

FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

**PRÉSENTATION
SUR
LA COMPLÉMENTARITÉ DU SECTEUR PRIVÉ
DANS LA POURSUITE DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX
DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ AU QUÉBEC**

Montréal, le 22 janvier 1999

**Présentation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec
au Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé
dans la poursuite des objectifs fondamentaux
du système public de santé au Québec**

22 janvier 1999

PRÉAMBULE

La Fédération des médecins spécialistes du Québec remercie le « Groupe de travail » de l'opportunité qui lui est donnée de faire part de son opinion sur la complémentarité des secteurs public et privé.

La FMSQ est d'avis qu'un système de santé public efficient est la base de la distribution des soins de santé au Québec; elle en est un défenseur et un promoteur. Certaines spécialités sont plus touchées par le volet privatisation et désirent s'impliquer davantage.

Cependant, la FMSQ a constaté un certain nombre de problèmes dans notre système de santé, par exemple :

- ◆ Accessibilité diminuée alors que la demande augmente, principalement en raison du vieillissement de la population.
- ◆ Retard technologique important dans les équipements médicaux.
- ◆ Augmentation constante du coût des nouveaux médicaments.
- ◆ Utilisation sous-optimale des ressources (salles d'opération, médecins).

Des investissements importants seront nécessaires dans le futur; il faut que les taxes et impôts des québécois déjà surtaxés soient utilisés avec le plus d'efficiency possible.

Nous vous proposons des avenues novatrices où les services de santé pourront être prodigués à meilleur coût, où l'État se retirerait de la couverture de certains services, où le citoyen utilisateur serait appelé à se responsabiliser davantage.

Nous traiterons également de l'apport essentiel des cabinets privés de médecins dans notre système de santé et de leur fragilité actuelle.

Nous parlerons de la complémentarité du secteur privé dans le domaine des services médicaux et des lieux de dispensation des soins : cabinets, centres hospitaliers.

PRÉSENTATION

Il est essentiel de discuter ouvertement du financement de notre système de santé et de la place respective du privé et du public.

La FMSQ est d'avis que privé et public ne sont pas en opposition mais en complémentarité.

Il ne faut pas aborder le débat de façon dogmatique, mais pratique et regarder qui, du privé ou du public, peut, à meilleur coût, rendre les services requis. La question n'est pas de savoir s'il y a trop ou pas assez de privé.

L'analyse des différentes catégories de dépenses nous apprend que la part de financement ou de gestion privée est très présente dans certains champs d'activités et beaucoup moins ailleurs.

Le tableau suivant illustre pour 1996, selon IMS Canada, la distribution privé-public et la variation par rapport à 1995.

1996 – ATTRIBUTION PRIVÉ-PUBLIC			
	% PUBLIC	% PRIVÉ	% VARIATION 1996 VS 1995
Médicaments	35,2	64,8	+ 2,7
Hôpitaux	87,7	12,3	- 0,9
Autre institutions	68,1	31,9	+ 3,5
Médecins	99,0	1,0	+ 0,6
Autres professionnels	14,3	85,7	+ 2,3
Capital	72,4	27,6	- 2,1
Autres dépenses	52,6	47,4	+ 4,1
TOTAL	69,9	30,1	+ 1,2

(Source : IMS Canada)

Les médecins

Les services des médecins sont assumés à 99 % par la RAMQ et à 1 % par le privé, ce qui est très loin de nous amener vers une médecine à l'américaine où seuls les mieux nantis pourraient se payer les services des meilleurs spécialistes. Nous notons cependant une certaine tendance vers le privé : il y a actuellement 28 médecins spécialistes non participants et 3 médecins spécialistes désengagés.

PROBLÉMATIQUE ACTUELLE

Révision du panier de services assurés

Présentement, le régime public assure beaucoup de services qui sont davantage reliés à l'esthétique et à des choix individuels et qui ont très peu à voir avec la promotion et le recouvrement de la santé. Par exemple, le Québec est la seule province où la réanastomose des canaux déférents post-vasectomie est un acte assuré. De nombreux examens non médicalement requis demandés par un tiers sont actuellement assurés par la RAMQ. Exemple : (examens pré-emploi et en cours d'emploi requis par la SAAQ et autres organismes gouvernementaux).

Des travaux très sérieux ont été effectués par le MSSS et les fédérations médicales en 1995 et 1996, mais le Ministère n'a jamais voulu y donner suite. Des économies pour l'État de plusieurs millions de dollars étaient possibles à cet égard.

À notre avis, il s'agit ici d'un exemple où l'État pourrait mieux utiliser les ressources financières publiques.

CABINETS ET CLINIQUES PRIVÉS

Il existe actuellement au Québec une étroite collaboration privé-public de la part des médecins spécialistes par leurs cabinets et cliniques privés de consultation et de radiologie. Ces cliniques et cabinets sont partie intégrante de notre système de distribution de soins. Par exemple, sans la collaboration des cliniques privées de radiologie, le programme de dépistage du cancer du sein ne fonctionnerait pas.

Nous aimerions porter à votre attention à quel point cette collaboration est essentielle à la distribution des soins médicaux au Québec, comment elle est actuellement fragile en raison d'un financement inadéquat et quelles mesures pourront être mises de l'avant pour assurer son maintien et son développement.

Bien qu'exerçant majoritairement en milieu hospitalier, les médecins spécialistes réalisent 25 % de leurs activités en cabinet privé.

Le tableau à l'Annexe 1 illustre par spécialité l'activité relative en cabinet et en établissement.

Comme déjà mentionné, la grande majorité des soins donnés par les médecins spécialistes en cabinet sont des soins assurés par le régime public.

Les services non assurés donnés en cabinet privé sont ceux décrits à l'article 22, section V du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie, c'est-à-dire des services non considérés comme assurés. Exemple : l'esthétique, l'échographie, la résonance magnétique, la tomographie axiale, les expertises médicales, le traitement des varices par injections, etc.

Les cliniques et cabinets privés étaient la plupart du temps la propriété des médecins. Cependant, les services offerts sont des services assurés pour la très grande majorité, à l'exception de ceux mentionnés au paragraphe précédent.

Nous notons actuellement une forte tendance vers l'implication de promoteurs non médecins dans l'établissement de cliniques privées. (Exemple : Clinique de l'œil, Clinique de l'oreille, Clinique de fertilité, laboratoires privés).

Parce qu'il est interdit par la Loi (art. 22, Loi ass.-maladie) « d'exiger ou de recevoir tout paiement d'un bénéficiaire pour un service, une fourniture, ou des frais accessoires à un

service assuré », les activités des cabinets privés, propriété des médecins, sont donc financées à même les honoraires professionnels des médecins.

Pour la plupart des médecins, il est prévu à cet effet une majoration du tarif en cabinet privé; sauf pour la radiologie (75 %) et la physiothérapie (45 %), cette majoration du tarif est d'environ 20 %.

Nous croyons fermement à l'importance des cabinets privés pour la dispensation des soins aux citoyens du Québec. En 1997, 6 384 195 visites furent effectuées en cabinet et 5 366 828 en clinique externe des différents hôpitaux.

Le financement de nos cabinets est insuffisant. Cette majoration de 20 % doit en principe financer les dépenses de cabinet mais les dépenses réelles sont de beaucoup supérieures (± 44 %) (études internes, données Samson Bélair). Les médecins doivent, par conséquent, amputer leurs honoraires professionnels pour financer leurs frais de cabinet (Annexe 2).

Constatant un manque à gagner significatif, plusieurs médecins ont diminué leur pratique en cabinet et les nouveaux médecins certifiés hésitent à s'y établir, ce qui a amené une pénurie surprenante de médecins en cabinet privé dans certains secteurs. (Exemple : radiologie Laurentides).

Nous sommes ici en présence d'une association privé-public essentielle à la distribution des soins pour la population du Québec. Actuellement, cette association est dangereusement remise en question, à moins de trouver une solution pour que son financement soit adéquat et que le médecin ne soit pas pénalisé d'y participer. Plusieurs cliniques de radiologie remettent en question leur existence même et les centres hospitaliers ne seront pas en mesure de compenser la fermeture de ces cliniques.

Nous aimerions soumettre à votre attention un certain nombre d'éléments de solution.

1- Obtenir une juste compensation pour les frais de pratique en cabinet privé.

2- Réparer les iniquités pour les médecins découlant de l'application de la TPS et de la TVQ.

À cet égard les cabinets privés sont traités injustement par rapport aux hôpitaux et aux CLSC alors qu'ils doivent payer TPS et TVQ sur leurs fournitures médicales sans avoir droit à aucun remboursement et sans pouvoir refiler ces coûts à leurs patients. Certaines provinces (Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve, Saskatchewan) ont déjà reconnu cette iniquité et ont accordé aux médecins une compensation monétaire.

3- Développer la notion de cabinet affilié et évaluer le concept de contrat de services « gestion privée des fonds publics ».

L'activité hospitalière est particulièrement importante au Québec. Le Québec dépense proportionnellement plus pour ses hôpitaux et ses autres établissements que la moyenne canadienne et moins pour ses médecins et autres professionnels de la santé.

Pourquoi utiliser une structure lourde comme l'hôpital pour donner des soins légers, ambulatoires, qui requièrent une structure beaucoup moins lourde, telle une clinique médicale ou un cabinet de médecin.

L'hôpital, plateau technique sophistiqué, se doit d'être utilisé ce pourquoi il a été conçu : traiter des cas lourds nécessitant tout ce plateau technique.

Le moment est propice pour envisager de transférer hors de l'hôpital ce qui peut être fait à meilleur coût, à qualité égale ou même meilleure.

Nous ne pouvons plus nous permettre d'ignorer tout le réseau de cabinets et de polycliniques privés établi sur le territoire et disposé à établir des relations d'affaires avec le réseau public afin d'en arriver à une plus grande complémentarité entre les deux réseaux.

Nous croyons possible d'établir des contrats de services entre hôpitaux, régies régionales et cliniques privées afin de confier à ces dernières des prestations de soins ne nécessitant pas le plateau technique hospitalier et pouvant donc être données à meilleur coût en raison d'une infrastructure moins lourde et, par conséquent, moins dispendieuse et plus personnalisée.

À notre avis, les procédures diagnostiques simples, les chirurgies ne nécessitant pas d'anesthésie pourraient être envisagées dans un premier temps. À cet égard, l'expérience actuellement en cours à Calgary mérite d'être regardée de très près.

Le développement d'un tel projet doit se faire d'une façon concertée entre les Régies, les hôpitaux et les polycliniques intéressés.

Il faut identifier un ou plusieurs hôpitaux prêts à s'engager dans un projet pilote, choisir une activité qui s'y prêterait bien (ophtalmologie pour cataractes, ORL pour audiogrammes, orthopédie ou plastie pour chirurgie de la main, procédures diagnostiques, telles radiologie, médecine nucléaire), etc.

Les polycliniques intéressées à y participer devront répondre à des critères de qualité identiques à ceux de l'hôpital. Il n'est pas question de médecine à rabais, car il s'agit ici d'un prolongement de l'activité des services hospitaliers concernés.

Dans ce concept, le patient n'a rien à déboursier puisque les sommes nécessaires au financement des activités en cabinet proviennent des transferts de budgets d'opération des centres hospitaliers.

4- Utilisation des ressources excédentaires des établissements.

Exemple : le projet de l'Institut de cardiologie de Montréal qui désirait utiliser les ressources excédentaires pour rendre des services médicaux aux étrangers. Les revenus ainsi générés permettraient davantage d'activités hospitalières pour les citoyens du Québec et amélioreraient l'accessibilité aux soins.

5- Examiner le concept de l'utilisateur-payeur – « responsabiliser le patient ». (En dehors des ententes de complémentarité)

En vue de compenser les médecins pour certains frais encourus dans la dispensation de procédés diagnostiques et thérapeutiques en cabinet, notre entente prévoit, à l'article 2.1 du Preambule général, la possibilité « aux médecins spécialistes de demander compensation pour certains frais de pratique comprenant les médicaments et les agents anesthésiants ».

Il est de notre avis que cette limitation freine le développement de la prestation de soins en cabinet privé.

Plusieurs sondages ont illustré que les citoyens du Québec n'hésiteraient pas à avoir recours au privé pour recevoir certains soins.

Plusieurs examens diagnostiques, en particulier les endoscopies, sont des procédures simples parfaitement adaptées aux cliniques privées. Il en est de même de plusieurs chirurgies sous anesthésie locale (hernies, cataractes, etc.). Il s'agirait de permettre la facturation des frais de salles d'opération ou d'examen pour voir ces activités se développer et l'accessibilité aux soins améliorée.

6- Système privé parallèle complémentaire.

Une fois le système public bien stabilisé et adéquatement financé, nous pourrions permettre aux patients d'utiliser leurs propres ressources financières pour obtenir des soins complémentaires.

Exemples :

- Plâtres de fibre de verre.
- Lentilles souples en ophtalmologie.
- Prothèses auditives moins encombrantes.
- Prothèses orthopédiques de meilleure qualité
- Pacemakers plus performant.

Également, l'accessibilité à certains services diagnostiques dans le système public est certainement problématique (échographie, tomodensitométrie, résonance magnétique). De même en est-il de certaines chirurgies telles cataractes, prothèses orthopédiques, etc.

Selon le dernier rapport de l'Institut Fraser, c'est au Québec que le temps d'attente pour voir un spécialiste et initier un traitement s'est le plus détérioré.

Il existe déjà un système privé parallèle pour les examens diagnostiques et les examens de laboratoire où l'accès est beaucoup plus rapide qu'à l'hôpital, diminuant ainsi le temps d'attente pour TOUT le monde. La CSST et les assureurs privés sont les principaux clients de ce système privé.

Pourquoi ne pourrait-il pas y avoir également un système privé parallèle complémentaire de soins curatifs ? Un tel système existe dans la plupart des pays d'Europe ainsi qu'en Nouvelle-Zélande et cette situation n'a pas amené d'explosion des coûts de la santé ni de révolution sociale.

L'accessibilité serait ainsi améliorée pour l'ensemble de la population.

Cette option, à notre avis, doit être évaluée à sa valeur intrinsèque et non être rejetée sans examen pour des raisons idéologiques. Regardons qui, du privé ou

du public, peut le mieux répondre à un besoin donné et allons dans cette direction.

Pour la FMSQ :

Yves Dugré, M.D., vice-président

Pierre Robitaille, M.D., conseiller

Jean Simard, M.D., conseiller

ACTIVITÉ CABINET-HÔPITAL SELON LES SPÉCIALITÉS (Assurance-maladie, année 1997)		
Spécialité	% Cabinet	% Hôpital
Allergie	63	37
Anesthésie	0	100
Cardiologie	20	80
CCVT	5	95
Chirurgie générale	15	85
Chirurgie plastique	24	76
Chirurgie orthopédique	24	76
Dermatologie	82	18
Gastro-entérologie	20	80
Médecine nucléaire	0	100
Néphrologie	10	90
Microbiologie	1	99
Biochimie	2	98
Hématologie	4	96
Pathologie	1	99
Médecine interne	17	83
Neurochirurgie	9	91
Neurologie	27	73
Obstétrique et gynécologie	36	64
Ophtalmologie	40	60
Oto-rhino-laryngologie	42	58
Physiatrie	54	46
Pédiatrie	55	45
Pneumologie	8	92
Psychiatrie	13	87
Radiologie	42	58
Urologie	21	79
Santé communautaire	3	97
Endocrinologie	31	69
Radio-oncologie	3	97
Rhumatologie	53	47
Gériatrie	1	99
FMSQ	25	75

L'exemple suivant permet d'illustrer l'impact financier de la pratique en cabinet.

Hôpital	Tarif de la consultation	=	30,00 \$
	Dépenses (ass.respons., facturation)		<u>2,50 \$</u>
	Net		27,50 \$
Cabinet	Tarif de la consultation	=	36,00 \$ (30 \$ + 20 %)
	Dépenses (secrétaire, etc.)		<u>15,85 \$</u>
	Net		20,15 \$