

SOCIETY OF ACTUARIES

Le financement des régimes publics d'assurance-maladie au Canada et à l'échelle mondiale

Rapport de recherche de la SOA

Have Associates Inc.

Décembre 2013

En collaboration avec



©2013 Society of Actuaries. Tous droits réservés.

Les opinions et conclusions formulées sont celles de l'auteur et ne représentent pas la position officielle ni l'opinion des organismes commanditaires ou de leurs membres. Les organismes commanditaires ne font aucune représentation et n'offrent aucune garantie quant à l'exactitude de l'information présentée.

Table des matières

Contexte.....	3
Sommaire.....	4
Introduction	13
Modèles de financement des soins de santé	14
Coûts des soins de santé.....	17
Utilisation des fonds affectés aux soins de santé	21
Ressources en soins de santé.....	22
Mesures des soins de santé.....	24
Autres mesures des soins de santé.....	28
Enquêtes sur les soins de santé.....	29
Indice du mode de vie	31
Corrélations liées à l'utilisation et aux résultats des soins de santé.....	37
Comparaison des mesures selon le modèle de financement des soins de santé—Sept pays de l'OCDE (OCDE 7)	38
Rôle du financement par assurance privée et frais remboursables.....	42
Conclusions	44
Rôle des actuaires et sujets de recherche recommandés pour l'avenir.....	46
Annexe A – Certaines mesures des soins de santé de 20 pays de l'OCDE (OCDE 20).....	48
Annexe B – Brève discussion sur les corrélations	62
Annexe C – Exemples de modèles de financement de sept régimes de soins de santé publics	66
Canada	67
États-Unis	69
Allemagne.....	73
France	74
Royaume-Uni.....	75
Suède.....	76
Suisse	77

Contexte

Le cabinet Have Associates a été engagé par la Society of Actuaries (SOA) pour étudier le financement du régime public d'assurance-maladie au Canada et dans d'autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Les coûts en pourcentage du PIB ne cessant d'augmenter, une plus grande attention est aujourd'hui accordée aux soins de santé publics et à leurs coûts. Compte tenu de leurs solides compétences en analyse et en modélisation, les actuaires pourraient jouer un rôle plus important dans l'évaluation des modèles de financement des régimes publics de soins de santé ou l'examen des coûts de ces régimes et des tendances à ce chapitre. Le présent rapport vise à identifier les aspects sur lesquels une analyse actuarielle peut apporter un autre éclairage.

L'équipe de recherche était composée comme suit :

- John Have, FSA, FICA, au cabinet Have Associates en tant que chercheur principal;
- Douglas Andrews, FSA, FICA, à l'University of Kent, R.-U.;
- Denis Garand, FSA, FICA, au cabinet Denis Garand & Associates.

L'équipe de recherche tient à remercier les membres du Groupe de supervision du projet (GSP), le personnel de l'Institut canadien des actuaires (ICA) et celui de la SOA pour leur précieuse collaboration.

Liste des membres du GSP

Marc-André Belzil
Don Blue
Claude Ferguson
Barry Senensky

Liste du personnel de l'ICA

Les Dandridge
Chris Fievoli
Michel Simard

Liste du personnel de la SOA

Joseph DeDominicis
Jan Schuh
Ronora Stryker

Sommaire

Dans la plupart des pays, en particulier les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), on retrouve une forme d'assurance-maladie publique. La structure et la façon dont ces régimes publics sont actuellement financés découlent, dans une large mesure, de l'histoire de chacun des pays. Certains pays nordiques offrent une forme d'assurance-maladie publique depuis plus de 200 ans tandis que d'autres pays ont des programmes relativement nouveaux.

Avec des dépenses globales au titre des soins de santé (publics et privés) qui dépassent maintenant 10 % du produit intérieur brut (PIB) dans la plupart des pays de l'OCDE—en hausse significative au cours des 20 dernières années, et avec le récent ralentissement économique et les populations vieillissantes—tous les pays de l'OCDE suivent de près la situation. Les opérations et les budgets des régimes publics sont scrutés à la loupe pour limiter les augmentations annuelles du coût des soins à la croissance du PIB. Des efforts sont donc actuellement déployés pour mettre au point des mesures des soins de santé permettant aux pays de se comparer avec les autres pays de l'OCDE afin de cerner les inefficacités relatives dans leur système de soins de santé. La comparaison directe par pays peut s'avérer complexe puisque le profil démographique et l'état global actuel des soins de santé de chacun des pays varient. Un pays dont la population est plus âgée ou qui est atteinte de plus de maladies que dans des pays dont la population est plus jeune et en santé peut, dans les faits, devoir dépenser davantage au titre des soins de santé pour produire des résultats similaires.

Le présent rapport porte sur les modèles de financement et les mesures des soins de santé en vigueur dans sept pays (Canada, Suède, France, Allemagne, Suisse, Royaume-Uni et États-Unis) et sur les mesures des soins de santé dans 13 autres pays (au total, 20 pays de l'OCDE).

Sauf dans le cas des régimes publics de soins de santé exigeant un certain niveau de financement préalable, les actuaires ont très peu participé à l'évaluation et à la gestion des régimes publics. Les actuaires ont été exclus du processus même quand les pays définissaient des mesures liant les coûts des soins de santé aux résultats, un rôle naturel pour les actuaires. En fait, les actuaires peuvent définir des mesures des soins de santé à partir d'un point de vue démographique incluant les coûts des soins de santé tout en adoptant une vision à plus long terme et en quantifiant les enjeux de base en termes simples. Dans le présent rapport, nous suggérons des domaines où les actuaires pourraient mettre à contribution leur expertise afin d'aider la gestion des régimes publics de soins de santé.

Modèles de financement des soins de santé

Le financement des soins de santé varie d'un pays à l'autre et les fonds peuvent provenir de diverses sources, notamment les suivantes :

- les taxes et impôts gouvernementaux (G) : administration fédérale, province, état, région, comté ou municipalité;
- les sources nationales (N) : impôt sur la masse salariale;
- l'assurance obligatoire (O) : primes d'assurance;

- l'assurance privée (P);
- les frais payés par les patients (FPP).

Les pays dont les sources de financement sont N, O et P utilisent les subventions gouvernementales pour financer les soins de santé des aînés, des personnes handicapés et des personnes à faible revenu.

Tous les pays utilisent une combinaison de trois ou quatre des sources de financement mentionnées ci-haut. Dans le présent rapport, chaque pays s'est vu attribuer un type de financement principal en fonction du modèle de financement utilisé pour les services hospitaliers et des services des médecins à l'intention de la population générale—et non des aînés, des handicapés et des personnes à faible revenu. Cette façon de procéder permet d'analyser selon le type de financement pour repérer les avantages de chacun.

Modèle de financement selon le pays			
G	N	O	P
Canada	Autriche	Allemagne	États-Unis
R.-U.	Belgique	Pays-Bas	
Irlande	France	Suisse	
Australie			
Nouvelle-Zélande		Japon	
Danemark			
Norvège			
Finlande			
Suède			
Italie			
Portugal			
Espagne			

Un coup d'œil au tableau ci-haut laisse entendre que les pays voisins ou ceux dont les gouvernements ont déjà été ou sont actuellement affiliés ont eu tendance à adopter des modèles semblables de financement de leurs soins de santé.

Le tableau ci-après montre les sources des fonds, pour le total des coûts des soins de santé de 2010, selon les principaux types de financement. En moyenne, le plus économique en pourcentage du PIB est le modèle de financement G à 9,8 %. Le Canada utilise ce modèle.

Moyenne des sources de fonds selon le principal type de financement (%)						
Principal type	Pays	% du PIB	Gouv.	N + O	Privé	FPP
G	12	9,8	73,0	3,5	6,8	16,7
N	3	11,0	17,2	59,5	9,3	14,0
O	4	11,1	11,2	63,2	7,9	15,8
P	1	17,6	13,4	39,7	35,1	11,8
Tous	20	10,7	49,3	25,7	8,8	15,9
Canada		11,4	69,2	1,3	14,9	14,7

Aux États-Unis, 35,1 % des dépenses au titre des soins de santé sont financées selon le modèle P, mais les modèles G, N et O comptent tout de même pour 53,1 % des coûts des soins de santé, principalement pour les aînés, les personnes handicapés et les personnes à faible revenu. Les frais payés par les patients représentent le reste, soit 11,8 %. Les États-Unis passent actuellement à un modèle de financement O suite à l'adoption de l'Affordable Care Act.

En 2010, pour les 20 pays de l'OCDE, les dépenses totales au titre des soins de santé (y compris l'assurance privée et les frais payés par les patients) représentaient, en moyenne, 10,7 % du PIB (oscillant entre 8,9 % en Irlande et 17,6 % aux États-Unis) comparativement à une moyenne de 7,6 % en 1990, avec l'Irlande à 6,0 % et les États-Unis, à 12,4 %. Au Canada, le pourcentage est passé de 8,9 % en 1990 à 11,4 % du PIB en 2010.

Pendant des années, les augmentations des coûts des soins de santé ont dépassé celles du PIB—tant au total que par habitant. Pour les 20 pays membres de l'OCDE, les coûts des soins de santé par habitant ont augmenté, en moyenne, de 3,2 % par année, entre 1990 et 2010, et le revenu par habitant, d'à peine 1,4 %. Il s'agit d'un écart de 1,8 % entre l'augmentation annuelle réelle des coûts des soins de santé et la croissance du revenu par habitant. Le vieillissement a contribué à ces hausses, en moyenne, pour 0,5 % par année. Les soins de santé accaparent une part de plus en plus importante du PIB de chaque pays.

Pendant la même période, les coûts réels des soins de santé par habitant au Canada ont progressé de 2,6 % et le revenu, d'à peine 1,3 % par année. Au Canada, la part de la hausse annuelle attribuable au vieillissement est de 0,5 %.

Pour les 20 pays membres de l'OCDE, il semble que la hausse réelle des coûts des soins ralentit, pour passer de 3,9 % par année, en moyenne, pendant la période 1995-2005 à tout juste 2,2 %, en moyenne, entre 2005 et 2010. Ce ralentissement est-il causé par les récents événements économiques de 2008 à 2010? Est-il temporaire ou permanent? L'économie du Canada n'a pas été touchée aussi durement que celle de certains autres pays et les coûts des soins au Canada ont tout de même augmenté à un rythme de 3,1 % entre 2005 et 2010, mais il semble que dernièrement, ce rythme diminue également.

Mesurer les résultats des soins de santé

Au cours des 10 dernières années, une grande part des ouvrages sur les soins de santé de l'OCDE a porté sur les mesures des résultats des soins de santé et des gains d'efficacité qu'ils génèrent. Les mesures des soins de santé utilisées sont nombreuses. À un niveau élevé, les mesures de mortalité indiquées ci-après sont souvent mentionnées. Entre 1990 et 2010, les mesures de mortalité se sont considérablement améliorées :

- L'**espérance de vie** à la naissance continue de progresser

2010 – Espérance de vie à la naissance avec augmentation depuis 1990				
Principal type ▾	Femmes	F +	Hommes	H +
G	83,3	4,1	78,5	5,6
N	83,7	3,9	77,8	5,2
O	84,3	3,9	79,2	5,3
P	81,1	2,3	76,2	4,4
Tous	83,5	3,9	78,4	5,4
Canada	83,1	2,3	78,5	4,1

- La **mortalité infantile** a reculé de plus de 50 %, en moyenne, au cours des 20 dernières années

Mortalité infantile annuelle / 1 000			
Principal type ▾	1990	2010	Réduction
G	7,7	3,5	54 %
N	7,7	3,7	52 %
O	6,4	3,3	48 %
P	9,2	6,1	34 %
Tous	7,5	3,6	51 %
Canada	6,8	5,1	25 %

- Les **années potentielles de vie perdues (APVP)** avant l'âge de 70 ans permettent d'estimer le nombre moyen d'années supplémentaires qu'une personne aurait vécues si elle n'était pas décédée de façon prématurée avant 70 ans. Pour certains, la mortalité avant l'âge de 70 ans est une mortalité presque évitable—c'est donc une bonne mesure de l'accès au système de soins de santé d'un pays et de la qualité des soins.

La mesure APVP se calcule en pondérant les décès, conformément aux taux de mortalité actuels du pays, à chaque âge jusqu'à 70 ans. Cela donne des facteurs de pondération plus élevés aux décès qui surviennent à un âge plus jeune qu'à ceux qui se produisent à un âge plus avancé.

APVP annuelles / 100 000			
Principal type ▼	1990	2010	Réduction
G	5 142	3 103	40 %
N	5 253	3 447	34 %
O	4 507	2 808	38 %
P	6 382	4 870	24 %
Tous	5 093	3 184	37 %
Canada	4 817	3 217	33 %

De toute évidence, la mesure APVP s'est améliorée au cours des 20 dernières années sous l'effet d'une baisse de la mortalité infantile et à des âges plus jeunes. Les États-Unis accusent toujours un retard par rapport aux autres pays et ont enregistré une amélioration moindre pendant la période de 20 ans.

Les actuaires peuvent contribuer à la gestion des régimes publics de soins de santé notamment en raffinant certaines méthodes de mesure ou en développant d'autres mesures des résultats. Par exemple, une analyse actuarielle des APVP selon des segments de la population comme les groupes d'âges et la situation socioéconomique apporterait d'autres points de vue, ce qui permettrait peut-être de cerner plus facilement les gains d'efficacité et les manques d'efficacité dans un système de soins de santé.

Indice du mode de vie

La santé future de la population, les coûts futurs des soins de santé et les besoins futurs en santé sont influencés par l'état de santé actuel et l'état de santé futur tels que prédits par les modes de vie d'un pays. Ce rapport propose un indice du mode de vie, par pays, qui correspond à une combinaison des niveaux de consommation d'alcool et des taux de prévalence de l'usage du tabac et de l'obésité. Bien que la consommation d'alcool et l'usage du tabac aient diminué, l'obésité est en hausse. Un indice du mode de vie plus élevé génèrera une moins bonne santé, d'où des besoins et des coûts plus élevés en matière de soins de santé maintenant et dans l'avenir.

L'indice du mode de vie se calcule simplement comme suit :

$$\begin{aligned} & (\text{UN}) \times \text{consommation d'alcool} + \\ & (\text{DEUX}) \times \text{taux de prévalence de l'usage du tabac} + \\ & (\text{TROIS}) \times \text{taux de prévalence de l'obésité.} \end{aligned}$$

L'indice varie entre 55,3 (Japon) et 123,2 (États-Unis). Celui du Canada se situe à 93,3. Les valeurs indiquent la variation attendue des coûts actuels et futurs, de même que les troubles de santé chroniques comme le diabète. Le présent rapport suggère que les coûts des soins de santé fluctueront d'environ 10 % de l'écart dans la valeur de l'indice. On peut donc s'attendre à ce qu'une personne obèse encoure, pendant la durée de sa vie, environ 30 % de plus de coûts de soins de santé qu'une personne qui n'est pas obèse. Ainsi, on peut s'attendre à ce que les coûts aux États-Unis correspondent à 10 % de (123,2 – 55,3) ou 6,8 % de plus que ceux au Japon, uniquement en raison des différences dans le mode de vie.

Voici les indices du mode de vie d'autres pays.

C'est au Japon qu'il est le moins élevé (55,3).

- Taux de mortalité infantile le plus bas (2,3 par 1 000) et espérance de vie des femmes la plus élevée (86,4 années).

L'indice de mode de vie de la Suède est de 74,0.

- Mesure APVP la moins élevée (2 487).

En Suisse, l'indice de mode de vie se situe à 75,1.

- Espérance de vie des hommes la plus élevée (80,3 années).

L'indice de mode de vie au Canada est de 93,3.

- Espérance de vie des femmes de 83,1 années.
- Espérance de vie des hommes de 78,5 années.
- Taux de mortalité infantile de 5,1.
- Mesure APVP de 3 217.

Conclusions du rapport

D'après les coûts en pourcentage du PIB et les résultats de la mortalité, de l'espérance de vie et des APVP, il semble que l'un ou l'autre des modèles de financement G, N et O puisse donner des résultats raisonnables en autant que leur population a un accès adéquat à des soins de santé. En moyenne, les pays qui utilisent le modèle de financement O généreraient les meilleurs résultats au titre de la mortalité.

Le modèle de financement P est plus onéreux et semble donner, dans l'ensemble, des résultats plus médiocres. Cependant, nul doute que cela varie selon la classe socioéconomique et l'accès aux soins de santé—d'où la suggestion dans le présent rapport de tenir compte des mesures des soins de santé et des indices du mode de vie selon la situation socioéconomique. D'après l'OCDE, l'obésité serait plus élevée chez les personnes à faible revenu et moins scolarisées et moins élevée chez les personnes à revenu élevé et bien scolarisées.

Chaque pays doit chercher à réaliser des gains d'efficacité et à saisir tous les avantages offerts par les nouvelles techniques qui cadrent avec leurs normes de pratique médicale.

D'après le rapport de l'Organisation mondiale de la santé intitulé « Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks », même dans les pays en voie de développement, le profil des maladies évolue tout comme partout ailleurs. Bientôt, la plupart des affections et maladies ne seront plus celles qui peuvent être transmises par d'autres personnes ou des insectes. Ainsi, dans les pays en voie de développement, les taux de maladies non transmissibles sont en hausse—les maladies chroniques usuelles, plusieurs causées par l'obésité. Cependant, ceux affligés de maladies chroniques ont maintenant besoin de traitements continus pour vivre une vie productive en santé.

Les régimes publics de soins de santé évoluent, dans une large mesure, dans des contextes politiques qui doivent tenir compte des besoins de l'ensemble de la population. Tous les ans, les économistes des soins de santé et les spécialistes en médecine produisent une foule de rapports dont beaucoup s'appuient sur des méthodologies complexes (et peut-être nouvelles) pour élaborer des idées de changements au titre du financement des soins de santé et des politiques connexes; il est parfois très difficile de communiquer les résultats et les messages qui en découlent dans un environnement politique. On risque de mal comprendre les résultats et les conséquences. Ainsi toutes les décisions concernant les politiques en matière de soins de santé ne sont pas optimales.

Les actuaires peuvent ajouter beaucoup de valeur aux régimes publics de soins de santé en quantifiant les enjeux de base et en simplifiant les discussions, permettant ainsi de prendre des décisions plus éclairées et optimales concernant les politiques en matière de soins de santé. On trouvera dans la prochaine section des exemples de la manière dont les actuaires peuvent participer à la gestion des régimes publics de soins de santé.

Rôles éventuels des actuaires dans les régimes publics de soins de santé

Tandis que les spécialistes en médecine peuvent identifier les opportunités techniques évidentes, les actuaires peuvent quantifier les coûts associés en effectuant des analyses approfondies qui lient les coûts aux données démographiques et aux tendances dans les maladies et en attribuant des valeurs à l'amélioration de l'état de santé tout en se concentrant sur le long terme. Il est impératif de procéder à une analyse à long terme, non seulement pour déterminer qui devrait payer la facture et préparer le budget de l'année suivante, mais également pour attribuer une valeur aux éventuelles innovations dans les soins de santé et les stratégies de prévention. Une fois des modèles actuariels détaillés à long terme en place, les actuaires et les spécialistes en médecine peuvent tester divers scénarios relatifs aux nouvelles tendances en matière de profil démographique, de maladies et des traitements de celles-ci. Cela permet de mettre au point des modèles de mesures incitatives et d'investissements pour améliorer les soins de santé et les stratégies de prévention, par exemple, modéliser les mesures incitatives pour réduire la prévalence de l'obésité.

Les actuaires possèdent des compétences significatives dans la modélisation des éventuels événements de soins de santé pour certains groupes de la population et des coûts qui leur sont associés. La probabilité d'avoir besoin de soins de santé et les coûts qui leur sont associés sont dynamiques et évoluent avec le rythme actuel des percées technologiques en médecine et de l'état de santé changeant de la population. Les actuaires peuvent appliquer leurs compétences en modélisation dynamique pour quantifier l'effet des percées médicales sur les futurs coûts et résultats des soins médicaux.

Le présent rapport aborde quelques-unes des principales mesures des soins de santé utilisées; cependant, la plupart des analyses n'attribuent aucun coût ou valeur à l'amélioration de ces mesures. De toute évidence, il faut absolument mettre au point d'autres mesures des soins de santé qui attribuent une valeur économique dans l'optique de la santé de la population et d'un point de vue socialement responsable. Ces mesures devraient être faciles à comprendre, à appliquer et à communiquer. Les actuaires peuvent attribuer une valeur économique à une meilleure santé à long terme et donc permettre de modéliser les stratégies de prévention.

Outre abaisser les coûts des soins de santé, qu'est-ce qu'une année ou deux années de plus de vie en santé vaut ou valent sous l'angle de la productivité du PIB? Pour le moment, aucune méthode ou modèle fiable ne peut traduire ces améliorations en valeurs économiques. Quelles valeurs attribuons-nous dans une optique de bien collectif?

Nous parlons maintenant de compression de la courbe de mortalité aux âges plus avancés. Pouvons-nous également nous attendre à une compression de la morbidité avec un plus grand nombre de maladies chroniques et les principaux coûts des soins de santé reportés aux âges plus avancés? Il convient de modéliser l'effet économique de cette possibilité.

Les modèles actuariels doivent mettre l'accent sur le tableau démographique élargi et adopter une vision à plus long terme des besoins au titre des soins de santé. En même temps, il faut que les modèles saisissent bien les composantes sous-jacentes et le lien qui les unit et qu'ils soient utiles aux fournisseurs de soins de santé et aux divers paliers de gouvernement qui contribuent au maintien de ces régimes. À cette fin, les modèles devront peut-être commencer au niveau des patients en utilisant leurs besoins en

soins de santé et des modèles d'utilisation selon l'état de santé/les maladies et comporter des couches qui s'appuient les unes sur les autres jusqu'à ce que les résultats finaux se présentent dans un format facile à communiquer. Par exemple,

- Changer les modèles d'utilisation des soins de santé dans le temps selon le groupe d'âge et l'état de santé, y compris les maladies chroniques sous l'angle des coûts et des résultats des soins de santé.
- Changer les modèles d'utilisation de la technologie des soins de santé dans le temps sous l'angle des coûts, y compris les résultats des soins de santé.

Introduction

Dans le présent rapport, les auteurs examinent les principaux modèles de financement actuellement utilisés par les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et se penchent de façon plus approfondie sur quelques pays ainsi que certaines mesures des ressources et du rendement au titre des soins de santé.

Est-ce que le rendement d'un système de soins de santé varie selon le modèle de financement utilisé? Il n'est pas aisé de répondre à cette question puisque l'état de santé et les résultats peuvent être très différents d'un pays à l'autre et sont fortement influencés par la scolarisation, le mode de vie, la situation socioéconomique et la culture.

Les modèles de financement des régimes publics vont des modèles de financement gouvernemental des services (semblables aux modèles de financement des systèmes publics d'éducation) aux modèles de financement par assurance obligatoire.

Des détails succincts et des mesures des coûts et des résultats des soins de santé sont donnés pour sept pays (Canada, Suède, Royaume-Uni, France, Allemagne, Suisse et États-Unis). Ces pays ont été choisis car il en est souvent question dans les comparaisons avec le régime canadien. Ils illustrent également les trois méthodes de financement.

Des mesures sont également fournies pour 13 autres pays (Australie, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Irlande, Italie, Japon, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas et Portugal) en vue d'élargir le champ de comparaison des mesures à un total de 20 pays, désignés dans le présent rapport l'OCDE 20.

Le présent rapport s'appuie sur des ouvrages de diverses sources disponibles au public, comme l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (l'Observatoire), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Les données utilisées dans le présent rapport sont résumées à l'**Annexe A**. Tous les résultats ont été produits d'après les données de l'OCDE et les données sur les coûts des soins de santé par habitant selon le groupe d'âge de l'ICIS. Aucune tentative de vérifier en détail les données auprès des sources propres à des pays spécifiques n'a été faite.

Ce projet vise enfin à déterminer des sujets de recherche actuarielle future permettant d'élaborer des documents de recherche suscitant l'intérêt tant des actuaires que des non-actuaires.

Les actuaires ont manifestement leur mot à dire sur les modèles d'assurance privée obligatoire. Or, il est intéressant de constater que, sauf pour les modèles exigeant un certain niveau de financement préalable—habituellement pour les personnes âgées comme Medicare aux É.-U.—rares sont les actuaires qui participent de manière significative à la mise au point et au maintien des modèles de financement public. Ce rapport se penche sur certaines façons pour les actuaires de contribuer de façon

appréciable aux débats actuels sur l'abordabilité et la viabilité des systèmes publics et privés de soins de santé, aujourd'hui et dans l'avenir, qui se déroulent dans tous les pays de l'OCDE.

Modèles de financement des soins de santé

Provenance des fonds

Les régimes publics de soins de santé sont financés différemment d'un pays à l'autre. Les fonds peuvent provenir des taxes et impôts généraux, de l'impôt affecté à une fin spéciale, de l'impôt sur la masse salariale, des primes d'assurance ou des frais payés par les patients (FPP).

Les modèles de financement qui reposent sur l'impôt affecté à une fin spéciale, sur l'impôt sur la masse salariale ou sur les primes disposent de beaucoup moins de latitude pour ajuster les couvertures et offrir de nouveaux services. Si les couvertures sont bonifiées, il faut immédiatement augmenter l'impôt affecté à une fin spéciale ou les primes—une option qui n'est habituellement pas populaire d'un point de vue politique. Récemment, certains pays, l'Allemagne, par exemple, ont plafonné leur impôt sur la masse salariale affecté à une fin spéciale, les coûts supplémentaires étant financés au moyen d'autres taxes et impôts. Malgré tout, de nombreux pays de l'OCDE atteignent maintenant des niveaux d'imposition générale qui les obligent à évaluer des options différentes.

Il existe trois principaux modèles de financement des soins de santé publics, décrits ci-après avec des exemples de pays qui les utilisent comme principal modèle de financement.

Modèle de financement gouvernemental des services (G)

Essentiellement, ce modèle utilise habituellement les recettes fiscales régulières comme la taxe sur la valeur ajoutée et l'impôt sur le revenu, aux niveaux de l'administration fédérale, de la province/de l'état, de la région et de la municipalité, comme principale source de fonds.

- Le Canada, la Suède, le Royaume-Uni et Medicaid aux É.-U. ont recours à ce modèle.

Modèle de financement par assurance nationale (N)

Ce modèle est habituellement financé au moyen de déductions salariales obligatoires des employeurs et des employés avec du financement supplémentaire provenant des taxes et impôts et des primes d'assurance directe au besoin. Des subventions gouvernementales sont habituellement offertes aux particuliers et familles à faible revenu.

- La France et Medicare aux É.-U. ont recours à ce modèle.

Modèle de financement par assurance obligatoire (O)

Tous doivent acheter à tout le moins une assurance-maladie de base auprès d'un assureur de leur choix, ce qui peut comprendre une option d'assurance gouvernementale. Des subventions gouvernementales sont habituellement offertes aux particuliers et familles à faible revenu.

- L'Allemagne et la Suisse ont recours à ce modèle. Les employés allemands dont le revenu est inférieur à un seuil doivent choisir l'option de l'assurance gouvernementale.

Certains pays ont recours à une combinaison de modèles. Ils sont nombreux à utiliser un modèle de financement gouvernemental des services pour les familles à faible revenu directement ou en subventionnant les primes auprès d'un assureur de leur choix.

En outre, l'assurance privée (P) et les frais payés par les patients constituent d'autres sources de fonds.

Les États-Unis ont utilisé le modèle P pour leur population principale, mais passent maintenant à un modèle O.

Dans le présent rapport, chaque pays s'est vu attribuer un type de financement fondé sur le modèle de financement utilisé pour les soins hospitaliers et les services médicaux de base visant leur population principale—excluant les aînés, les handicapés ou les personnes à faible revenu (voir le tableau ci-dessous). Cette attribution permet d'analyser selon le type de financement pour déterminer les avantages de chacun.

Modèle de financement selon le pays			
G	N	O	P
Canada	Autriche	Allemagne	États-Unis
R.-U.	Belgique	Pays-Bas	
Irlande	France	Suisse	
Australie			
Nouvelle-Zélande		Japon	
Danemark			
Norvège			
Finlande			
Suède			
Italie			
Portugal			
Espagne			

Le tableau ci-dessus a été organisé pour tenir compte du fait que les pays voisins ou ceux dont les gouvernements ont déjà été ou sont actuellement affiliés ont eu tendance à adopter des modèles semblables de financement de leurs soins de santé.

Utilisation des fonds

La prestation des services de soins de santé publics est habituellement assurée par divers fournisseurs des secteurs public et privé. Certains hôpitaux et certaines cliniques peuvent être des entreprises publiques alors que les médecins sont, pour la plupart, privés. Ainsi, les modèles de paiement doivent tenir compte d'une grande variété de fournisseurs et des services qu'ils offrent. Ces modèles peuvent être soit *rétrospectifs* (d'après les services déjà fournis) soit *prospectifs* (d'après les services dont on prévoit avoir besoin pour un segment défini de la population ou pour un seul patient).

Voici des exemples de modèles de paiement pour les fournisseurs des soins de santé publics :

- Activité—p. ex., financement fondé sur les activités—essentiellement le paiement à l'acte fondé sur un barème de frais maximaux négociés pour toute activité;
- Diagnostic—avec des frais déterminés à l'avance selon les groupes liés au diagnostic (GLD)—utilisé surtout dans les hôpitaux pour les problèmes aigus;
- Budgets annuels—courants pour les hôpitaux. Habituellement ajustés selon le type de services rendus (p. ex., hôpital d'enseignement, à savoir s'il y a des installations pour soins cardiaques) et la population et les circonstances géographiques de la région;
- Capitation—les fournisseurs reçoivent un frais mensuel par membre de la population qu'ils desservent, habituellement sous réserve d'un certain ajustement pour risques et d'une assurance pour les patients exigeant un traitement médical significatif.

On trouvera à l'Annexe C une brève description des systèmes de soins de santé publics de sept pays de l'OCDE et des renvois aux modèles de paiement ci-dessus.

Les transferts de l'administration fédérale aux gouvernements des états, des régions et des municipalités et(ou) aux autorités de la santé peuvent être ajustés en fonction des risques selon le profil démographique et les endroits où on s'attend qu'ils fourniront des services de soins de santé.

Pour gérer l'accès et contrôler les coûts des systèmes publics de soins de santé, diverses approches de limitation des coûts ont été conçues, par exemple, marchés internes, pratiques de référencement du médecin, mesures incitatives, politiques ou systèmes de rationnement. Voici un exemple de l'approche de référencement du médecin : on ne peut accéder à un spécialiste qu'après avoir officiellement été référé par son médecin de famille qui agit à titre de fournisseur de soins de premier niveau.

Coûts des soins de santé

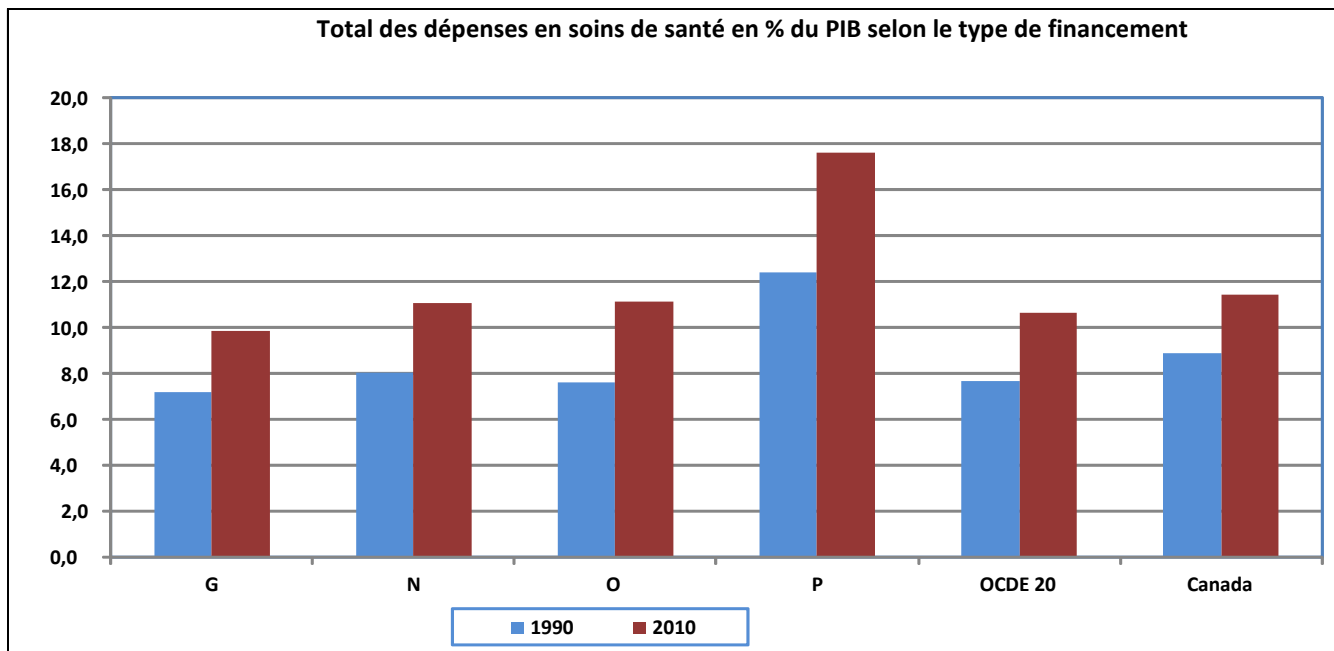
Le tableau suivant indique la provenance des fonds à l'égard du total des coûts des soins de santé de 2010, selon les principaux types de financement. En moyenne, l'approche la moins onéreuse en pourcentage du PIB est le modèle de financement G (9,8 %). Le Canada utilise le modèle de financement G.

Provenance moyenne des fonds selon le principal type de financement (%)						
Principal type	Pays	% du PIB	Gouv.	N + O	Privée	FPP
G	12	9,8	73,0	3,5	6,8	16,7
N	3	11,0	17,2	59,5	9,3	14,0
O	4	11,1	11,2	63,2	7,9	15,8
P	1	17,6	13,4	39,7	35,1	11,8
Tous	20	10,7	49,3	25,7	8,8	15,9
Canada		11,4	69,2	1,3	14,9	14,7

Voici les codes de financement : gouvernement (G), national (N), obligatoire (O) et assurance privée (P).

Aux États-Unis, 35,1 % des dépenses au titre des soins de santé sont financées selon le modèle P, mais les modèles G, N et O comptent tout de même pour 53,1 % des coûts des soins de santé, principalement pour les aînés, les personnes handicapés et les personnes à faible revenu. Les frais payés par les patients comptent pour le reste, soit 11,8 %. Les États-Unis passent actuellement à un modèle de financement O suite à l'adoption de l'Affordable Care Act.

Les coûts des soins de santé ont considérablement augmenté au cours des 20 dernières années. Dans le tableau suivant, le total des coûts des soins de santé de 1990 est comparé à celui de 2010 (y compris l'assurance privée et les frais payés par les patients). Pendant cette période de 20 ans, les coûts moyens, pour les 20 pays membres de l'OCDE, sont passés de 7,6 % à 10,7 % du PIB.



Voici les coûts des soins de santé en pourcentage du PIB dans certains des 20 pays membres de l'OCDE :

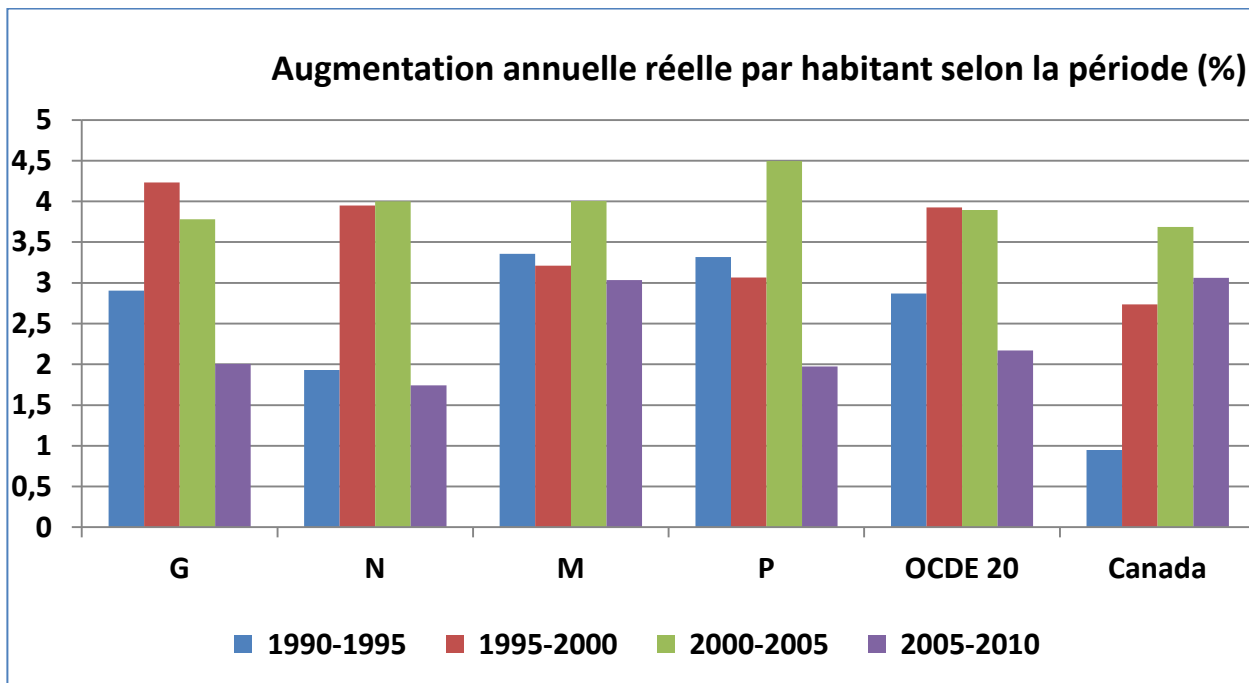
- C'est en Irlande que ce pourcentage est le moins élevé, soit 6,0 % en 1990 et 8,9 % en 2010.
- C'est aux États-Unis qu'il est le plus élevé, soit 12,4 % en 1990 et 17,6 % en 2010.
- Au Canada, il est passé de 8,9 % en 1990 à 11,4 % en 2010.

Dans tous les pays, les coûts des soins de santé accaparent une part de plus en plus importante du PIB. Pendant de nombreuses années, ces coûts ont augmenté davantage que le PIB—tant sur une base globale que sur une base par habitant.

Pour analyser les sources de cette augmentation, il convient de se pencher sur la hausse par habitant après avoir d'abord retiré la composante de l'inflation des prix selon le pays. À cette fin, on a calculé le PIB par habitant et les coûts des soins de santé libellés dans la devise de chaque pays, en valeurs constantes de 2005, à l'aide des données de l'OCDE pour la période 1990-2010 que voici :

- le PIB par habitant redressé d'après la valeur de la devise de chaque pays en 2005;
- le total des coûts des soins de santé redressé d'après la valeur de la devise de chaque pays en 2005;
- les données sur la population totale pour les années de 1990 à 2010 selon le pays de l'OCDE.

Les résultats par habitant sont présentés dans le tableau ci-dessous.



Dans les 20 pays membres de l'OCDE, il semble qu'en moyenne, la hausse réelle des coûts des soins de santé par habitant ralentit, passant de 3,9 % par année pendant la période 1995-2005 à tout juste 2,2 % entre 2005 et 2010. Ce ralentissement est-il causé par les récents événements économiques de 2008 à 2010? Est-il temporaire ou permanent? L'économie du Canada n'a pas été touchée aussi durement que celle de certains autres pays et les coûts des soins au Canada ont tout de même augmenté à un rythme de 3,1 % entre 2005 et 2010, mais il semble que depuis 2010, ce rythme diminue également.

Dans les 20 pays membres de l'OCDE, la croissance annuelle réelle des coûts des soins de santé par habitant entre 1990 et 2010 a fluctué entre 1,6 % en Italie et 5,6 % en Irlande.

Effet du vieillissement sur les coûts des soins de santé

Le vieillissement fait grimper les coûts des soins de santé et la situation ne changera pas. À l'aide des données démographiques selon l'année, le pays et les groupes d'âge 0-14, 15-64, 65-74 et 75 ans et plus, on peut mesurer approximativement cet effet en appliquant simplement les coûts respectifs des soins de santé par habitant de chaque groupe d'âge. À cette fin, les coûts provinciaux des soins de santé par habitant de l'ICIS pour le Canada en 2010 ont été utilisés pour produire les facteurs des coûts respectifs de chaque groupe d'âge. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Groupe d'âge	Coûts par habitant	Facteur
0-14	1 888	0,51
15-64	2 479	0,67
65-74	8 541	2,32
75+	20 113	5,46
Tous	3 682	1,00

Dans les 20 pays membres de l'OCDE, le taux moyen d'augmentation réelle des coûts des soins par habitant a été de 3,2 % par année, entre 1990 et 2010, comparativement à une hausse réelle du revenu

par habitant d'à peine 1,4 %. Il s'agit d'un écart de 1,8 % entre l'augmentation annuelle réelle des coûts des soins de santé et la croissance du revenu par habitant. Le vieillissement a contribué à hauteur de 0,5 % par année à ces hausses, en moyenne, d'où une hausse résiduelle des coûts par habitant de 1,3 % par année.

Au Canada, les coûts réels des soins de santé par habitant ont augmenté de 2,6 % et le revenu, d'à peine 1,3 % par année. La hausse annuelle attribuable au vieillissement au Canada représentait également 0,5 %, d'où une augmentation réelle résiduelle des coûts des soins par habitant de 0,8 %.

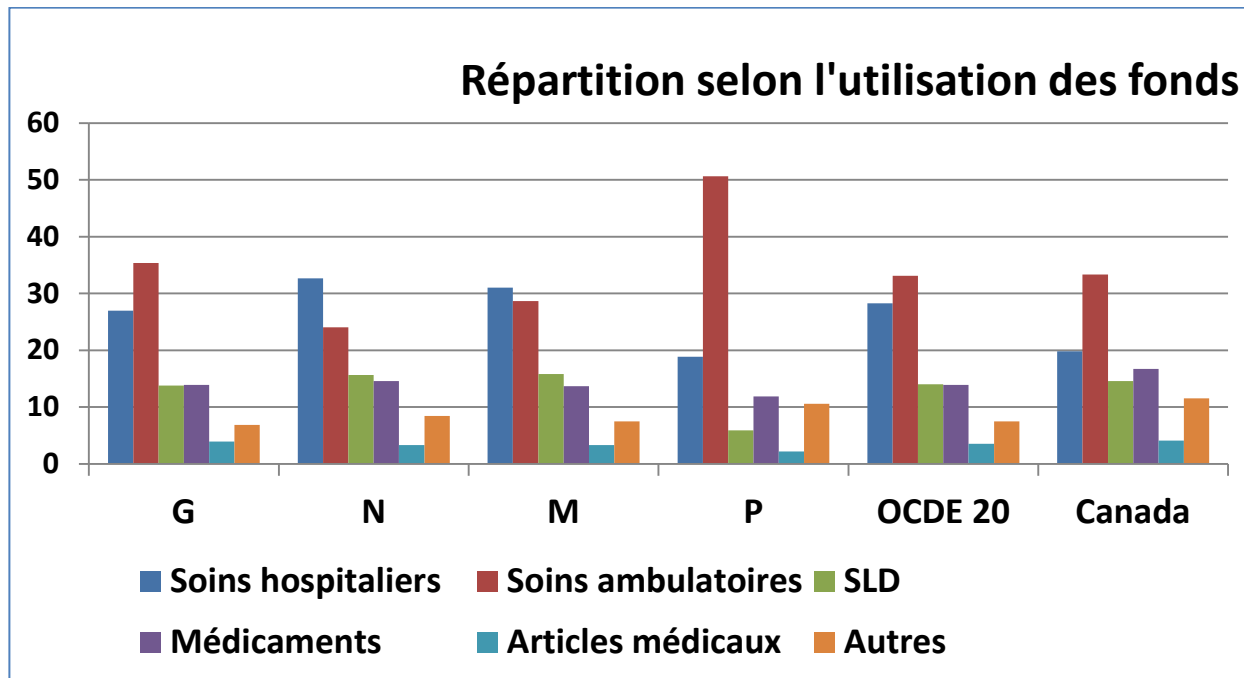
Identifier les facteurs d'augmentation annuelle des coûts des soins de santé non liés au vieillissement

Il serait intéressant de déterminer les facteurs d'augmentation annuelle réelle des coûts des soins de santé autres que le vieillissement. Toutefois, une telle analyse ne s'inscrit pas dans la portée du présent rapport. Voici certaines des raisons qui pourraient l'expliquer :

- nouvelles technologies—effet net des nouvelles pratiques et procédures médicales et nouveaux médicaments;
- prévalence des maladies chroniques—et leurs causes;
- attentes sociales en évolution pour ce qui est de définir les soins de santé médicalement requis;
- offre et demande accrues au titre des soins de santé.

Utilisation des fonds affectés aux soins de santé

La façon dont les fonds affectés aux soins de santé sont utilisés varie d'un pays à l'autre et en fonction des normes de pratique médicale qui y sont en vigueur. La répartition en pourcentage pour 2010 est illustrée dans le graphique ci-dessous.



Les soins ambulatoires comprennent tous les services de médecin et les services hospitaliers réguliers exécutés en consultation externe. Dans le type de financement P (États-Unis), 50,6 % des fonds sont utilisés pour les soins ambulatoires. Ce chiffre peut être trompeur quand on le compare à ceux d'autres pays, puisque la plupart des médecins américains sont indépendants et facturent séparément de l'hôpital, même si les procédures sont exécutées à l'hôpital.

Ressources en soins de santé

Ressources en soins de santé disponibles

La façon dont les fonds affectés aux soins de santé sont utilisés varie d'un pays à l'autre et en fonction des normes de pratique médicale qui y sont en vigueur. Les principales ressources en soins de santé par mille personnes ou par million de personnes pour 2010 sont présentées dans le graphique ci-dessous.

Ressources en soins de santé par 1 000						IRM et TO par 1 000 000	
Type de financement	Médecins	Infirmières	M +Inf.*	Lits d'hôpitaux	Lits de soins aigus	IRM	Scanographes
G	3,3	10,0	8,3	3,4	2,4	11,9	21,9
N	3,7	10,4	8,9	6,8	4,4	12,1	18,3
O	3,2	11,5	8,9	7,9	5,0	20,9	40,0
P	2,4	11,0	7,9	3,1	2,6	31,6	40,7
OCDE 20	3,3	10,4	8,5	4,8	3,2	15,0	15,0
Canada	2,4	9,3	7,1	3,2	1,7	8,2	14,2

M+Inf.* - Mesure combinée de médecins + 50 % infirmières

Une nouvelle mesure (M+Inf.) créée dans le présent rapport correspond simplement à une combinaison des médecins et de 50 % des infirmières, puisque les normes de pratique concernant les tâches des infirmières ne sont pas les mêmes dans tous les pays. Récemment, des infirmières assument des responsabilités dont s'acquittaient auparavant les médecins.

La mesure **M+Inf.** varie de 6,3 par 1 000 habitants en Espagne à 11,8 en Suisse.

Les lits de soins aigus oscillent entre 1,7 par 1 000 habitants au Canada et 8,1 au Japon.

Les unités d'IRM varient entre 5,9 par 1 000 000 d'habitants au Royaume-Uni et 43,1 au Japon.

Les unités de scanographie varient entre 8,2 par 1 000 000 d'habitants au Royaume-Uni et 97,3 au Japon.

Utilisation des soins de santé

L'utilisation des soins de santé, en 2010, varie considérablement selon le pays (se reporter aux tableaux ci-dessous). Il est évident que chaque pays utilise différemment ses ressources en soins de santé en accord avec ses normes de pratique médicale, les besoins de sa population et les attentes.

Utilisation annuelle des soins de santé par 1 000 habitants				
Type de financement	Consultation médicale	Jours d'hospitalisation	Examens d'IRM	Scanographies
G	4 942	943	34	83
N	7 100	1 378	54	157
O	8 150	1 701	72	92
P	3 900	642	98	265
OCDE 20	5 855	1 138	49	115
Canada	5 500	636	47	127

Utilisation annuelle des soins de santé par 1 000 habitants				
Type de financement	Hospitalisations BCPO*	Angioplastie coronarienne	Remplacement du genou	Remplacement de la hanche
G	2,1	1,5	1,2	1,6
N	2,1	2,8	1,6	2,3
O	1,5	2,9	1,8	2,7
P	2,3	3,8	2,1	1,8
OCDE 20	2,0	2,0	1,4	1,9
Canada	1,8	1,0	1,4	1,2

BCPO* - Bronchopneumopathie chronique obstructive

Mesures des soins de santé

Au cours des 10 dernières années, une grande part des ouvrages sur les soins de santé de l'OCDE a porté sur les mesures des résultats des soins de santé et des gains d'efficacité qu'ils génèrent. Les mesures des soins de santé utilisées sont nombreuses. À un niveau élevé, les mesures de mortalité indiquées ci-après sont souvent mentionnées. À un niveau plus détaillé, les résultats réels de diverses admissions à l'hôpital peuvent être utilisés; toutefois, il n'est pas toujours aisé de comparer les pays, car chaque pays a ses propres normes de pratique médicale, comme en fait foi la variation dans les ressources en soins de santé et l'utilisation des soins de santé à la section précédente.

Espérance de vie

Entre 1990 et 2010, les mesures de mortalité se sont considérablement améliorées :

- L'espérance de vie à la naissance continue de progresser.

2010 – Espérance de vie à la naissance avec augmentation depuis 1990				
Principal type	Femmes	F +	Hommes	H +
G	83,3	4,1	78,5	5,6
N	83,7	3,9	77,8	5,2
O	84,3	3,9	79,2	5,3
P	81,1	2,3	76,2	4,4
Tous	83,5	3,9	78,4	5,4
Canada	83,1	2,3	78,5	4,1

- La mortalité infantile a reculé de plus de 50 %, en moyenne, au cours des 20 dernières années.

Mortalité infantile annuelle / 1 000			
Principal type	1990	2010	Réduction
G	7,7	3,5	54 %
N	7,7	3,7	52 %
O	6,4	3,3	48 %
P	9,2	6,1	34 %
Tous	7,5	3,6	51 %
Canada	6,8	5,1	25 %

Espérance de vie en 2010 à 65 ans avec augmentation depuis 1970 et 1990						
Type de financement	F65	Depuis 1970	Depuis 1990	H65	Depuis 1970	Depuis 1990
G	21,3	5,3	2,9	17,9	5,1	3,5
N	21,8	6,1	2,9	17,9	5,7	3,2
O	22,1	6,5	3,1	18,3	5,6	3,4
P	20,3	3,3	1,4	17,7	4,6	2,6
OCDE 20	21,5	5,6	2,8	18,0	5,3	3,4
Canada	21,5	4,2	1,6	18,3	4,6	2,6

L'espérance de vie à 65 ans a considérablement augmenté. Dans les 20 pays membres de l'OCDE, entre 1970 et 2010, l'espérance de vie a augmenté comme suit :

- de 41,7 % chez les hommes, passant de 12,7 à 18,0 ans;
- de 35,2 % chez les femmes, passant de 15,9 à 21,5 ans.

Au Canada, l'espérance de vie actuelle à 65 ans se rapproche de la moyenne des 20 pays membres de l'OCDE.

C'est en Suisse que l'espérance de vie à 65 ans chez les hommes est la plus élevée à 19,0 ans et chez les femmes, c'est au Japon à 23,9 ans.

Années potentielles de vie perdues (APVP)

La mesure APVP correspond aux années potentielles de vie perdues avant l'âge de 70 ans. Elle permet d'estimer le nombre moyen d'années supplémentaires qu'une personne aurait vécues si elle n'était pas décédée de façon prématurée avant 70 ans. Pour certains, la mortalité avant l'âge de 70 ans est une mortalité presque évitable et c'est donc une bonne mesure de l'accès au système de soins de santé d'un pays et de la qualité des soins.

Fait intéressant à souligner, d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS)*, l'espérance de vie moyenne de l'ensemble de la population mondiale en 2011 est maintenant de 70 ans.

La mesure APVP se calcule en pondérant les décès, conformément aux taux de mortalité actuels du pays, à chaque âge par (70 ans au décès). Elle est exprimée par 100 000 habitants et est normalisée selon l'âge conformément à la population de référence.

La pondération des APVP (70 ans au décès) donne des facteurs de pondération plus élevés aux décès qui surviennent à un âge plus jeune. Un décès à un an a un facteur de pondération de 69 alors qu'un décès à 65 ans, d'à peine 5.

Le tableau ci-dessous montre les APVP de 1990 et de 2010 pour toutes les causes de décès. Se reporter à la page suivante pour une répartition selon certaines des principales maladies.

APVP annuelles / 100 000			
Principal type	1990	2010	Réduction
G	5 142	3 103	40 %
N	5 253	3 447	34 %
O	4 507	2 808	38 %
P	6 382	4 870	24 %
Tous	5 093	3 184	37 %
Canada	4 817	3 217	33 %

De toute évidence, l'amélioration des APVP, au cours des 20 dernières années, a été influencée par une diminution de la mortalité infantile et de la mortalité aux âges plus jeunes.

*http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/index.html

APVP/100 000 selon la cause					
Type de financement	Cancer	Circulatoire	Respiratoire	Endocrinien (Diabète)	Digestif (Foie)
G	901	453	106	84	157
N	1 036	472	101	97	183
O	888	427	89	63	127
P	966	860	197	177	219
OCDE 20	922	471	107	86	158
Canada	876	433	122	102	119

Les APVP liées au cancer sont la plus importante cause de décès avant 70 ans dans tous les pays.

Modifications futures aux APVP

Tandis que les tableaux précédents portent tous sur les APVP avant 70 ans, certains pays, aux fins de leurs rapports internes, définissent déjà les APVP comme étant avant 75 ans afin de refléter leur espérance de vie aujourd'hui plus longue. Au Canada, l'ICIS utilise les APVP avant l'âge de 75 ans dans ses rapports internes comparant les résultats régionaux et provinciaux.

Certains pays classent aussi les causes de décès de la manière suivante :

- (a) évitable grâce à des mesures de prévention précoces;
- (b) évitable grâce à des traitements adéquats en temps opportun;
- (c) inévitable.

Au Canada, l'ICIS utilise ces mesures, la catégorie étant attribuée selon la cause du décès. Même si l'OCDE élabore actuellement cette mesure, il n'y a pas, pour l'instant, de listes normatives utilisées par tous les pays de l'OCDE.

Ces listes normatives évoluent au fil du temps. Par exemple, celle sur les décès inévitables a beaucoup changé; il y a quelques années, de nombreux problèmes cardiovasculaires menaient à une mort certaine et aujourd'hui, ils peuvent être traités (p. ex., valves cardiaques et artères bloquées dans le cœur). En outre, les normes de pratique médicale et la disponibilité des soins de santé varient d'un pays à l'autre.

Les APVP ne visent que la mortalité prématurée. Une autre mesure souvent mentionnée comprend les années de maladie ou d'invalidité précédente. Ainsi, la mortalité prématurée et l'invalidité sont combinées dans une mesure nommée années de vie ajustées en fonction de l'invalidité (AVAI). Les facteurs de pondération à appliquer à chaque âge ont fait l'objet de nombre de discussions—doit-on les déterminer dans l'optique de la valeur économique ou de la valeur sociale? Par exemple, la valeur la plus élevée d'un ensemble de facteurs de pondération, sous l'angle de pertes économiques éventuelles, est à 25 ans et la plus faible, avant 10 ans et après 55 ans.

Autres mesures des soins de santé

Chaque pays a mis au point certaines mesures des soins de santé pour leur permettre de classer les régions/comtés les uns par rapport aux autres. Un système de classement du genre est en cours d'élaboration au Population Health Institute à l'University of Wisconsin. Il s'agit encore d'un document de travail, mais il est déjà utilisé comme guide par certains États américains et certaines provinces canadiennes. Voici le lien au document.

<http://www.countyhealthrankings.org/sites/default/files/differentPerspectivesForAssigningWeightsToDeterminantsOfHealth.pdf>

Les données sont classées en résultats sur la santé et en facteurs de santé qui influent sur ces résultats :

- les mesures des *résultats sur la santé* comprennent l'invalidité et le décès prématurés ainsi que l'état de santé actuel;
- les *facteurs de santé* comprennent les comportements influant sur la santé, la qualité des soins de santé, les facteurs socioéconomiques et le milieu physique.

Les classements peuvent être générés selon les enquêtes annuelles ou semestrielles sur la santé de la population de même que d'autres données cliniques. Divers classements sont utilisés et l'un d'eux appliqué à quelques endroits comporte les facteurs suivants :

Résultats sur la santé :

- 50 % pour chaque décès prématuré;
- 50 % pour l'état de santé actuel (p. ex., degré de bien-être et maladie chronique).

Facteur de santé :

- 40 % pour les comportements influant sur la santé (p. ex., consommation d'alcool, usage du tabac et obésité);
- 10 % pour les soins de santé (p. ex., accès aux soins de santé et médecin de famille?);
- 40 % pour les facteurs socioéconomiques (p. ex., au travail ou en chômage, niveau de scolarisation et niveau du revenu);
- 10 % pour le milieu physique (p. ex., pollution de l'air).

On a attribué à chacun des facteurs de santé des facteurs de pondération selon leur contribution relative aux coûts des soins de santé et aux résultats sur la santé; ces facteurs sont le fruit de plusieurs études. Les facteurs de pondération des résultats sur la santé ont été établis de façon à accorder autant d'importance à la durée de vie qu'à la qualité de vie. Les tableaux détaillés des résultats de chaque comté peuvent comporter au moins 50 entrées. Une comparaison du tableau aux précédents et à ceux d'autres comtés avoisinants peut permettre d'identifier des possibilités et des aspects méritant qu'on s'y attarde.

On estime souvent qu'il est difficile de communiquer ces classements aux politiciens et au grand public, car ils renferment trop d'éléments connexes. De plus, on ne tente pas d'attribuer aux cotes des coûts fiscaux ou économiques. Par exemple, l'obésité pourrait être liée à des facteurs socioéconomiques, mais

quels sont, en termes simples, les coûts réels et les possibilités de prévention dans une perspective sociale et monétaire?

Enquêtes sur les soins de santé

Outre les mesures réelles des soins de santé (c.-à-d., mortalité et invalidité), chaque pays utilise les enquêtes auprès des professionnels de la santé et de la population pour évaluer l'efficacité et la réactivité de son système de soins de santé. Ces enquêtes peuvent être utiles pour identifier les forces et les faiblesses dans la prestation des soins de santé selon la région dans un pays en particulier.

Le présent rapport contient les résultats d'une enquête sur la population de pays compilés par l'OCDE. L'enquête ne visait qu'à déterminer si les personnes se sentent en santé. L'Annexe A (Pourcentage de la population qui se sent en santé) présente les résultats réels selon l'âge et le niveau de revenu. Il est intéressant de constater que si moins de Japonais s'estiment en santé, c'est dans ce pays que la mesure de mortalité est la meilleure. Seulement 30 % des Japonais se sentent en santé contre 88 % au Canada. Chaque pays semble donc avoir sa propre définition de la notion en santé selon son historique et ses attentes en matière de soins de santé et les enquêtes multipays peuvent facilement être biaisées et trompeuses.

Rapports de l'Organisation mondiale de la santé

On a tenté d'utiliser ces enquêtes pour comparer les systèmes de soins de santé d'un pays à l'autre. L'OMS a publié les résultats de plusieurs enquêtes du genre, ce qui peut s'avérer utile pour identifier les principales forces et faiblesses du système de soins de santé de chaque pays. En 2000, l'OMS a publié un rapport comparant 191 pays, y compris des pays en voie de développement, et leur a attribué un rang. Le classement était fondé sur la rétroaction des analystes des politiques et des professionnels de la santé œuvrant dans le domaine public, dont le personnel de l'OMS, de 125 pays. Les professionnels avaient accès aux données sur les soins de santé de la fin des années 1990 selon le pays. Elle a classé cinq domaines comme suit :

- 50 % — Niveau de la santé mesuré par l'espérance de vie ajustée pour l'invalidité (EVAI) telle que disponible
 - 25 % pour l'EVAI et 25 % pour sa répartition ou égalité
- 25 % — Réactivité du système de soins de santé
 - 12,5 % dans l'ensemble et 12,5 % pour sa répartition ou égalité
- 25 % — Équité de la contribution financière.

L'équité, la répartition et l'égalité ont été jugées selon le niveau de revenu—pour 50 % de la note.

Les 10 meilleurs pays étaient la France, l'Italie, San Marino, Malte, Singapour, l'Espagne, Oman, l'Autriche et le Japon. Le Canada se classait au 30^e rang et les États-Unis, au 38^e rang. Étonnamment, la Suisse était au 20^e rang et la Suède, au 23^e rang; compte tenu de leurs bonnes mesures de la mortalité, aurait-on pu s'attendre à ce que ces pays soient classés à un niveau supérieur?

Même si le rapport de l’OMS a fait l’objet de nombre de discussions, la note se fonde, dans une proportion de 75 %, sur les enquêtes et la rétroaction, qui peuvent souvent être biaisées d’après les antécédents et l’expérience des répondants. Même la mesure de l’EVAI, quand elle est disponible, peut varier d’un pays à l’autre puisqu’elle est fonction de la définition de l’invalidité propre au pays, qui peut varier dans une certaine mesure.

Le rapport de l’OMS doit être considéré comme une première tentative de classer les systèmes de soins de santé des pays. Il constitue un cadre utile pour poursuivre les travaux. Cependant, il applique la même méthode de classement pour trop de pays et des pays trop diversifiés (de la France au Sierra Leone). Le regroupement selon le niveau de revenu aurait permis de tenir compte d’autres mesures des soins de santé pour des pays dont le revenu des habitants est plus élevé et où des mesures des soins de santé plus fiables sont habituellement disponibles. Les actuaires pourraient saisir l’occasion de mettre au point d’autres mesures des soins de santé surtout à des fins de comparaisons internationales.

Indice du mode de vie

Le présent rapport propose un indice du mode de vie qui correspond à une combinaison pondérée des niveaux de l'obésité, de l'usage du tabac et de la consommation d'alcool des habitants d'un pays. L'usage du tabac et la consommation d'alcool ont diminué, mais l'obésité est en hausse.

Des taux de prévalence élevés de l'usage du tabac, de la consommation d'alcool et de l'obésité sont tous d'importants signes précurseurs d'une augmentation des coûts actuels et futurs des soins de santé. Pour créer cet indice simple, il suffit de combiner les trois mesures du mode de vie à l'aide des données de l'OCDE. Dans le tableau qui suit, :

- la **consommation d'alcool** se définit comme le nombre moyen de litres consommés par année par personne de plus de 15 ans;
- l'**usage du tabac** correspond au pourcentage de la population de plus de 15 ans qui fume tous les jours;
- l'**obésité** représente le pourcentage de l'obésité déclarée par les individus dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 30. Les personnes qui se déclarent elles-mêmes obèses ont tendance à sous-estimer, jusqu'à concurrence de 25 %, l'IMC réel selon les données cliniques. On peut toutefois s'attendre à ce que cette sous-estimation soit semblable dans tous les pays et ainsi, la mesure demeure utile.

D'après un rapport paru dans *Health Affairs* en 2002*, on peut s'attendre à ce qu'une personne obèse encoure des coûts de soins de santé supérieurs jusqu'à concurrence de 30 % pendant la durée de sa vie, un fumeur jusqu'à concurrence de 20 % et une personne qui consomme plus d'alcool que le niveau défini, jusqu'à concurrence de 10 %. Ces chiffres sont très approximatifs, puisque d'autres facteurs comme les niveaux actuels des maladies chroniques, l'âge, la situation socioéconomique ainsi que les normes de pratique médicale en vigueur dans le pays ou la région interviennent de façon appréciable.

La définition de la consommation d'alcool varie. Par exemple, l'OCDE utilise celle du nombre de litres par année chez les plus de 15 ans. Au Canada, l'ICIS déclare en fonction du pourcentage des habitants de plus de 15 ans qui consomment au moins cinq boissons alcoolisées au moins une fois par mois. Dans le rapport de *Health Affairs*, la consommation d'alcool correspond au pourcentage des habitants qui ont un problème d'alcool au sens de l'Alcohol Use Disorders Identification Test** de l'OMS.

Les coûts supplémentaires futurs des soins de santé seront aussi fonction de bien d'autres facteurs. Par exemple :

- Dans un pays où il y a moins de soins de santé, une personne obèse risque d'avoir une espérance de vie plus courte et donc n'encourir que 10 % de frais supplémentaires.
- Des excès de consommation d'alcool et d'usage du tabac et l'obésité entraîneront habituellement des maladies chroniques. Ainsi, dans les pays qui sont efficaces à traiter les maladies chroniques, les coûts peuvent être moins élevés.

L'indice du mode de vie est défini de la façon suivante :

$$(\text{UN}) \times \text{Alcool} + (\text{DEUX}) \times \text{Usage du tabac} + (\text{TROIS}) \times \text{Obésité}$$

Chaque facteur représente l'*augmentation relative* approximative des coûts des soins de santé pour cette mesure du mode de vie dans les pays offrant beaucoup de soins de santé pour les maladies chroniques; la plupart des 20 pays de l'OCDE font partie de cette catégorie. Les coûts supplémentaires réels représentent environ 10 % de la valeur de l'indice. On a choisi les facteurs 1, 2 et 3 pour produire un indice simple témoignant des coûts supplémentaires des soins de santé dans les pays à forte prévalence de pratique des soins de santé.

*<http://content.healthaffairs.org/content/21/2/245.full>

**http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf

Indice du mode de vie				
Type de financement	Alcool	Tabac	Obésité	Indice du mode de vie
G	9,5	20,0	15,7	96,6
N	11,7	22,3	13,0	95,4
O	9,6	20,7	9,3	78,9
P	8,7	15,1	28,1	123,2
OCDE 20	9,8	20,2	14,6	94,2
Canada	8,2	16,3	17,5	93,3

L'indice varie entre 55,3 (Japon) et 123,2 (États-Unis). Au Canada, il se situe à 93,3. Les valeurs indiquent la variation attendue des coûts actuels et futurs ainsi que des futurs troubles de santé chronique comme le diabète. Les coûts des soins de santé en soi varieront d'environ 10 % de l'écart au titre de la valeur de l'indice. Ainsi, les États-Unis peuvent s'attendre à des coûts des soins de santé supérieurs de 10 % (123,2 – 55,3) ou 6,8 % à ceux du Japon—uniquement en raison des différences dans le mode de vie.

C'est au Japon que l'indice du mode de vie est le moins élevé (55,3).

- Taux de mortalité infantile le plus bas (2,3 par 1 000) et espérance de vie des femmes la plus élevée (86,4 années).

L'indice du mode de vie de la Suède est de 74,0.

- Mesure APVP la moins élevée (2 487).

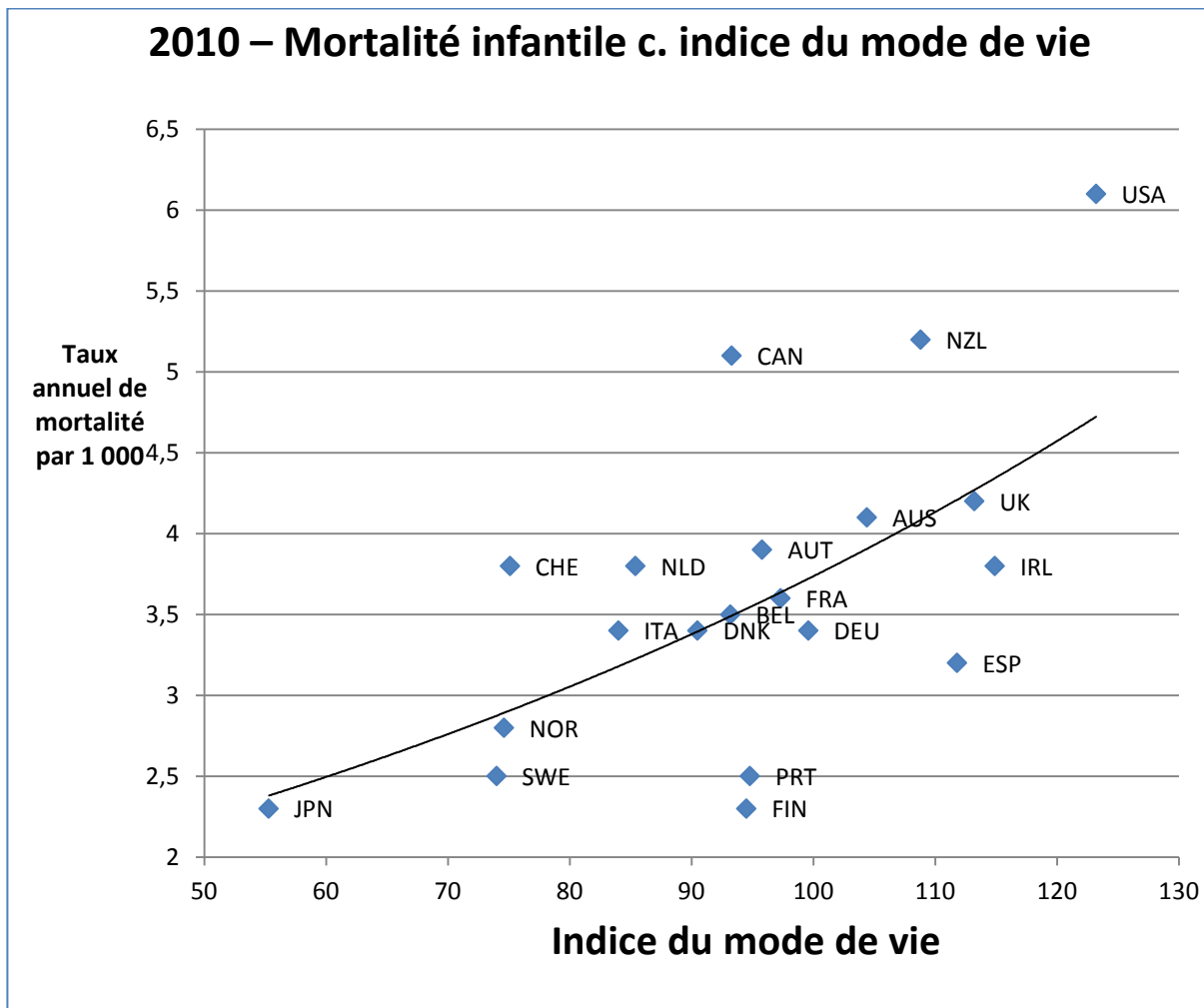
En Suisse, l'indice du mode de vie se situe à 75,1.

- Espérance de vie des hommes la plus élevée (80,3 années).

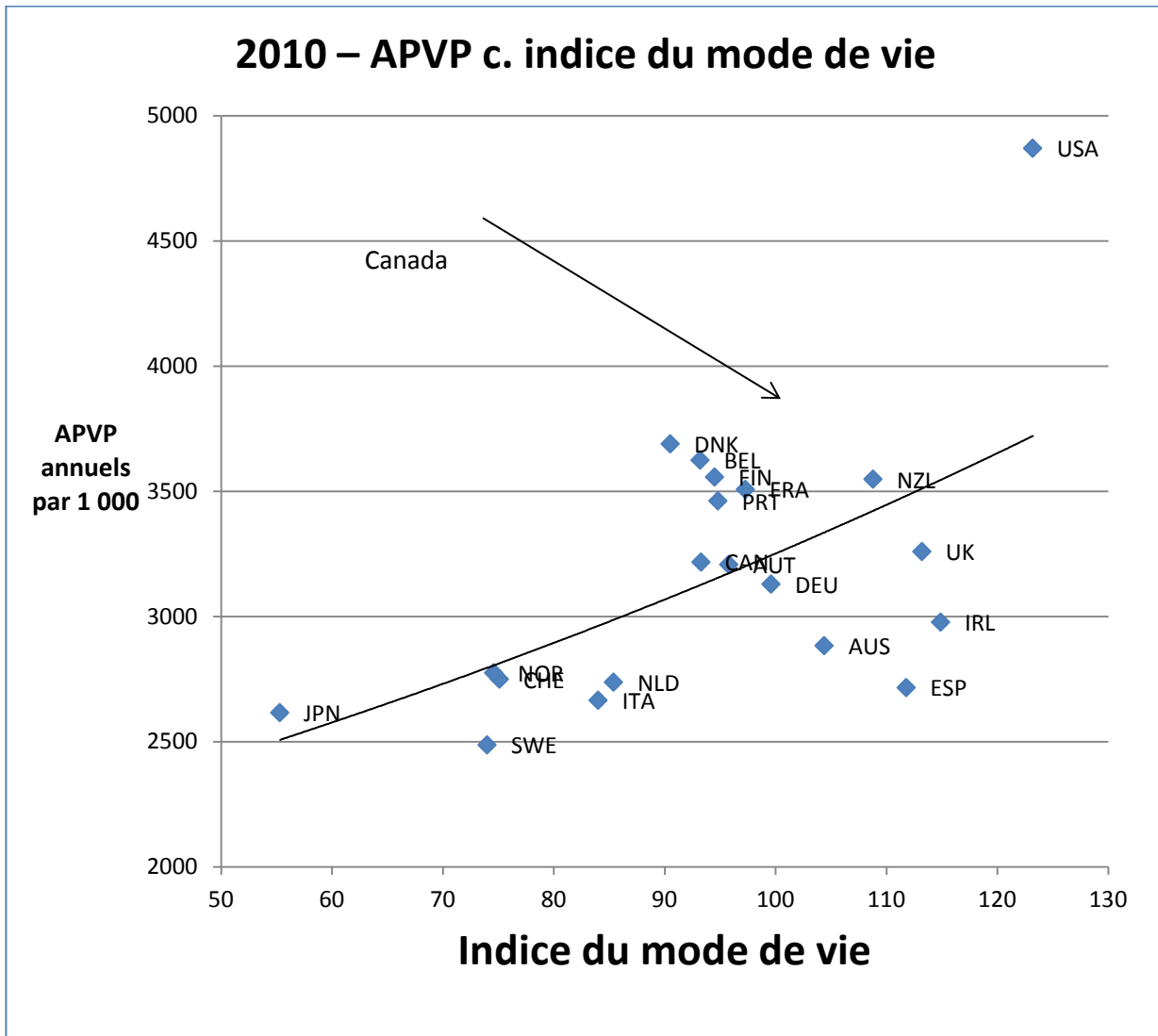
L'indice du mode de vie au Canada est de 93,3.

- Espérance de vie des femmes de 83,1 années.
- Espérance de vie des hommes de 78,5 années.
- Taux de mortalité infantile de 5,1.
- Mesure APVP de 3 217.

L'indice du mode de vie est fortement corrélé avec la mortalité infantile et la mesure APVP. Se reporter aux graphiques ci-dessous.



Corrélation : Mortalité infantile contre indice du mode de vie = 0,62.



Corrélation : APVP pour toutes les causes contre indice du mode de vie = 0,58.

Se reporter à l'Annexe A pour les codes d'abréviation des pays.

Un indice du mode de vie peu élevé est donc un signe précurseur raisonnable de mesures favorables de mortalité infantile et d'APVP.

À l'avenir, il faudrait que les études s'appuyant sur des indices du mode de vie selon le groupe d'âge et la classe socioéconomique comportent certaines mesures de la prévalence des maladies chroniques. Une telle combinaison de renseignements permet alors de mettre au point plusieurs autres mesures, notamment de déterminer les valeurs économiques des populations en santé.

En pratique, pour un pays ou une région en particulier, d'autres analyses sont nécessaires pour produire un indice permettant de prévoir les hausses réelles des coûts des soins de santé pour chaque mesure du mode de vie ou pour les changements éventuels attribuables aux programmes de prévention visant à améliorer les indices du mode de vie.

Outre les coûts directs des soins de santé, il y a beaucoup de coûts indirects associés aux maladies causées par des modes de vie malsains, par exemple, productivité insuffisante et coûts des couvertures d'invalidité.

Corrélations liées à l'utilisation et aux résultats des soins de santé

Déterminer les *corrélations* entre deux mesures constitue un outil utile pour étudier les tendances à la hausse ou à la baisse d'une mesure par rapport à l'autre. Se reporter à l'Annexe B pour plus de détails sur les corrélations.

Voici des exemples des corrélations de l'indice du mode de vie par rapport à une autre mesure pour les 20 pays membres de l'OCDE :

Mortalité infantile	0,62
APVP, toutes les causes	0,58
APVP, Système circulatoire	0,55
APVP, système respiratoire	0,61
Espérance de vie des femmes	-0,50
Espérance de vie des hommes	-0,44

La corrélation négative pour l'espérance de vie signifie simplement que l'espérance de vie plus élevée a tendance à aller de pair avec un faible indice du mode de vie.

Voici des exemples des facteurs de corrélation des *coûts des soins de santé en pourcentage du PIB* par rapport à d'autres mesures :

Pourcentage des coûts des soins de santé couverts par l'assurance privée	0,80
Coûts des soins de santé par habitant PPA \$*	0,84
Examens d'IRM et de scanographie	0,74 et 0,77
Mortalité infantile	0,63
APVP, toutes les causes	0,71
APVP, système circulatoire	0,61
APVP, système respiratoire	0,48
Espérance de vie des femmes	-0,50
Espérance de vie des hommes	-0,51

*Parité des pouvoirs d'achat

On trouve à l'Annexe A les corrélations de chaque ensemble de données avec certains autres ensembles de données.

Comparaison des mesures selon le modèle de financement des soins de santé—Sept pays de l’OCDE

Est-ce que la performance varie de façon appréciable selon le modèle de financement utilisé? Ce n’est pas nécessairement facile de répondre à cette question puisque les résultats des soins de santé de chaque pays sont fortement influencés par de nombreux autres facteurs, notamment l’accès aux soins de santé, l’hygiène publique, les programmes de vaccination, la culture, la situation socioéconomique et le mode de vie. En outre, les segments de la population à revenu plus élevé et plus scolarisés ont tendance à présenter de meilleurs résultats des soins de santé et un meilleur état de santé dans tous les pays.

Les tableaux suivants indiquent les mesures des soins de santé les plus faibles et les plus élevées, tirées de l’Annexe A, parmi *sept pays de l’OCDE seulement*.

Modèle de financement gouvernemental des services : Canada, Suède et Royaume-Uni

	Moins élevées	Plus élevées
Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Coût des soins aux patients hospitalisés (PPA \$)* • Lits de soins aigus et congés d’hôpital • Nombre de médecins • Nombre d’angioplasties coronariennes • Nombre de remplacements de la hanche 	<ul style="list-style-type: none"> • Produits pharmaceutiques (%)
Suède	<ul style="list-style-type: none"> • Coût des soins de santé (en % du PIB) • Assurance privée (%) • Frais d’administration (%) • Soins de longue durée, articles médicaux et autres services (PPA \$) • Nombre de lits d’hôpital • Mortalité infantile • APVP (toutes les causes, cancer et système digestif) • Indice du mode de vie • Consultations médicales 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de médecins
Royaume-Uni	<ul style="list-style-type: none"> • Soins de santé en % du PIB et PPA \$ • Produits pharmaceutiques (PPA \$) • Unités d’IRM et de scanographie et nombre de fois où elles sont utilisées 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurance publique (%) • APVP (système digestif, p. ex., foie)

Unités du tableau

*PPA \$ par habitant : parité des pouvoirs d'achat avec des coûts recalculés en dollars américains à l'aide du coût comparable d'un panier de biens et services plutôt qu'à l'aide des taux de change usuels.

% s'entend du pourcentage des dépenses au titre des soins de santé de chaque pays.

Nombre en unités par milliers ou millions d'habitants conformément à l'Annexe A.

Si les mesures sont égales pour faible ou élevée dans deux pays ou plus, la mesure est incluse dans tous ces pays.

Modèle de financement par assurance nationale : France

	Moins élevées	Plus élevées
France	<ul style="list-style-type: none">• Proportion de la population qui travaille dans les soins de santé• Frais payés par les patients (%)• Soins externes (% et PPA \$)• Infirmières• Taux d'hospitalisation - MPOC• Remplacements du genou	<ul style="list-style-type: none">• Soins aux patients hospitalisés (%)• Usage du tabac et consommation d'alcool• Espérance de vie des femmes à 65 ans

Modèle de financement par assurance obligatoire : Allemagne et Suisse

	Moins élevées	Plus élevées
Allemagne		<ul style="list-style-type: none">• Articles médicaux (PPA \$)• Remplacements du genou et de la hanche• Angioplastie coronarienne• Consultations médicales• Lits d'hôpital et congés d'hôpital
Suisse	<ul style="list-style-type: none">• Produits pharmaceutiques (%)• Taux d'obésité• APVP (systèmes respiratoire, circulatoire et endocrinien)	<ul style="list-style-type: none">• Frais payés par les patients (%)• Soins de longue durée (PPA \$)• Médecins et infirmières• Espérance de vie des femmes et des hommes

Modèle de financement par assurance privée : États-Unis

	Moins élevées	Plus élevées
États-Unis	<ul style="list-style-type: none"> • Assurance publique (%) • Soins aux patients hospitalisés, soins de longue durée et autres services (%) • Espérance de vie des femmes et des hommes • Médecins 	<ul style="list-style-type: none"> • % du PIB et PPA \$ • Assurance privée (%) • Frais d'administration (%) • Soins externes (% et PPA \$) • Unités d'IRM et de scanographie et nombre de fois où elles sont utilisées • Note pour le mode de vie • APVP (toutes les causes, systèmes circulatoire, respiratoire et endocrinien) • Mortalité infantile • Taux d'hospitalisation - MPOC

Classement des mesures

Il n'est pas toujours évident pour un pays de déterminer les mesures à choisir. Par exemple, c'est au Canada que le nombre de remplacements de la hanche est le plus faible. Est-ce parce que les besoins sont les moins élevés ou simplement parce que la capacité de procéder à des remplacements de la hanche est limitée? Le fait que les mesures soient faibles ou élevées n'est pas toujours synonyme de l'efficacité du système de soins de santé d'un pays—il est donc impératif de bien choisir les mesures pour comparer les systèmes de soins de santé.

Voici les tableaux ci-dessous avec les *meilleures mesures seulement* pour les sept pays de l'OCDE.

Modèle de financement gouvernemental des services : Canada, Suède et Royaume-Uni

	Moins élevées	Plus élevées
Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Coût des soins aux patients hospitalisés (\$PPP) • Lits de soins aigus et congés d'hôpital • Angioplastie coronarienne 	
Suède	<ul style="list-style-type: none"> • Soins de santé (% du PIB) • Soins de longue durée, articles médicaux et autres services (PPA \$) • Mortalité infantile • APVP (toutes les causes, cancer et système digestif) • Indice du mode de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecins
Royaume-Uni	<ul style="list-style-type: none"> • Soins de santé en % du PIB et PPA \$ • Produits pharmaceutiques (PPA \$) 	

Modèle de financement par assurance nationale : France

	Moins élevées	Plus élevées
France	<ul style="list-style-type: none"> • Frais payés par les patients (%) • Taux d'hospitalisation - MPOC 	<ul style="list-style-type: none"> • Espérance de vie des femmes de 65 ans

Modèle de financement par assurance obligatoire : Allemagne et Suisse

	Moins élevées	Plus élevées
Allemagne		
Suisse	<ul style="list-style-type: none"> • Produits pharmaceutiques (%) • Taux d'obésité • APVP (systèmes respiratoire, circulatoire et endocrinien) 	<ul style="list-style-type: none"> • Espérance de vie des femmes et des hommes • Espérance de vie des hommes de 65 ans

Modèle de financement par assurance privée : États-Unis

	Moins élevées	Plus élevées
États-Unis	<ul style="list-style-type: none"> • Soins aux patients hospitalisés, soins de longue durée et autres services (%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Unités d'IRM et de scanographie et nombre de fois où elles sont utilisées

Rôle du financement par assurance privée et des frais payés par les patients

Jusqu'à présent, nous avons surtout discuté des méthodes de financement G, N et O. Pour que le financement des soins de santé publics demeure financièrement et économiquement viable, une plus grande part des dépenses pourrait devoir être couverte par l'assurance privée ou les frais payés par les patients (FPP). En outre, les segments de la population à revenu plus élevé peuvent vouloir des soins de santé élargis (autres que ceux nécessaires au plan médical) et avoir accès aux soins plus rapidement que normalement dans les régimes publics et ces personnes sont prêtes à en déboursier le prix.

En 2010, l'assurance privée et les frais payés par les patients comptent déjà pour une moyenne de 24,7 % de toutes les dépenses en soins de santé des 20 pays membres de l'OCDE. Se reporter au tableau ci-dessous.

Source des fonds (%)					
Type de financement	Gouv.	N+O	Privée	FPP	Privée +FPP
G	73,0	3,5	6,8	16,7	23,5
N	17,2	59,5	9,3	14,0	23,3
O	11,2	63,2	7,9	15,8	23,7
P	13,4	39,7	35,1	11,8	46,9
OCDE 20	49,3	25,7	8,8	15,9	24,7
Canada	69,2	1,3	14,9	14,7	29,5
France	7,4	70,5	14,8	7,3	22,2
Allemagne	8,9	68,1	10,0	13,0	22,9
Suède	81,1	-	1,9	17,0	18,9
Suisse	18,2	40,8	10,1	30,9	41,0
R.-U.	83,9	-	6,1	10,0	16,1
É.-U.	13,4	39,7	35,1	11,8	46,9
OCDE 7	40,3	31,5	13,3	14,9	28,2

Dans les 20 pays membres de l'OCDE, l'assurance privée et les FPP représentent moins de 20 % au Royaume-Uni, au Danemark, en Norvège, en Suède, au Japon, aux Pays-Bas et en Nouvelle-Zélande. C'est au Japon que ce mode de financement est le plus bas (13,6 %).

L'accès aux soins de santé et les coûts des soins ne se conforment pas bien à la dynamique habituelle du marché de la consommation et les patients sont souvent désavantagés car ils ont trop peu de choix en ce qui concerne la prestation des soins de santé et que c'est le fournisseur des soins de santé qui décide quels sont les services nécessaires (et peut-être aussi les prix); cela est particulièrement vrai pour les maladies graves. En outre, les marchés concurrentiels exigent habituellement que les fournisseurs puissent entrer et sortir facilement du marché; cependant, l'entrée sur le marché des fournisseurs de soins de santé et la prestation des services de santé sont grandement réglementées. Il ne serait pas facile,

d'un point de vue politique, de fermer un hôpital qui n'atteint pas ses objectifs en matière de profits ou de revenus.

Quel est le meilleur rôle pour l'assurance privée?

Dans la plupart des pays, l'assurance privée vient s'ajouter à celle du régime public en couvrant, par exemple, franchises et coassurance, médicaments et soins dentaires.

Dans certains pays, les travailleurs à revenu élevé peuvent remplacer le régime public par l'assurance privée, ce qui leur permet d'accéder plus rapidement aux services de soins de santé et peut-être à des traitements plus étendus que ceux médicalement nécessaires ou que ceux préconisés par la pratique normale et que le régime public couvrirait. Il en a beaucoup été question notamment au Canada et dans d'autres pays en rapport avec l'accès aux chirurgies électives comme les remplacements du genou et de la hanche qui sont de plus en plus en demande depuis quelques années en raison du vieillissement de la population, de l'obésité en hausse et des progrès technologiques.

Pour que l'assurance privée fonctionne bien, elle doit être efficace, viable et abordable et il faut qu'il soit impossible de l'annuler si l'assuré a eu une maladie grave.

Si l'assurance privée est substitutive, elle ne doit pas avoir pour effet de réduire considérablement les ressources disponibles pour le régime public. Par exemple, au Canada, la prestation des services hospitaliers et médicaux de base ne se fait que par le biais du régime public et aucune assurance privée n'est permise. On croit que c'est nécessaire afin de s'assurer qu'il y ait suffisamment de ressources disponibles pour permettre au régime public de couvrir ces services de base. D'autres pays où il y a suffisamment de médecins et d'hôpitaux autoriseront une assurance privée substitutive et stipuleront que ces ressources doivent être utilisées de façon limitée afin de ne pas pénaliser les besoins du régime public.

Quel est le rôle des frais payés par les patients (FPP)?

Des frais payés par les patients limités peuvent réduire la demande de services et transférer certains coûts au patient. Il faut toutefois les limiter et ne pas les appliquer quand un patient est atteint d'une maladie grave ou transmissible. Autrement dit, il faut que ce type de financement permette au système de soins public ou privé de réaliser des économies—et non seulement de reporter des services qui pourraient en bout de ligne coûter beaucoup plus ou même faire en sorte que les besoins ne soient pas comblés, d'où un plus grand nombre de maladies graves, de cas d'invalidité ou de décès.

Dans le groupe des 20 pays membres de l'OCDE, c'est en Suisse que les FPP en pourcentage de toutes les dépenses en soins de santé sont les plus élevés (30,9%). La qualité des soins est considérée élevée et les soins sont donnés sans égard au revenu. En règle générale, les Suisses réclament des soins de santé optimaux tout au long de leur vie et sont disposés à en payer le prix. Leur programme d'assurance obligatoire comporte de nombreuses franchises.

Dans le groupe des sept pays de l'OCDE, c'est en Suisse que l'espérance de vie est la plus élevée et les APVP attribuables aux systèmes circulatoire, respiratoire et endocrinien, les moins élevées. On y trouve

aussi beaucoup de travailleurs à revenu élevé; les résultats sont peut-être donc en partie attribuables à la situation socioéconomique.

Conclusions

D'après les coûts en pourcentage du PIB et les résultats de mortalité, l'espérance de vie et les APVP, il semble que l'un ou l'autre des modèles de financement G, N et O puisse générer des résultats raisonnables en autant que l'ensemble de la population ait un accès à des soins de santé. En moyenne, les pays qui ont recours au modèle de financement O obtiennent, semble-t-il, les meilleurs résultats au plan de la mortalité.

Le modèle de financement P est plus dispendieux et semble donner des résultats généralement moins bons. Cependant, nul doute que des résultats varient selon la classe socioéconomique et l'accès de ceux qui en font partie aux soins de santé—le présent rapport suggère donc d'étudier les mesures des soins de santé et les indices du mode de vie sous l'angle de la situation socioéconomique. D'après l'ouvrage de l'OCDE intitulé « Obesity Update 2012 »*, l'obésité a tendance à être plus élevée chez les travailleurs à faible revenu et moins scolarisés que chez les travailleurs à revenu élevé et bien scolarisés.

Chaque pays doit chercher à réaliser des gains d'efficacité et à tirer profit des avantages offerts par les nouvelles technologies qui cadrent avec ses normes de pratique médicale.

D'après le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) intitulé « Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks »**, même dans les pays en développement, le profil des maladies évolue tout comme dans le reste du monde. Bientôt, la plupart des problèmes de santé et maladies qu'on y retrouve ne seront plus celles transmissibles par d'autres personnes ou par des insectes. Ainsi, dans les pays en développement, les taux de maladies non transmissibles sont en hausse—les maladies chroniques habituelles dont beaucoup sont causées par l'obésité. Cependant, les personnes atteintes de maladies chroniques doivent maintenant être sans cesse traitées pour mener une vie productive en santé.

Les régimes publics de soins de santé évoluent, dans une large mesure, dans des contextes politiques qui doivent tenir compte des besoins de l'ensemble de la population. Tous les ans, les économistes se spécialisant dans le domaine des soins de santé et les experts en médecine produisent une foule de rapports dont beaucoup s'appuient sur des méthodologies complexes (et peut-être nouvelles) pour élaborer des idées de changements au titre du financement des soins de santé et des politiques connexes; il est parfois très difficile de communiquer les résultats et les messages qui en découlent dans un environnement politique. On risque de mal comprendre les résultats et les conséquences. Ainsi, ce ne sont donc pas toutes les décisions concernant les politiques en matière de soins de santé qui sont optimales.

*<http://www.oecd.org/health/49716427.pdf>

**<http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=15&codcch=00772>

La plupart du temps, les discussions concernant les soins de santé portent sur les coûts, les nouvelles technologies et les améliorations importantes évidentes de diverses mesures des soins de santé dans une optique socialement acceptable. Nous avons aussi besoin de méthodes fiables pour traduire ces améliorations en valeurs économiques, ce qui en bout de ligne sous-tend l'abordabilité de ces améliorations aux soins de santé.

Tandis que les experts en médecine peuvent identifier les opportunités techniques évidentes, les actuaires, eux, peuvent établir un lien entre les coûts et le profil démographique et accorder de la valeur à l'amélioration de l'état de santé en visant le long terme. Nous devons avoir une vision à long terme et ne pas nous limiter à déterminer qui doit payer la facture et préparer le budget de l'année suivante.

Les actuaires peuvent aider à mettre au point des mesures permettant de déterminer et de quantifier plus simplement les enjeux de base afin que les politiciens de haut rang, les gestionnaires des soins de santé et le public en général puissent les comprendre plus facilement et que des décisions stratégiques plus éclairées puissent donc être prises en ce qui concerne les soins de santé. Par exemple, l'indice du mode de vie est simple, facile à appliquer et tous les intervenants le comprennent. Une province canadienne a déjà utilisé l'indice en combinaison avec les taux de prévalence des maladies chroniques selon les groupes d'âge pour projeter les ressources dont les hôpitaux auront besoin dans l'avenir dans chacune de ses sept régions des soins de santé.

Les actuaires peuvent jouer un rôle clé dans l'établissement de politiques futures concernant les régimes publics de soins de santé en aidant les gestionnaires des programmes à adopter une vision à plus long terme en reliant les données démographiques, l'état de santé, les tendances au chapitre des maladies et les coûts pour arriver à cerner non seulement les possibilités, mais également les grands facteurs sous-tendant les coûts. Une fois des modèles actuariels détaillés à long terme en place, les actuaires et les experts en médecine peuvent tester divers scénarios relatifs aux nouvelles tendances au plan du profil démographique et des maladies et du traitement de celles-ci.

Consulter la section suivante au sujet des besoins en soins de santé qui peuvent tirer profit de l'analyse d'un point de vue actuariel.

Rôle des actuaires et sujets de recherche recommandés pour l'avenir

Les modèles de financement des systèmes publics de soins de santé et les mesures de ces soins peuvent varier considérablement d'un palier de gouvernement à l'autre. Au niveau fédéral, les ministres des Finances discutent pourcentage du PIB et points d'impôt, alors que les administrations locales parlent de ressources en soins de santé et de budgets et les fournisseurs de soins de santé, de la façon de répondre à une demande qui ne cesse d'augmenter. Des modèles actuariels pourraient être appliqués pour relier les mesures utilisées par tous les paliers.

Voici quelques sujets de recherche auxquels les actuaires pourraient contribuer en analysant les enjeux.

1. La santé des populations s'améliore-t-elle avec le temps?
 - Comment définir une population en santé en utilisant des mesures de soins de santé objectives?
 - Les populations sont-elles plus en santé d'un point de vue économique?
2. Examiner les tendances au chapitre de la mortalité et des principales maladies selon les cohortes générationnelles par rapport aux coûts des soins de santé.
3. Les systèmes actuels de soins de santé et les coûts qui y sont associés sont-ils viables dans le temps—dans une optique tant économique que fiscale? Chaque année, les coûts des soins de santé augmentent, même en pourcentage du PIB. En bout de ligne, il ne faut pas que la hausse des coûts des soins de santé dépasse celle du PIB. Une population en santé et bien scolarisée est habituellement synonyme de plus grande productivité; ainsi, une population en santé peut logiquement abaisser les coûts relatifs aux soins de santé et accroître le PIB. Toutefois, où se situent les points d'équilibre?
4. Les systèmes publics de soins de santé ont habituellement pour objectif d'offrir un accès raisonnable aux soins et la qualité des soins, et ce à des coûts raisonnables. Mais, qu'entendons-nous par accès raisonnable, qualité et coûts qui demeurent abordables?
5. Mise au point de techniques de modélisation dynamique de scénarios pour projeter les coûts futurs des soins de santé pour des populations en tenant compte des principales mesures des maladies et du bien-être (c.-à-d., espérance de vie, années de vie perdue et années de vie ajustées pour l'invalidité).
6. La compression de la courbe de mortalité a fait l'objet de nombre d'études. Pouvons-nous également nous attendre à une compression de la morbidité, puisqu'il y a plus de maladies chroniques et que les principaux coûts des soins de santé sont reportés aux âges plus avancés? Ou la mortalité réduite dans une décennie fait-elle simplement faire augmenter les coûts des soins de santé à compter de la suivante? Les coûts plus élevés des soins de santé font-ils en sorte que les gens sont en meilleure santé?

7. La plupart des modèles de soins de santé mettent l'accent sur les coûts. Il convient également de modéliser les besoins futurs en ressources en soins de santé en relation avec les médecins et les infirmières et même les installations hospitalières dans les pays où les hôpitaux sont détenus par des intérêts publics. La formation des médecins et des infirmières, et particulièrement celle des spécialistes, prend plusieurs années. Ces modèles de ressources en soins de santé semblent tout à fait convenir à l'utilisation de modèles actuariels de la population.
8. Mise au point d'autres mesures des soins de santé pour montrer la valeur et l'efficacité de certains systèmes de financement et de prestation des soins de santé d'un point de vue socialement responsable et dans une optique de valeur économique, mesures faciles à communiquer et à comprendre.
9. Qu'est-ce qu'une année ou deux années de plus de vie en santé vaut ou valent sous l'angle de la productivité du PIB?

Annexe A – Mesures choisies des soins de santé de 20 pays membres de l’OCDE (OCDE 20)

Données de 2010 (ou avant si les données de 2010 n’étaient pas disponibles)

Les tableaux sont répartis en deux groupes, soit les sept pays pour lesquels une description détaillée est fournie et 13 autres pays suscitant l’intérêt. Les sept pays seront désignés « l’OCDE 7 ». Voici les noms et les codes attribués en fonction de la méthode de financement disponible pour leur principale population de travailleurs, excluant les aînés, les personnes handicapés et les travailleurs à faible revenu.

Le présent rapport s’appuie sur les données de l’OCDE telles que présentées. Aucun effort n’a été fait pour vérifier la concordance entre les résultats et les données déclarées par chacun des pays qui peuvent différer quant à ce qui est inclus dans les coûts des soins de santé.

G - Canada
G - Suède
G - R.-U.
N - France
O - Allemagne
O - Suisse
P - É.-U.

G : Modèle de financement gouvernemental des services

N : Modèle de financement par assurance nationale

O : Modèle de financement par assurance obligatoire

P : Modèle de financement par assurance privée

Sources de l’OCDE :

<http://www.oecd-ilibrary.org/fr/statistiques>

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?lang=fr&SubSessionId=9902e7b0-f2f9-4dd7-a952-612f17fb5ed4&themetreeid=9>

Source de l’ICIS :

<https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1952>

Croissance des coûts des soins de santé

Abréviation des pays	Type ass. publique	Pays	1990 Coûts des soins de santé en % du PIB	2000 Coûts des soins de santé en % du PIB	2010 Coûts des soins de santé en % du PIB	1990-2010 Hausse moyenne en % du PIB
CAN	G	Canada	8,9	8,8	11,4	0,13
FRA	N	France	8,4	10,1	11,6	0,16
DEU	O	Allemagne	8,3	10,4	11,6	0,17
SWE	G	Suède	8,2	8,2	9,6	0,07
CHE	O	Suisse	8,2	10,2	11,4	0,16
UK	G	Royaume-Uni	5,9	7,0	9,6	0,19
USA	P	États-Unis	12,4	13,7	17,6	0,26
AUS	G	Australie	6,7	8,0	9,1	0,12
AUT	N	Autriche	8,4	10,0	11,0	0,13
BEL	N	Belgique	7,2	8,1	10,5	0,17
DNK	G	Danemark	8,3	8,7	11,1	0,14
FIN	G	Finlande	7,7	7,2	8,9	0,06
IRL	G	Irlande	6,0	6,1	9,2	0,16
ITA	G	Italie	7,7	8,0	9,3	0,08
JPN	O	Japon	5,8	7,6	9,5	0,19
NLD	O	Pays-Bas	8,0	8,0	12,0	0,20
NZL	G	Nouvelle -Zélande	6,8	7,6	10,1	0,17
NOR	G	Norvège	7,6	8,4	9,4	0,09
PRT	G	Portugal	5,7	9,3	10,7	0,25
ESP	G	Espagne	6,5	7,2	9,6	0,16
OCDE 7	Moy. 7	OCDE 7	8,6	9,8	11,8	0,16
OCDE 13	Moy. 13	OCDE 13	7,1	8,0	10,0	0,15
OCDE 20	Moy. 20	OCDE 20	7,6	8,6	10,7	0,15
G	Moy. G	G	7,2	7,9	9,8	0,13
N	Moy. N	N	8,0	9,4	11,0	0,15
O	Moy. O	O	7,6	9,1	11,1	0,18
P	Moy. P	P	12,4	13,7	17,6	0,26
Corrélations						
Mode de vie			0,17	0,13	0,32	0,35
% tous les emplois			0,26	-0,05	0,03	-0,32
% ass. publique			0,24	0,38	0,38	0,35
SS en % du PIB			0,83	0,88	1,00	0,62
SS/habitant PPA \$			0,85	0,76	0,84	0,31
Mortalité infantile			0,53	0,43	0,63	0,38
APVP			0,56	0,59	0,71	0,48

Croissance annuelle réelle des coûts des soins de santé par habitant en %

Type ass. publique	Pays	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
G	Canada	1,0	2,7	3,7	3,1
N	France	-0,6	4,0	4,4	1,9
O	Allemagne	2,3	2,8	2,6	1,2
G	Suède	5,2	1,7	2,9	1,0
O	Suisse	4,4	4,5	5,7	3,0
G	Royaume-Uni	2,3	2,3	1,3	2,9
P	États-Unis	3,3	3,1	4,5	2,0
G	Australie	3,5	5,0	3,2	2,6
N	Autriche	4,1	3,9	1,9	2,1
N	Belgique	2,3	4,0	5,6	1,3
G	Danemark	1,4	3,9	3,3	2,0
G	Finlande	-0,8	2,8	5,6	1,6
G	Irlande	6,0	6,3	7,7	2,3
G	Italie	0,0	4,0	2,5	0,0
O	Japon	4,3	3,0	2,5	2,8
O	Pays-Bas	2,4	2,5	5,2	5,2
G	Nouvelle -Zélande	2,2	3,5	4,4	4,0
G	Norvège	2,7	7,3	3,7	1,1
G	Portugal	7,4	8,3	2,4	1,0
G	Espagne	3,9	3,0	4,6	2,6
	Moy. 7	2,6	3,0	3,6	2,1
	Moy. 13	3,0	4,4	4,0	2,2
	Moy. 20	2,9	3,9	3,9	2,2
	Moy. G	2,9	4,2	3,8	2,0
	Moy. N	1,9	4,0	4,0	1,7
	Moy. O	3,4	3,2	4,0	3,0
	Moy. P	3,3	3,1	4,5	2,0
Corrélations					
	Mode de vie	-0,03	-0,01	0,20	0,13
	% tous les emplois	-0,22	-0,11	0,17	0,07
	% ass. publique	-0,14	-0,24	0,11	0,20
	SS en % du PIB	-0,01	-0,17	0,07	0,13
	SS/habitant PPA \$	-0,02	-0,07	0,20	0,10
	Mortalité infantile	-0,14	-0,21	0,12	0,42
	APVP	-0,20	-0,02	0,11	-0,05

Croissance réelle par habitant

Type ass. publique	Pays	Croissance annuelle réelle des coûts des SS par habitant 1990-2010	Croissance réelle causée par le vieillissement 1990-2010	Croissance annuelle réelle par habitant en % du PIB 1990-2010	Croissance des coûts des SS par habitant en excédent 1990-2010
G	Canada	2,6	0,5	1,3	0,7
N	France	2,4	0,2	1,6	0,6
O	Allemagne	2,2	0,5	0,6	1,2
G	Suède	2,7	0,5	1,0	1,2
O	Suisse	4,4	0,2	1,9	2,3
G	Royaume-Uni	2,2	0,4	0,1	1,7
P	États-Unis	3,2	0,2	1,4	1,6
G	Australie	3,6	0,5	2,0	1,1
N	Autriche	3,0	0,4	1,7	0,9
N	Belgique	3,3	0,4	1,3	1,5
G	Danemark	2,7	0,1	1,2	1,3
G	Finlande	2,3	0,6	1,6	0,1
G	Irlande	5,6	0,2	3,3	2,1
G	Italie	1,6	0,8	0,7	0,1
O	Japon	3,1	1,5	0,8	0,9
O	Pays-Bas	3,8	0,4	1,7	1,7
G	Nouvelle-Zélande	3,5	0,4	1,5	1,6
G	Norvège	3,6	0,0	1,9	1,7
G	Portugal	4,7	0,7	1,5	2,5
G	Espagne	3,5	0,6	1,6	1,3
	OCDE 7	2,8	0,4	1,1	1,3
	OCDE 13	3,4	0,5	1,6	1,3
	OCDE 20	3,2	0,5	1,4	1,3
	Moy. G	3,2	0,5	1,5	1,3
	Moy. N	2,9	0,3	1,5	1,0
	Moy. O	3,4	0,6	1,2	1,5
	Moy. P	3,2	0,2	1,4	1,6
Corrélations					
	Mode de vie	0,10	-0,42	0,21	0,15
	% tous les emplois	-0,08	-0,50	0,06	0,06
	% ass. publique	-0,08	0,13	-0,11	-0,07
	SS en % du PIB	-0,01	-0,29	-0,05	0,18
	SS/habitant PPA \$	0,07	-0,52	0,14	0,22
	Mortalité infantile	0,01	-0,39	0,09	0,12
	APVP	-0,09	-0,32	-0,02	0,05

Croissance réelle attribuable au vieillissement calculée au moyen des coûts de l'ICIS selon le groupe d'âges et tel que décrit à la page 19 du présent rapport.

Répartition des coûts des soins de santé selon la provenance des fonds

Type ass. publique	Pays	Coûts des SS en % du PIB	Coûts des SS par habitant PPA \$	Revenu par habitant PPA \$	Recettes fiscales gov. en %	Assurance nationale obligatoire en %	Assurance publique en %	Assurance privée en %	Frais payés par les patients en %
G	Canada	11,4	4 445	38 991	69,2	1,3	70,5	14,9	14,7
N	France	11,6	3 974	34 259	7,4	70,5	77,8	14,8	7,3
O	Allemagne	11,6	4 338	37 397	8,9	68,1	77,1	10,0	13,0
G	Suède	9,6	3 758	39 146	81,1	0,0	81,1	1,9	17,0
O	Suisse	11,4	5 270	46 228	18,2	40,8	59,0	10,1	30,9
G	Royaume-Uni	9,6	3 433	35 760	83,9	0,0	83,9	6,1	10,0
P	États-Unis	17,6	8 233	46 778	13,4	39,7	53,1	35,1	11,8
G	Australie	9,1	3 670	40 330	68,0	0,0	68,0	11,5	20,5
N	Autriche	11,0	4 395	39 955	33,0	44,5	77,5	7,9	14,6
N	Belgique	10,5	3 969	37 800	11,3	63,5	74,7	5,0	20,2
G	Danemark	11,1	4 464	40 216	85,1	0,0	85,1	1,8	13,1
G	Finlande	8,9	3 251	36 528	60,3	14,8	75,1	6,2	18,8
G	Irlande	9,2	3 718	40 413	68,8	0,4	69,2	15,7	15,2
G	Italie	9,3	2 964	31 871	77,4	0,2	77,6	2,8	19,6
O	Japon	9,5	3 035	31 947	10,2	72,4	82,5	3,1	14,3
O	Pays-Bas	12,0	5 056	42 133	7,6	71,7	79,2	8,4	5,2
G	Nouvelle-Zélande	10,1	3 022	29 921	74,8	8,4	83,2	6,3	10,5
G	Norvège	9,4	5 388	57 319	72,1	11,8	83,9	0,8	15,3
G	Portugal	10,7	2 728	25 495	67,0	1,2	68,1	7,1	24,8
G	Espagne	9,6	3 076	32 042	68,4	4,4	72,8	6,5	20,7
	Moy. 7	11,8	4 779	39 794	40,3	31,5	71,8	13,3	14,9
	Moy. 13	10,0	3 749	37 382	54,1	22,5	76,7	6,4	16,4
	Moy. 20	10,7	4 109	38 226	49,3	25,7	75,0	8,8	15,9
	Moy. G	9,8	3 660	37 336	73,0	3,5	76,5	6,8	16,7
	Moy. N	11,0	4 113	37 338	17,2	59,5	76,7	9,3	14,0
	Moy. O	11,1	4 425	39 426	11,2	63,2	74,5	7,9	15,8
	Moy. P	17,6	8 233	46 778	13,4	39,7	53,1	35,1	11,8
Corrélations									
Mode de vie		0,32	0,16	-0,12	0,16	-0,27	-0,36	0,59	-0,22
% tous les emplois		0,03	0,42	0,73	0,09	0,00	0,31	-0,17	-0,29
% ass. publique		-0,57	-0,51	-0,18	0,29	-0,02	1,00	-0,77	-0,47
SS en % du PIB		1,00	0,84	0,27	-0,52	0,38	-0,57	0,80	-0,26
SS/habitant PPA \$		0,84	1,00	0,75	-0,41	0,28	-0,51	0,68	-0,19
Mortalité infantile		0,63	0,55	0,18	-0,09	-0,03	-0,43	0,72	-0,32
APVP		0,71	0,50	0,02	-0,19	0,08	-0,38	0,65	-0,24

PPA \$: Parité des pouvoirs d'achat avec les coûts recalculés en dollars américains à l'aide d'un coût comparable d'un panier de biens et services plutôt que les taux de change.

Répartition des coûts des soins de santé selon l'utilisation des fonds

Type ass. publique	Pays	Soins aux patients hospitalisés en %	Soins en clinique externe en %	Soins de longue durée en %	Produits pharmaceutiques en %	Articles médicaux en %	Autres services en %
G	Canada	19,8	33,3	14,6	16,7	4,1	11,5
N	France	35,7	22,6	11,5	16,0	5,0	9,2
O	Allemagne	28,6	29,4	12,3	14,8	5,7	9,1
G	Suède	28,5	42,0	7,7	12,6	3,4	5,8
O	Suisse	28,3	32,7	19,3	9,7	2,5	7,4
G	Royaume-Uni				11,8		
P	États-Unis	18,9	50,6	5,9	11,9	2,2	10,6
G	Australie				14,7		
N	Autriche				12		
N	Belgique	29,6	25,5	19,7	15,8	1,7	7,7
G	Danemark	29,3	31,2	24,5	7,4	4,1	3,5
G	Finlande	27,9	34,2	12,3	13,9	4,1	7,6
G	Irlande				18,5		
G	Italie				17,2		
O	Japon	32,2	33,9	8,9	20,8	0,0	4,3
O	Pays-Bas	35,0	18,6	22,6	9,5	5,0	9,2
G	Nouvelle -Zélande	27,7	33,9	13,9	9,4	1,2	13,9
G	Norvège	31,8	26,3	27,1	7,3	4,5	3,0
G	Portugal	25,3	44,2	1,0	18,6	7,2	3,6
G	Espagne	25,6	37,8	9,0	18,9	2,8	5,8
	OCDE 7	26,6	35,1	11,9	13,4	3,8	8,9
	OCDE 13	29,4	31,7	15,5	14,2	3,4	6,5
	OCDE 20	28,3	33,1	14,0	13,9	3,6	7,5
	Moy. G	27,0	35,4	13,8	13,9	3,9	6,8
	Moy. N	32,7	24,0	15,6	14,6	3,3	8,4
	Moy. O	31,0	28,7	15,8	13,7	3,3	7,5
	Moy. P	18,9	50,6	5,9	11,9	2,2	10,6
Corrélations							
	Mode de vie	-0,53	0,32	-0,29	0,02	0,14	0,54
	% tous les emplois	0,26	-0,34	0,74	-0,71	0,04	-0,20
	% ass. publique	0,51	-0,50	0,09	0,05	-0,16	0,19
	SS en % du PIB	-0,45	0,33	-0,17	-0,23	0,00	0,40
	SS/habitant PPA \$	-0,31	0,15	0,23	-0,49	-0,05	0,20
	Mortalité infantile	-0,53	0,18	0,02	-0,26	-0,24	0,78
	APVP	-0,48	0,37	-0,20	-0,18	-0,02	0,37

Répartition des coûts des soins de santé selon l'utilisation des fonds

Type ass. publique	Pays	Soins aux patients hospitalisés par habitant PPA \$	Soins en clinique externe par habitant PPA \$	Soins de longue durée par habitant PPA \$	Produits pharmaceutiques par habitant PPA \$	Articles médicaux par habitant PPA \$	Autres services par habitant PPA \$
G	Canada	880	1 482	647	742	181	512
N	France	1 417	900	458	636	197	366
O	Allemagne	1 242	1 277	536	642	246	395
G	Suède	1 070	1 577	290	474	129	218
O	Suisse	1 493	1 724	1 019	511	130	392
G	Royaume-Uni				405		
P	États-Unis	1 553	4 167	484	980	179	870
G	Australie				539		
N	Autriche				527		
N	Belgique	1 176	1 010	783	627	67	304
G	Danemark	1 308	1 393	1 094	330	184	154
G	Finlande	907	1 112	400	452	132	248
G	Irlande				688		
G	Italie				510		
O	Japon	976	1 029	269	631		130
O	Pays-Bas	1 772	941	1 145	480	253	464
G	Nouvelle-Zélande	838	1 025	419	284	37	419
G	Norvège	1 711	1 416	1 463	393	242	163
G	Portugal	690	1 207	29	507	196	99
G	Espagne	789	1 163	278	581	87	178
	OCDE 7	1 276	1 855	572	627	177	459
	OCDE 13	1 130	1 144	653	504	150	240
	OCDE 20	1 188	1 428	621	547	162	328
	Moy. G	1 024	1 297	577	492	149	249
	Moy. N	1 297	955	621	597	132	335
	Moy. O	1 371	1 243	742	566	210	345
	Moy. P	1 553	4 167	484	980	179	870
Corrélations							
	Mode de vie	-0,14	0,41	-0,26	0,28	-0,25	0,55
	% tous les emplois	0,61	0,08	0,76	-0,28	0,32	0,00
	% ass. publique	0,47	-0,08	0,11	0,33	0,29	0,26
	SS en % du PIB	0,44	0,84	0,05	0,63	0,28	0,86
	SS/habitant PPA \$	0,74	0,84	0,48	0,51	0,39	0,76
	Mortalité infantile	0,20	0,59	0,11	0,39	-0,13	0,88
	APVP	0,05	0,62	-0,13	0,38	-0,08	0,59

Ressources en soins de santé

Type ass. publique	Pays	soins de santé et services sociaux en % de tous les emplois	Médecins par 1 000	Infirmières par 1 000	Médecins + 50 % infirmières par 1 000	Lits d'hôpital par 1 000	Lits d'hôpital de soins aigus par 1 000	Unités d'IRM par million	Scanographe par million
G	Canada	11,6	2,4	9,3	7,1	3,2	1,7	8,2	14,2
N	France	9,5	3,3	8,5	7,6	6,4	3,5	7,0	11,8
O	Allemagne	11,9	3,7	11,3	9,4	8,3	5,7	10,3	17,7
G	Suède	15,7	3,8	11,0	9,3	2,7	2,0		
O	Suisse	11,8	3,8	16,0	11,8	5,0	3,1	17,8	32,6
G	Royaume-Uni	12,9	2,7	9,6	7,5	3,0	2,4	5,9	8,2
P	États-Unis	12,5	2,4	11,0	7,9	3,1	2,6	31,6	40,7
G	Australie	11,1	3,1	10,1	8,2	3,7	3,4	5,6	42,8
N	Autriche	9,7	4,8	7,7	8,7	7,6	5,5	18,6	29,8
N	Belgique	13,2	2,9	15,1	10,5	6,4	4,1	10,7	13,2
G	Danemark	18,4	3,5	15,4	11,2	3,5	2,9	15,4	27,6
G	Finlande	15,2	3,3	9,6	8,1	5,9	1,8	18,7	21,1
G	Irlande	12,0	3,1	13,1	9,7	3,1	2,3	12,5	15,6
G	Italie	7,3	3,7	6,3	6,9	3,5	2,8	22,4	31,6
O	Japon	9,9	2,2	10,1	7,3	13,6	8,1	43,1	97,3
O	Pays-Bas	15,9	2,9	8,4	7,1	4,7	3,0	12,2	12,3
G	Nouvelle-Zélande	10,4	2,6	10,0	7,6	2,7	2,0	10,5	15,6
G	Norvège	20,0	4,1	14,4	11,3	3,3	2,4		
G	Portugal	5,9	3,8	5,7	6,7	3,4	2,8	9,2	27,4
G	Espagne	6,3	3,8	4,9	6,3	3,2	2,5	10,7	15,0
	OCDE 7	12,3	3,2	11,0	8,6	4,5	3,0	13,5	20,9
	OCDE 13	11,9	3,4	10,1	8,4	5,0	3,4	15,8	29,1
	OCDE 20	12,1	3,3	10,4	8,5	4,8	3,2	15,0	26,4
	Moy. G	12,2	3,3	10,0	8,3	3,4	2,4	11,9	21,9
	Moy. N	10,8	3,7	10,4	8,9	6,8	4,4	12,1	18,3
	Moy. O	12,4	3,2	11,5	8,9	7,9	5,0	20,9	40,0
	Moy. P	12,5	2,4	11,0	7,9	3,1	2,6	31,6	40,7
Corrélations									
Mode de vie		-0,24	-0,16	-0,21	-0,26	-0,50	-0,41	-0,47	-0,58
% tous les emplois		1,00	-0,02	0,69	0,64	-0,14	-0,22	-0,01	-0,15
% ass. publique		0,00	-0,13	0,12	0,06	0,74	0,68	0,32	0,23
SS en % du PIB		0,03	-0,24	0,08	-0,02	-0,06	0,01	0,26	0,01
SS/habitant PPA \$		0,42	-0,09	0,40	0,35	-0,14	-0,08	0,27	0,01
Mortalité infantile		-0,07	-0,44	0,05	-0,12	-0,37	-0,27	-0,12	-0,25
APVP		0,05	-0,32	0,12	-0,02	-0,15	-0,17	0,08	-0,16

Utilisation des soins de santé

Type ass. publique	Pays	Consultations médicales par habitant	Examens d'IRM par 1 000	Scanographie par 1 000	Congés des hôpitaux (toutes les causes) par 1 000	Durée moyenne du séjour à l'hôpital en jours (soins actifs)	Taux d'hospitalisation pour MPOC par 1 000	Nombre d'angioplasties coronaires par 1 000	Remplacement du genou par 1 000	Remplacement de la hanche par 1 000
G	Canada	5,5	46,7	126,9	82,6	7,7	1,8	1,0	1,4	1,2
N	France	6,7	60,2	145,4	168,6	5,7	0,8	1,9	1,2	2,2
O	Allemagne	8,9	95,2	117,1	239,8	9,5	2,0	5,8	2,1	3,0
G	Suède	2,9	"	"	163,1	5,7	1,4	1,8	1,3	2,1
O	Suisse	4,0	"	"	168,9	9,6	0,9	1,3	2,0	2,9
G	Royaume-Uni	5,0	40,8	76,4	136,0	7,7	2,1	1,8	1,4	1,9
P	États-Unis	3,9	97,7	265,0	131,0	4,9	2,3	3,8	2,1	1,8
G	Australie	6,5	23	93	155,5	5,1	3,1	1,6	1,6	1,5
N	Autriche	6,9	47,6	145,5	261,0	6,6	3,1	2,3	1,9	2,4
N	Belgique	7,7	52,8	179,3	178,4	8,1	2,3	4,3	1,7	2,4
G	Danemark	4,6	57,5	105,2	171,5	4,6	2,8	1,8	1,7	2,4
G	Finlande	4,3	"	"	181,6	11,6	1,5	1,4	1,8	1,9
G	Irlande	3,8	17,3	75,4	131,6	6,1	3,6	0,8	0,4	1,2
G	Italie	7,0	"	"	127,5	6,7	1,3	1,3	1,0	1,5
O	Japon	13,1	"	"	107,1	18,2				
O	Pays-Bas	6,6	49,1	66,0	115,8	5,8	1,5	1,7	1,2	2,1
G	Nouvelle-Zélande	2,9	3,6	22,4	147,0	8,1	3,2	1,2	1,0	1,5
G	Norvège	5,2	"	"	175,3	4,5	2,4	2,5	0,8	2,3
G	Portugal	4,1	"	"	112,5	5,9	0,7	1,2	0,6	0,9
G	Espagne	7,5	45,6	82,8	102,5	6,8	1,4	1,3	1,0	0,9
	OCDE 7	5,3	68,1	146,2	155,7	7,3	1,6	2,5	1,6	2,2
	OCDE 13	6,2	37,1	96,2	151,3	7,5	2,2	1,8	1,2	1,7
	OCDE 20	5,9	49,0	115,4	152,9	7,4	2,0	2,0	1,4	1,9
	Moy. G	4,9	33,5	83,2	140,5	6,7	2,1	1,5	1,2	1,6
	Moy. N	7,1	53,5	156,7	202,7	6,8	2,1	2,8	1,6	2,3
	Moy. O	8,2	72,2	91,6	157,9	10,8	1,5	2,9	1,8	2,7
	Moy. P	3,9	97,7	265,0	131,0	4,9	2,3	3,8	2,1	1,8
Corrélations										
	Mode de vie	-0,39	-0,04	0,14	-0,02	-0,46	0,42	0,09	0,02	-0,44
	% ts les emplois	-0,27	0,17	0,03	0,25	-0,19	0,27	0,18	0,18	0,52
	% ass. publique	0,60	0,56	0,40	0,31	0,40	-0,20	0,62	0,46	0,64
	SS en % du PIB	-0,13	0,74	0,77	0,00	-0,24	-0,07	0,43	0,49	0,20
	SS/habitant PPA \$	-0,21	0,69	0,78	0,13	-0,32	0,11	0,42	0,49	0,40
	Mortalité infantile	-0,31	0,04	0,33	-0,14	-0,33	0,40	0,09	0,28	-0,10
	APVP	-0,31	0,49	0,74	0,09	-0,21	0,17	0,34	0,38	0,00

Facteurs de risque liés au mode de vie

		Pondération		1	2	3	
Type ass. publique	Pays	Litres d'alcool par année 15 ans et plus	Usage du tabac en % 15 ans et plus	Obésité autodéclarée en % IMC > 30	Obésité mesurée en % IMC > 30	Mode de vie global pondéré	
G	Canada	8,2	16,3	17,5	24,2	93,3	
N	France	12,0	23,3	12,9	„	97,3	
O	Allemagne	11,7	21,9	14,7	„	99,6	
G	Suède	7,3	14,0	12,9	„	74,0	
O	Suisse	10,0	20,4	8,1	„	75,1	
G	Royaume-Uni	10,2	21,5	20,0	26,1	113,2	
P	États-Unis	8,7	15,1	28,1	35,9	123,2	
G	Australie	10,3	15,1	21,3	24,6	104,4	
N	Autriche	12,2	23,2	12,4	„	95,8	
N	Belgique	10,8	20,5	13,8	„	93,2	
G	Danemark	10,3	20,0	13,4	„	90,5	
G	Finlande	9,7	19,0	15,6	20,2	94,5	
G	Irlande	11,9	29,0	15,0	23,0	114,9	
G	Italie	6,9	23,1	10,3	„	84,0	
O	Japon	7,3	19,5	3,0	3,5	55,3	
O	Pays-Bas	9,4	20,9	11,4	„	85,4	
G	Nouvelle-Zélande	9,6	18,1	21,0	27,8	108,8	
G	Norvège	6,6	19,0	10,0	„	74,6	
G	Portugal	11,4	18,6	15,4	„	94,8	
G	Espagne	11,4	26,2	16,0	„	111,8	
	Moy. 7	9,7	18,9	16,3	28,7	96,5	
	Moy. 13	9,8	20,9	13,7	19,8	92,9	
	Moy. 20	9,8	20,2	14,6	23,2	94,2	
	Moy. G	9,5	20,0	15,7	24,3	96,6	
	Moy. N	11,7	22,3	13,0		95,4	
	Moy. O	9,6	20,7	9,3	3,5	78,9	
	Moy. P	8,7	15,1	28,1	35,9	123,2	
	Corrélations						
	Mode de vie	0,55	0,21	0,86	0,94	1,00	
	% tous les emplois	-0,35	-0,30	-0,07	0,30	-0,24	
	% ass. publique	0,18	0,12	-0,35	-0,55	-0,27	
	SS en % du PIB	0,05	-0,27	0,45	0,59	0,32	
	SS/habitant PPA \$	-0,15	-0,29	0,32	0,62	0,16	
	Mortalité infantile	0,07	-0,18	0,71	0,84	0,62	
	APVP	0,24	-0,23	0,68	0,75	0,58	

Estimé

Mortalité

Type ass. publique	Pays	Mortalité infantile par 1 000 1990	Mortalité infantile par 1 000 2010	APVP toutes les causes par 100000 1990	APVP toutes les causes par 100 000 2010	APVP tous les cancers par 100 000	APVP système circulaire par 100 000	APVP système respiratoire par 100 000	APVP système endocrinien (c.-à-d., diabète) par 100 000	APVP système digestif (c.-à-d. foie) par 100 000
G	Canada	6,8	5,1	4 817	3 217	876	433	122	102	119
N	France	7,3	3,6	5 323	3 508	1 130	396	76	77	175
O	Allemagne	7,0	3,4	5 379	3 129	936	522	102	79	205
G	Suède	6,0	2,5	4 129	2 487	702	375	66	61	83
O	Suisse	6,8	3,8	4 671	2 749	833	350	57	56	103
G	Royaume-Uni	7,9	4,2	4 912	3 259	914	543	171	69	254
P	États-Unis	9,2	6,1	6 382	4 870	966	860	197	177	219
G	Australie	8,2	4,1	4 707	2 884	821	398	92	70	100
N	Autriche	7,8	3,9	5 290	3 208	903	464	70	136	195
N	Belgique	8,0	3,5	5 147	3 625	1 077	554	157	77	179
G	Danemark	7,5	3,4	5 566	3 689	1 120	503	121	134	282
G	Finlande	5,6	2,3	5 755	3 557	770	625	70	83	319
G	Irlande	8,2	3,8	5 116	2 978	865	465	98	68	142
G	Italie	8,1	3,4	4 579	2 666	927	392	67	78	110
O	Japon	4,6	2,3	3 653	2 616	768	443	101	43	111
O	Pays-Bas	7,1	3,8	4 324	2 738	1 016	392	95	73	90
G	Nouvelle-Zélande	8,4	5,2	5 803	3 548	971	550	141	141	65
G	Norvège	6,9	2,8	4 647	2 775	800	366	75	75	66
G	Portugal	10,9	2,5	6 617	3 462	1 065	384	120	73	200
G	Espagne	7,6	3,2	5 052	2 716	986	406	134	54	149
	OCDE 7	7,3	4,1	5 088	3 317	908	497	113	89	165
	OCDE 13	7,6	3,4	5 096	3 112	930	457	103	85	154
	OCDE 20	7,5	3,6	5 093	3 184	922	471	107	86	158
	Moy. G	7,7	3,5	5 142	3 103	901	453	106	84	157
	Moy. N	7,7	3,7	5 253	3 447	1 036	472	101	97	183
	Moy. O	6,4	3,3	4 507	2 808	888	427	89	63	127
	Moy. P	9,2	6,1	6 382	4 870	966	860	197	177	219
Corrélations										
	Mode de vie	0,62	0,62	0,65	0,58	0,38	0,55	0,61	0,47	0,37
	% tous les emplois	-0,39	-0,07	-0,19	0,05	-0,21	0,13	-0,09	0,12	0,08
	% ass. publique	-0,30	-0,03	-0,16	0,08	0,22	0,11	-0,05	-0,06	-0,01
	SS en % du PIB	0,31	0,63	0,44	0,71	0,36	0,61	0,48	0,65	0,19
	SS/habitant PPA \$	0,09	0,55	0,18	0,50	0,05	0,49	0,26	0,53	0,04
	Mortalité infantile	0,39	1,00	0,31	0,56	0,24	0,51	0,57	0,68	-0,08
	APVP	0,46	0,56	0,80	1,00	0,48	0,85	0,66	0,78	0,58

Espérance de vie des femmes

Type ass. publique	Pays	Espérance de vie des femmes à la naissance	Augmentation - 20 dernières années	Augmentation - 40 dernières années	Espérance de vie des femmes à 65 ans	Augmentation - 20 dernières années	Augmentation - 40 dernières années
G	Canada	83,1	2,3	7,0	21,5	1,6	4,2
N	France	84,7	3,8	9,2	22,6	2,8	5,8
O	Allemagne	83,0	4,5	9,4	20,9	3,2	6,0
G	Suède	83,5	3,1	6,4	21,1	2,1	4,3
O	Suisse	84,9	4,0	8,7	22,5	2,8	6,2
G	Royaume-Uni	82,6	4,1	7,6	20,9	3,0	4,9
P	États-Unis	81,1	2,3	6,4	20,3	1,4	3,3
G	Australie	84,0	3,9	9,8	21,8	2,8	6,2
N	Autriche	83,5	4,5	10,0	21,4	3,3	6,5
N	Belgique	83,0	3,5	8,7	21,3	2,5	5,9
G	Danemark	81,4	3,6	5,5	19,7	1,8	3,0
G	Finlande	83,5	4,5	8,5	21,5	3,7	7,1
G	Irlande	83,2	5,5	9,7	21,1	4,1	6,1
G	Italie	84,6	4,3	9,7	22,1	3,2	5,9
O	Japon	86,4	4,5	11,7	23,9	3,9	8,6
O	Pays-Bas	82,7	2,6	6,2	21,2	2,3	5,1
G	Nouvelle-Zélande	82,8	4,4	8,3	21,2	2,9	5,3
G	Norvège	83,3	3,4	5,8	21,2	2,5	4,4
G	Portugal	82,8	5,3	13,1	20,6	3,5	6,0
G	Espagne	85,3	4,7	10,5	22,7	3,4	6,7
	OCDE 7	83,3	3,4	7,8	21,4	2,4	5,0
	OCDE 13	83,6	4,2	9,0	21,5	3,1	5,9
	OCDE 20	83,5	3,9	8,6	21,5	2,8	5,6
	Moy. G	83,3	4,1	8,5	21,3	2,9	5,3
	Moy. N	83,7	3,9	9,3	21,8	2,9	6,1
	Moy. O	84,3	3,9	9,0	22,1	3,1	6,5
	Moy. P	81,1	2,3	6,4	20,3	1,4	3,3
Corrélations							
	Mode de vie	-0,50	0,10	-0,01	-0,44	-0,05	-0,27
	%Tous les emplois	-0,46	-0,50	-0,83	-0,45	-0,46	-0,53
	% ass. publique	0,21	-0,17	0,09	0,34	0,03	0,32
	SS en% du PIB	-0,50	-0,55	-0,31	-0,34	-0,60	-0,48
	SS/habitant PPA \$	-0,48	-0,67	-0,58	-0,35	-0,66	-0,57
	Mortalité infantile	-0,47	-0,45	-0,34	-0,29	-0,52	-0,49
	APVP	-0,67	-0,25	-0,20	-0,53	-0,39	-0,43

Espérance de vie des hommes

Type ass. publique	Pays	Espérance de vie des hommes à la naissance	Augmentation- 20 dernières années	Augmentation- 40 dernières années	Espérance de vie des hommes à 65 ans	Augmentation- 20 dernières années	Augmentation- 40 dernières années
G	Canada	78,5	4,1	9,4	18,3	2,6	4,6
N	France	78,0	5,2	10,0	18,4	2,9	5,5
O	Allemagne	78,0	6,0	10,5	17,8	3,8	5,9
G	Suède	79,5	4,7	7,5	18,2	2,9	4,2
O	Suisse	80,3	6,3	10,3	19,0	3,7	5,9
G	Royaume-Uni	78,6	5,7	9,9	18,3	4,3	6,3
P	États-Unis	76,2	4,4	9,1	17,7	2,6	4,6
G	Australie	79,5	5,6	12,1	18,7	3,7	6,5
N	Autriche	77,9	5,6	11,4	17,7	3,5	6,1
N	Belgique	77,6	4,9	9,8	17,5	3,3	5,5
G	Danemark	77,2	5,2	6,5	16,8	3,0	3,2
G	Finlande	76,9	5,9	10,4	17,3	3,7	6,0
G	Irlande	78,7	6,6	9,9	17,2	4,8	4,8
G	Italie	79,4	5,6	10,4	18,2	3,1	4,9
O	Japon	79,6	3,7	10,3	18,9	2,7	6,4
O	Pays-Bas	78,8	5,0	8,0	17,4	3,5	4,1
G	Nouvelle-Zélande	79,1	6,6	10,7	18,6	4,2	6,0
G	Norvège	79,0	5,5	7,8	18,0	3,4	4,4
G	Portugal	76,7	6,1	13,1	17,1	3,1	5,8
G	Espagne	79,1	5,7	9,9	18,3	3,1	5,0
	OCDE 7	78,4	5,2	9,5	18,2	3,3	5,3
	OCDE 13	78,4	5,5	10,0	17,8	3,5	5,3
	OCDE 20	78,4	5,4	9,9	18,0	3,4	5,3
	Moy. G	78,5	5,6	9,8	17,9	3,5	5,1
	Moy. N	77,8	5,2	10,4	17,9	3,2	5,7
	Moy. O	79,2	5,3	9,8	18,3	3,4	5,6
	Moy. P	76,2	4,4	9,1	17,7	2,6	4,6
Corrélations							
	Mode de vie	-0,44	0,39	0,23	-0,25	0,38	0,07
	%Tous les emplois	-0,07	-0,16	-0,77	-0,30	0,08	-0,51
	% ass. publique	-0,07	-0,32	0,00	0,09	-0,19	0,21
	SS en% du PIB	-0,51	-0,33	-0,16	-0,16	-0,39	-0,25
	SS/habitant PPA \$	-0,29	-0,29	-0,41	-0,11	-0,25	-0,38
	Mortalité infantile	-0,13	-0,04	0,00	0,15	0,07	-0,05
	APVP	-0,83	-0,08	0,02	-0,39	-0,15	-0,05

Pourcentage de la population qui s'estime en santé

Type ass. publique	Pays	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et +	Tous les âges	Faible revenu	Revenu élevé
G	Canada	95,0	93,5	85,6	75,6	88,1	77,6	94,1
N	France	91,0	82,2	62,8	41,6	68,4	57,2	78,0
O	Allemagne	90,6	81,5	58,4	38,1	64,7	51,5	78,1
G	Suède	90,0	87,3	76,4	62,7	79,2	77,8	88,4
O	Suisse	95,9	92,7	84,3	71,8	86,7		
G	Royaume-Uni	88,9	84,1	70,2	56,9	76,1		
P	États-Unis	96,5	92,7	83,8	75,4	89,8	75,6	96,2
G	Australie	93,2	90,7	82,0	68,4	84,9	75,3	92,5
N	Autriche	93,8	84,9	64,3	38,8	69,6	53,9	82,2
N	Belgique	93,5	86,3	72,4	56,5	76,7		
G	Danemark	94,6	79,5	68,1	56,5	71,2	65,0	82,2
G	Finlande	82,9	72,9	60,5		68,0		
G	Irlande	95,6	90,2	78,2	65,0	83,3	82,1	92,2
G	Italie	94,8	86,5	64,9	26,1	66,5	66,1	75,2
O	Japon	45,5	38,6	26,7	18,4	30,0	23,6	34,5
O	Pays-Bas	89,3	85,7	73,0	58,9	77,1		
G	Nouvelle-Zélande	92,2	91,2	89,7	83,2	89,7	89,7	93,2
G	Norvège	90,0	87,0	75,0	68,0	80,0	80,0	90,0
G	Portugal	84,4	70,9	38,9	11,5	49,3	34,9	66,1
G	Espagne	94,1	88,1	69,7	40,5	74,0		
	OCDE 7	92,6	87,7	74,5	60,3	79,0	67,9	87,0
	OCDE 13	88,0	81,0	66,4	49,3	70,8	63,4	78,7
	OCDE 20	89,6	83,3	69,2	53,4	73,7	65,0	81,6
	Moy. G	91,3	85,2	71,6	55,9	75,9	72,1	86,0
	Moy. N	92,8	84,5	66,5	45,6	71,6	55,6	80,1
	Moy. O	80,3	74,6	60,6	46,8	64,6	37,6	56,3
	Moy. P	96,5	92,7	83,8	75,4	89,8	75,6	96,2
Corrélations								
	Mode de vie	0,57	0,54	0,43	0,30	0,50	0,47	0,67
	% tous les emplois	0,09	0,12	0,31	0,54	0,31	0,45	0,37
	% ass. publique	-0,35	-0,33	-0,32	-0,23	-0,32	-0,57	-0,50
	SS en % du PIB	0,24	0,23	0,21	0,23	0,25	0,03	0,24
	SS/habitant PPA \$	0,32	0,37	0,43	0,50	0,46	0,31	0,45
	Mortalité infantile	0,49	0,60	0,68	0,66	0,67	0,56	0,63
	APVP	0,25	0,15	0,16	0,23	0,22	0,12	0,32

Annexe B

Brève discussion sur les corrélations

Dans les travaux de recherche relatifs aux soins de santé, la détermination du coefficient de corrélation entre au moins deux mesures des soins de santé est beaucoup utilisée.

La présente annexe illustre brièvement la détermination réelle du coefficient et la façon d'interpréter les résultats de la corrélation dans le contexte de ce rapport.

Corrélations

La corrélation entre deux séries de données est une méthode visant à tester si une série pourrait se comporter de façon semblable à l'autre. Plus spécifiquement, est-ce que l'augmentation des valeurs de l'une des séries *est en corrélation* avec une augmentation ou une diminution des valeurs de l'autre série?

Le présent rapport introduit l'indice du mode de vie. Est-ce qu'il *est en corrélation* avec d'autres mesures des soins de santé? Dans l'exemple ci-dessous, les valeurs de l'indice du mode de vie sont testées en fonction des taux de la mortalité infantile.

Type ass. publique	Pays	Indice du mode de vie	Mortalité infantile par 1 000 2010
G	Canada	93,3	5,1
N	France	97,3	3,6
O	Allemagne	99,6	3,4
G	Suède	74,0	2,5
O	Suisse	75,1	3,8
G	Royaume-Uni	113,2	4,2
P	États-Unis	123,2	6,1
G	Australie	104,4	4,1
N	Autriche	95,8	3,9
N	Belgique	93,2	3,5
G	Danemark	90,5	3,4
G	Finlande	94,5	2,3
G	Irlande	114,9	3,8
G	Italie	84,0	3,4
O	Japon	55,3	2,3
O	Pays-Bas	85,4	3,8
G	Nouvelle-Zélande	108,8	5,2
G	Norvège	74,6	2,8
G	Portugal	94,8	2,5
G	Espagne	111,8	3,2

Moyenne	94,2	3,6
---------	------	-----

Corrélation avec		
Mode de vie	1,00	0,62

Un examen visuel des deux séries de données semble indiquer que des taux de mortalité infantile peu élevés vont de pair avec de faibles indices du mode de vie comme en Suède et au Japon.

Par ailleurs, un indice du mode de vie élevé est synonyme d'un taux de mortalité infantile élevé comme aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande.

Au Canada, le taux de mortalité infantile est élevé, mais l'indice du mode de vie est légèrement inférieur à la moyenne.

Il semble donc que les valeurs de l'indice du mode de vie sont en corrélation dans une certaine mesure avec les taux de mortalité infantile.

Il est possible de déterminer la mesure dans laquelle la corrélation est forte à l'aide des formules mathématiques suivantes pour la valeur du coefficient de corrélation r où L représente la valeur de l'indice du mode de vie et Q , le taux de mortalité infantile, et pour chaque valeur de L et Q :

$$x = L - (\text{Moyenne de } L)$$

$$y = Q - (\text{Moyenne de } Q)$$

$$r = \sum xy / \sqrt{(\sum x^2)(\sum y^2)}$$

Un exemple concret du calcul du coefficient de corrélation de L et Q figure plus loin dans la présente annexe.

Les valeurs du coefficient de corrélation r varieront entre -1 et 1 .

Si la valeur se rapproche de zéro, il n'y a aucune corrélation entre les deux séries de données. Si elle se rapproche de 1 , il y a une forte corrélation, les valeurs élevées d'une série de données ayant tendance à aller de pair avec celles de l'autre série. Si la valeur se rapproche de -1 , il y a une forte corrélation, les valeurs élevées d'une série de données ayant tendance à aller de pair avec les faibles valeurs de l'autre série de données.

Habituellement, les valeurs inférieures à $-0,50$ ou supérieures à $+0,50$ indiquent un certain niveau de corrélation des deux séries de données. Cependant, cela ne signifie pas nécessairement qu'une série de données dépend des valeurs de l'autre puisque plusieurs autres facteurs pourraient influencer sur les résultats.

Exemples de corrélations inférieures à $-0,50$ ou supérieures à $+0,50$:

- Indice du mode de vie c. mortalité infantile à $0,62$. Les valeurs moins élevées de l'indice du mode de vie ont tendance à aller de pair avec les taux de mortalité infantile moins élevés et les valeurs du mode de vie plus élevées, avec les taux de mortalité infantile plus élevés.
- Indice du mode de vie c. espérance de vie des hommes à $-0,51$. Les valeurs moins élevées de l'indice du mode de vie ont tendance à aller de pair avec les espérances de vie plus élevées et les valeurs de l'indice plus élevées, avec les espérances de vie moins élevées.

Calcul du coefficient de corrélation des valeurs L c. Q

L	Q	Y	Y	x * y	x ^2	y^2
		L-moy.(L)	Q-moy.(Q)			
93,3	5,1	-0,9	1,5	1,288 -	0,78	2,12
97,3	3,6	3,1	0,0	0,140-	9,70	0,00
99,6	3,4	5,4	-0,2	1,327-	29,32	0,06
74,0	2,5	-20,2	-1,1	23,112	407,43	1,31
75,1	3,8	-19,1	0,2	2,958-	364,24	0,02
113,2	4,2	19,0	0,6	10,553	361,57	0,31
123,2	6,1	29,0	2,5	71,232	841,87	6,03
104,4	4,1	10,2	0,5	4,648	104,35	0,21
95,8	3,9	1,6	0,3	0,412	2,61	0,07
93,2	3,5	-1,0	-0,1	0,143	0,97	0,02
90,5	3,4	-3,7	-0,2	0,903	13,58	0,06
94,5	2,3	0,3	-1,3	0,424-	0,10	1,81
114,9	3,8	20,7	0,2	3,211	429,11	0,02
84,0	3,4	-10,2	-0,2	2,495	103,73	0,06
55,3	2,3	-38,9	-1,3	52,300	1 512,04	1,81
85,4	3,8	-8,8	0,2	1,362-	77,18	0,02
108,8	5,2	14,6	1,6	22,726	213,60	2,42
74,6	2,8	-19,6	-0,8	16,549	383,57	0,71
94,8	2,5	0,6	-1,1	0,704-	0,38	1,31
111,8	3,2	17,6	-0,4	7,839-	310,29	0,20

	L	Q
Total	1 883,7	72,9
Moyenne	94,2	3,6

A	B	C
192,2	5 166,4	18,6

Corrélation de L vs. Q	=	A / (B x C)^,5	=	0,62
-------------------------------	----------	-----------------------	----------	-------------

Annexe C

Exemples de modèles de financement de sept régimes de soins de santé publics

Dans cette section, les modèles de financement utilisés dans les sept pays suivants sont brièvement décrits :

- Canada, France, Allemagne, Suède, Suisse, Royaume-Uni et États-Unis.

Ces pays ont été choisis car ils sont souvent mentionnés dans les comparaisons avec le système canadien de soins de santé. Ils illustrent également les trois méthodes de financement.

L'aperçu que voici présente les principales caractéristiques propres au modèle des soins de santé de chaque pays sans être trop détaillé.

Seuls les programmes de soins de santé qui sont en vigueur depuis quelques années sont décrits. Il n'est donc pas question des dispositions de l'Affordable Care Act des É.-U.

PROFIL DES SOINS DE SANTÉ : CANADA

Protection

Au Canada, le programme national d'assurance-santé, souvent désigné « assurance-maladie », offre une protection à tous les résidents légaux du Canada. Chaque province administre son propre régime et reçoit du financement de l'administration fédérale.

Pour obtenir du financement fédéral, chaque province doit également adhérer aux principes fondamentaux de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), dont voici un aperçu :

- gestion publique avec capacité d'impartir certains services administratifs;
- intégralité et doit couvrir tous les services de base médicalement nécessaires donnés dans les hôpitaux et par les médecins et les services de diagnostic ainsi que les médicaments administrés dans les hôpitaux;
- universalité et couvrir tous les résidents après une période de carence de 90 jours;
- transférabilité pour permettre aux résidents de se déplacer d'une province à l'autre—de façon temporaire ou permanente sans que la protection ne soit interrompue;
- offrir un accès satisfaisant à tous les bénéficiaires—avec indemnités pour les régions isolées;
- rémunération raisonnable versée aux fournisseurs;
- ne pas autoriser la surfacturation pour les services de base.

Les provinces peuvent ajouter certaines prestations (p. ex., services paramédicaux et médicaments). Toutes les provinces offrent une assurance médicaments aux aînés de 65 ans et plus.

Il y a habituellement une coassurance pour la couverture des médicaments.

Des programmes distincts existent pour les Forces armées et les membres des Premières Nations et les Inuit.

L'assurance privée n'est pas autorisée pour les services des hôpitaux, des médecins et de diagnostic de base médicalement nécessaires. D'autres dépenses comme les médicaments et les soins dentaires sont soit payées par le patient et non remboursées soit couvertes par une assurance privée conformément au régime de l'employeur ou d'un régime individuel.

Les provinces offrent une couverture supplémentaire aux bénéficiaires de l'aide sociale.

Financement

Le financement se fait sur le modèle de financement gouvernemental des services. Les fonds proviennent des taxes et impôts généraux et à valeur ajoutée, fédéraux et provinciaux, et des charges sociales pour la santé pour certaines provinces avec affectation limitée des impôts. Une fois l'an, le gouvernement fédéral transfère des fonds aux provinces en vertu du Transfert canadien en matière de santé (TCS).

Quelques provinces perçoivent d'autres fonds sous forme de primes mensuelles.

Remboursement aux fournisseurs

Hôpitaux : La plupart des hôpitaux sont publics ou à but non lucratif. Chacun reçoit un budget annuel établi conformément à des ententes de responsabilité et de services conclues entre la province et chaque hôpital en fonction des services qu'ils offrent, de leurs installations de formation universitaire et de leurs activités de recherche. Il y a peu d'incitatifs en fonction des objectifs de rendement (p. ex., temps d'attente à l'urgence).

Médecins et spécialistes : Environ 70 % sont rémunérés à l'acte selon un barème des honoraires que chaque province négocie avec l'association médicale provinciale. D'autres médecins sont rémunérés par les hôpitaux, par cession ou par capitation.

Diagnostics en dehors des hôpitaux : Rémunération à l'acte selon le barème des honoraires que chaque province négocie avec les associations provinciales.

Médicaments en dehors des hôpitaux : Couverture conforme au formulaire provincial avec normes concernant le coût maximal des médicaments génériques par rapport au prix des médicaments d'origine. Tel que déjà mentionné, cette couverture des médicaments est surtout offerte aux aînés.

Ambulance : Service exploité par chaque province, sauf dans quelques grandes municipalités où le service ambulancier fait partie des équipes d'intervention d'urgence.

Maisons publiques de soins infirmiers : Budget annuel établi conformément à l'entente de responsabilité et de services conclue par la province avec chaque établissement en fonction des services qu'il offre. Les résidents déboursent des frais mensuels selon leur revenu.

Maisons privées de soins infirmiers : Les résidents recevront de la province une subvention mensuelle établie selon leur revenu.

Loi canadienne sur la santé

<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/2011-cha-lcs-ar-ra/index-fra.php>

Renvoi pour la province de l'Ontario en ce qui concerne l'admissibilité

http://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ohip/ohip_eligibility.aspx

Renvoi au budget fédéral canadien

<http://www.fin.gc.ca/fedprov/mtp-fra.asp>

PROFIL DES SOINS DE SANTÉ : ÉTATS-UNIS

Les profils des régimes Medicare et Medicaid ne tiennent pas compte de la mise en œuvre de l’Affordable Care Act.

MEDICARE : RÉGIME FÉDÉRAL

Couverture

Le régime Medicare offre une protection aux aînés (65 ans et plus), aux bénéficiaires des prestations sociales mensuelles d’invalidité et aux personnes qui souffrent d’une maladie rénale en phase terminale.

La Partie A de Medicare paye les soins fournis à l’hôpital, par les agences de soins à domicile et par les centres de soins infirmiers et les centres de soins palliatifs. Les services de la Partie A sont offerts sans primes à la plupart des personnes admissibles (bénéficiaires anciens ou actuels des prestations de sécurité sociale); les autres aînés peuvent volontairement payer une prime pour la couverture.

La Partie B contribue à payer notamment les services de médecin, de consultation en clinique externe et des agences de soins à domicile. Pour être couverts par la Partie B, tous les bénéficiaires admissibles doivent verser une prime mensuelle.

La Partie D est facultative et contribue à payer les médicaments d’ordonnance qui ne sont pas couverts par les Parties A ou B. La Partie D offre l’accès subventionné à une couverture d’assurance pour les médicaments d’ordonnance sur une base volontaire à tous les bénéficiaires sur paiement d’une prime mensuelle.

Les bénéficiaires payent les franchises et la coassurance ainsi que ce qui n’est pas couvert par les parties A, B ou D.

La Partie C (programme Medicare Advantage) élargit les options offertes aux bénéficiaires par les parties A, B et D en leur permettant d’acquérir leur couverture Medicare par le biais de régimes de soins de santé du secteur privé, les régimes privés étant remboursés par Medicare pour leurs composantes. Le bénéficiaire peut ainsi acheter de l’assurance supplémentaire et couvrir certaines franchises et des éléments non couverts par Medicare.

Les adhérents à faible revenu peuvent être admissibles à des subventions de primes et/ou de partage des coûts par l’entremise de Medicaid.

Le programme Medicare couvre 95 % de la population de plus de 65 ans ainsi que les bénéficiaires de prestations sociales d’invalidité. La Partie A couvre 47 millions d’adhérents, la Partie B, 44 millions et la Partie D, 34 millions.

Financement

Le programme Medicare est financé selon le modèle de financement par assurance nationale et le modèle de financement gouvernemental des services quand les primes dépassent les seuils énoncés ci-après.

Toutes les opérations financières de Medicare sont exécutées au moyen de deux fonds de fiducie, l'un pour l'assurance hospitalisation (Partie A) et l'autre pour l'assurance maladie complémentaire (répartie entre les parties B et D). Tous les revenus sont portés au crédit de ces fonds de fiducie, qui sont des comptes spéciaux du Trésor américain, et toutes les dépenses au titre des prestations et de l'administration leur sont imputées. Les fonds de fiducie ne peuvent être utilisés à aucune autre fin et un fonds ne peut servir à financer l'autre.

La Partie A est financée au moyen de charges salariales (à l'heure actuelle, 1,45 % pour l'employé et 1,45 % pour l'employeur) dans le but de conserver les liquidités des fonds pour au moins les 10 prochaines années.

Les parties B et D sont financées à l'aide des primes versées par les bénéficiaires admissibles et les recettes fiscales générales. Les primes des bénéficiaires sont limitées à 25 % des coûts annuels projetés.

Remboursement aux fournisseurs

Partie A : La plupart des services de soins hospitaliers sont payés en vertu d'un mécanisme de remboursement connu sous le nom de système de paiement prospectif (SPP) en se fondant sur les groupes liés au diagnostic (GLD). Chaque GLD a un montant précis déterminé au préalable qui lui est associé et qui sert de base pour le paiement. Un certain nombre d'ajustements sont apportés à ce montant afin de calculer le paiement pour le séjour de chaque patient. Il y a certains ajustements pour des séjours à l'hôpital extraordinairement dispendieux et d'autres situations.

Les paiements de la Partie A pour les soins infirmiers spécialisés, les soins à domicile, les soins de réhabilitation pour les patients hospitalisés, les soins de longue durée en centre hospitalier, les soins psychiatriques pour les personnes hospitalisées et les soins palliatifs sont faits en vertu d'un SPP distinct.

Les médecins qui participent à la Partie B sont rémunérés selon le barème de Medicare et ne sont pas autorisés à surfacturer les bénéficiaires. Les bénéficiaires qui choisissent de faire appel à un médecin qui ne participe pas à la Partie B doivent d'abord acquitter la facture puis demander remboursement à Medicare d'après le barème de Medicare.

Les services autres que de médecin de la Partie B, par exemple, les soins à domicile, sont remboursés en vertu du même SPP que pour la Partie A ci-dessus.

Les services hospitaliers en clinique externe de la Partie B sont remboursés en vertu d'un SPP distinct et la plupart des paiements pour les services ambulanciers et de laboratoires cliniques s'appuient sur des barèmes d'honoraires.

Les frais des appareils médicaux durables de la Partie B étaient payés selon une grille tarifaire ces dernières années, mais depuis le 1^{er} janvier 2011, ils sont payés conformément à un appel d'offres concurrentiel dans certaines régions. Ce mécanisme concurrentiel sera élargi à toutes les régions au cours des prochaines années.

Les régimes *Medicare Advantage* ont habituellement été payés par capitation, ce qui signifie qu'un montant mensuel fixe par participant déterminé au préalable est versé au régime, sans égard au nombre réel et à la nature des services utilisés par les participants. Les mécanismes servant à établir le montant des paiements ont évolué avec le temps. En 2006, Medicare a commencé à verser aux régimes des taux de paiement de capitation déterminés par appel d'offres concurrentiel. En ce qui concerne la Partie D, chaque mois et pour chaque participant, Medicare verse aux régimes de médicaments de la Partie D (RMO autonomes et les portions des médicaments sur ordonnance des régimes Medicare Advantage) leur soumission ajustée selon les risques moins la prime de l'adhérent. Les régimes reçoivent également des paiements correspondant aux primes et aux montants du partage des coûts pour certains bénéficiaires à faible revenu pour lesquels ces volets sont réduits ou exclus. Conformément à la disposition de réassurance, les régimes reçoivent des paiements jusqu'à concurrence de 80 % des coûts dans la catégorie de la couverture de catastrophe.

MEDICAID : RÉGIME FÉDÉRAL/DES ÉTATS

Couverture

Medicaid fournit une assistance médicale à certains individus et familles à faible revenu et ressource.

À l'intérieur de normes nationales générales établies par des lois, règlements et politiques fédéraux, chaque État définit ses propres normes d'admissibilité, détermine le type, le montant, la durée et l'étendue des services, établit les taux de paiement des services et gère son propre programme. Les politiques de Medicaid en matière d'admissibilité, de services et de paiements sont complexes et différent considérablement même parmi les États de taille semblable ou proches géographiquement. Une personne qui est admissible à Medicaid dans un État ne le sera peut-être pas dans un autre, et les services fournis par un État peuvent varier considérablement en termes de montant, durée ou étendue par rapport à un État voisin ou de même taille. De plus, les assemblées législatives des États peuvent en tout temps changer les critères d'admissibilité à Medicaid, ses services et(ou) ses remboursements.

Pour recevoir des fonds fédéraux, un État doit couvrir à tout le moins une liste précise de catégories de bénéficiaires (p. ex., enfants de familles à faible revenu).

Un État peut également choisir d'ajouter des catégories et recevoir des fonds fédéraux (p. ex., personnes qui ont besoin de soins médicaux dont le revenu moins leurs frais médicaux est inférieur à la norme sur le revenu des personnes ayant besoin de soins médicaux de cet État).

Chaque État peut imposer des franchises nominales, une coassurance ou une quote-part à certains bénéficiaires de Medicaid pour certains services. Cependant, aucun partage des coûts n'est autorisé pour les services d'urgence et de planification familiale, les femmes enceintes, les enfants de moins de 18 ans et les patients des hôpitaux et des maisons de soins infirmiers qui devraient contribuer la majeure partie de leur revenu aux soins institutionnels.

Financement

Le financement s'appuie sur le modèle de financement gouvernemental des services, le gouvernement fédéral payant au moins 50 % du coût de Medicaid pour les bénéficiaires et les services admissibles. Les États peuvent payer les fournisseurs à l'acte ou conformément à diverses ententes de paiement préalable, par exemple, les organisations de soins de santé intégrés (OSSI).

Les taux de paiement aux fournisseurs doivent être suffisants pour qu'il y en ait suffisamment de façon à ce que les services couverts soient disponibles à tout le moins dans la même mesure que des soins et services comparables sont disponibles pour la population en général dans la région géographique. Les fournisseurs qui participent à Medicaid doivent accepter ces taux de paiement comme paiement intégral.

Chacun des États doit effectuer des paiements supplémentaires aux hôpitaux admissibles qui fournissent des services aux patients hospitalisés à un nombre disproportionné de bénéficiaires de Medicaid et(ou) à d'autres personnes à faible revenu ou non assurées.

Référence pour Medicare et Medicaid

<http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/MedicareProgramRatesStats/downloads/MedicareMedicaidSummaries2011.pdf>

PROFIL DES SOINS DE SANTÉ : ALLEMAGNE

Qui est couvert?

En vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie étatique*, tous les citoyens et résidents de l'Allemagne sont tenus d'avoir une assurance maladie.

Qu'est-ce qui est couvert?

Traitements médicaux et dentaires; traitement hospitalier; médicaments, compresses, traitement complémentaire comme des massages et appareils d'aide comme appareils auditifs et fauteuils roulants; aide à la maison si la personne assurée a un enfant de moins de 12 ans vivant à la maison et doit être hospitalisée et n'est donc pas en mesure de s'occuper de la maisonnée; soins infirmiers à domicile si cela permet d'éviter ou de raccourcir un séjour à l'hôpital; traitement orthodontique jusqu'à l'âge de 18 ans; mesures de prévention et réhabilitation et soins de longue durée pour les personnes âgées.

Certains coûts de soins de santé et certaines factures de médecins ont une coassurance et des franchises.

Quel est le coût et comment est-il payé?

Le financement se fait selon une combinaison des modèles de financement par assurance privée obligatoire et par assurance nationale. Il y a trois options pour la couverture obligatoire : (1) assurance santé étatique (fournie par l'État) obligatoire pour les employés dont le revenu brut est inférieur à 48 600 euros par année (en date de janvier 2010), (2) assurance santé privée pour ceux dont le revenu est supérieur et (3) une combinaison assurance de l'État et assurance privée.

L'employeur et l'employé acquittent chacun la moitié du montant des primes en pourcentage de la masse salariale. Ceux qui optent pour l'assurance privée peuvent demander à l'employeur de verser sa part des primes qu'il aurait versée au régime étatique obligatoire à leur régime privé.

Le régime d'assurance santé de l'État est administré par des fonds d'assurance santé locaux qui utilisent les fonds affectés par habitant assuré par leur fonds. Chaque fonds conclut avec les associations régionales de médecins des contrats pour les services sur une base par habitant. Les hôpitaux sont financés sur une base de GLD.

L'assurance privée est-elle disponible?

Une assurance privée additionnelle est disponible pour compléter la couverture obligatoire.

Autres observations

Même si les fournisseurs sont surtout payés par capitation, l'Allemagne a un fort taux d'utilisation des services de médecins et des hôpitaux.

Sources:

OCDE (2011), *Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE*, OECD Publishing.

<http://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/49105873.pdf>

Health Care Systems in Transition

(Allemagne) : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/80703/E85472.pdf

PROFIL DES SOINS DE SANTÉ : FRANCE

Qui est couvert?

Les citoyens français sont couverts une fois qu'ils adhèrent au système de sécurité sociale, qui comprend la prestation des soins de santé publics. Les travailleurs sont associés à l'un des sept fonds responsables de la prestation des soins. Le fonds le plus important couvre plus de 80 % de la population. Les travailleurs autonomes et les travailleurs agricoles ont tous deux des fonds distincts.

Qu'est-ce qui est couvert?

La plupart des services de médecins, de spécialistes, hospitaliers et médicaux sont couverts. Les assurés peuvent choisir le fournisseur, sans passer par un médecin, cependant le pourcentage remboursé peut être moindre selon la façon choisie pour accéder aux services. Il y a une combinaison importante quant à la prestation des soins de santé par le secteur privé et le secteur public. Il y a peu de différences dans la qualité et le coût des services publics et privés et dans l'accès à ceux-ci.

Quel est le coût et comment est-il payé?

Le financement se fait selon le modèle de financement par assurance nationale. En 2009, les dépenses en santé totalisaient 11,8 % du PIB. La portion publique du système est financée par les cotisations sociales versées par les travailleurs, y compris les travailleurs autonomes, et les recettes fiscales générales. La cotisation sociale globale pour un employé représente environ 20 % du salaire brut, dont au moins 25 % sont affectés aux soins de santé. En outre, les soins ne sont pas gratuits au point de service. Les assurés acquittent la facture et reçoivent un remboursement correspondant à un taux variant de 60 % à 70 % des tarifs types moins des frais d'administration peu élevés du traitement des remboursements. Les frais sont souvent supérieurs au tarif, particulièrement dans certaines régions comme Paris et la Côte d'Azur.

L'assurance privée est-elle disponible?

L'assurance privée est disponible et les assurés en souscrivent fréquemment une pour couvrir la coassurance associée aux soins de santé publics. De l'assurance supplémentaire peut aussi être achetée.

Autres observations

En 2000, le système français était le meilleur au monde selon l'Organisation mondiale de la santé. Le temps d'attente est court, voire inexistant. La diversité de la prestation privée et publique vaut la peine d'être soulignée. On a souligné des différences dans la répartition géographique des ressources en santé et l'inégalité des résultats en matière de santé selon la classe sociale dans toute la France.

Sources :

Soins de santé en France : <http://www.frenchentree.com/fe-health/>

Le système français des soins de santé : <http://www.medicalnewstoday.com/articles/9994.php>

The Health Care System under French National Health Insurance: Lessons for Health Reform in the United States : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447687/>

PROFIL DES SOINS DE SANTÉ : ROYAUME-UNI

Il y a certaines différences mineures entre l'Angleterre, l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord. Cette description est exacte pour l'Angleterre, là où vit la majorité de la population.

Qui est couvert?

Tous les résidents sont couverts par le régime du National Health Service (NHS).

Qu'est-ce qui est couvert?

Le NHS couvre les services de prévention, les soins donnés par les spécialistes dans les hôpitaux aux patients hospitalisés et en clinique externe; les services de médecins; les médicaments administrés aux patients hospitalisés et en clinique externe; les soins dentaires, les soins de santé mentale, les difficultés d'apprentissage et la réadaptation.

Quel est le coût et comment est-il payé?

Le financement se fait selon le modèle de financement gouvernemental des services. Les fonds prévus au budget proviennent des recettes fiscales générales. En 2010, les dépenses en santé totalisaient 9,6 % du PIB. Le fait que la plupart des services sont exécutés sans frais au point de service constitue un principe important du système. Une coassurance peut être requise dans certaines situations, par exemple, de nombreux services dentaires et certaines ordonnances. Les personnes à faible revenu peuvent recevoir une aide financière pour s'acquitter de ces frais.

La rémunération des médecins est une combinaison de rémunération, capitation et rémunération à l'acte. Les hôpitaux sont remboursés selon les modèles des GLD.

L'assurance privée est-elle disponible?

L'assurance privée peut remplacer le régime du NHS et est offerte par des assureurs à but lucratif et à but non lucratif. Les personnes qui choisissent de souscrire une assurance privée peuvent choisir les spécialistes, évitent l'attente pour les chirurgies électorales et jouissent de plus de confort et d'intimité qu'avec le NHS. Elle ne représente que 7,9 % du total des dépenses en soins de santé.

Autres observations

En fonction du nombre d'employés, le NHS est le service de santé le plus important du monde et l'un des plus gros employeurs au monde. Il est organisé en fiducies. Les fiducies de soins primaires sont des organismes locaux qui contrôlent environ 83,2 % du budget total du NHS. Ils supervisent les omnipraticiens et les dentistes du NHS.

Source :

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/Pages/NHSEngland.aspx>

PROFIL DES SOINS DE SANTÉ : SUÈDE

Qui est couvert?

Tous les résidents suédois sont couverts par le régime public de soins de santé.

Qu'est-ce qui est couvert?

Le régime public couvre les traitements médicaux, les traitements à l'hôpital, le transport, les traitements supplémentaires, les médicaments et les soins dentaires. Des frais d'utilisation et une coassurance, assujettis à un montant maximal annuel, s'appliquent à tous les résidents de 20 ans et plus.

Quel est le coût et comment est-il payé?

Les soins de santé relèvent principalement des 21 conseils/régions de la Suède. Le financement se fait selon le modèle de financement gouvernemental des services et les fonds proviennent des recettes fiscales générales.

Les mécanismes de paiement aux fournisseurs varient d'un comté à l'autre. Les installations de soins primaires sont habituellement payées par capitation pour les patients qui y sont inscrits et des frais à l'acte et des paiements fondés sur le rendement complètent le tout. Les travailleurs en soins de santé, par exemple, médecins, infirmières et autres catégories de personnel, à l'emploi des secteurs public et privé, sont principalement des employés salariés.

L'assurance privée est-elle disponible?

L'assurance privée individuelle est limitée et sert principalement à accéder rapidement à un spécialiste en soins ambulatoires et à éviter les listes d'attente pour un traitement électif. Elle ne représente que 1,8 % du total des dépenses en soins de santé et ce sont surtout les employeurs qui en acquittent les frais afin que leurs employés aient rapidement accès à des services médicaux.

Cependant, en 2010, la Suède a légiféré la garantie de services, c'est-à-dire contact immédiat (sans délai) avec le système de soins de santé pour consultation; rendez-vous chez un omnipraticien dans les sept jours, consultation avec un spécialiste dans les 90 jours et attente d'au plus 90 jours après un diagnostic pour recevoir le traitement.

Autres observations

En 2010, les dépenses totales en santé représentaient 9,6 % du PIB et sont financées à raison de 81,0 % par des fonds publics. L'assurance privée est minime à 2,2 % des coûts des soins de santé. Le solde, soit 16,8 %, représente surtout les frais d'utilisation pour les professionnels en médecine et les hôpitaux, avec une coassurance progressive pour les médicaments sur ordonnance et les services dentaires.

Le nombre d'emplois dans les domaines des soins de santé et des services sociaux est élevé, représentant 15,7 % de tous les emplois en Suède.

Source :

<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/news/news/2012/05/new-hit-health-system-review-on-sweden>

PROFIL DES SOINS DE SANTÉ : SUISSE

Qui est couvert?

Tous les résidents sont obligés d'être couverts par une assurance maladie de base; cependant, il faut s'inscrire auprès d'un fournisseur d'assurance dans les trois mois suivant son arrivée en Suisse. Chaque personne a sa propre assurance.

Qu'est-ce qui est couvert?

L'assurance obligatoire de base couvre les traitements médicaux, les traitements dans les hôpitaux, le transport, les traitements supplémentaires, les médicaments et les traitements dentaires, même si des restrictions et des limites s'appliquent aux services de ces catégories, principalement aux traitements supplémentaires, aux médicaments et aux traitements dentaires. Il n'existe pas de liste des traitements médicaux couverts, mais le paiement de ces traitements est évalué en fonction de l'efficacité, de la pertinence et de l'efficacité. Pour les séjours dans les hôpitaux, les salles communes sont couvertes. Le transport est assujéti à des frais de coassurance et à un plafond annuel.

Quel est le coût et comment est-il payé?

Le financement se fait selon le modèle de financement par assurance obligatoire. En 2009, le total des dépenses en santé représentait 11,4 % du PIB. Les assureurs appliquent un système de tarification communautaire pour l'assurance de base, sans ajustement en fonction des risques. Toutes les polices sont assujétiées à une franchise et diverses franchises sont offertes afin de réduire les primes. Si le taux de prime de l'assurance obligatoire de base représente plus de 8 % du revenu d'une famille, l'état peut offrir une aide financière pour payer ces primes. La prestation de certains services est également assujétiée à des coassurances et des limites. Les recettes fiscales servent à payer certains services de santé.

L'assurance privée est-elle disponible?

L'assurance privée est disponible pour la couverture supplémentaire et l'assuré doit acquitter la totalité des frais.

Autres observations

La qualité des soins est jugée élevée et les soins sont prodigués de façon uniforme sans égard au revenu. En règle générale, les Suisses réclament un état de santé optimal tout au long de leur vie et sont disposés à payer pour l'obtenir. Les assureurs offrent l'assurance obligatoire de base sur une base sans but lucratif. Il y a beaucoup de concurrence entre les assureurs et les fournisseurs. La responsabilité des soins de santé incombe au canton (c.-à-d. province ou état) et il y a donc certaines différences mineures d'une région à l'autre.

Sources :

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/96411/E68670.pdf

The Swiss Health Care System (2002) : www.civitas.org.uk/pdf/Switzerland.pdf