



GCCSS

Groupe canadien pour un consensus en soins de santé

GCCSS commentaire numéro 5 • octobre 2007

Le potentiel du secteur privé en soins de santé au Canada

A-t-il à voir avec le réchauffement climatique?

Brian Ferguson, Ph.D
Department of Economics, Université de Guelph
et Atlantic Institute for Market Studies

« Au contraire, l'homme du système est susceptible par suffisance de se trouver très sage, et il est souvent à ce point amoureux de la beauté supposée de son plan idéal de gouvernement qu'il est incapable de souffrir la moindre déviation par rapport à n'importe laquelle de ses parties. Il cherche à l'établir complètement et dans toutes ses parties, sans se soucier des grands intérêts ou des puissants préjugés qui pourraient s'y opposer. Il semble imaginer qu'il est capable de disposer les différents membres d'une grande société aussi aisément que la main dispose les différentes pièces sur un échiquier. Il ne s'aperçoit pas que

Les membres du Groupe canadien pour un consensus en soins de santé (GCCSS) ont uni leurs forces afin de constituer une tribune pour discuter de plans audacieux, réfléchis et pratiques pour une véritable réforme du système de santé et démontrer qu'il existe bel et bien un consensus naissant entre des observateurs convaincus de la nécessité de la réforme sur la direction que doit prendre une véritable réforme. Le GCCSS, sous l'égide de l'Atlantic Institute for Market Studies (AIMS, www.aims.ca), se compose de médecins praticiens, d'anciens ministres de la santé, d'anciens présidents de l'Association médicale canadienne et d'associations provinciales de médecins et d'hôpitaux, d'universitaires et de spécialistes en politique des soins de santé qui ont tous signé la Déclaration de principes.

Cet article fait partie d'une série de documents de travail préparés pour le GCCSS, qui visent à contribuer à ce nouveau débat. Ces articles ne représentent pas la position officielle du Groupe et ne sont pas des documents de consensus; leur but est plutôt de servir de point de départ pour le débat, qui aura lieu en partie sur le site Web du Groupe (www.consensusgroup.ca). Les premiers articles traiteront de certains aspects du débat « public-privé », tandis que les suivants considéreront des questions soulevées dans les documents du Groupe.

les pièces sur l'échiquier n'ont d'autre principe de mouvement que celui que la main leur imprime, alors que sur le grand échiquier de la société humaine, chaque pièce a un principe de mouvement propre, entièrement différent de celui que le législateur pourrait choisir de lui imprimer. Si ces deux principes coïncident et agissent dans la même direction, le jeu de la société humaine se déroulera aisément et harmonieusement, avec de grandes chances d'être heureux et réussi. S'ils sont opposés ou différents, le jeu se déroulera misérablement, et la société sera toujours au plus haut point désordonnée. »

- Adam Smith, Théorie des sentiments moraux, Sixième partie, Section II, chap.II, p. 324, Paris, PUF 1999.

Introduction

La contribution la plus utile peut-être du jugement Chaoulli de la Cour suprême aura été de contraindre le débat politique à devenir un véritable débat, état de choses que les Canadiens n'avaient pas connu depuis assez longtemps. Les commentaires de la Cour indiquaient que les allégations selon lesquelles nous serions inévitablement menacés d'un désastre si des changements appréciables étaient apportés à la structure de l'assurance maladie, devront, à l'avenir, être soutenues par des arguments autres que la conviction affichée par le conférencier. Du fait que l'appel au pouvoir judiciaire pour l'élaboration de la politique s'étant vu affaibli, il semble raisonnable d'espérer qu'il sera remplacé par un concept et une utilisation de données plus rigoureux que ce ne fut le cas dans le débat sur la politique canadienne ces dernières années. Avec un peu de chance, le jugement Chaoulli devrait paver la voie à un débat de la politique sur l'avenir du système de soins de santé au Canada, fondé sur de meilleures données.

Le présent document a pour objet d'examiner quelques-uns des arguments formulés par le passé concernant les effets d'un rôle accru du secteur privé dans les soins de santé au Canada, connu généralement sous cette appellation. Nous espérons pouvoir dissiper une certaine confusion qui a envahi la pensée traditionnelle et établir un cadre d'analyse visant à déterminer si un accroissement de la participation du secteur privé est susceptible ou non d'apporter une contribution appréciable au système de soins de santé canadien.

Il est ironique de noter que la composante des soins de santé du secteur privé à laquelle l'on a prêté le plus d'attention est celle qui aurait exercé le moins d'impact sur notre système, même si elle avait été introduite dans son intégralité. L'ouverture totale du marché à l'assurance privée n'aurait guère fait de vagues.

Assurance privée

L'assurance privée peut prendre plusieurs formes, tant à titre de complément que de remplacement du régime public d'assurance maladie. Les Canadiens sont déjà

familiers avec le rôle de l'assurance privée comme complément à l'assurance maladie – la plupart d'entre nous se procurent les médicaments dont ils ont besoin (à l'extérieur des hôpitaux) par le biais de l'assurance privée, et nombre de personnes ont souscrit une assurance supplémentaire pour le paiement de frais comme des chambres privées. Étrangement, les critiques des hôpitaux qui augmentaient leurs budgets en permettant aux patients de payer pour des soins plus poussés, n'ont pas été prompts à s'exprimer pour exiger l'élimination de l'assurance hospitalisation. En raison de l'importance grandissante des médicaments dans les soins médicaux, des pressions s'exercent en faveur de l'élargissement de l'assurance maladie pour y inclure la couverture des médicaments, et on a pu aussi noter des demandes d'expansion des régimes d'assurance médicaments en place, mais il apparaît probable que les appréhensions suscitées par les coûts en retarderont l'implantation.

Le genre d'assurance privée auquel pensent la plupart des gens lorsqu'ils discutent de cette question, est une couverture privée pour remplacer la couverture publique. Nombre de pays membres de l'OCDE se sont dotés de ce genre de couverture privée; en fait, Detsky et Naylor¹ particularisent le Canada comme « l'unique pays au monde à interdire la couverture de ces services essentiels par des compagnies d'assurance privée. » Les cas de la Grande-Bretagne et de l'Australie sont probablement ceux dont les Canadiens auront sans doute entendu parler, mais, il y en a d'autres; notamment celui cas des Pays-Bas, où historiquement, toute personne dont le revenu excède un maximum fixe, est tenue de souscrire une assurance privée (ou n'être pas assurée) alors que toutes les autres personnes à plus faible revenu sont couvertes aux termes du régime public; de récentes réformes ont essentiellement transféré toute l'assurance à des compagnies d'assurance privée, le gouvernement réglementant le contenu des régimes d'assurance, tandis qu'en Allemagne, les travailleurs à revenu plus élevé ont l'option de s'inscrire dans le régime public ou de souscrire une assurance privée. La présence d'une assurance privée parallèle dans aucun de ces cas n'a causé un tort démontrable au système d'assurance publique.

Les critiques de l'assurance privée considèrent qu'elle « créera une médecine à deux niveaux, augmentera les coûts, compromettra l'équité et réduira la qualité et l'accès aux soins de santé financés par le secteur public, du fait que les personnes mieux nanties (et souvent celles qui se font le plus entendre) optent pour l'assurance privée. »² Ces pressentiments apocalyptiques seraient plus convaincants s'ils pourraient être corroborés par des données indiquant que le système des soins de santé de tout autre pays a échoué en raison de l'existence d'une assurance privée parallèle.

La plupart des objections contre l'assurance privée présument que son introduction inciterait un grand nombre de personnes à se retirer du système d'assurance publique et à adhérer au privé. Le fait qu'une telle tendance ne s'est manifestée nulle part ailleurs dans le monde, ne semble pas infirmer l'hypothèse que la chose pourrait se produire ici. Historiquement, en Grande-Bretagne³, environ 10% de la population détenait une assurance privée- proportion, qui récemment, a pu grimper à près de 15%. En Australie⁴, les chiffres sont beaucoup plus élevés, soit près de 50% de la population, mais ce résultat n'a été atteint qu'à la suite de l'introduction de toute une gamme de politiques dites de la carotte et

du bâton, visant à accroître l'inscription à l'assurance privée, mais la population a opposé beaucoup de résistance à abandonner le système public. En Allemagne, où toute personne dont le revenu excède un certain niveau, peut opter pour l'assurance privée, 90% de la population est couverte par le système public, alors que les 10% qui ont une assurance privée, ne représentent que 25% de la population admissible à se prévaloir de l'assurance privée⁵. Il n'existe donc pas simplement de preuves permettant de soutenir la thèse que si les gens étaient autorisés à opter pour l'assurance médicale privée, ils le feraient en grand nombre.

Les critiques de l'assurance privée laissent entendre que le problème ne serait peut-être pas de voir les gens opter en grand nombre pour le système privé, mais plutôt que les assureurs privés pourraient concevoir des polices attrayantes pour les personnes en santé, et laisser ainsi les gens moins en santé dans le système public. Cette façon de voir les choses justifie quelques commentaires.

En premier lieu, l'argument en faveur d'un choix contraire n'est significatif que dans le cas où l'assurance est financée par les primes. Le financement par l'impôt du système public à même les recettes générales signifie que les recettes ne sont pas rattachées aux individus comme elles le sont dans un système financé par des primes. Étant fongibles, les recettes fiscales ne sont pas affectées à un usage particulier, même dans les cas (comme les taxes sur l'essence dans certaines provinces) où elle le sont nominale. (La question se pose davantage dans un pays comme l'Allemagne qui s'en remet à un éventail de fonds pour la maladie afin de dispenser la couverture pour l'assurance publique – dans ces cas, les assureurs eux-mêmes sont couverts par des pools de risques afin de s'assurer que la solvabilité financière d'aucun d'entre eux ne sera pas menacée par un malheureux retrait de leurs souscripteurs.) Deuxièmement, l'argument semble indiquer qu'il n'est pas tout à fait approprié que des individus moins en santé soient couverts par le système d'assurance publique. Dans le cas du Canada, ces individus sont déjà couverts par le système public, de sorte que cette situation ne changerait pas avec l'introduction de l'assurance privée.

Troisièmement, et de façon plus importante, l'argument présume que les assureurs privés pourraient inciter des individus en santé à se retirer du système public en grand nombre. Lorsque l'Australie a introduit des politiques visant à accroître le rôle de l'assurance privée dans le financement des soins de santé, certaines compagnies d'assurance croyant probablement les propos des experts en politiques de santé, quant à leur capacité à attirer la population en santé hors du système public, ont offert des régimes conçus à cette fin. L'approche habituellement retenue, consistait à exclure certains types de soins de la couverture de façon à la rendre peu attrayante pour les individus sachant qu'ils couraient le risque de contracter des maladies potentiellement coûteuses. Ces régimes ont connu l'échec. Il s'est avéré que même les individus en santé n'étaient pas intéressés à souscrire une assurance qui ne couvriraient pas les soins dont ils auraient probablement besoin, s'ils devaient contracter une grave maladie. Les régimes ne comprenant que la couverture médicale majeure pourraient bien se révéler attrayants pour les individus en santé, mais ceux qui excluent les événements catastrophiques ne le sont pas.

Cependant, il peut se produire une situation qui inciteraient les gens à opter pour

l'assurance privée, et c'est le cas lorsqu'ils commencent à douter que le système public sera disponible lorsqu'ils en auront besoin. De récentes données du Royaume-Uni⁷ indiquent que lorsque les temps d'attente augmentaient aux termes du NHS, les gens avaient tendance à passer à l'assurance privée (et à l'offre privée) non pas nécessairement pour devancer les autres, mais parce que les temps d'attente plus longs signalaient une diminution de la qualité des soins dispensés, et une probabilité moindre que le système public serait disponible lorsqu'ils en auraient besoin. L'insatisfaction démontrée à l'égard de la qualité offerte par le NHS semble se révéler un facteur qui incite appréciablement les gens à acheter de l'assurance privée. Certains commentateurs ont laissé entendre (bien qu'il ne semble pas exister encore de données statistiques à cet effet) que des rapports faisant état d'améliorations récentes des temps d'attente aux termes du NHS (réalisées en partie par des services du NHS donnés à contrat à des fournisseurs privés) auraient renversé la tendance et incité des individus qui avaient opté pour le privé, à retourner au système public.

On a avancé qu'un déplacement vers l'assurance privée affaiblirait le soutien politique aux soins de santé offerts par le secteur public. Ainsi, comme le prétendaient Hurley et. al, ceux qui abandonneraient le système public seraient les personnes les mieux nanties financièrement et pouvant le mieux se faire entendre; on allègue que ces personnes seraient indignées de payer des impôts pour soutenir le système public et payer également des primes pour une couverture privée, et que faisant partie des classes socio-économiques politiquement influentes, ils seraient en mesure d'exercer des pressions sur les gouvernements, ce qui provoquerait un fléchissement de la volonté politique à continuer de soutenir le système public. A cet égard, on établit parfois une analogie avec le système scolaire public américain, bien qu'elle soit affaiblie du fait que le financement des écoles publics provient des impôts fonciers locaux et non pas des recettes fiscales des états, et qu'en outre, la menace la plus sérieuse au financement des écoles urbaines, est liée au fait que les individus qui quittent les régions urbaines plus centrales, le font non pour déménager dans des endroits comptant plus d'écoles privées, mais pour vivre dans des banlieues généralement plus sécuritaires, et où les enfants se retrouveront probablement dans le système scolaire public.

Curieusement, cet argument contre l'assurance privée est souvent invoqué par des gens qui soutiennent que l'assurance maladie est pour une raison ou pour une autre, une valeur canadienne essentielle qui différencie non seulement le Canada des États-Unis, mais qu'elle est en quelque sorte fortement enracinée dans l'âme canadienne, celle des Canadiens par rapport à celle des Américains⁸. Voilà une curieuse association d'arguments, vu que l'objection formulée contre l'assurance privée postule que si les Canadiens sont autorisés à souscrire à des régimes d'assurance privée de remplacement, non seulement, ils abandonneront l'assurance maladie à titre d'individus, mais retireront aussi leur soutien à ce programme. Apparemment, l'âme canadienne pêche par manque de profondeur.

Quoi qu'il en soit, il n'existe pas de données empiriques à l'appui de cet argument. Dans son examen de l'expérience en Grande-Bretagne, Propper note que bien que la diminution de la qualité du NHS semble avoir suscité un recours accru à l'assurance privée, celui-ci n'a pas entraîné de changements évidents des attitudes à l'égard du NHS. Elle constate que les études sur les attitudes à l'égard

du NHS n'ont pas révélé de changements appréciables au soutien du financement traditionnel du NHS par les impôts, même lorsque plus de gens optaient pour une couverture privée parce qu'ils étaient insatisfaits de la qualité du NHS, et en conclut qu'il pourrait y avoir une plus grande place pour le financement privé à la marge sans menacer l'assiette fiscale du NHS. Comme les données internationales indiquent que les gens ne se retireront pas en grand nombre d'un système public qu'ils estiment bien fonctionner, l'introduction d'une assurance privée de remplacement, signifierait qu'à la marge, l'accroissement du financement privé qui résulterait de l'introduction d'une option d'assurance privée, serait mineur.

Les données internationales indiquent donc que ceux qui s'opposent à l'assurance privée de crainte qu'elle pourrait nuire à l'assurance maladie font appel au rapport de causalité à contre-courant. Il n'est pas ici question de l'assurance privée, conduisant en raison du fléchissement du soutien politique, à une diminution de la qualité du système public, mais plutôt à un déclin de la qualité du système public entraînant un soutien accru à une assurance privée de remplacement. L'assurance privée est un peu comme le canari dans les mines de charbon – les seuls endroits où les inscriptions à l'assurance privée ont augmenté (comme dans le cas de l'Australie) sans que le gouvernement ne mette en place un éventail de stimulants en vue d'encourager la croissance, sont des endroits où le système public est de si médiocre qualité que les gens ne croient pas pouvoir compter sur lui lorsqu'ils en ont besoin. Les données de la Grande-Bretagne indiquent que la baisse de la qualité doit être assez prononcée avant de constater un déplacement appréciable hors du système public⁹, ce qui à son tour, signifie qu'un système d'assurance privée additionnel serait probablement un meilleur indicateur que tout autre disponible à l'heure actuelle, du niveau de satisfaction envers le système public. Essentiellement, les données internationales laissent entendre qu'un gouvernement devrait consacrer beaucoup d'efforts à bousiller le système d'assurance publique avant que le système privé puisse connaître une croissance appréciable.

L'offre privée

Au cours des dernières années, les débats au sujet d'une plus grande participation du secteur privé du côté de l'offre de soins médicaux au Canada, ont été compliqués en raison des difficultés à définir l'offre privée et à déterminer la quantité de soins médicaux au Canada dispensés par le privé à l'heure actuelle. La grande majorité des médecins sont des fournisseurs privés qui gagnent presque tout leur revenu en vendant des services au régime public de soins de santé. Leur faculté d'élargir leur pratique au-delà de ce que le système public achètera, est sévèrement limitée, de sorte que leur choix quant à la forme et à l'importance de leur pratique l'est tout autant¹⁰. Un petit nombre d'entre eux arrondissent ce qu'ils tirent du secteur public en dispensant des services aux Américains qui traversent la frontière pour acheter des médicaments, et qui ont besoin d'ordonnances signées par des médecins canadiens avant de pouvoir le faire, et quelques-uns, notamment au Québec (particulièrement du fait qu'ils sont ceux qui ont attiré l'attention des médias nationaux) qui ont pu gagner un revenu en se retirant

entièrement de l'assurance maladie, mais leur capacité à le faire est le résultat de politiques publiques qui ont limité l'offre de médecins au point qu'il existe à la fois un nombre suffisant de personnes incapables d'avoir accès à un médecin dans ce qu'ils estiment un délai raisonnable, et sont prêts à payer de leurs poches pour un accès plus rapide pour rendre le retrait de l'assurance maladie économiquement réaliste pour du moins un petit nombre de médecins en soins primaires.

Quelques médecins réussissent à incorporer dans leur pratique des aspects de l'assurance maladie à d'autres qui ne le sont pas en investissant dans des activités liées à l'imagerie médicale.

Le cas du médecin de l'ex-premier ministre Paul Martin a attiré l'attention des médias, et même si M. Martin a clairement indiqué qu'il n'a reçu de son médecin que des services payés par le secteur public, il est probable que des commodités comme la qualité de la salle d'attente ont été financées en parti par les activités du médecin hors de l'assurance maladie, mais qu'elles étaient partagées par des patients couverts et non couverts par l'assurance maladie.

Les restrictions qu'impose le système public sur la façon pour le médecin d'organiser sa pratique doivent être considérées comme une limite à son autonomie comme praticien. Arrêtons-nous à la question du personnel non médical. Des données américaine font valoir que l'addition d'une infirmière praticienne à une pratique de famille peut accroître l'efficacité de la pratique, non seulement parce qu'elle augmente l'apport de travail, mais aussi parce qu'elle permet à l'omnipraticien de se concentrer sur des patients dont l'état est plus sérieux. Le système canadien est graduellement en voie d'accroître le recours aux IP, mais leur utilisation dans les pratiques canadiennes accuse du retard sur celles des Américains, et de même également sur leurs contreparties dans la dentisterie canadienne. Même en supposant que les rapports sur l'ampleur de l'accroissement de l'efficacité de la pratique attribuable aux IP penchent du côté de l'optimisme, les restrictions limitant la capacité des médecins individuels à expérimenter divers moyens d'accroître la productivité de leurs bureaux, semblent malavisées à un moment où l'accès aux soins primaires est une préoccupation grandissante dans de nombreuses régions du pays. La chose est d'autant plus malheureuse que la lente introduction des IP dans les bureaux des omnipraticiens n'est pas le résultat d'une politique délibérée, mais plutôt d'un effet secondaire attribuable pour les médecins au mode autorisé de facturation au régime d'assurance publique pour les services dispensés¹¹.

La situation sur le plan de l'offre de médecins, deviendra sans aucun doute encore plus compliquée si l'utilisation de mécanismes de paiement de remplacement se répand. Un médecin qui touche une rémunération par le biais d'une clinique dont le capital est entièrement payé par le gouvernement serait probablement considéré comme un employé du secteur public, le statut d'un médecin rémunéré par capitation serait probablement semblable, et l'obligation qu'un numéro de facturation de l'assurance maladie devienne disponible avant qu'un médecin puisse poser son enseigne comme praticien indépendant, limiterait sérieusement la liberté du médecin qui aurait opté pour le statut de salarié en clinique, de passer au secteur privé.

Vu des hôpitaux, la situation est brouillée par le fait que la plupart des hôpitaux canadiens ou les autorités de la santé qui en sont responsables, ont leur propres conseils d'administration, ce qui a incité certains commentateurs à soutenir qu'étant donné que leur structure administrative est semblable à celle des hôpitaux américains privés, ils sont des institutions du secteur privé. Cependant, même s'ils apparaissent se ressembler, ils sont passablement différents dans la pratique. Il est difficile de caractériser une institution comme relevant du secteur privé, lorsque le gouvernement provincial a le plein pouvoir de limiter le champ de ses activités ou de la fermer complètement, comme l'a fait le gouvernement Lord dans un certain nombre de cas au cours des deux dernières années, ou comme en Ontario, la responsabilité de résoudre les crises des salles d'attente dans un certain nombre d'hôpitaux, relève directement du ministre provincial de la Santé. Indépendamment de sa structure formelle, une institution dont le budget pour la plus grande partie, provient du gouvernement, et qui est assujettie aux directives du gouvernement, pour ce qui est de savoir quels services elle peut ou non effectivement dispenser, peut difficilement être considérée comme faisant partie du secteur privé¹².

Récemment, les discussions sur les hôpitaux américains, centrées sur les mérites relatifs des hôpitaux à but lucratif, à but non lucratif ou des hôpitaux généraux des états¹³, portent plutôt sur la question des hôpitaux spécialisés, principalement des cliniques chirurgicales se spécialisant en chirurgie orthopédique et cardiaque. Il existe aussi des hôpitaux spécialisés pour les femmes, mais étrangement, ils ne semblent pas s'attirer le même niveau de critiques que les unités de chirurgie spécialisées.

Nombre de critiques de ces unités semblent inconsidérées. Ainsi, elles sont souvent critiquées parce qu'elles n'ont pas de départements d'urgence (bien qu'un nombre appréciable de cliniques de chirurgie cardiaque ont des services d'urgence ou quelque chose d'approchant), mais leurs critiques ne semblent pas s'intéresser à la question de savoir si ce serait réellement une bonne chose pour une clinique chirurgicale équipée uniquement pour traiter des cas de chirurgie orthopédique, de tenter d'exploiter un département général d'urgence. La question visant à déterminer si les soins de santé publics eux-mêmes seraient mieux servis si les services d'urgence étaient eux-mêmes des installations spécialisées, a reçu très peu d'attention dans la documentations sur les cliniques spécialisées.

Une bonne partie des débats aux États-Unis sur les hôpitaux spécialisés ne s'applique pas au système canadien. Ainsi, les hôpitaux communautaires aux États-Unis soutiennent que les unités spécialisées s'approprient les cas peu compliqués (et par conséquent à faible coût) au détriment des hôpitaux généraux, devant traiter les cas plus coûteux. Il s'agit là d'une critique qui ne vaut que dans le contexte américain où les hôpitaux prétendent qu'ils ont besoin du surplus réalisé en traitant des cas à faible coût afin de couvrir les coûts plus élevés pour des cas plus onéreux, et aussi pour contribuer aux fonds disponibles pour traiter les individus non assurés. Même dans ce contexte, cette critique n'est justifiée que dans les cas où l'hôpital touche des honoraires en fonction des services et où il perçoit les mêmes honoraires (probablement sur la base d'une moyenne pondérée des coûts) pour les patients à faible et à coût élevé dans une catégorie particulière.

Les hôpitaux communautaires soutiennent que l'apparition de cliniques chirurgicales spécialisées les empêche d'utiliser le financement croisé pour les patients plus coûteux ou non assurés à même le surplus qu'ils réalisent dans le traitement de cas moins coûteux. Le système américain de dépendance du financement croisé pour certains aspects des soins doit être considéré comme l'une de ses plus faibles caractéristiques. Le financement croisé comporte un certain attrait émotionnel, car il ressemble à l'approche que les institutions charitables utilisaient pour financer les soins dans les premières années, mais d'un point de vue économique, il est très inefficace. L'argument que formule les hôpitaux communautaires est essentiellement le même dont se servaient les compagnies de téléphone pour tenter de tenir la concurrence éloignée de leur secteur; dans ce cas, elles utilisaient les profits réalisés sur les services interurbains pour subventionner le service téléphonique local, et affirmaient que si les gouvernements permettaient aux concurrents d'entrer dans le marché interurbain, il faudrait augmenter les taux locaux. A la longue, la concurrence a été permise dans le marché interurbain, sans aucune des conséquences désastreuses prévues par les compagnies, en partie du fait que la concurrence a aussi stimulé l'innovation technologique. A l'heure actuelle, la même question se pose en ce qui a trait aux Voice Over Internet Protocols (téléphonie par Internet) pour les appels interurbains.

Il ne fait pas de doute que l'arrivée de cliniques spécialisées en chirurgie a eu un impact sur les revenus des hôpitaux communautaires, situation qui indique que les prix payés pour certains types de chirurgie nuisaient à l'efficacité parce qu'ils étaient trop élevés. La chirurgie cardiaque pour des patients traités dans le cadre de l'assurance maladie semble avoir été passablement profitable pour des hôpitaux de divers types, bien que dans de nombreux cas, un certain nombre de procureurs généraux des états, ainsi que l'IRS (Internal Revenue Service) soulèvent des questions quant à savoir si le surplus a effectivement été consacré à des soins charitables. L'un des problèmes administratifs du système de paiement anticipé découle du stimulant offert aux hôpitaux (y compris les hôpitaux généraux) de sélectionner des patients de moindre coût, et de la difficulté à mesurer effectivement la composition de la population des patients dans les hôpitaux. Si véritablement, les unités spécialisées de chirurgie recrutent effectivement des cas moins coûteux, les administrateurs disposent dès lors d'un mécanisme pour l'identification, le classement et l'ajustement des honoraires, ce qui permet de réduire les honoraires versés pour les services sur lesquels se concentrent les unités spécialisées de chirurgie. Même si Medicare aux États-Unis a pris des initiatives dans ce sens, curieusement, les hôpitaux communautaires y font opposition.

On allègue parfois que les unités de chirurgie privée soustraient des patients et des médecins du secteur public. C'est là un argument difficile à soutenir aux États-Unis, car dans la plupart des cas, les cliniques privées traitent des patients de Medicare, et il l'est encore davantage dans le cas canadien où la quasi-totalité de tous les patients sont des patients publics. Le fait que la plupart des hôpitaux canadiens sont financés sur la base d'un budget global, signifie que le financement croisé de type américain ne serait pas possible. Dans le cas américain, étant donné que les mêmes honoraires sont payés pour toutes les procédures d'une catégorie particulière, où les ajustements pour raisons de

complexité sont relativement mineurs, une augmentation du nombre de cas à faible coût que traite un hôpital accroît effectivement le surplus, bien que comme nous l'avons noté plus tôt, certains mettent en doute que le surplus soit véritablement utilisé par les hôpitaux à but non lucratif pour des activités charitables. Dans le cas canadien, une augmentation du nombre de cas à faible coût qui sont traités, ne fait qu'accroître la proportion du budget de l'hôpital dépensé pour ce type de cas, et diminue la somme restante pour des cas plus complexes.

Abstraction faite du battage médiatique, le travail des unités de chirurgie spécialisées ne fait que rendre plus concrets certains des changements les plus significatifs intervenus en technologie médicale au cours des dernières années. Les débats dont elles font l'objet ne devraient simplement pas être un réchauffé d'arguments américains inappropriés, mais devraient porter sur ce qu'elles nous apprennent au sujet du manque de flexibilité du système canadien tel qu'il est présentement.

Les cliniques de chirurgie spécialisées font simplement partie d'une tendance technologique qui nous permet de traiter de plus en plus de patients à l'extérieur des hôpitaux traditionnels à fort coefficient de capital. D'autres exemples de cette tendance prennent la forme d'un potentiel accru de traitements pharmaceutiques pour patients externes comme remplacement de soins pour patients internes, et de plus grandes possibilités pour des traitements à domicile de type hospitalier. Leur expansion comme proportion du système de soins de santé sera limitée aux secteurs où la demande d'un ensemble relativement limité de services, est suffisamment forte pour accroître l'efficacité associée à l'échelle et à la spécialisation.

Ce genre d'installation ne représente pas une menace pour l'assurance maladie, à moins de la définir comme un système où tout ce qui est fait est exactement identique à ce que l'on faisait en 1972. Elle ne présente un défi au système qu'en raison du fait que nous finançons la partie des soins aux patients internes par une budgétisation globale, ce qui rend très difficile pour les fonds de suivre les patients à des sites de traitement plus efficaces.

Il n'existe pas de raison particulière pour que ces unités ne puissent pas être intégrées dans le système actuel, bien que le mécanisme du financement de l'assurance maladie devrait être remis à jour, et qu'il y ait de bonnes raisons de les incorporer dans le système. Plus important encore, la spécialisation de ces unités dans certaines procédures, accroîtrait l'efficacité du système. L'argument voulant qu'elles enlèveraient des médecins aux hôpitaux généraux est contré par le fait qu'elles soustrairaient également des patients en plus grande proportion, et que les patients soustraits seraient, par définition, ceux qui n'ont pas véritablement besoin d'un niveau d'intensité de capital associé aux soins de patients internes dans un hôpital moderne. Les hôpitaux généraux seraient effectivement aux prises avec une plus lourde composition de la population des patients, et de ce fait, les coûts des hôpitaux généraux augmenteraient, mais invoquer cet argument pour faire obstacle à des cliniques spécialisées reviendrait à soutenir qu'il faudrait abaisser les coûts en occupant les lits d'hôpitaux avec des patients moins malades. Nous ferions tout aussi bien d'accroître les budgets des hôpitaux généraux afin de

compenser pour une composition plus lourde de la population des patients, mais cela signifierait simplement qu'il nous faudrait consacrer plus d'argent là où se trouvent les patients les plus malades, ce que l'on pourrait difficilement qualifier d'argument valable contre les unités spécialisées.

Un argument parfois invoqué pour ne pas autoriser des médecins individuels ou des groupes de médecins, à prendre l'initiative d'établir des cliniques spécialisées, est le fait qu'il faudrait recourir à du financement de l'extérieur. Cette objection n'est pas habituellement exprimée de cette façon – elle l'est plus souvent exprimée comme une objection à inviter des investisseurs, comme si la chose était qualitativement différente de ce qui se passe lorsqu'un jeune médecin emprunte d'une banque pour établir son bureau. Tout ce qui se passerait effectivement alors serait le cas d'un groupe de médecins établissant un type de clinique, chose qui n'aurait pas été technologiquement réalisable une décennie auparavant.

Financement privé du capital

Nous en sommes maintenant au troisième type de participation du secteur privé dans les soins de santé – le financement privé du capital. Les rédacteurs des politiques canadiennes de la santé ont traditionnellement traité tous les fonds ne venant pas du gouvernement comme quelque peu douteux, mais il devient de plus en plus évident que de s'en remettre exclusivement aux gouvernements pour le financement du capital, n'est pas la meilleure façon de procéder. Les récents problèmes en Ontario à maintenir les salles d'urgence ouvertes est un indicateur du problème. Cependant, le principal problème est le manque de flexibilité inhérent au financement du capital par le gouvernement.

À l'heure actuelle, toute dépense majeure de capital n'est engagée que lorsque le gouvernement décide quand et où il la financera, et une décision de financer le capital n'implique pas nécessairement que les dépenses d'exploitation seront également financées. Il n'y a aucune raison empêchant de modifier le système afin de permettre à un groupe de médecins de répondre à des besoins observés dans leurs propres communautés, en empruntant d'une banque pour établir une clinique, emprunt qui serait soutenu par le flux de revenus que le traitement de patients de l'assurance maladie dans cette clinique devrait fournir. Pour ce faire, il faudrait que les honoraires aux termes de l'assurance maladie soient modifiés pour y inclure une dotation aux amortissements, de même que la composante du travail du médecin qui l'est déjà, mais cela signifierait aussi que des installations spécialisées pourraient être établies dans toute communauté où l'on trouverait un nombre suffisant de patients pour les soutenir, sans que cette communauté n'ait à attendre que le gouvernement provincial décide d'y installer une unité. Bref, cela permettrait à la composition du capital médical effectif dans toute communauté de refléter les soins particuliers de cette communauté, sans qu'il ne soit nécessaire pour un planificateur central de distinguer le besoin et de décider s'il est de l'intérêt du ministère de la Santé d'y répondre dans le cycle budgétaire en cours. La flexibilité accrue qui en résulterait pour le système ne nécessiterait pas d'importants changements à la philosophie de l'assurance maladie – les honoraires versés aux médecins pour leurs services au bureau doivent

évidemment être suffisamment élevés pour couvrir le coût du capital de même que les coûts du travail, car autrement, les médecins n'iront pas s'installer dans cette région. Il ne nous reste qu'à reconnaître que les progrès technologiques ont élargi la liste des services que l'on pourrait financer sur la base d'honoraires pour services rendus. Dans la mesure où ces services continuent d'être dispensés dans les hôpitaux, la partie des honoraires constituant le capital serait destinée à l'hôpital, mais dans les communautés où les besoins particuliers de la population pourraient soutenir une clinique spécialisée, la composante des honoraires représentant le capital, couvrirait le coût d'établissement de cette installation.

Ces approches n'exigeraient aucun changement majeur dans la nature de l'assurance maladie. Nous avons beaucoup entendu dire au cours des dernières années que l'avenir des soins médicaux fera place à des groupes médicaux multidisciplinaires de divers types : à moins que ces groupes ne soient autorisés à se doter de leur propre équipement d'imagerie médicale et de cliniques de chirurgie d'un jour, ces cliniques ne seront guère plus que des édifices tape-à-l'œil de bureaux de médecins. Jusqu'à présent, il y a eu très peu de discussions sur façon dont ces groupes à spécialisation multiple seraient financés. S'ils doivent recevoir un financement global, comme c'est le cas pour les hôpitaux à l'heure actuelle, ils ne verront jamais le jour. Leur seule chance d'apporter une contribution appréciable à la prestation des soins de santé serait qu'ils puissent se structurer eux-mêmes selon les besoins de leurs communautés locales ; ils ne pourront le faire que s'ils sont financés sur la base d'honoraires pour services dispensés, et si les barèmes des honoraires sont modifiés de sorte que les cliniques puissent être financées de cette façon, il est logique d'utiliser les mêmes honoraires pour les hôpitaux qui dispensent les mêmes services dans les communautés où les cliniques à spécialisation multiple n'existent pas.

Conclusion

L'assurance maladie avait pour objectif premier de s'assurer que personne ne se verrait refuser l'accès à des soins médicaux nécessaires pour des raisons financières. Même si cet objectif est encore désirable, le moment est venu de revoir la façon dont nous le réalisons. Au cours des années écoulées depuis le début des années 70, le rôle du gouvernement qui, à l'origine consistait à fournir essentiellement une couverture d'assurance¹⁴, s'est accru pour assumer un contrôle de plus en plus grand sur les opérations quotidiennes et sur la fonction de planification à long terme du système. A vrai dire, certaines personnes pourraient soutenir et seraient fortement justifiées de le faire, qu'il ne s'agit pas uniquement d'un problème dans le système de soins de santé, mais que c'est effectivement le problème fondamental du système. Au lieu d'agir comme assureur et vérificateur externe de la qualité du système, le gouvernement est devenu effectivement le directeur du système. Il en est inévitablement résulté que le pouvoir en matière de prise de décisions s'est distancé de plus en plus de la prestation des soins du système, et qu'en outre, les ressources disponibles pour la prise de décisions sont devenues surchargées. Un système de soins de santé est une chose trop compliquée pour faire l'objet d'une micro-gestion par une bureaucratie centralisée, mais comme le pouvoir de la prise de décisions s'oriente vers le

ministère de la Santé, la capacité du système à prendre des décisions est effectivement réduite, du fait que les personnes responsables de la prestation des soins, sont effectivement écartées du système de gestion et d'information. Il en résulte que les groupes qui ont le pouvoir d'administrer le système sont submergés par les demandes de traitement de l'information qui leur sont adressées. Voilà comment nous nous retrouvons dans une situation où malgré que nous disposons d'un système où chaque contact entre le patient, le médecin et l'hôpital est consigné quelque part, nous ne savons réellement pas combien de temps les gens doivent attendre avant de recevoir des soins médicaux essentiels.

Le résultat d'une centralisation accrue est le genre de choses que nous avons vu se produire récemment dans les salles d'attente de l'Ontario. Non seulement, le gouvernement a-t-il paru surpris en apprenant la nouvelle que plusieurs hôpitaux étaient sur le point de fermer leurs salles d'urgence, mais encore, le premier ministre a effectivement admis que le gouvernement n'avait aucune idée de la gravité de la situation qui se développait. Il en ressort une gestion de crise – où le pouvoir de prise de décisions importantes est beaucoup trop éloigné des opérations quotidiennes; et ne réagit que lorsque ce qui se produit au plan des opérations atteint un état de crise. En l'absence d'une crise visible, l'on assume que tout va bien.

Défini globalement, le changement technologique dans les soins de santé se traduit par de nouveaux moyens de traiter les patients – de nouveaux moyens de dispenser le produit ultime du système. La question de savoir si une nouvelle technologie particulière convient à un ensemble particulier de patients est un point qu'en définitive, les gens directement impliqués, soit ceux qui dispensent et reçoivent les soins, pourront le mieux évaluer. Le gouvernement a un rôle à jouer dans l'évaluation des soins, mais l'examen de la qualité est souvent mieux assuré par des évaluateurs externes qui ne risquent pas de perdre la face. En général, le gouvernement n'est pas particulièrement reconnu pour admettre que ses politiques n'ont pas bien fonctionné, et il est encore moins capable d'avouer qu'un système qu'il administre, n'atteint pas ses objectifs. Face à l'existence de problèmes dans le système de soins de santé, la réaction administrative typique consiste à concentrer encore davantage le pouvoir de prise de décisions dans un nombre limité de mains. Il est virtuellement garanti qu'agir ainsi aura pour effet de réduire la flexibilité du système.

Le système de soins de santé du Canada est en difficulté précisément parce qu'il manque de flexibilité. Il fait face à des changements fondamentaux, tant du côté de l'offre que de la demande – du côté de l'offre du fait que de nouvelles technologies, particulièrement de nouvelles technologies pharmaceutiques, modifient la façon de produire les soins, et au plan de la demande, que le vieillissement de la population change la composition des services demandés au système, et qu'il en résulte une modification de la composition des technologies dont le système a besoin. Le vieillissement de la population provoque un effet qui ne se limite pas simplement au fait que l'ensemble de patients visitant un médecin ou un hôpital, sera plus âgé. Le vieillissement de la population ne signifie pas uniquement une augmentation du nombre de personnes âgées; elle entraîne un changement dans le rapport personnes jeunes/âgées, un changement du rapport entre les personnes qui utilisent fréquemment le système et celles dont les impôts

financent le système. Le Japon, qui nous devance au plan du processus de vieillissement de la population, voit son système de soins de santé en butte à de fortes tensions, suscitées par une demande excédant les revenus disponibles au trésor public. La réponse qui s'imposera est précisément du genre de celle qu'un système fortement centralisé, en réalité, sinon de nom, n'est pas apte à fournir.

Lorsque nous parlons d'accroître le rôle du secteur privé dans le système de soins de santé, nous voudrions le voir comme un moyen d'augmenter la flexibilité du système. Cela ne signifie pas malgré ce que prétendent ses critiques, l'abandon au complet du système à de malicieux assureurs privés qui le pilleront et fuiront le pays. Au contraire, il s'agit de demander aux personnes le plus directement impliquées dans la prestation des soins d'assumer plus de responsabilités pour ce qui est de décider de quelle façon les soins seront dispensés, et de leur donner la latitude nécessaire pour le faire. Cela signifie également qu'il faut tirer parti de la capacité de traitement de l'information incorporée dans les personnes qui sont chargées de dispenser les soins de santé, et accepter que dans la majeure partie des cas, ces personnes sont dignes de confiance, non des saints ou des anges, mais tout aussi sensibles aux stimulants économiques que nous tous, et tout aussi promptes à le nier comme n'importe qui d'entre nous) mais tout au moins pas plus vénaux que les fonctionnaires et les soi-disant experts dotés de nominations universitaires.

Les critiques d'un plus grand rôle pour le secteur privé ont tendance à affirmer que le système de soins de santé est trop important pour être confié au marché. En fait, le système de soins de santé est trop compliqué pour être géré par une poignée d'administrateurs qui assument qu'en proclamant des décrets sur des problèmes comme les temps d'attente, cela sera suffisant pour le régler. Les soins de santé sont trop importants pour être gérés comme une campagne militaire.

Les opposants à une participation accrue du secteur privé sont effectivement des opposants à l'accroissement des initiatives individuelles dans les soins de santé, Leur préférence va à l'homme de système d'Adam Smith, qui selon la citation ci-dessus, considère les gens qui sont affectés par ces décisions comme simplement des pièces d'un jeu d'échecs.

La chose la plus importante que tout gouvernement pourrait faire pour les soins de santé au Canada est de rejeter l'approche de l'homme de système. Il lui faudrait tout d'abord abandonner l'idée de gérer tous les aspects de la prestation des soins, et se concentrer sur la tâche qui lui avait été assignée au départ, soit celle d'un assureur national. Gérer un système d'assurance viable est une tâche assez difficile en soi, et lorsque le gouvernement en a la responsabilité, il est difficile de résister à la tentation¹⁵ d'essayer de résoudre les difficultés simplement en assumant l'autorité sur diverses autres parties du système.

Pour le gouvernement, l'un des aspects du retour au statut d'assureur suppose un réaménagement du système de paiement des soins de santé qui encourage, et non pas entrave la flexibilité. Il lui faut rejeter l'opinion que les médecins sont les ennemis du système de soins de santé et reconnaître que les gens qui traitent des problèmes quotidiens des soins de santé sont probablement les plus susceptibles de noter les changements dans l'environnement à mesure qu'ils surgissent, et

qu'ils ont donc un certain intérêt personnel à leur trouver réponse avant qu'ils n'atteignent un niveau de crise. Permettre à des groupes de médecins de s'adresser aux marchés de capitaux privés pour obtenir du financement pour de nouvelles immobilisations corporelles, en effectuant des emprunts qui seront garantis par le flux prévu de paiements de l'assurance maladie, ne provoquera pas l'effondrement du système, mais au contraire, facilitera le processus par lequel les capitaux (et le travail) seront affectés là où ils sont requis. Encore une fois, il importe au premier chef de reconnaître la compétence des gens qui pratiquent effectivement la médecine de déceler les circonstances changeantes avant qu'elles n'atteignent le stade où les médias nationaux commencent à publier des reportages de crise, et de leur donner la latitude de répondre à ces changements de la manière la plus pratique pour leur population de patients¹⁶.

Favoriser une plus grande flexibilité dans le système de soins de santé du Canada, signifie tirer parti de l'intelligence et des facultés de résolution des problèmes de nombreux individus, dont bien des médecins. Étant donné que ces individus n'ont pas encore été légalement conscrits dans le service public, mettre à profit leurs compétences équivaldrait à une plus grande participation du secteur privé, comme non gouvernemental, dans le fonctionnement de l'assurance maladie.

Agir de la sorte malgré ce que nous disent certains universitaire et experts en politique, ne fera pas tomber le ciel sur nos têtes. En évaluant les affirmations de ces experts universitaires, il convient de se rappeler que ce sont les mêmes gens qui avaient l'oreille des décideurs depuis maintenant trois décennies. Ce sont les gens dont les conseils en politique ont donné des résultats comme la loterie qu'une communauté de la Nouvelle-Écosse a organisé récemment pour attribuer des patients à trois nouveaux médecins. Les gagnants de la loterie ont été inscrits sur une liste de pratique familiale, alors que les perdants jouent encore de malchance. Ces experts sont les gens dont les conseils sur la politique de main-d'œuvre se sont traduits par une situation où des communautés comme Kitchener, Ontario, ne sont pas assurées de garder leurs salles d'urgence ouvertes.

Ces experts sont les gens qui nous disent que laisser le gouvernement convenir de s'assurer que personne ne se verra refuser l'accès à des soins médicaux nécessaires pour des raisons financières, et confier à des individus la tâche de décider comment ces soins seront dispensés, entraînera une prise de contrôle de notre système de soins de santé par des sociétés américaines, qui à son tour, sera suivie par la vente de toute notre eau à Coca-Cola, pour finalement aboutir au réchauffement climatique.

Ils ont tort.

Endnotes

¹, Detsky, Alan S. and David C. Naylor (2003): “Canada’s Health Care System – Reform Delayed” New England Journal of Medicine 349(8) 21 August, 804-810.

², Hurley, J;R. Vaithianathan, T.F. Crossley and D. Cobb-Clark (2002): Parallel Private Health Insurance in Australia: A Cautionary Tale and Lessons for Canada, Discussion Paper 448, Centre for Economic Policy Research, Australian National University, May.

³, Foubister, T;S. Thomson, E. Mossialos, A. McGuire (2006) : Assurance médicale privée au Royaume-Uni pub. Organisation mondiale de la santé pour le compte de l’Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Copenhague..

⁴, F. Colombo and N. Tepasy (2003) Private Health Insurance in Australia: A Case Study OECD Health Working Paper, Paper No. 8, Organization for Economic Cooperation and Development, Paris.

⁵, For a general overview of Private Health Insurance in a range of countries, see F. Colombo and N. Tepasy (2004): Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems, Organization for Economic Cooperation and Development Health Working Paper 15, Paris.

⁶, L’un des principaux problèmes du système d’assurance américain tient au fait que bon nombre d’états ont des lois interdisant la vente d’assurance-catastrophe pour la santé et exigent que toute assurance médicale qui y est vendue soit globale. La couverture pour catastrophes peut être relativement peu coûteuse, même si les traitements couverts sont onéreux, car la probabilité qu’un individu nécessite ce genre de traitement est relativement faible. L’assurance globale est plus coûteuse que l’assurance-catastrophe en raison de la probabilité beaucoup plus forte que l’individu soumettra une réclamation.

⁷, See Carol Propper (2001) : “ Expenditure on Healthcare in the UK: A Review of the Issues” Fiscal Studies 22 (2), 151-183.

⁸, Tel que notait un commentateur d’une précédente ébauche de ce document, il est peu logique d’utiliser comme mesure de qualité d’un système de soins de santé, son degré de différence par rapport au système américain. Malheureusement, de nombreux commentateurs canadiens semblent retenir comme point de départ la proposition selon laquelle le Canada ne doit en aucune circonstance copier une innovation américaine, peu importe qu’elle donne de bons résultats.

⁹, A cet égard, il est intéressant de noter la différence entre l’état des soins médicaux aux termes du NHS et des soins dentaires en vertu du même régime, particulièrement en Écosse.

¹⁰, L'un des moyens de modifier la composition de la pratique consisterait à traiter plus de cas aux termes de l'Indemnité pour accident de travail, étant donné que la Loi canadienne sur la santé interdit explicitement de facturer l'assurance maladie pour ces cas. Dans la pratique, cette option n'est pas accessible sur une grande échelle à de nombreux médecins.

¹¹, La province de l'Ontario est largement considérée comme ayant pris des mesures significatives en vue de l'intégration d'infirmières praticiennes dans le système de soins de santé financé par le secteur public. Néanmoins, cela ne change rien au fait que le processus s'est avéré inutilement lent. En outre, le mécanisme que l'on a choisi d'utiliser, sera probablement, au regard de l'expérience internationale, un facteur d'accroissement des coûts et non d'une économie des coûts. Nous étudierons cette question en détail dans un futur document.

¹², Nous devrions également noter que les principales décisions en matière de gestion hospitalière, au sujet des patients à traiter et des moyens à employer, sont prises dans une large mesure par les médecins, et non par les directeurs d'hôpitaux. Il est difficile de penser à toute autre institution où les directeurs nominaux ont si peu de pouvoir de gestion, comme c'est le cas des directeurs d'hôpitaux.

¹³, Pour une récente méta-analyse de la documentation sur les hôpitaux généraux, voir Yu-Chu Shen, Karen Eggleston, Joseph Lau and Christopher Schmid (2005) : Hospital Ownership and Financial Performance: A Quantitative Research Review, National Bureau of Economic Research, Working Paper, No. 11662, October, and Karen Eggleston, Yu-Chu Shen, Joseph Lau, Christopher H. Schmid and Jia Chan (2006) : Hospital Ownership and Quality of Care : What Explains the Different Results?, National Bureau of Economics Research, Working Paper No. 12241, May.

¹⁴, L'assurance maladie a effectivement pris le contrôle des régimes d'assurance existants à but non lucratif commandités par les médecins, et les a étendus à la population non couverte, et dans certains cas, a conclu des contrats avec ces régimes pour gérer le nouveau système.

¹⁵, Will Durant nous rappelle que cette tentation est aussi ancienne que le gouvernement. Sa description de la façon comment l'empereur romain Dioclétien, au troisième siècle avant J.-C, s'est vu contraint de rassembler de plus en plus de parties de l'économie romaine sous le contrôle direct du gouvernement, se révélerait une lecture utile pour toute personne envisageant une expansion du rôle du gouvernement dans un secteur donné. Essentiellement, chacun des décrets impériaux s'est avéré avoir des conséquences imprévues sous forme d'effets de débordement dans d'autres parties de l'économie, et Dioclétien réagissait à chacun de ces effets en imposant une réglementation sur des secteurs additionnels de l'activité économique. Chacun de ces nouveaux règlements a provoqué ses propres effets de débordement imprévus, et le coût de l'administration a augmenté à un point tel, que selon certaines sources, la moitié de la population de Rome travaillait à réglementer et à administrer l'autre moitié. Will Durant (1944) : César et le Christ, ch.29, Simon and Schuster, New York

¹⁶, Une mesure que le gouvernement pourrait prendre maintenant et très facilement serait de résoudre certaines questions en suspens au sujet de l'état réel de notre système simplement en rendant généralement disponible les données qu'il possède déjà. Les régimes provinciaux d'assurance maladie et les régimes hospitaliers collectent d'énormes quantités de données sur le mode d'utilisation du système, dont la majeure partie est soigneusement dissimulée à Ottawa, et n'est jamais accessible à personne. Les agences de données d'Ottawa fonctionnent encore sur la base du recouvrement des coûts, comme si les ordinateurs n'avaient pas encore fait leur apparition dans la région de la Capitale nationale, et que Al Gore n'avait pas encore inventé Internet. Bien que la révolution de l'Internet soit exagérée sous plusieurs aspects, elle a en jargon économique, néanmoins transformé les données en quasi bien public. Simplement exiger que les données soient rendues disponibles comme les agences du gouvernement américain rendent gratuitement disponibles de vastes quantités de données sur la santé, constituerait un progrès majeur.