

EUDE ECONOMIQUE DU CANADA 2004:

CHANGEMENTS INSTITUTIONNELS RELATIFS AU SECTEUR DE LA SANTE

*Ceci est un extrait de l'Etude économique du Canada, 2004,
de la section sur le système de santé dans le chapitre 3.*

Comblar les lacunes du filet de sécurité

1. A la différence de la plupart des pays de l'OCDE¹, les médicaments vendus sur ordonnance hors du cadre hospitalier ne sont pas couverts par les dispositions de la Loi canadienne sur la santé, de sorte que la couverture publique des médicaments varie considérablement d'une province à l'autre. Toutes les provinces ont des programmes de couverture des coûts pharmaceutiques pour les personnes âgées à faible revenu ou les bénéficiaires de l'aide sociale, tandis que l'administration fédérale prend en charge les dépenses pharmaceutiques de certains autochtones et anciens combattants. Par ailleurs, cinq provinces plafonnent les coûts pharmaceutiques supportés par les individus. Néanmoins, une proportion notable de la population doit prendre en charge le coût intégral des médicaments, soit par des paiements directs, soit par le biais d'une assurance privée. Indépendamment des considérations d'équité, cette situation peut engendrer des pertes d'efficacité, notamment lorsque les médecins hospitalisent des patients ou retardent leur sortie pour éviter qu'ils n'aient à supporter les coûts des médicaments, lorsque des médicaments meilleur marché mais moins efficaces sont prescrits, ou lorsque des traitements peu performants sont choisis principalement parce que leur prise en charge est assurée. La perte de couverture due à la sortie du régime d'aide sociale peut aussi s'ajouter aux taux effectifs marginaux d'imposition élevés qui frappent les bénéficiaires de l'aide sociale (voir le chapitre 3). Une couverture uniforme au moins pour toutes les personnes confrontées à des dépenses pharmaceutiques substantielles² offrirait une protection plus efficace, réduirait les sources d'inefficacité et se solderait par de meilleurs résultats sanitaires. Quelques mesures dans ce sens ont été annoncées dans l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé, mais comme le niveau de couverture relève d'une décision provinciale, il n'est pas encore certain que cet accord atténuera les différences entre provinces (Boothe et Carson, 2003).

2. Dans le même ordre d'idée, les soins à domicile sont considérés comme un service additionnel et ne sont donc pas couverts par Medicare. Cela a conduit à une situation où le régime d'éligibilité, la couverture et la participation aux frais pour les soins à domicile financés par les pouvoirs publics varient considérablement d'une province à l'autre, et se sont traduits par un manque d'équité entre les Canadiens (Conference Board du Canada, 2004b). De surcroît, certaines personnes occupent des lits d'hôpitaux parce qu'elles ne peuvent pas payer les services de soutien qui leur seraient nécessaires à la sortie. Par ailleurs, les soins à domicile représentent encore une très faible part des budgets de santé des provinces, bien qu'il soit généralement admis que ces soins remplacent efficacement des services plus coûteux et s'accordent souvent davantage aux préférences des patients. Le soutien explicite des soins à domicile prévu par

l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé est une initiative opportune, mais elle ne concerne pour le moment qu'un éventail étroit de services. Une stratégie globale de développement des soins à domicile en tant que partie intégrante des services publics de santé dans tout le pays réduirait les inégalités actuelles et contribuerait à une meilleure allocation des ressources au sein du système. Cependant, comme l'ont constaté les États-Unis, ces réformes risquent aussi d'engendrer une expansion rapide des services de santé à domicile. Il faudrait élaborer des lignes directrices médicales prudentes sur l'utilisation appropriée des soins à domicile et créer des incitations financières favorisant une planification efficiente des sorties d'hôpital. Ces mesures s'imposent d'emblée pour assurer la maîtrise des coûts.

3. Une extension de l'éventail des services couverts par Medicare exigera des financements publics accrus, mais cette augmentation pourrait être compensée par un rééquilibrage du dispositif actuel de partage des coûts. Divers mécanismes de partage sont possibles (**encadré 4.6**), mais à l'heure actuelle le système public pratique une approche du tout ou rien : les services sont remboursés à 100 pour cent ou ils ne le sont pas du tout. L'extension prévue de la couverture des soins à domicile et des achats de médicaments onéreux pourrait offrir l'occasion de réexaminer des mécanismes limités de partage des coûts pour un éventail de services de santé. Cela atténuerait le coût budgétaire de l'extension de la gamme de prestations couvertes par Medicare. Ces mécanismes de partage sont courants dans plusieurs autres pays de l'OCDE, et lorsque le niveau initial de partage des coûts est nul, ils peuvent induire une réduction notable des dépenses de santé (Docteur et Oxley, 2003). Toutefois, il est difficile de déterminer s'ils réduisent surtout des traitements essentiels ou une consommation inutile³. En tout état de cause, la participation aux frais serait limitée de manière à éviter les effets indésirables sur l'accès aux soins et les résultats sanitaires. Pour prévenir ces effets négatifs, on pourrait accorder des exemptions aux catégories vulnérables, (enfants, personnes à faible revenu, personnes âgées) et plafonner les dépenses à la charge du patient en cas de maladie ou de blessure très graves.

Encadré 4.6. Mécanismes de partage des coûts dans le secteur de la santé

Divers concepts d'assurance sont applicables aux mécanismes de partage des coûts dans le secteur de la santé. Ils reposent sur le principe de maîtrise de l'aléa moral, encore que, si les paiements directs des patients pour des services financés par l'État sont ensuite couverts par une assurance-maladie privée, l'effet modérateur sur la demande de soins est sans doute limité.

La *franchise* est un montant forfaitaire entièrement acquitté par le patient avant que la couverture maladie n'entre en jeu. Le reste de la dépense peut faire l'objet soit d'un ticket modérateur soit d'une co-assurance — dans laquelle les frais sont partagés —, soit être entièrement pris en charge par l'assureur. La franchise peut être appliquée à chaque prestation ou au montant total dépensé durant la période contractuelle. Avec la franchise, le système de couverture et de remboursement a un effet non linéaire. Une franchise plus élevée s'accompagne généralement d'une prime plus faible, étant donné que le coût à la charge de l'assureur est plus réduit.

La *co-assurance* est le pourcentage de la dépense en excédent de la franchise que le patient doit acquitter.

Une *participation aux frais* est un montant acquitté par le patient pour un service de santé ; elle est indépendante du coût total du service. Le comportement du consommateur n'est pas influencé par le coût total des soins mais par le nombre de services utilisés.

Le *plafonnement des paiements à la charge du patient* prévu par les mesures de partage des coûts fait que les participants ne sont pas confrontés à des dépenses « excessives » durant l'année, ce qui réduit l'incertitude et le risque.

Source : Docteur et Oxley (2003).

Réformer le cadre institutionnel pour une plus grande efficacité

4. L'amélioration de l'efficacité est un ingrédient essentiel de toute stratégie visant à concilier les demandes croissantes de soins avec la nécessité de freiner la dépense publique. Avant tout, il faut offrir des incitations appropriées aux principaux acteurs⁴. Dans le secteur primaire, le paiement à l'acte est le mécanisme le plus utilisé pour rémunérer les généralistes et les spécialistes assurant des soins ambulatoires, les niveaux de rémunération étant négociés à l'échelon provincial. Cette démarche laisse aux praticiens une liberté totale concernant le niveau et la composition des prestations, l'aiguillage vers un spécialiste et d'autres options de traitement, et elle est généralement associée avec des listes d'attente plus courtes (Siciliani et Hurst, 2003). Toutefois, les médecins sont incités à accroître les volumes et les prix des services qu'ils offrent, et le risque d'une demande induite par l'offre est particulièrement élevé, du fait par exemple d'une expansion des prestations fournies « en interne » alors qu'il serait préférable de faire davantage appel à des fournisseurs extérieurs⁵. Introduire un élément de capitation dans le mode de paiement atténuerait certains de ces effets négatifs. De fait, cela inciterait les médecins à voir plus de patients, puisqu'un nombre accru de patients enregistrés impliquerait des revenus plus élevés⁶. Au Canada, de plus en plus de médecins délaissent le paiement à l'acte pour des modèles mixtes comprenant des composantes salariales, un paiement à la capitation ou une combinaison de ces options. Dans la seconde moitié des années 90, la part des dépenses en services de médecins affectées à de nouveaux modes de rémunération a augmenté dans toutes les provinces sauf au Québec (ICIS, 2003). Cependant, ces nouvelles formules ne représentent la majeure partie des revenus que pour une minorité de praticiens (moins de 10 pour cent dans la plupart des provinces). Fait intéressant, d'après une enquête, 37 pour cent des médecins préféreraient le paiement à l'acte, 27 pour cent le salariat et 21 pour cent un régime de rémunération mixte, aussi peut-on juger souhaitable de promouvoir davantage ce mode de rémunération (Association médicale canadienne, 2003). Cependant, l'adoption de la rémunération mixte risque d'aggraver la pénurie actuelle de médecins, le résultat dépendant de la façon dont les médecins ajustent leur style de traitement. Le système actuel de paiement à l'acte incite davantage les médecins à maximiser le nombre de consultations annuelles, et si ce régime est abandonné il pourrait être plus difficile de trouver un médecin. Mais des honoraires à la capitation peuvent aboutir à des consultations plus efficaces, permettant aux praticiens de voir davantage de malades. Les contrats offerts aux médecins qui renoncent au paiement à l'acte devront donc être conçus avec soin de façon à minimiser ces risques.

5. Un réexamen des mécanismes de financement des hôpitaux permettrait d'accroître les incitations à améliorer la productivité. Actuellement, les provinces recourent à diverses approches pour financer les hôpitaux. Dans certains cas, elles font appel à une méthode de financement primaire pour allouer la majorité de leurs fonds aux dépenses de fonctionnement (**tableau 4.4**) et à un certain nombre de mécanismes secondaires pour répartir des montants plus réduits, tandis que les financements relatifs au capital sont alloués sur la base des projets dans toutes les provinces. La répartition en fonction de la population, l'appréciation ministérielle et la dotation budgétaire globale sont les méthodes de financement primaires les plus répandues. Avec ces mécanismes, les décisions ne dépendent pas généralement d'informations détaillées sur les coûts : le financement est décidé en fonction de considérations politiques ou de tendances passées, aucun de ces deux facteurs ne favorisant l'efficacité. En revanche, dans le régime fondé sur les services rendus, les hôpitaux sont remboursés au titre des soins pour lesquels le patient est admis et à un taux calculé d'après le type de prestation fournie, le coût estimé du traitement par diagnostic étant fixé d'avance. Mais pour l'heure, ce type de financement est marginal au Canada⁷ en dépit de la recommandation formulée dans le rapport du Sénat (Kirby, 2002).

Tableau 4.4. **Financement des hôpitaux au Canada**¹

Province	Financement primaire	Financement secondaire
Colombie britannique	Par objet de dépenses et en fonction de la population	En vue d'objectifs déterminés
Alberta	En fonction de la population	En vue d'objectifs déterminés
Saskatchewan	En fonction de la population	Néant
Manitoba	Appréciation ministérielle	Néant
Ontario	Dotation budgétaire globale	Multiple ²
Québec	Dotation budgétaire globale	Multiple ³
Nouveau Brunswick	Par objet de dépenses et en fonction de la population	Néant
Nouvelle Ecosse	Appréciation ministérielle	Néant
Ile du Prince Edward	Appréciation ministérielle	Néant
Terre Neuve et Labrador	Appréciation ministérielle	Néant

1. La méthode de financement par objet de dépenses implique de négocier les crédits destinés aux différents postes. Avec la méthode de l'appréciation ministérielle, les décisions sont prises par le ministre provincial de la santé à partir des demandes spécifiques de l'hôpital concerné. La méthode de financement en fonction de la population fait intervenir des informations démographiques telles que l'âge, le sexe, le statut socio-économique et les taux de mortalité pour prévoir la demande de services hospitaliers. Avec la dotation budgétaire globale, les dépenses antérieures sont ajustées pour proposer le niveau du financement pour l'année à venir. L'ajustement peut être opéré au moyen d'un multiplicateur ou d'une somme forfaitaire. Dans le cas du financement en vue d'objectifs déterminés, les crédits sont répartis entre les différents objectifs – la méthode fondée sur les équipements hospitaliers fait intervenir les caractéristiques de l'hôpital telles que la taille, l'importance de l'activité d'enseignement, le taux d'occupation et la distance par rapport à l'établissement supérieur le plus proche pour estimer les coûts. La méthode fondée sur les services rendus détermine le financement en fonction du volume et des types de pathologies traitées par l'hôpital.
2. En vue d'objectifs déterminés, en fonction des équipements, en fonction de la population et en fonction des services rendus.
3. En fonction de la population et en vue d'objectifs déterminés.

Source : Kirby (2002) d'après Mc Killop *et al.* (2001).

6. Une réforme du mode d'attribution des budgets hospitaliers privilégiant le financement sur la base du service rendu apparaît donc comme une voie prometteuse. Il en résulterait une nouvelle perspective de financement : au lieu de recevoir un montant déterminé pour répondre à leurs besoins anticipés, les hôpitaux seraient payés en fonction de leurs prestations effectives, et ce régime les inciterait davantage à faire des gains d'efficacité, tout en mettant en lumière leurs atouts et leurs faiblesses. En outre, cette démarche rendrait plus transparente l'utilisation des fonds publics et accroîtrait l'autonomie des hôpitaux vis-à-vis des collectivités locales. A en juger par l'expérience de plusieurs pays de l'OCDE qui y ont recours, cette méthode accroît l'activité, parfois notablement, et constitue donc un moyen essentiel de réduire les délais d'attente (Siciliani et Hurst, 2003). Un inconvénient majeur du financement sur la base du service rendu est qu'il peut entraîner une augmentation excessive des prestations, surtout si les spécialistes attachés à un hôpital sont payés à l'acte, comme c'est le cas au Canada. Néanmoins, on pourrait résoudre le problème en créant un autre mécanisme de rémunération pour les spécialistes attachés à l'hôpital, à l'instar de ce qui se fait en Suède et au Royaume-Uni. Étant donné que la rémunération finale dépend de la gravité du cas et des ressources requises pour le traiter, un autre danger est celui de voir les hôpitaux reclasser les patients dans des groupes de maladies plus coûteuses ou pratiquer une sélection pour éviter de recevoir des patients coûteux. Il faudrait instaurer un système d'audits et de sanctions pour prévenir ce type d'abus. Or, la mise en place de ce mécanisme de financement nécessite des mesures fiables des coûts de tous les types de traitements, mesures qui ne sont pas disponibles à l'heure actuelle.

pour toutes les provinces ; comme qu'on l'a déjà noté, il convient donc de poursuivre les travaux d'amélioration des données relatives à la gestion financière.

Renforcer le rôle des ARS

7. Le système s'améliorerait si l'on privilégiait la gestion et la gouvernance du secteur à l'échelon régional, en renforçant le rôle des Autorités régionales de la santé (ARS). Au cours des deux décennies écoulées, toutes les provinces hormis l'Ontario ont transféré la gestion de certains éléments du système de santé aux ARS. Les compétences de ces dernières se limitent généralement aux services hospitaliers, même si dans certaines provinces elles couvrent aussi les prestations de laboratoires, les soins de longue durée, les soins à domicile et divers autres services de santé. Les ARS fournissent ces services en passant des contrats avec des organismes privés à but non lucratif ou lucratif. Toutefois, les actes de médecins, les médicaments sur ordonnances et les soins aux cancéreux continuent d'être administrés et financés au niveau central par les provinces. Par ailleurs, un certain nombre de facteurs font obstacle à un fonctionnement optimal des ARS. Ainsi, dans quelques provinces les budgets des ARS sont presque entièrement déterminés par les gouvernements, et si elles ne sont pas en mesure de couvrir les besoins des populations avec leurs ressources existantes, elles n'ont guère d'autre choix que de démarcher les gouvernements provinciaux pour obtenir des crédits supplémentaires.

8. En étendant la compétence des ARS à l'ensemble des services de santé on leur permettrait de mieux contrôler l'allocation des ressources, et le système serait ainsi plus intégré. De plus, une application plus généralisée des principes du marché interne, selon lesquels les ARS opèrent comme acheteurs et peuvent s'approvisionner auprès d'institutions à but lucratif ou non lucratif, favoriserait une gestion efficace des services de santé et inciterait les prestataires à améliorer leur efficacité et leur rapport coût-efficacité. De surcroît, cette démarche rendrait le système beaucoup plus transparent et renforcerait l'obligation de rendre les comptes des différents acteurs (Kirby, 2002). Cependant, comme on l'a fait valoir précédemment, pour que les incitations de marché soient opérantes il faut changer la méthode de rémunération des hôpitaux en adoptant un mode de financement sur la base du service rendu.

Étendre la couverture de l'assurance privée

9. Étant donné les préoccupations de plus en plus vives suscitées par l'ampleur des listes d'attente, la possibilité pour les assureurs privés de couvrir les services de base a été au cœur du débat. Dans le système actuel, l'assurance privée ne couvre que les prestations qui ne sont pas explicitement offertes par le régime public. Par conséquent, les individus doivent prendre en charge eux-mêmes la dépense s'ils souhaitent avoir un accès aux soins plus rapide qu'avec le système actuel⁸. Cette situation presque unique parmi les pays de l'OCDE résulte de la conviction qu'une assurance qui fait double emploi avec la couverture publique permet à des personnes à revenus élevés de « resquiller », aux dépens des personnes défavorisées (Cutler, 2002). Il existe également des craintes selon lesquelles si les riches peuvent sortir à leur gré du système public, leur défense d'un secteur public de qualité risque de faiblir, ce qui pourrait entraîner un effondrement du soutien à l'assurance publique (Gouveia, 1997).

10. Une extension de la couverture privée offrirait quelques avantages potentiels pour l'économie dans son ensemble, même s'ils seront sans doute limités dans un modèle à assureur unique comme celui du Canada, où les coûts administratifs sont faibles. Autoriser les assureurs privés à couvrir des prestations déjà assurées par Medicare permettrait en théorie de soulager les budgets publics de la santé, grâce à la prise en charge de coûts qui sinon seraient supportés par les pouvoirs publics. Mais les données en provenance de l'Australie et de l'Irlande montrent que les personnes ayant souscrit une assurance privée continuent en général à faire appel aux services financés par l'État, de sorte qu'il n'y a guère de transferts de coûts. De manière plus importante, la concurrence entre les assureurs pourrait inciter ceux-ci à améliorer les services aux assurés, et élargir le choix des consommateurs en stimulant l'innovation parmi les assureurs. Il en

résulterait aussi une meilleure information des fournisseurs, les clients étant en mesure d'indiquer directement leurs préférences personnelles, mais aussi un gain de bien-être pour les personnes qui n'étaient pas jusque-là autorisées à souscrire une assurance privée (voir la précédente *Étude*). Bien que les primes d'assurance privée soient dégressives, une couverture élargie de l'assurance privée n'impliquerait pas nécessairement une dégradation de la situation des personnes à faibles revenus. En effet, si l'expansion de l'assurance privée coïncidait avec un accroissement de la capacité d'offre⁹, elle pourrait aussi réduire les délais d'attente pour les patients dépourvus d'une assurance privée complémentaire. Dans un système à payeurs multiples, il peut s'avérer difficile de maintenir l'équité en matière d'accès et de financement si les assureurs privés sont autorisés à pratiquer un « écrémage ». Des restrictions gouvernementales de la sélection en fonction des risques seraient toutefois susceptibles d'améliorer l'équité des marchés privés de l'assurance-maladie, même si ces mesures sont difficiles à mettre en application.

Recourir davantage aux nouvelles technologies

11. Un aspect central de l'amélioration de l'efficacité des services de santé est le développement des dossiers de santé informatisés, qui est engagé à l'heure actuelle dans la plupart des provinces. Il s'agit de créer pour chaque individu un fichier sûr et protégé, renfermant ses principaux antécédents de santé, conservé à l'intérieur du système de santé. En théorie, si elle est intégralement mise en place¹⁰ et totalement interchangeable d'une province à l'autre, cette base de données pourrait améliorer la qualité et la réactivité du système de prestation de soins. Cependant, faute de coordination entre les provinces, des systèmes différents ont été créés, les problèmes techniques se sont multipliés et le processus est devenu plus long et plus onéreux, tandis que le résultat final risque d'être moins utile. L'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé préconise expressément la mise en place de dossiers de santé informatisés, et il serait souhaitable que l'administration fédérale ou les provinces s'emploient à accélérer le processus.

NOTES

1. Il existe des systèmes de remboursement publics dans tous les pays de l'OCDE, sauf la Turquie, les États-Unis et le Canada (Docteur et Oxley, 2003).
2. A titre d'exemple, la Suède administre une échelle mobile de couverture des produits pharmaceutiques. Chaque année, le patient acquitte le coût intégral jusqu'à concurrence de l'équivalent des 160 premiers dollars canadiens, puis un taux d'aide croissant entre en vigueur, si bien que personne ne paie plus de 320 dollars canadiens sur une période quelconque de douze mois. La Nouvelle-Zélande réduit la participation aux frais à un montant symbolique après les 20 premiers articles prescrits au cours d'une année, et applique des régimes spéciaux aux catégories à faible revenu et aux personnes âgées.
3. En janvier 2004, l'Allemagne, qui avait aussi un système de consultations sans frais pour les malades, a institué une participation des patients de 10 euros pour les consultations initiales. Selon les premiers résultats, cette mesure a été suivie d'une baisse de 10 pour cent des visites chez les médecins au premier trimestre 2004. Toutefois, on ne sait pas quelle est la part des consultations inutiles dans cette baisse (Lauterbach, 2004).
4. La question de l'accès aux spécialistes (les patients doivent-ils avoir un accès indirect par le biais d'un médecin référent, comme au Canada, ou un accès direct) pourrait aussi influencer sur la performance du système dans son ensemble (Levaggi et Rochaix, 2004). La prédominance d'un modèle aux dépens de l'autre dépendra notamment des préférences du patient, des mécanismes de rémunération des médecins et de la présence d'une asymétrie de l'information.
5. Ce risque est atténué par des réglementations visant les pratiques d'« auto-recommandation » des praticiens mises en place dans la plupart des provinces (sauf la Nouvelle-Écosse, l'Île du Prince Édouard, Terre-Neuve et Labrador). Toutefois, on peut se demander si ces réglementations assurent une protection suffisante du consommateur (Choudhry *et al.*, 2004).
6. Des arguments théoriques permettent également de penser qu'une rémunération mixte est supérieure à un régime de paiement à l'acte pur dans un contexte d'asymétrie de l'information ; en effet, le régime mixte réduit les pertes de bien-être qui se produisent lorsque, dans un système de tarification administrative, les honoraires sont fixés à un niveau inadéquat, c'est-à-dire loin du niveau auquel les coûts et les avantages marginaux des services s'équilibrent (Newhouse, 1996).
7. Le financement en fonction du service rendu a été introduit en 2001 dans l'Ontario, où il devait être étendu progressivement. Jusqu'ici, une faible proportion des hôpitaux ont mis en place les systèmes de gestion financière permettant l'allocation des crédits sur la base des services fournis.
8. L'actuelle affaire Chaoulli contre Québec donne une illustration intéressante de ce point. Le plaignant a dû attendre près d'un an avant d'être opéré de la hanche. Son action en justice se fonde sur son souhait de payer un prestataire privé afin de réduire l'attente et de souscrire une assurance privée à l'avenir. La Cour suprême déterminera si un particulier peut acheter des soins qui sont disponibles dans le système public mais qui ne sont pas dispensés en temps utile.
9. Un élément impondérable affectant l'offre est la question de savoir dans quelle mesure les assureurs privés seraient disposés à couvrir des traitements assurés par des prestataires exerçant aux États-Unis, de manière à pallier la pénurie de personnel médical canadien.

10. Le rapport Romanow (2002) a recommandé que toutes les provinces et tous les territoires adoptent des fichiers électroniques offrant une interopérabilité totale d'ici à 2010.

BIBLIOGRAPHIE

- Boothe, P. and M. Carson (2003), “What Happened to Health-Care Reform?”, *C.D. Howe Institute Commentary*, December.
- Canadian Institute for Health Information (2003), *Canada’s Health Care Providers*, Ottawa.
- Canadian Medical Association (2003), “Physician Resource Questionnaire Survey”, *Canadian Medical Association Journal*, September.
- Conference Board of Canada (2004b), “Understanding Health Care Drivers and Escalators”, March.
- Cutler, D.M. (2002), “Health Care and the Public Sector”, NBER Working Paper 8802, February.
- Docteur, E. and H. Oxley (2003), “Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience”, OECD Economics Department Working Paper No. 374, December.
- Gouveia, M. (1997), “Majority Rule and the Public Provision of a Private Good”, *Public Choice*, 93:221-44.
- Kirby, M.J.L. (2002), “The Health of Canadian – The Federal Role”, Final Report to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, Volume 6: Recommendations for Reform, Part II, IV and V, Ottawa.
- OCDE (2003b), *Economic Survey of Canada*, Paris.
- Siciliani, L. and J. Hurst (2003), “Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries”, OECD Health Working Paper.