leurs frais médicaux qui sont inférieurs à la franchise indiquée dans leur police d'assurance médicale ainsi que certains types de soins de santé qui ne sont pas couverts par l'assurance.

Parmi les caractéristiques habituelles des régimes de CES il faut noter :

- une couverture sans franchise pour les services non discrétionnaires, par exemple les pontages coronariens et d'autres services aux hospitalisés;

(10) *Ibid.*, p.11-12.

(11) Cam Donaldson, Gillian Currie et Craig Mitton, *Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System: Lessons from Abroad*, Institut C.D. Howe, Commentaire n° 151, avril 2001, p. 18, www.cdhowe.org. L'étude citée a été réalisée par W. Hsiao, « Medical Savings Accounts: Lessons from Singapore », *Health Affairs*, 1995, 14(2), p. 260-266.

(12) Une grande partie de l'information sur les CES en Afrique du Sud est tirée d'un rapport stratégique intitulé *Medical Savings Accounts in South Africa*, préparé par Shaun Matisonn pour le National Center for Policy Analysis, NCPA Policy Report No. 234, juin 2000, <http://www.ncpa.org/studies/s234/s234.html>.

- une franchise d'environ 1 200 \$ pour les dépenses discrétionnaires, par exemple la consultation de médecins et d'autres services de consultations externes;
- une couverture sans franchise pour les médicaments nécessaires au traitement de certaines maladies chroniques⁽¹³⁾.

Les franchises varient en fonction du type de service – c'est-à-dire selon la mesure dans laquelle une personne peut se passer des soins ou services médicaux en cause. Cette politique s'inspire de la théorie voulant que les franchises ne s'appliquent pas aux actes médicaux que la personne ne peut guère ou pas refuser (p. ex. un pontage coronarien), mais qu'elles s'appliquent lorsqu'une personne peut raisonnablement décider d'utiliser ou non un service (p. ex. consulter un médecin pour un rhume ou un mal de gorge).

Selon les conclusions d'une étude effectuée pour le National Center for Policy Analysis (NCPA) – qui préconise depuis longtemps l'adoption des CES –, l'expérience des CES en Afrique du Sud est positive. Les CES sont devenus un système populaire en raison, notamment, d'un environnement réglementaire souple qui permet aux assureurs de concevoir des régimes sur mesure pour répondre aux besoins du marché privé et d'offrir des incitatifs qui encouragent un mode de vie sain et favorisent le mieux-être⁽¹⁴⁾.

Dans le cadre de l'évaluation des résultats des CES en Afrique du Sud, l'étude du NCPA a porté sur un certain nombre de questions, par exemple :

- Les titulaires de CES réduisent-ils leurs dépenses discrétionnaires?
- Les titulaires de CES substituent-ils des dépenses non discrétionnaires à des dépenses discrétionnaires pour éviter d'assumer des dépenses visées par une franchise?
- Les titulaires de CES se privent-ils de soins de santé nécessaires, et ce, pour économiser de l'argent?
- Les régimes de CES attirent-ils seulement les personnes jeunes et en santé et déstabilisent-ils ainsi la répartition des risques d'assurance?

(13) *Ibid.*, p. 9.

(14) Par exemple, le rapport stratégique indique qu'un régime comporte un système de points d'appréciation pour ceux qui se soumettent à des tests préventifs comme le test de Papanicolaou ou la mammographie et qui participent à des programmes d'exercice physique. Les points accumulés peuvent être échangés contre des primes telles que des billets d'avion.

Deux ensembles de données – sur des personnes titulaires d’un CES et sur des personnes qui souscrivent à des régimes traditionnels – ont permis de conclure :

- que les CES permettent de faire des économies – en moyenne, les titulaires de CES dépensent environ la moitié de ce que dépensent les personnes qui souscrivent à un régime traditionnel pour obtenir des services de consultation externe et des médicaments;
- que rien n’indique que les titulaires de CES substituent des soins sans franchise à des soins avec franchise élevée;
- que rien n’indique que les titulaires de CES se privent des soins appropriés – une comparaison entre les réclamations en cas de soins extraordinaires et coûteux dans le cadre du régime des CES et dans le cadre des régimes traditionnels ne révèle pas un taux plus élevé de la part des titulaires de CES;
- que même si les régimes de CES attirent les personnes en santé, ils peuvent intéresser aussi les personnes malades qui doivent assumer des frais médicaux élevés⁽¹⁵⁾.

COMPTES D’ÉPARGNE-SANTÉ – ÉTATS-UNIS

Une bonne partie des discussions et de la littérature et l’essentiel des débats et de la controverse concernant les CES ont leur origine aux États-Unis où, par suite de la hausse des coûts des soins de santé et des critiques croissantes à l’endroit du système de soins gérés par les organisations de soins de santé intégrés et d’autres fournisseurs, on a proposé d’instaurer des CES pour réduire les dépenses de soins de santé et donner plus de choix et d’autonomie aux consommateurs de ces soins.

Des programmes semblables aux CES existent aux États-Unis depuis un certain temps déjà. En fait, certains employeurs offraient des régimes de CES avant que les États et l’administration fédérale n’adoptent des lois prévoyant une déduction fiscale pour les cotisations aux CES. Par exemple, en 1993, la compagnie d’assurance Golden Rule a instauré un régime suivant lequel elle déposait 2 000 \$ par an dans un CES au nom des employés qui avaient contracté une police d’assurance-maladie comportant une franchise annuelle de 3 000 \$. Le National Center

(15) *Ibid.*, p. 15-17.

for Policy Analysis a signalé que, en 1996, environ 2 000 entreprises avaient abandonné l'assurance-maladie traditionnelle au profit d'un programme de CES⁽¹⁶⁾.

Au milieu des années 1990, un certain nombre d'États américains ont commencé à adopter des lois offrant certains allègements fiscaux pour les CES. Ils voulaient ainsi uniformiser le traitement fiscal des CES et des régimes d'assurance-maladie offerts par les employeurs pour que, d'une part, les cotisations de l'employeur au CES ne soient pas considérées comme un avantage imposable pour l'employé et, d'autre part, les cotisations de l'employé soient déductibles de son revenu imposable⁽¹⁷⁾. Cela dit, le traitement des CES varie d'un État à l'autre pour ce qui est de l'allègement fiscal, du montant donnant droit au traitement fiscal préférentiel, des conditions d'admissibilité et du traitement des soldes de comptes inutilisés à la fin de chaque année⁽¹⁸⁾.

A. Comptes d'épargne-santé en vertu de la *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996*

Le premier programme fédéral américain autorisant le traitement fiscal favorable des CES est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1997. La *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996* (HIPAA) créait un programme pilote de CES quadriennal qui devait prendre fin en 2000 et fixait les conditions du traitement fiscal des CES au niveau fédéral. Le programme pilote a été prolongé de deux ans.

Le programme pilote fédéral est limité à 750 000 titulaires de CES⁽¹⁹⁾. Peuvent y prendre part les travailleurs autonomes et les entreprises d'au plus 50 employés. (Contrairement au régime fédéral des CES, les programmes de CES des États ne limitent pas le nombre d'employés.) Les employeurs qui ont plus de 50 employés ne peuvent offrir l'avantage fiscal fédéral à leurs employés, mais ils peuvent tout de même offrir des programmes analogues aux CES, bien que ce soit avec des avantages fiscaux restreints.

(16) National Center for Policy Analysis, novembre 1996, <http://www.ncpa.org/health/pdh.25.html>.

(17) L'Arizona, la Californie, le Colorado, l'Idaho, l'Illinois, l'Indiana, la Louisiane, le Michigan, le Mississippi, le Missouri, le Montana, le Nevada, le Nouveau-Mexique, l'Ohio, l'Oklahoma, l'Oregon, la Pennsylvanie, l'Utah, l'État de Washington, la Virginie occidentale et le Wisconsin sont au nombre de ces États.

(18) Marilyn Moon, Len M. Nichols et Susan Wall, *Medical Savings Accounts: A Policy Analysis*, The Urban Institute, mars 1996, <http://www.urban.org/pubs/hinsure/msa.htm>.

(19) États-Unis, Internal Revenue Service, Publication 969 (*Archer MSAs*). Ce document décrit en détail les exigences applicables aux CES fédéraux; il est la principale source d'information sur le programme fédéral visant les CES (http://www.irs.ustreas.gov/prod/forms_pubs/pubs/p96901.htm).

Pour participer au programme, il faut souscrire à un régime agréé d'assurance-catastrophe à franchise élevée couvrant les frais médicaux élevés⁽²⁰⁾. Pour les particuliers, la franchise doit se situer entre 1 550 \$US et 2 350 \$US (le montant total maximal des frais assumés directement étant de 3 100 \$US); pour les familles, la franchise doit se situer entre 3 100 \$US et 4 650 \$US (le montant total maximal des frais assumés directement étant de 5 700 \$US).

Le CES est établi par le truchement d'un fiduciaire, par exemple une banque, une compagnie d'assurance ou toute autre entité approuvée par l'Internal Revenue Service. Les cotisations peuvent être versées par l'employeur ou par l'employé, mais non par les deux durant la même année. Les particuliers peuvent verser des cotisations jusqu'à concurrence de 65 p. 100 de la franchise annuelle du régime; la limite pour les familles est fixée à 75 p. 100. Des limites supérieures sont également imposées en fonction du salaire ou de la rémunération du particulier. Le CES appartient à son titulaire en tant que personne et le suit lorsqu'il change d'emploi.

Les CES offrent un certain nombre d'avantages fiscaux. Par exemple, les sommes versées par l'employeur dans un régime de CES ne sont pas considérées comme un avantage imposable pour les employés, les cotisations de l'employé donnent droit à une déduction fiscale et les fonds s'accumulent dans le CES en franchise d'impôt. Cependant, les cotisations supérieures aux limites annuelles sont assujetties à une taxe d'accise de 6 p. 100.

Les fonds accumulés dans les CES sont, en règle générale, utilisés pour des soins de santé réguliers. Les montants retirés des régimes de CES le sont en franchise d'impôt s'ils sont utilisés pour payer des frais médicaux donnant droit à une déduction fiscale pour soins de santé. Les fonds retirés des CES pour régler des dépenses non médicales sont assujettis à l'impôt et à des pénalités fiscales additionnelles. Les fonds qui restent dans le CES à la fin de l'année peuvent être reportés à l'année suivante sans pénalité.

Un titulaire peut désigner le bénéficiaire de son CES. Si le conjoint est désigné, le compte est considéré comme lui appartenant au décès du titulaire. Si une autre personne est désignée, le compte perd son statut de CES une fois le titulaire décédé et le bénéficiaire est imposé à la juste valeur marchande du compte. Si aucun bénéficiaire n'a été désigné, la juste valeur marchande du régime est incluse dans la déclaration de revenus finale du défunt.

(20) Un régime de santé à franchise élevée est un régime d'assurance-maladie tous risques comportant une franchise annuelle plus élevée que les régimes ordinaires et un plafond des frais médicaux annuels payés par le malade lui-même.

B. Expérience du marché des CES dans le cadre de la HIPAA

Lorsque, en 1997, des CES offrant des avantages fiscaux ont été autorisés au niveau fédéral dans le cadre du programme pilote HIPAA, les partisans de la *Loi* croyaient que les assureurs se précipiteraient sur le marché des CES et que de nombreux particuliers ouvriraient un CES. Cependant, le marché s'est développé lentement et quelque 100 000 CES ont été ouverts⁽²¹⁾.

Un rapport déposé au Congrès par la Medicare Payment Advisory Commission (MedPac) portant sur les CES dans le contexte du régime Medicare (novembre 2000) donnait quatre motifs pour expliquer la lenteur du développement du marché des CES⁽²²⁾. Ces motifs – l'offre limitée, le manque d'intérêt des courtiers, la demande limitée et les problèmes de conception du programme – sont examinés ci-après.

- *Offre limitée* – En vertu de la loi fédérale établissant les CES, seuls les travailleurs autonomes et les employés d'entreprises comptant 50 employés ou moins peuvent prendre part au programme. Selon le rapport de la MedPac, à cause de ce critère, seules les compagnies d'assurance qui sont sur les marchés de l'assurance aux particuliers ou aux petits groupes ou qui veulent s'y tailler une place ont offert des CES. Entrées sur le marché des CES au cas où ces régimes gagneraient la faveur du public, plusieurs compagnies ont perdu leur enthousiasme devant le peu d'intérêt suscité par les CES. En outre, les assureurs hésitaient à s'engager sur le marché dans le cadre d'un programme pilote de quatre ans, alors qu'ils l'auraient peut-être fait pour un programme permanent⁽²³⁾.

Selon un rapport sur les CES présenté par le General Accounting Office (GAO) des États-Unis aux comités du Congrès (décembre 1998), de nombreux assureurs offraient des régimes CES, mais peu d'entre eux les vendaient de façon vigoureuse.

Certains assureurs croyaient fermement au concept des CES et sont entrés sur le marché de façon vigoureuse, mais de nombreux fournisseurs ont participé au programme principalement pour protéger leur part du marché ou pour des motifs stratégiques similaires. Pour de nombreux assureurs, les efforts additionnels nécessaires pour rester sur le marché étaient négligeables après celui d'avoir investi dans un régime

(21) Linda Klinger, « Few Takers for Medical Savings Accounts », *Washington Business Journal*, 2 avril 2001, <http://washington.bcentral.com/washington/stories/2001/04.02/focus4.html>.

(22) Medicare Payment Advisory Commission (MedPac), rapport au Congrès, *Medical Savings Accounts and the Medicare Program*, novembre 2000, p. 6-7, <http://www.medpac.gov/>.

(23) *Ibid.*, p. 6.

agréé. Environ 20 p. 100 des fournisseurs ont indiqué qu'ils étaient toujours actifs sur le marché à l'été de 1998, utilisant pour cela de multiples techniques de marketing, tandis que les autres ont dit avoir adopté une approche plus passive, se contentant de mettre leurs produits agréés à la disposition d'éventuels clients.⁽²⁴⁾

- *Manque d'intérêt des courtiers* – Selon le rapport de la MedPac, la vente des CES ne semble pas intéresser les agents outre mesure puisque les primes tendent à être moins élevées que celles des autres polices, ce qui veut dire que les agents touchent une commission moins élevée. En outre, à cause du peu de connaissances du public au sujet des CES et de la nature quelque peu complexe des comptes, les agents devaient consacrer un temps considérable à la vente du produit. Par conséquent, ils étaient peu enclins à consacrer le temps nécessaire pour se renseigner sur le produit et le vendre⁽²⁵⁾.
- *Demande limitée* – La MedPac remarquait dans son rapport que les travailleurs autonomes pourraient, en fin de compte, constituer un marché important pour les CES. Cependant, bon nombre des travailleurs autonomes préfèrent encore la certitude des régimes d'assurance-maladie tous risques traditionnels comportant des franchises relativement faibles⁽²⁶⁾.
D'après le rapport du GAO, les ventes ont été plus faibles que prévu. Selon certains assureurs qui ont participé au sondage du GAO, il n'y avait pas lieu de se surprendre du nombre peu élevé de ventes étant donné la complexité du produit et les limites du programme pilote⁽²⁷⁾.
- *Problèmes de conception du programme* – Le rapport de la MedPac indique également que les restrictions imposées dans le cadre du programme fédéral des CES ont nui à la croissance du régime. Ces restrictions ont été imposées en partie pour rassurer ceux qui craignaient les répercussions négatives sur les recettes fiscales et l'état du marché de l'assurance que pourrait avoir le fait qu'un grand nombre de personnes en santé et relativement à l'aise ouvrent un CES, mais elles ont freiné le développement du marché des CES⁽²⁸⁾.

(24) General Accounting Office (GAO) des États-Unis, rapport aux comités du Congrès, *Medical Savings Accounts Results from Surveys of Insurers*, décembre 1998, GAO/HEHS-99-34, p. 11, <http://www.gao.gov/archive/1999/he99034.pdf> (traduction).

(25) MedPac, *Medical Savings Accounts and the Medicare Program*, p. 6.

(26) *Ibid.*, p. 7.

(27) GAO, *Medical Savings Accounts from Surveys of Insurers*, p. 12.

(28) MedPac, *Medical Savings Accounts and the Medicare Program*, p. 7.

Un rapport stratégique publié en 1998 par le National Center for Policy Analysis analyse les obstacles à la croissance du marché des CES⁽²⁹⁾. Entre autres, le NCPA a laissé entendre que l'éventail des franchises permises était trop étroit et que le plafond auquel étaient assujettis les dépôts dans un CES exposait les titulaires d'un CES au risque d'assumer eux-même des dépenses importantes avant que l'assurance ne prenne la relève. Après avoir conclu que la loi sur les CES était le résultat d'un certain nombre de compromis politiques n'ayant à peu près rien à voir avec la politique en matière de santé, la recherche économique ou la demande du marché⁽³⁰⁾, le NCPA a formulé un certain nombre de recommandations pour une réforme des CES, y compris :

- autoriser un éventail élargi de franchises afin de donner aux assureurs une plus grande souplesse pour la conception de CES qui répondent aux besoins des consommateurs;
- permettre au marché de déterminer les frais assumés directement par le particulier dans le cadre des régimes de CES;
- permettre à l'employeur et à l'employé de cotiser aux régimes de CES;
- éliminer le plafond des 750 000 comptes⁽³¹⁾.

C. Comptes d'épargne-santé Medicare

La *Balanced Budget Act of 1997* offrait pour la première fois un certain nombre d'options nouvelles en matière d'assurance-maladie aux bénéficiaires du régime Medicare. L'une de ces options est le Medicare+Choice MSA, un projet pilote qui a été lancé en janvier 1999 et qui se poursuivra jusqu'à la fin de 2002⁽³²⁾. Le programme Medicare+Choice MSA combine un régime d'assurance-maladie à franchise élevée (environ 6 000 \$) et un CES. Dans le cadre de ce programme, Medicare paie la prime d'assurance qui, en raison de la franchise élevée, est plus faible qu'une prime d'assurance-maladie habituelle, et la différence entre le montant de la prime et le montant que Medicare alloue normalement par personne est déposée dans un CES. Les

(29) National Center for Policy Analysis, *Medical Savings Accounts: Obstacles to Their Growth and Ways to Improve Them*, NCPA Policy Report No. 216, juillet 1998, <http://www.ncpa.org/studies/s216.html>.

(30) *Ibid.*

(31) *Ibid.*, p. 2-4.

(32) États-Unis, Internal Revenue Service, Publication 969, *Medicare+Choice Medical Savings Accounts*. Ce document, qui énonce les exigences relatives aux CES dans le cadre du régime d'assurance-maladie (Medicare), est la principale source d'information utilisée pour la présente section (http://www.irs.ustreas.gov/prod/forms_pubs/pubs/p96902.htm).

cotisations au régime sont les mêmes pour tous les bénéficiaires, mais les paiements sont ajustés en fonction de l'âge et de l'état de santé.

Le programme Medicare+Choice MSA vise à donner aux bénéficiaires de Medicare un meilleur contrôle sur les soins de santé qu'ils reçoivent en leur permettant de choisir leurs fournisseurs dans le cadre d'arrangements financiers qu'ils négocient eux-mêmes. Les décideurs espéraient que cette approche permettrait de réduire les dépenses au titre des soins de santé discrétionnaires parce que les bénéficiaires deviendraient plus conscients des coûts en jeu.

Dans le cadre du programme, seule Medicare peut effectuer des dépôts dans les CES; les bénéficiaires de Medicare ne peuvent pas verser de cotisations dans leur compte. Les dépôts et les intérêts gagnés sont exemptés de l'impôt fédéral sur le revenu et les dépenses agréées payées au moyen du compte sont libres d'impôt. Le nombre maximum de bénéficiaires de Medicare qui peuvent participer au programme Medicare+Choice MSA a été fixé à 390 000.

Les bénéficiaires qui n'ont pas de frais médicaux élevés peuvent utiliser les montants versés dans le CES à titre de revenu additionnel au fil du temps. Le compte d'épargne peut être utilisé pour régler des frais médicaux donnant droit à une déduction fiscale et pour payer certaines primes d'assurance, visant par exemple les soins de longue durée. Si les fonds accumulés dans le compte dépassent 60 p. 100 de la franchise annuelle, le montant excédentaire peut être retiré sans pénalité et utilisé à n'importe quelle fin (quoique ce montant sera traité comme un revenu imposable).

Au décès du titulaire, le CES peut être transféré au conjoint qui est désigné à titre de bénéficiaire et il sera traité comme le CES du conjoint. Sinon, il perd son statut de CES et devient imposable à sa juste valeur marchande.

En novembre 2000, aucune entreprise n'avait fait de démarche pour offrir des CES dans le cadre du programme Medicare+Choice MSA. Par conséquent, le Congrès a demandé à la Medicare Payment Advisory Commission d'examiner les changements qui pourraient rendre le programme plus intéressant pour les entreprises et les bénéficiaires de Medicare.

La MedPac a conclu que le secteur privé n'offrait pas de CES Medicare pour deux raisons :

- (1) la faible demande de la part des bénéficiaires prudents de Medicare;
- (2) les coûts et les problèmes liés à la vente d'un produit complexe à une clientèle fragmentée et peu nombreuse⁽³³⁾.

(33) MedPac, *Medical Savings Accounts and the Medicare Program*, p. 19.

La MedPac a signalé que les primes relativement peu élevées et la large couverture du régime Medicare traditionnel donnaient peu de raisons aux bénéficiaires de Medicare de passer à un système de CES. En outre, même si ces conditions défavorables changeaient, la situation générale du marché continuerait de dissuader les bénéficiaires de Medicare d'ouvrir des CES⁽³⁴⁾.

La MedPac n'en a pas moins suggéré qu'un moyen éventuel d'évaluer la viabilité d'un programme de CES dans le cadre de Medicare consisterait à lancer un programme pilote relevant de Medicare pour déterminer si les bénéficiaires seraient disposés à participer à un programme à franchise élevée, si le recours aux soins de santé discrétionnaires diminuerait et si les fournisseurs seraient disposés à prendre le risque de traiter des bénéficiaires dont le régime comporte une franchise élevée⁽³⁵⁾.

À la fin du programme pilote, le secteur privé pourrait réévaluer le marché et le gouvernement disposerait de plus de renseignements sur les caractéristiques et l'utilisation des soins de santé des personnes qui choisissent les CES⁽³⁶⁾. Les taux de paiement pourraient alors être établis plus équitablement, et divers changements administratifs pourraient être apportés en vue de réduire les exigences administratives.

COMPTES D'ÉPARGNE-SANTÉ – PROPOSITIONS À HONG KONG

En décembre 2000, le gouvernement de Hong Kong a publié un document de consultation sur la réforme des soins de santé – *Lifelong Investment in Health*⁽³⁷⁾. Reconnaissant que la viabilité du système de santé de Hong Kong est « loin d'être certaine », le document expose une stratégie en trois volets visant à assurer la viabilité financière à long terme du système. Le troisième volet, après la réduction des coûts et l'accroissement de la productivité et la réorganisation du barème, est l'introduction d'un système d'épargne personnelle pour les frais médicaux par la création de comptes individuels de protection de la santé (Health Protection Accounts)⁽³⁸⁾. Ces économies pourraient s'ajouter aux fonds consacrés par le gouvernement au système de soins de santé.

(34) *Ibid.*

(35) *Ibid.*

(36) *Ibid.*

(37) Hong Kong, *Lifelong Investment in Health*, document de consultation sur la réforme des soins de santé, décembre 2000, <http://www.info.gov.hk/hwb/english/CONSULT/HCR/HCR3.HTM#Contents>.

(38) *Ibid.*, p. 51.

Le projet proposé de comptes de protection de la santé comporte les caractéristiques clés suivantes :

- (i) un compte personnel serait créé et comprendrait les cotisations obligatoires du titulaire à raison de 1 à 2 p. 100 de ses gains de 40 à 64 ans, pour couvrir ses frais médicaux futurs et ceux de son conjoint;
- (ii) normalement, les économies ne pourraient pas être retirées du compte avant que le titulaire ait 65 ans;
- (iii) les économies retirées pourraient servir uniquement à régler les soins médicaux et dentaires du titulaire ou de son conjoint, conformément aux tarifs du secteur public, ou à acheter une assurance médicale ou dentaire auprès d'assureurs privés;
- (iv) les services fournis par le secteur privé seraient remboursés suivant les tarifs du secteur public à partir des économies accumulées, toute différence de prix étant assumée par le particulier ou son assurance privée;
- (v) au décès du titulaire, les fonds dans le compte seraient transférés aux membres survivants de sa famille⁽³⁹⁾.

Le compte de protection de la santé a pour but d'aider les particuliers à payer les services médicaux fortement subventionnés après la retraite et d'éviter d'imposer le fardeau aux générations suivantes⁽⁴⁰⁾. Pour maintenir le taux d'épargne à un niveau abordable, on autoriserait les retraits du compte à partir de 65 ans et par la suite, et les coûts seraient remboursés conformément aux tarifs du secteur public. Le gouvernement estime qu'un couple d'une famille à revenu intermédiaire sera en mesure, d'après le taux d'utilisation moyen, de payer ses frais médicaux selon les tarifs du secteur public pendant une période correspondant à l'espérance de vie moyenne⁽⁴¹⁾.

Le gouvernement de Hong Kong a l'intention d'effectuer une autre étude sur les avantages et la faisabilité des comptes de protection de la santé en 2001-2002.

Pour les personnes qui n'ont que très peu d'économies ou qui ont épuisé leurs économies à cause de nombreuses maladies, le document de consultation mentionne, mais sans entrer dans le détail, un deuxième « filet de sécurité » qui sera fourni par le gouvernement. Pour les personnes qui nécessitent des soins infirmiers à long terme, le document parle toutefois d'une proposition de compte d'épargne personnel distinct, appelé « Medisage », pour l'achat d'une

(39) *Ibid.*, p. 57.

(40) *Ibid.*, p. 58.

(41) *Ibid.*

assurance pour soins de longue durée à la retraite. Le compte Medisage serait financé au moyen de cotisations des titulaires à raison de 1 p. 100 de leur salaire. Comme l'assurance pour soins de longue durée n'est pas bien développée à Hong Kong, le gouvernement propose d'effectuer d'autres études en profondeur portant sur les solutions à long terme et les caractéristiques de tels régimes⁽⁴²⁾.

COMPTES D'ÉPARGNE-SANTÉ – LE DÉBAT

Les CES sont l'un des projets de réforme du système de soins de santé les plus controversés depuis quelques années. Les tenants du système affirment que les CES permettront de régler un certain nombre de problèmes qui affligent le système de soins de santé, notamment en ce qui a trait aux coûts, à la qualité et à l'accès. Pour leur part, les opposants soutiennent que les CES ne permettront probablement pas de restreindre les coûts, qu'ils pourraient inciter les gens à se priver de soins nécessaires et qu'ils peuvent avoir des répercussions dommageables sur le marché de l'assurance à cause de la segmentation des risques. Ces arguments et d'autres points sont examinés plus en détail ci-dessous.

A. Arguments en faveur des CES

Les défenseurs des CES affirment que ceux-ci auront un certain nombre d'avantages.

Les CES encourageront le consumérisme en matière de soins de santé en donnant aux particuliers un meilleur choix de fournisseurs de soins de santé et de services de santé et en améliorant l'accès aux services. Par conséquent, les CES sont considérés comme une solution de remplacement viable aux régimes de soins gérés adoptés par de nombreux employeurs aux États-Unis. Pour tenter de freiner l'escalade des coûts, les administrateurs de ces régimes contestent des demandes de paiement de soins de santé, limitent l'accès à certains types de soins de et imposent des mesures de contrôle aux services fournis par les médecins.

Les partisans des CES croient que ces derniers permettront aux malades de choisir plus librement leurs fournisseurs de soins de santé et le type de soins médicaux qu'ils veulent recevoir. Comme c'est le titulaire qui contrôle les fonds du CES et peut les dépenser à sa guise (pourvu que l'argent soit utilisé pour régler des dépenses d'ordre médical), les consommateurs

(42) *Ibid.*, p. 58-59.

auront plus facilement accès aux services, les médecins ne seront pas soumis aux pressions des organisations de soins gérés désireuses de limiter les services, les relations entre le médecin et le patient ne seront assujetties à aucune restriction imposée par un tiers et les malades pourront choisir les services appropriés en fonction de leur valeur plutôt qu'en fonction de la couverture prévue par l'assurance⁽⁴³⁾.

Les CES permettront de réduire le nombre de personnes non assurées. Les franchises peu élevées sont des caractéristiques typiques des régimes d'assurance santé tous risques traditionnels. Parce que les CES sont combinés à une police d'assurance à franchise élevée, les primes seront plus faibles que celles des régimes traditionnels et un nombre plus grand de personnes pourront se permettre de souscrire à une assurance.

Les CES pourront réduire les frais d'administration. Cette affirmation se fonde sur l'hypothèse selon laquelle les frais d'administration seront réduits parce que les personnes utiliseront leur CES pour payer la plupart de leurs frais médicaux et, par conséquent, ne feront pas de demande de règlement. Une étude produite pour la National Coalition on Health Care (NCHC)⁽⁴⁴⁾ des États-Unis renvoie aux données de l'American Academy of Actuaries selon lesquelles les frais médicaux annuels d'une grande partie de la population américaine sont inférieurs aux franchises applicables des polices à franchise élevée et, par conséquent, ne donneront pas lieu à des demandes de règlement sous le régime d'un CES.

L'American Academy of Actuaries estime que, en 1995, environ 17 p. 100 de la population adulte avait, essentiellement, des frais médicaux nuls et que 78 p. 100 avait des frais inférieurs à 2 000 \$. Leurs frais seront entièrement couverts par des retraits de leurs comptes d'épargne-santé ou directement de leur poche et la société d'assurance ne sera aucunement touchée. Ainsi, l'assureur évite les frais liés au traitement et au paiement des demandes de règlement des dépenses supérieures à la franchise normale des régimes de couverture tous risques mais inférieures au niveau d'entrée en vigueur de la couverture des situations catastrophiques dans le cadre des CES.

[...] les frais administratifs liés à la portion compte d'épargne de la protection devraient être légèrement supérieurs à 2 p. 100,

(43) American Medical Association, « Why the American Medical Association Supports Medical Savings Accounts », 1998.

(44) La National Coalition on Health Care – une organisation non partisane sans but lucratif fondée en 1990 – se compose de grandes et petites entreprises, de syndicats, de groupes de consommateurs, de groupes religieux et de fournisseurs de soins primaires.

comparativement à environ 15 p. 100 dans le cas des primes des régimes d'assurance tous risques traditionnels.⁽⁴⁵⁾

Les CES inciteront les gens à économiser pour régler leurs frais médicaux.

Les fonds versés dans un CES appartiennent au titulaire du compte. Les fonds restant dans le compte à la fin de l'année peuvent être accumulés en franchise d'impôt pour être utilisés, au besoin, pour des soins de santé ou, dans certains cas, pour d'autres dépenses. Le fait que le compte soit la propriété du titulaire et que son solde ne devienne pas périmé est de nature à intéresser les gens à économiser pour régler leurs frais médicaux.

Les CES encourageront les gens à faire un usage plus judicieux du système de soins de santé. Cet argument se fonde sur l'hypothèse selon laquelle les gens utiliseront le régime des soins de santé plus judicieusement s'ils connaissent le coût des services et s'ils doivent le payer eux-mêmes, alors qu'ils ont moins de raisons de le faire lorsque les services sont gratuits ou couverts par des polices d'assurance-maladie tous risques comportant une franchise peu élevée et une participation aux coûts.

Les partisans des CES affirment que la gratuité des services de soins de santé entraîne une surconsommation, laquelle a pour effet de réduire l'accessibilité du système de soins de santé. Ils croient que les CES décourageront la consommation inutile et, avec le temps, entraîneront une amélioration de l'accès aux soins de santé.

Les CES aideront à limiter les coûts et les dépenses en matière de soins de santé. Les défenseurs des CES croient que la combinaison d'une assurance-catastrophe (pour protéger contre les frais médicaux élevés) et d'un CES (pour couvrir les services médicaux ordinaires et à faible coût) encouragera les gens à agir de façon plus responsable et plus économique lorsqu'ils se procurent des soins de santé. Ainsi, les dépenses de soins de santé diminueront. L'incidence des CES sur les dépenses dans le domaine de la santé fait l'objet d'une autre section (voir ci-dessous).

B. Arguments contre les CES

Les opposants aux CES affirment que les avantages invoqués par les partisans des CES sont surestimés, au mieux, et que les CES pourraient avoir des conséquences négatives graves

(45) Elliot K. Wicks et Jack A. Meyer, *The Role of Medical Savings Accounts in Health Care Reform*. Étude produite pour la National Coalition on Health Care, mai 1998, p. 8, <http://www.nchc.org/1998PolicyStudies/RoleofMSA.html>.

en encourageant la segmentation des risques sur le marché de l'assurance et en amenant les gens à se priver de soins médicaux nécessaires.

Les CES pourraient amener les gens à se priver de soins médicaux nécessaires et préventifs. Les opposants aux CES se demandent si les personnes qui réduiront leurs dépenses de santé élimineront uniquement les services médicaux superflus. Si les dépenses devaient être payées au moyen d'un CES, il se pourrait que les gens se privent de soins nécessaires et préventifs et, finalement, imposent un fardeau accru au système de soins de santé s'ils doivent être traités plus tard pour des problèmes médicaux graves.

Les CES n'aideront pas les gens à devenir des consommateurs de soins de santé plus avisés. Les opposants soutiennent que l'utilisation de CES pour payer des soins de santé réguliers n'aura pas nécessairement pour effet d'amener les consommateurs à participer plus activement au maintien de leur santé (en se renseignant davantage sur les procédures, les traitements de remplacement existants, les médicaments, etc.) et à devenir ainsi des consommateurs plus aptes à juger des conseils que leur donne leur médecin. À cause de la complexité et de la nature technique de la médecine moderne, la plupart des gens n'ont tout simplement pas l'expérience, l'information ou la capacité voulues pour décider si un service médical est approprié ou nécessaire⁽⁴⁶⁾.

En attirant les personnes jeunes et en santé, les CES auront pour effet de segmenter les risques sur le marché de l'assurance. Les opposants aux CES croient que la segmentation des risques entraînera une augmentation des primes pour ceux qui continueront de cotiser aux régimes d'assurance traditionnels. Dans un rapport publié en août 2000⁽⁴⁷⁾ par la Consumers Union (CU) des États-Unis, Gail Shearer (directrice, Health Policy Analysis, CU) affirme que les CES susciteront l'intérêt des jeunes et des personnes en santé dont les frais médicaux sont relativement faibles et qui peuvent accumuler des soldes dans leur CES, plutôt que les personnes âgées et les malades dont les frais médicaux sont beaucoup plus élevés. Shearer soutient que, si un nombre élevé de jeunes et de personnes en santé choisissent les CES, la répartition des risques sur le marché sera telle que ceux qui présentent un risque plus grand se verront imposer des primes plus élevées. Elle note que la capacité à répartir le risque aussi largement que possible est essentielle au maintien de primes d'assurance-maladie raisonnables. Si

(46) *Ibid.*, p. 9.

(47) Gail Shearer, *The Health Care Divide: Unfair Financial Burdens*, 10 août 2000, Consumers Union, <http://www.consumersunion.org>.

un nombre élevé de personnes à faible risque ne cotisent plus, les personnes à risque élevé qui restent devront payer davantage.

Étant donné le nombre limité de CES vendus dans le cadre du projet pilote HIPAA, il n'est pas possible d'analyser leur impact réel sur les primes que versent les détenteurs d'une couverture d'assurance tous risques traditionnelle⁽⁴⁸⁾, mais Shearer a essayé de prédire les coûts totaux moyens des soins de santé pour divers niveaux de risques si un certain pourcentage de la population moyenne de personnes en santé et de personnes malades choisit les CES. Selon elle, « un nombre relativement modeste d'inscriptions aux CES peut avoir un impact bien réel sur le bassin des risques : si 20 p. 100 du 80 p. 100 des personnes les plus en santé ouvrent un CES, la moyenne par personne des coûts des soins de santé de ceux qui continuent de cotiser aux polices traditionnelles augmentera pour passer de 3 338 \$ à 3 835 \$, soit une hausse de 15 p. 100 »⁽⁴⁹⁾.

Le Urban Institute a lui aussi examiné les effets de la segmentation des risques sur les primes. À l'aide d'un certain nombre d'hypothèses au sujet de la proportion des personnes en santé qui adoptent des régimes de CES, les chercheurs de l'Institut ont conclu que, si un quart des personnes qui seraient avantagées sur le plan financier (quelle que soit l'année) en optant pour un CES le faisaient, la prime pour le régime tous risques augmenterait de 60 p. 100; si la moitié des personnes avantagées ouvraient un CES, cette prime doublerait, et enfin, si toutes les personnes avantagées ouvraient un CES, la prime passerait du simple à plus du quadruple⁽⁵⁰⁾.

Les CES intéresseront les personnes déjà assurées plutôt que les personnes non assurées. Les opposants aux CES soutiennent que ces comptes intéresseront les personnes qui ont déjà une assurance et qui veulent essayer de réduire leurs coûts d'assurance-maladie. Les personnes non assurées n'ont probablement pas, de toute façon, les moyens d'ouvrir un CES.

Les CES offriront un avantage fiscal aux riches. Puisque les cotisations à un CES sont déductibles, les personnes dont le revenu et, par conséquent, les impôts sont plus élevés seront plus avantagées en versant des cotisations dans un CES que les personnes à faible revenu.

Les CES n'auront pas un impact important sur les dépenses de santé. Les opposants aux CES affirment que les économies estimées par les partisans des CES sont exagérées.

(48) *Ibid.*, p. 22.

(49) *Ibid.*, p. 24 (traduction).

(50) Len M. Nichols, Marilyn Moon et Susan Wall, *Tax-Preferred Medical Savings Accounts and Catastrophic Health Insurance Plans: A Numerical Analysis of Winners and Losers*, The Urban Institute, avril 1996, p. 9, <http://www.urban.org/pubs/hinsure/winlose.htm>.

Certaines dépenses superflues seront vraisemblablement éliminées, mais ces dépenses ne représentent pas une proportion élevée des frais médicaux totaux.

C. Comptes d'épargne-santé et coûts des soins de santé/dépenses de santé

On a versé beaucoup d'encre au sujet de l'incidence des CES sur les coûts des soins de santé et les dépenses de santé. Cependant, il ne faut pas oublier que bien peu de données pratiques viennent étayer ces opinions; la plupart des études se fondent sur des données simulées et il ne semble pas y avoir de consensus véritable dans la littérature sur les répercussions globales des CES sur les coûts des soins de santé.

D'après un rapport exhaustif sur les comptes d'épargne-santé publié par le Fraser Institute⁽⁵¹⁾, les études sur les CES parrainés par les employeurs aux États-Unis indiquent que des économies sont possibles. Le rapport examine trois exemples.

- D'après une étude portant sur 27 entreprises de l'Ohio qui offrent des CES, les dépenses de santé payées directement par les employés avaient diminué et le coût moyen total pour l'employeur des régimes de CES était inférieur de 12 p. 100 à celui des régimes tous risques traditionnels⁽⁵²⁾.
- Une enquête effectuée auprès de 17 entreprises qui offrent des CES a permis de constater que le solde au compte à la fin de l'année de couverture était d'environ 600 \$US, en moyenne, pour les comptes individuels et 900 \$US pour les comptes familiaux⁽⁵³⁾.
- Selon une autre étude portant sur des entreprises offrant des régimes CES, les entreprises ont constaté des réductions importantes des coûts et un taux élevé de satisfaction des employés⁽⁵⁴⁾.

Une autre recherche portait sur les répercussions des CES sur les dépenses de santé. Les résultats de cette recherche ont été rendus publics dans des études produites pour la National Coalition on Health Care⁽⁵⁵⁾ et le Fraser Institute⁽⁵⁶⁾, de même que dans un document de l'Institut

(51) Cynthia Ramsay, *Medical Savings Accounts: Universal, Accessible, Portable, Comprehensive Care for Canadians*, The Fraser Institute, Critical Issues Bulletin, mai 1998, http://www.fraserinstitute.ca/publications/critical_issues/1998/msa/.

(52) *Ibid.*, p. 9, http://www.fraserinstitute.ca/publications/critical_issues/1998/msa/evidence.html.

(53) *Ibid.*, p. 10, http://www.fraserinstitute.ca/publications/critical_issues/1998/msa/evidence.html.

(54) *Ibid.*, p. 10, http://www.fraserinstitute.ca/publications/critical_issues/1998/msa/evidence.html.

(55) Wicks et Meyer, *The Role of Medical Savings Accounts in Health Care Reform*, mai 1998.

(56) Ramsay, *Medical Savings Accounts*, 1998.

C.D. Howe intitulé *Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System : Lessons from Abroad*⁽⁵⁷⁾. Cette recherche fait état des conclusions suivantes :

- Une étude en simulation effectuée en 1996 a permis d'estimer les économies qui seraient réalisées si tous les Américains abandonnaient les régimes offerts par le truchement des organisations de soins de santé intégrés (OSSI) et les régimes basés sur la rémunération des services pour adopter des CES. Les économies varieraient selon les caractéristiques du régime de CES et s'échelonnent de nulles à 13 p. 100. Si les gens pouvaient choisir entre plusieurs types de régimes, d'après la simulation, le fait d'ajouter des options aux CES réduirait les économies (parce que les personnes les plus susceptibles d'utiliser les services médicaux auraient tendance à choisir les régimes les plus complets offrant des niveaux supérieurs de protection financière). Dans ces conditions, les dépenses nationales en santé pourraient connaître une baisse pouvant atteindre 2 p. 100 ou une hausse pouvant aller jusqu'à 1 p. 100⁽⁵⁸⁾.
- Une étude en simulation effectuée par le Urban Institute (1996) a permis de constater que si tous les participants aux régimes de santé parrainés par l'employeur souscrivaient plutôt à un régime de CES avec assurance-catastrophe, il en résulterait une diminution des dépenses nationales au chapitre des soins de santé qui se situerait entre 4 et 6 p. 100⁽⁵⁹⁾.
- Une autre étude portant sur les personnes adultes, mais excluant le groupe des personnes âgées, a comparé l'assurance tous risques, d'une part, et un régime combinant un CES et une assurance-catastrophe, d'autre part. Selon les conclusions de l'étude, le second régime permettrait de réduire les frais médicaux de 2 à 8 p. 100. Cependant, une autre étude conclut que ce régime serait moins intéressant pour les personnes âgées participant au régime Medicare américain, ce qui fait que la réduction globale serait moins importante⁽⁶⁰⁾.

(57) Donaldson, Currie et Mitton, *Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System*, avril 2001, <http://www.cdhowe.org>.

(58) Wicks et Meyer, *The Role of Medical Savings Accounts in Health Care Reform*, mai 1998, p. 6-7. Renvoi à une étude faite par E.B. Keeler, J.D. Malkin, D.P. Goldman et J. Buchanan, « Can Medical Savings Accounts for the Nonelderly Reduce Health Care Costs? », *Journal of the American Medical Association*, 5 juin 1996, vol. 275, n° 21, p. 1666-1671.

(59) *Ibid.*, p. 7. Renvoi à une étude faite par Len M. Nichols, Marilyn Moon et Susan Wall, *Tax-Preferred Medical Savings Accounts and Catastrophic Health Insurance Plans: A Numerical Analysis of Winners and Losers*, The Urban Institute, avril 1996.

(60) Donaldson, Currie et Mitton, *Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System*, avril 2001, p. 18. Renvoi à une étude de L. Ozanne, « How Will Medical Savings Accounts Affect Medical Spending? », *Inquiry*, 1996, 33(3), p. 225-236, et à une étude de P.L. Grimaldi, « Is a Medical Savings Account in your Future? », *Nursing Management*, 1996, 27(5), p. 14-16.

Le Commentaire de l'Institut C.D. Howe laisse entendre que l'information recueillie à l'étranger ne permet pas de régler les questions laissées sans réponse dans la documentation américaine et ne traite pas des changements concernant les effets sur la santé. Selon une étude, les hôpitaux à Singapour n'ont pas commencé à se faire une concurrence des prix et la hausse des coûts par personne des soins de santé s'est accélérée après l'établissement des CES⁽⁶¹⁾. Cependant, une autre étude indique qu'on a pu maîtriser la hausse des coûts après l'introduction des CES⁽⁶²⁾. Un document sur le système des CES établi en Chine a souligné que, bien que les CES semblent attrayants en tant que modèle viable pour le financement des soins de santé, ils entraînent la possibilité d'une sélection des risques, d'un transfert des coûts et d'une réduction de l'équité⁽⁶³⁾.

Il est démontré que les malades utiliseront moins les services de santé lorsqu'ils doivent déboursier eux-mêmes davantage pour ces services. Cependant, il ne semble pas y avoir consensus sur les répercussions d'une participation accrue aux coûts sur l'ensemble des dépenses de soins de santé. Selon une étude faite en 1996 pour le Urban Institute :

Certains partisans des CES supposent que ces derniers auront un impact important, tandis que les spécialistes de l'économie entrevoient une réaction assez modérée au partage des coûts par rapport à la sensibilité au prix d'autres biens. L'effet d'une participation accrue aux coûts est susceptible de varier selon services et les segments de la population. Par exemple, les groupes à faible revenu sont particulièrement sensibles aux effets du partage des coûts, probablement à cause du fardeau proportionnellement plus élevé que représentent ces coûts par rapport à leurs ressources. En fait, l'une des raisons pour lesquelles on croit que les CES sont aussi populaires dans les familles à revenu élevé tient au fait que les franchises habituellement associées à ces régimes ne pèseront probablement pas beaucoup sur leur comportement.⁽⁶⁴⁾

Les observateurs soulignent également que les CES pourraient n'avoir qu'un faible impact pour ce qui est de limiter les coûts des soins de santé, parce que les personnes très malades

(61) Donaldson, Currie et Mitton, *ibid.*, Renvoi à une étude de W. Hsiao, « Medical Savings Accounts: Lessons from Singapore », *Health Affairs*, 1995, 14(2), p. 260-266.

(62) Donaldson, Currie et Mitton, *ibid.* Renvoi à une étude de T.A. Massaro et Y. Wong, « Positive Experience with Medical Savings Accounts in Singapore », *Health Affairs*, 1995, 14(2), p. 267-272.

(63) Donaldson, Currie et Mitton, *ibid.*, Renvoi à une étude de W. Yip et W. Hsiao, « Medical Savings Accounts: Lessons from China », *Health Affairs*, 1997, 16(6), p. 244-251.

(64) Moon, Nichols et Wall, *Medical Savings Accounts*, mars 1996, p. 5 (traduction).

dont les dépenses sont supérieures à la franchise établie représentent une très forte proportion des dépenses de santé.

En 1995, les 78 p. 100 de la population adulte qui, selon les estimations, ont demandé un règlement pour des frais médicaux inférieurs à 2 000 \$ (montant comparable au point critique établi entre 1 500 \$ et 2 250 \$ pour les situations catastrophiques dans le cadre des CES) n'interviennent que pour 13 p. 100 de la totalité des frais. Une très forte proportion des frais médicaux au pays est consacrée aux services fournis aux grands malades : les 10 p. 100 de la population adulte qui ont entraîné des coûts supérieurs à 6 000 \$ en 1995 sont responsables, selon les estimations, de 84 p. 100 frais médicaux totaux. Cela signifie [...] que la majeure partie des dépenses des titulaires de comptes d'épargne-santé ne seront pas payées directement par l'assuré ou sur son compte d'épargne, mais bien par l'assureur qui fournit la couverture en cas de situation catastrophique. Dès que l'assurance paie les frais médicaux, le titulaire d'un CES n'est pas plus ni moins incité à économiser que la personne couverte par un régime traditionnel.⁽⁶⁵⁾

Selon l'étude du Urban Institute, l'adoption d'un régime de CES pourrait entraîner une réduction ponctuelle des dépenses de soins de santé qui aurait pour effet de réduire les dépenses sans pour autant entraîner une diminution de leur taux de croissance.

Une réduction ponctuelle, quelle que soit son importance, des dépenses de santé à la suite de l'adoption sur une grande échelle des régimes de CES/assurance-catastrophe ne se traduirait pas nécessairement par une diminution du taux de croissance des coûts. Et c'est bien la croissance des dépenses qui préoccupe le plus les analystes lorsqu'il est question des coûts des soins de santé. Ainsi, le changement de type de régime pourrait entraîner une réduction ponctuelle à la base mais, par la suite, les causes de la croissance des coûts pourraient, en grande partie, demeurer intouchées. De nombreux analystes croient que le progrès technologique est la principale raison pour laquelle les coûts des soins de santé continuent d'augmenter année après année, et une bonne partie de cette technologie est surtout employée en milieu hospitalier – où les coûts pour le malade risquent fort de dépasser la franchise élevée d'une assurance-catastrophe. Ainsi, les procédures et les techniques coûteuses peuvent, en fait, être moins assujetties à la discipline qu'imposent les forces du marché si nous adoptons un régime de rémunération à l'acte sans plafond qui protège pleinement les familles au-delà de la franchise fixée, au lieu d'exercer des pressions sur le recours à la technologie dans le cadre d'un régime de soins gérés. Il est possible, par

(65) Wicks et Meyer, *The Role of Medical Savings Accounts in Health Care Reform*, mai 1998, p. 8-9 (traduction).

conséquent, que les régimes de CES et assurance-catastrophe, s'ils étaient adoptés sur une grande échelle, puissent en fait accélérer la croissance des coûts des soins de santé à long terme. Les CES ont peut-être d'autres effets souhaitables selon le point de vue adopté, mais vraisemblablement pas celui d'amener des réductions globales importantes des coûts des soins de santé.⁽⁶⁶⁾

D. Comptes d'épargne-santé et effets sur la santé

L'effet des CES sur la santé est une autre question litigieuse. Les défenseurs affirment que les CES n'auront pas d'incidence négative sur la santé; en fait, les CES encourageront les gens à assumer une plus large part de responsabilité à l'égard de leur santé et à réduire leur recours aux services de soins de santé inutiles. Les opposants aux CES, pour leur part, soutiennent que si les frais doivent être payés au moyen du CES ou directement par le malade, les gens se priveront peut-être des soins nécessaires et préventifs et, finalement, ils seront un fardeau plus lourd pour le système de santé lorsqu'ils devront être traités pour un problème de santé grave.

Malheureusement, les preuves directes qui permettraient de trancher le débat sont peu nombreuses. Cependant, comme le partage des coûts des soins de santé est un principe inhérent du concept de CES, on en a étudié l'impact sur la santé et les soins préventifs et tenté d'appliquer les résultats obtenus au contexte des CES.

Les résultats d'un certain nombre de ces études sont examinés dans le rapport du Fraser Institute, selon lequel même si le partage des coûts ne se traduit pas nécessairement par une diminution de la santé globale, il a bel et bien une incidence défavorable sur les pauvres⁽⁶⁷⁾. Le rapport mentionne les conclusions suivantes, tirées des études examinées :

- Dans l'ensemble, l'utilisation réduite des services médicaux à cause du partage des coûts n'a que peu ou pas de répercussions négatives nettes sur la santé, mais le partage des coûts a une incidence dommageable sur la santé des personnes pauvres et des malades.
- Le partage des coûts entraîne une réduction aussi bien des soins nécessaires que des soins inutiles, mais le type de régime de partage des coûts n'influe pas sur la plupart des indicateurs de santé.
- La participation aux coûts entraîne une diminution du recours aux services des médecins.

(66) Moon, Nichols et Wall, *Medical Savings Accounts*, mars 1996, p. 5-6 (traduction).

(67) Ramsay, *Medical Savings Accounts*, 1998, p. 11,
http://www.fraserinstitute.ca/publications/critical_issues/1998/msa/evidence.html.

- On constate une légère diminution du recours aux soins préventifs lorsque le partage des coûts augmente⁽⁶⁸⁾.

COMPTES D'ÉPARGNE-SANTÉ – PROPOSITIONS CANADIENNES

Diverses propositions de CES ont été présentées au Canada. Les propositions les plus complètes proviennent de deux laboratoires d'idées stratégiques – le Fraser Institute et le Frontier Centre for Public Policy – et de l'auteur David Gratzner. Un autre laboratoire de pensée – l'Institut C.D. Howe – a aussi examiné le concept des CES dans un document portant sur le système canadien de soins de santé.

Chacune de ces propositions est décrite ci-dessous.

A. Le Fraser Institute

En 1996, le Fraser Institute a proposé un système de CES dans le contexte du système canadien de soins de santé⁽⁶⁹⁾. Suivant cette proposition, il y aurait création d'un compte de primes d'assurance-maladie (CPAM) financé par le truchement des recettes fiscales générales, le gouvernement occupant une situation équivalente à celle de l'employeur dans le cadre d'un régime de CES type financé par l'employeur.

Le CPAM devait présenter les avantages suivants :

Le CPAM permettrait d'offrir, de façon plus efficiente et plus efficace, une assurance universelle financée par l'État. Le CPAM serait véritablement transférable puisque les fonds appartiendraient au particulier. Il serait vraiment « tous risques », étant donné que les fonds pourraient être utilisés pour l'achat de services de santé au gré du particulier, offrant ainsi un meilleur choix au consommateur. Le consommateur et le fournisseur seraient informés des coûts réels des soins de santé et ils seraient tous deux encouragés à utiliser le système judicieusement. De même, le CPAM permettrait d'assurer que le fournisseur de soins est au service du malade, et non au service de l'État ou d'une institution précise. La relation entre le médecin et le malade, qui s'est dégradée au fil des ans à cause de la réglementation

(68) *Ibid.*, p. 11-15.

(69) William McArthur, Cynthia Ramsay et Michael Walker (dir.), *Healthy Incentives: Canadian Health Reform in an International Context*, The Fraser Institute, 1996, http://www.fraserinstitute.ca/publications/books/health_reform/section2.html.

gouvernementale et des mesures de compression des coûts, serait rétablie.⁽⁷⁰⁾

Tout comme le CES, le CPAM comporterait deux éléments : le compte du particulier et la police d'assurance-catastrophe à franchise élevée. Le gouvernement donnerait un CPAM à chaque citoyen. Le compte serait utilisé pour l'achat d'une assurance privée pour couvrir les risques de maladie grave (assurance-catastrophe) et le paiement des services de soins de santé et des frais médicaux réguliers. Le CPAM pourrait servir à payer tous les services médicaux, mais seuls les services couverts seraient pris en compte pour la franchise. Le titulaire serait tenu d'utiliser l'argent de son CPAM, ou ses propres ressources, pour payer ses frais médicaux jusqu'à ce que la franchise soit atteinte et que la couverture s'applique. Le compte lui appartiendrait, aussi bien que le solde à la fin de l'année.

Dans une étude faite pour le Fraser Institute, Cynthia Ramsay présente aussi des arguments en faveur de l'adoption de CES au Canada.

D'après les données recueillies auprès d'entreprises américaines qui ont adopté des régimes de CES, les CES encouragent leurs titulaires dépenser plus judicieusement dans le domaine de la santé sans pour autant compromettre leur santé. Là où ils ont été adoptés, les CES ont entraîné une diminution des coûts pour l'employeur et l'employé, permis de réaliser des économies et mené à un degré de satisfaction élevé chez l'employeur et l'employé. Les études américaines révèlent, que les CES ou des régimes similaires peuvent mener à des réductions dépenses de santé qui peuvent atteindre 20 p. 100. On est autorisé à croire que cette diminution aurait été encore plus grande si ces simulations avaient porté sur le contexte canadien, parce que, contrairement aux Canadiens, les Américains ont déjà de bonnes raisons financières d'utiliser les services de santé judicieusement.⁽⁷¹⁾

Ramsay fait remarquer que, sauf en ce qui concerne les pauvres, les études ont démontré, pour la plupart, que le partage des coûts entraîne une réduction de l'utilisation des services de soins de santé et que son incidence dommageable nette sur la santé des gens est faible ou nulle⁽⁷²⁾. De plus,

(70) *Ibid.* (traduction).

(71) Ramsay, *Medical Savings Accounts*, 1998, p. 1, http://www.fraserinstitute.ca/publications/critical_issues/1998/msa/summary.html (traduction).

(72) *Ibid.*

les comptes d'épargne-santé peuvent encourager une utilisation plus judicieuse du régime de soins de santé et instaurer une concurrence sur le marché médical sans créer d'obstacles financiers aux soins. Les CES encouragent les consommateurs à jouer un rôle plus actif dans leur utilisation de services de soins médicaux et en ce qui a trait à leur état de santé en général. La caractéristique la plus prometteuse des CES dans un contexte canadien est que le particulier pourra se procurer des services médicaux avec l'argent qu'il pourrait autrement garder parce que le solde du compte à la fin de l'année lui appartient en propre. En effet, les CES peuvent indirectement établir un mécanisme de partage des coûts sans porter atteinte aux importants principes sur lesquels repose le système de soins de santé canadien : l'universalité, l'accessibilité, la transférabilité et l'intégralité.⁽⁷³⁾

Reconnaissant que les CES prêtent à controverse et que leur incidence dans le contexte canadien est incertaine, Ramsay suggère que l'on lance un projet pilote dans une région du Canada en vue de recueillir des données sur des questions que soulèvent les CES, y compris les suivantes :

- De quelle façon les CES influenceront-ils sur le recours aux services de soins de santé?
- L'utilisation des services nécessaires diminuera-t-elle davantage (ou moins) que l'utilisation des services inutiles?
- Le changement, s'il y a changement, dans le recours aux soins de santé différera-t-il d'un groupe de revenu à l'autre?
- Les CES auront-ils une incidence sur l'utilisation de la médecine préventive chez les particuliers?
- Les CES auront-ils une incidence sur l'état de santé des particuliers?
- Les médecins tenteront-ils de stimuler la demande si les CES entraînent une diminution de la consommation⁽⁷⁴⁾?

B. Le Frontier Centre for Public Policy⁽⁷⁵⁾

Dans un rapport stratégique, Dennis Owens et Peter Holle du Frontier Centre for Public Policy proposent un système de « comptes d'épargne-santé universels » (CESU) comme

(73) *Ibid.*, p. 2 (traduction).

(74) *Ibid.*, p. 1-2.

(75) Le Frontier Centre for Public Policy est une organisation sans but lucratif indépendante située à Winnipeg qui effectue des travaux de recherche et d'éducation dans des domaines comme la santé, l'administration, l'enseignement, l'administration locale et la politique sociale.

modèle de solution à bon nombre des problèmes liés à l'assurance-maladie et moyen de garantir l'accès aux soins médicaux⁽⁷⁶⁾.

Owens et Holle soutiennent que la structure de l'assurance-maladie est à l'origine des problèmes auxquels est actuellement confronté le système de soins de santé au Canada et que cinq éléments de cette structure, notamment, ont affaibli le rendement du système. Ces éléments sont les suivants :

Gratuité – Puisque les services de soins de santé sont financés sur les recettes fiscales, ils sont considérés comme des biens gratuits. Par conséquent, la demande augmente et il y a surconsommation et gaspillage.

Monopole – Le système de fournisseur unique est peut être plus efficace sur le plan administratif, mais il crée un monopole, ne satisfait pas les consommateurs à titre de clients et fonctionne de manière à servir les intérêts de ceux qui administrent le système plutôt que les intérêts des clients.

Manque de distinction des rôles – Comme le gouvernement fournit et administre les fonds affectés aux services de soins de santé au Canada, il existe un conflit d'intérêts inhérent et un faible niveau de responsabilité à l'égard des résultats.

Manque de transparence – À cause du manque d'informations véritables sur les coûts, il n'est pas possible d'évaluer le rendement du système. Sans l'information fournie par les prix, les divers intervenants – les gouvernements, les travailleurs de la santé et les malades – ne sont pas conscients des coûts liés à leur comportement.

Politisation – Du fait que l'assurance-maladie est un programme gouvernemental, elle est sujette aux distorsions causées par le système politique⁽⁷⁷⁾.

Dans le cadre du système de CESU proposé par Owens et Holle, chaque personne aurait un CESU dans lequel serait déposé un montant égal au montant moyen que les gouvernements dépensent actuellement par habitant pour les soins de santé. Le CESU combinerait une assurance-catastrophe et un compte et il fonctionnerait comme suit :

Au début de chaque exercice financier, les organismes de soins de santé déposeraient la part de chaque citoyen du budget de l'assurance-maladie dans un compte bancaire spécial au nom de cette personne. Chaque titulaire de compte aurait accès aux fonds qui s'y trouvent au moyen d'une carte de débit électronique. Dans le cas des enfants à charge ou

(76) Dennis Owens et Peter Holle, *Universal Medical Savings Accounts: Consumerizing Medicare to End Waiting Lists and Improve Service*, Frontier Centre for Public Policy, Policy Series No. 5, juillet 2000, <http://www.fcpp.org>.

(77) *Ibid.*, p. 2-3.

des personnes frappées d'incapacité et incapables de gérer leurs ressources, les parents ou des fiduciaires publics ou privés seraient responsables de l'administration du CESU.⁽⁷⁸⁾

Les retraits du compte seraient permis seulement pour le paiement de services de soins de santé. En cas d'événement mineur, non catastrophique nécessitant une visite à la clinique ou chez le médecin, les coûts seraient payés par prélèvement électronique automatisé du CESU de l'intéressé ou de la famille. Les particuliers contracteraient eux-mêmes une assurance-catastrophe en achetant une assurance auprès de sociétés d'assurance commerciales, de coopératives ou de sociétés mutualistes qui se font concurrence. Les fonds non dépensés seraient reportés et pourraient s'accumuler en franchise d'impôt pendant la durée de la vie du titulaire du compte jusqu'à atteindre un montant prédéterminé suffisant pour créer un flux de revenu qui servirait à couvrir les urgences médicales futures.⁽⁷⁹⁾ Les cas spéciaux, la petite minorité de personnes qui épuisent leurs ressources ou qui ont des besoins spéciaux, sont traités séparément grâce à une aide supplémentaire du gouvernement.⁽⁸⁰⁾

Le coût de l'assurance-catastrophe dépendrait de l'âge de la personne et du montant de la franchise.

Owens et Holle considèrent les CESU comme une solution aux problèmes liés à la structure même du régime d'assurance-maladie. Ils soutiennent que, suivant le modèle CESU proposé :

- Les prix seraient rétablis dans le système des soins de santé. Les fournisseurs et les consommateurs seraient renseignés au sujet des coûts et des avantages de leur comportement; les particuliers en profiteraient personnellement parce qu'ils pourraient garder les fonds non dépensés; et la société profiterait de l'utilisation plus efficace des ressources.
- La concurrence serait créée. Les recettes des hôpitaux et des cliniques et le revenu du personnel médical ne seraient plus dissociés de leur rendement. Pour conserver leurs clients, ils devraient fournir leurs services aussi efficacement que les autres fournisseurs.
- Le financement et l'administration des soins de santé se feraient séparément. Le gouvernement continuerait de financer les soins de santé, mais il ne s'occuperait plus de leur prestation.
- Le système des soins de santé deviendrait plus transparent. Si les prix étaient rétablis, il serait possible d'évaluer les coûts et les résultats.

(78) *Ibid.*, p. 19 (traduction).

(79) *Ibid.* (traduction).

(80) *Ibid.*, p. 20 (traduction).

- La politisation du système de soins de santé serait moindre. Comme les gouvernements participeraient de moins en moins à la conception, à la prestation, à l'exploitation et à l'administration des services de santé, l'influence politique s'estomperait⁽⁸¹⁾.

C. David Gratzer – *Code Blue*

Dans son livre publié en 1999 intitulé *Code Blue*⁽⁸²⁾, David Gratzer propose un système de CES comme moyen d'assurer la viabilité du système canadien de soins de santé.

Selon Gratzer, « le vice fondamental du système d'assurance-maladie est que les malades n'assument pas directement les coûts des services médicaux qu'ils reçoivent »⁽⁸³⁾. À son avis, lorsque le système est gratuit, les gens ne sont pas incités à y réfléchir à deux fois avant de consulter un médecin pour des affections bénignes ou de se rendre dans les salles d'urgence des hôpitaux lorsqu'il n'y a pas vraiment urgence.

Gratzer croit que les « incitatifs pervers » du système actuel introduisent une distorsion dans les relations entre le médecin et le malade et entraînent l'inefficience et le gaspillage, auxquels s'ajoutent les coûts élevés des soins de santé. Donc :

- les malades sont incités, par un effet pervers, à faire un usage excessif du système, parce qu'ils ne sont pas tenus d'assumer les coûts;
- les médecins sont incités, par un effet pervers, à donner à leurs patients des traitements qui dépassent les besoins, parce qu'ils sont rémunérés à l'acte;
- les administrateurs des soins de santé sont incités, par un effet pervers, à accroître les budgets globaux, parce que les hôpitaux reçoivent un financement global⁽⁸⁴⁾.

Gratzer soutient que les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* ratent la cible. Selon lui, les Canadiens devraient définir leur système de soins de santé non pas d'après les concepts de la *Loi canadienne sur la santé*, mais plutôt suivant les éléments fondamentaux sur lesquels reposent des soins de santé appropriés. Ces éléments comprennent :

(81) *Ibid.*, p. 21-22.

(82) David Gratzer, *Code Blue: Reviving Canada's Health Care System*, ECW Press, 1999.

(83) *Ibid.*, p. 118 (traduction).

(84) *Ibid.*, p. 147.

- *la qualité* – un système qui réunit les toutes dernières technologies, des installations modernes ainsi que des médecins et des infirmières très bien formés;
- *l'opportunité* – les maladies sont diagnostiquées et traitées rapidement;
- *la rentabilité* – des résultats acceptables par rapport aux montants dépensés;
- *des services axés sur les besoins du patient* – un système au service des patients – non des fournisseurs – et dans lequel les patients – non les bureaucrates – prennent les décisions relatives aux soins qu'ils recevront;
- *l'accessibilité* – un système dans le cadre duquel aucun Canadien n'est privé des soins médicaux nécessaires⁽⁸⁵⁾.

Gratzer soutient que, parce qu'il couvre les dépenses de soins de santé extraordinaires et coûteux de même que les dépenses discrétionnaires régulières, le régime d'assurance-maladie s'étend bien au-delà des limites d'une assurance normale. Selon lui, le régime d'assurance-maladie devrait redevenir un système fondé sur l'assurance, où la couverture est fournie en cas de maladies graves, mais où le particulier assume les coûts des services de soins de santé réguliers. Il fait remarquer que cette façon de faire correspond à la fonction traditionnelle de l'assurance – protéger contre des pertes importantes et imprévisibles.

Gratzer soutient que la revitalisation des soins de santé au Canada passe par le rétablissement de la relation entre le médecin et son patient. Comme solution, il propose la création de CES pour le financement des soins de santé. Dans le cadre du système des CES,

les patients seraient responsables, sur le plan financier, de leurs décisions. Chaque dollar dépensé pour un test serait retiré du compte du malade. Pour sa part, le médecin serait rémunéré par le patient et non par le gouvernement provincial. La relation entre le médecin et le malade serait consolidée par les liens financiers.⁽⁸⁶⁾

Bien qu'il reconnaisse d'emblée que les CES ne sont pas une panacée pour résoudre les problèmes de l'assurance-maladie, Gratzer croit qu'ils pourraient préserver les caractéristiques d'un système de soins de santé efficace et régler bon nombre des problèmes avec lesquels le système canadien actuel est aux prises. À son avis, les CES peuvent contribuer à la

(85) *Ibid.*, p. 167.

(86) *Ibid.*, p. 196 (traduction).

viabilité à long terme du système, mais seulement si les gens sont incités à dépenser judicieusement et s'ils peuvent investir les fonds restants⁽⁸⁷⁾.

D. Institut C.D. Howe

Dans un Commentaire de l'Institut C.D. Howe intitulé *Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System : Lessons from Abroad*⁽⁸⁸⁾, les économistes de la santé Cam Donaldson, Gillian Currie et Craig Mitton soutiennent que le manque d'intégration entre le système de soins de santé privé (la partie des soins de santé financée par l'assurance et directement de la poche des particuliers) et le système de soins de santé public au Canada est à l'origine des incitatifs pervers dont souffre le système subventionné par l'État et qui influent sur les trois parties – les organisations de soins de santé (les hôpitaux), les médecins et les consommateurs (les malades) – et conduisent à une utilisation excessive et à des abus.

Les auteurs affirment que les organismes de soins de santé ont des responsabilités, mais pas de pouvoirs. Ils sont responsables de la santé des populations locales, mais n'ont pas un contrôle suffisant des ressources du système pour utiliser ces ressources en fonction des priorités établies ou pour contrôler les dépenses totales.

Les médecins, pour leur part, ont des pouvoirs, mais pas de responsabilités. Ils exercent une très forte influence dans le système de soins de santé, mais ils sont rémunérés séparément des organisations de soins de santé⁽⁸⁹⁾. La rémunération à l'acte les incite à susciter la demande et à passer peu de temps avec leurs patients⁽⁹⁰⁾.

Les consommateurs, selon les auteurs, sont les plus vulnérables, parce qu'ils n'ont ni pouvoir ni responsabilité. Ils n'ont que peu ou pas de rôle à jouer dans le domaine de la planification des soins de santé et, étant donné la gratuité de nombreux services, ils sont incités à faire une utilisation excessive du système⁽⁹¹⁾.

Donaldson, Currie et Mitton examinent les réformes menées à l'étranger pour voir de quelle façon le système de soins de santé canadien pourrait être mieux intégré. Ils tentent de déterminer la mesure dans laquelle les CES peuvent être une façon de donner aux consommateurs un meilleur contrôle des dépenses de soins de santé et de lutter contre l'utilisation excessive. Les

(87) *Ibid.*, p. 205.

(88) Donaldson, Currie et Mitton, *Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System*, avril 2001.

(89) *Ibid.*, p. 3.

(90) *Ibid.*, p. 4-5.

(91) *Ibid.*, p. 5.

auteurs signalent que le concept des CES présente un certain attrait, mais que de nombreuses incertitudes demeurent en ce qui a trait au fonctionnement réel du système des CES et aux répercussions possibles des CES sur le système des soins de santé. Ils rappellent que, faute de données précises concernant les effets des CES sur la santé des particuliers, il n'est pas possible d'établir clairement ces effets. En outre, à cause des différences entre les systèmes de soins de santé américain et canadien, ils se demandent si l'étude de cas observés aux États-Unis en vue de démontrer les répercussions possibles des CES au Canada permet d'obtenir des résultats valides dans le contexte canadien⁽⁹²⁾.

En ce qui concerne la mise en place de CES au Canada, les trois économistes font remarquer que la tâche ne serait pas particulièrement facile. Avant que les avantages associés aux CES puissent se concrétiser, il faudrait régler les problèmes pratiques suivants relatifs à leur mise en œuvre et à d'autres questions d'ordre structurel.

- Les avantages du choix accru que les CES offrent au consommateur pourraient être moins importants dans le contexte canadien, parce que les Canadiens ont déjà beaucoup de latitude pour choisir leurs médecins et leurs spécialistes.
- Les CES pourraient avoir une incidence limitée pour ce qui est d'encourager les Canadiens à investir dans leur propre santé au-delà des soins médicaux, parce que les Canadiens ont déjà la possibilité d'investir beaucoup dans ce domaine⁽⁹³⁾.
- Le problème de « l'information asymétrique » a pour effet de limiter les avantages des CES : de nombreux consommateurs pourraient avoir de la difficulté à prendre des décisions éclairées en matière de soins de santé, parce qu'ils ne disposent pas de l'information voulue.
- L'aptitude des consommateurs à jouer un rôle actif en ce qui a trait à leurs soins de santé pourrait varier suivant les groupes d'âge et les groupes socioéconomiques⁽⁹⁴⁾.
- Si les gouvernements versaient les fonds alloués aux soins de santé dans des CES, les dépenses de soins de santé demeureraient inchangées. Cependant, avec les fonds versés dans les CES, les consommateurs pourraient exiger un accès meilleur et élargi aux services, mais il n'est pas sûr que le système puisse répondre aux demandes et aux attentes accrues.

(92) *Ibid.*, p. 19.

(93) *Ibid.*

(94) *Ibid.*, p. 20.

En conclusion, les auteurs laissent entendre qu'« un projet pilote valide et fiable du modèle des comptes d'épargne-santé dans le contexte canadien s'impose si l'on veut pouvoir porter un jugement bien étayé sur les répercussions du modèle »⁽⁹⁵⁾.

CONCLUSION

Les avantages et les répercussions des CES ont été chaudement débattus, du moins aux États-Unis, mais les preuves sont insuffisantes pour tirer des conclusions définitives sur le rôle des CES en tant qu'instrument de la réforme des soins de santé dans le contexte canadien. La plupart s'accorderaient à dire que les CES ne sont pas une panacée pour les problèmes qui touchent le système de soins de santé. Cela dit, il est trop tôt pour rejeter l'idée. Les CES sont utilisés à l'étranger et les approches suivies dans les pays concernés peuvent donner une idée de l'incidence d'un régime de CES sur les systèmes de soins de santé et du fonctionnement possible d'un tel régime au Canada.

D'après les études effectuées, les CES devraient décourager certaines formes de consommation de services médicaux. Les consommateurs réfléchiront probablement à deux fois avant d'avoir recours à certains services médicaux s'ils doivent utiliser leur CES ou leur propre argent pour les payer. Si c'est le cas, il est possible que les dépenses de soins de santé diminuent. Cependant, il est difficile de déterminer l'ampleur de cette réduction, parce que celle-ci dépendrait d'un certain nombre de facteurs, par exemple : le nombre de personnes qui utilisent les CES (que le système des CES soit universel ou ne s'applique qu'à certains segments de la population); les caractéristiques du système des CES (ce qui est couvert par le régime, le niveau de la franchise et les services visés par la franchise, les cotisants au régime et le niveau de cotisation, les montants que les gens doivent payer de leur poche pour des services médicaux et la possibilité pour les titulaires de compte de conserver et d'accumuler les fonds inutilisés dans leur compte); et les attributs du système de soins de santé en cause. On ne sait pas non plus de quelle façon les CES permettraient de régler la question de certains déterminants des coûts des soins de santé, par exemple les technologies de pointe et l'usage des médicaments délivrés sur ordonnance.

(95) *Ibid.* (traduction).

Il n'est pas certain qu'un système de CES entraîne une diminution des frais administratifs dans le contexte canadien. Ces frais sont relativement peu élevés au Canada et les données américaines à ce sujet ne valent peut-être pas pour le système de soins de santé canadien.

Aussi, les preuves de l'incidence des CES sur la santé ne sont pas concluantes. Des études portant sur l'incidence de la participation aux coûts des services médicaux semblent indiquer que l'état de santé de l'ensemble de la population ne serait pas compromis, sauf dans le cas des personnes pauvres ou malades, dont l'état de santé risque d'empirer si elles sont tenues de payer une partie des coûts des soins de santé. Il faudrait peut-être intégrer aux systèmes de CES des programmes spéciaux pour les personnes pauvres ou malades et pour répondre à d'autres besoins spéciaux.

On ne sait pas non plus dans quelle mesure les CES encourageront la consommation responsable des soins de santé. Comme Donaldson, Currie et Mitton l'ont fait remarquer, les consommateurs n'auront peut-être pas accès à l'information dont ils auraient besoin pour prendre des décisions éclairées en matière de soins de santé, et des facteurs démographiques et socioéconomiques pourraient influencer sur la mesure dans laquelle les particuliers peuvent jouer un rôle actif en tant que consommateurs de soins de santé.

Pour savoir si les CES produiraient les avantages escomptés par leurs partisans ou s'ils auraient les répercussions prévues par leurs détracteurs, le Congrès américain a offert, dans le cadre d'un programme pilote, des CES à l'intention des travailleurs autonomes et des petites entreprises. Cette initiative a été suivie d'un autre programme pilote de CES à l'intention des bénéficiaires de Medicare, dans le cadre duquel le gouvernement a accepté d'utiliser les fonds consacrés à ce programme pour financer un nombre limité de CES. Malheureusement, le peu d'intérêt suscité par ces programmes pilotes ne permet pas de tirer des conclusions au sujet de l'incidence que peuvent avoir les CES.

Selon Donaldson, Currie et Mitton, un projet pilote de CES au Canada s'impose si l'on veut pouvoir porter un jugement bien étayé sur les répercussions du modèle. Ramsay a elle aussi recommandé un projet pilote de CES. Il se peut donc qu'un tel essai soit nécessaire avant que le Canada puisse envisager d'introduire les CES dans le cadre de la réforme de ses soins de santé.