

# LA PLACE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS : UN APERÇU DES FRAIS EXISTANTS

Les possibilités de financement privé dans le secteur de la santé ne cessent de faire le sujet de discussions et souvent de controverse au Québec et ailleurs au Canada. Le comité Castonguay, créé lors du dernier budget, se penche également sur la question et remettra son rapport à l'automne. Dans la foulée de ces discussions, cette Note cherche à faire une mise au point sur les paiements privés déjà existants au Québec et à les classer par catégories afin d'en comprendre la nature.



Cette Note économique a été préparée par Marcel Boyer, vice-président et économiste en chef de l'IEDM et Mathieu Laberge, économiste à l'IEDM.

Ici, contrairement à la situation qui prévaut dans la plupart des pays de l'OCDE, l'imposition de frais aux usagers des soins de santé assurés par le régime public est découragée par des dispositions légales<sup>1</sup>. Dans le système de santé public québécois, ces contributions existent seulement pour le régime d'assurance médicaments, sous forme de franchise et de quote-part (coassurance). Cependant, il existe de nombreux cas où un patient peut déboursier de sa poche afin d'obtenir certains services de santé, y compris des services assurés par le régime public. De nombreux patients acceptent déjà de « contourner » l'interdiction de principe des frais aux usagers afin de recevoir certains services de santé. Ces frais permettent en général d'avoir un accès plus rapide aux soins ou une meilleure qualité de soins et services (incluant les produits accessoires à ceux-ci).

Le total des dépenses privées en santé au Québec est estimé à 8,6 milliards \$ en 2006, soit 28,4 % des dépenses totales en santé, alors que cette part s'établissait à 20,3 % en 1981<sup>2</sup>. La part actuelle est comparable à la moyenne canadienne de 29,7 % et plus faible que l'ontarienne de 33 %. Les services rendus par le secteur privé sont de différentes natures : environ 29 % des dépenses vont à des services non assurés selon la réglementation tels les services dentaires, optométriques, la physiothérapie

et autres, 41 % vont aux médicaments, 4,2 % pour des soins hospitaliers, 14 % pour des soins dans d'autres établissements de santé et le reste va à d'autres dépenses et frais d'administration.

## Les services non assurés

Tout d'abord, il est utile de rappeler que ce ne sont pas l'ensemble des services de santé qui sont couverts par le régime public d'assurance maladie. Seuls les services « requis d'un point de vue médical » sont assurés. Le gouvernement a aussi le pouvoir d'exclure du régime d'assurance public les services qu'il désigne. Certains services sont couverts seulement pour une clientèle spécifique, selon l'âge ou les conditions économiques; d'autres le sont en centre hospitalier seulement. Ainsi, parmi

la panoplie de services de soins de santé, il existe des soins couverts intégralement par le régime public, d'autres couverts à 100 % par des dépenses privées et d'autres en partie par les deux.

Les services rendus pour des raisons esthétiques, l'acupuncture, la psychanalyse, la chirurgie réfractive de l'œil, certains vaccins, les consultations à distance et les visites visant uniquement le renouvellement d'une ordonnance ou l'obtention d'un certificat de santé ne sont généralement pas couverts. Même chose pour les services dentaires, sauf pour les enfants de moins de



1. Tant de la *Loi canadienne sur la santé* que par celles des lois provinciales sur l'assurance maladie. Pour une revue des contributions aux usagers dans les pays de l'OCDE voir notamment, Joanne Castonguay, Claude Castonguay, Claude Montmarquette et Ian Scott, *Analyse comparative sur le financement de la santé*, CIRANO, mai 2007, <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2007RP-04.pdf>.  
2. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé (1975 à 2006)*, 2006, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/tendances\\_des\\_depenses\\_nationales\\_de\\_sante\\_1975\\_a\\_2006\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/tendances_des_depenses_nationales_de_sante_1975_a_2006_f.pdf).

10 ans et les prestataires de l'aide sociale. Les examens optométriques ne sont assurés que pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes âgées de 65 ans ou plus. Par contre, l'achat, l'ajustement et le remplacement de lunettes ou de lentilles cornéennes ne sont pas couverts.

Quelques entreprises offrent des services d'examen permettant d'établir un bilan de santé détaillé, souvent destinés à des cadres (« médecine exécutive ») ou à d'autres employés dans le cadre de leur travail. Le prix de ces bilans complets peut dépasser 1000 \$. Les examens de ce type ne sont pas assurés, car ils sont de nature préventive.

Dès le début, l'État n'a donc pas hésité à écarter de la couverture du régime d'assurance maladie public certains soins qu'il jugeait trop coûteux. Par conséquent, il est possible de souscrire à une assurance privée pour ces soins et tous les médecins peuvent à la fois exercer dans le régime public et offrir des soins privés non assurés (sans même un minimum de temps de travail dans le régime public).

### *Services par un médecin non participant*

Une autre particularité du système québécois d'assurance maladie suffit à écarter toute prétention qu'il empêche quelqu'un d'obtenir des services assurés plus rapidement que les autres. On sait que le projet de loi 33, adopté en réponse au jugement Chaoulli, permettra bientôt l'assurance privée pour trois types de chirurgies (hanche, genou, cataracte) effectuées par un médecin non participant au régime public. Toutefois, on oublie souvent qu'il est possible depuis toujours de faire affaire avec un tel médecin pour n'importe quel type de soins médicaux, seules les assurances sont interdites (pour les services couverts par le régime public). Ainsi, une personne assez nantie pour payer la totalité des frais requis par un médecin non participant a toujours pu se faire soigner plus rapidement<sup>3</sup>. L'interdiction n'a pour effet que d'empêcher les gens aux revenus plus modestes de souscrire à une assurance privée afin de pouvoir faire de même.

### *Les services couverts seulement en centre hospitalier*

D'autres types de services sont couverts uniquement en centre hospitalier, comme les analyses en laboratoire ou des examens spécialisés tels que l'échographie, la tomographie axiale commandée par ordinateur (TACO), l'imagerie par résonance magnétique (IRM), de même que le traitement des varices par injection. Si un patient ne souhaite pas attendre dans le système

public, il a donc l'option de payer de sa poche afin d'obtenir le service plus rapidement en cabinet privé. Puisque ces services sont considérés non assurés ailleurs qu'en centre hospitalier, l'assurance privée est autorisée. Plusieurs professionnels de la santé choisissent également de rendre un certain nombre de services en clinique privée tout en travaillant pour le compte d'un centre hospitalier public.

Il est intéressant de noter à cet égard qu'en date du 1<sup>er</sup> janvier 2006, presque la moitié des appareils d'IRM en établissement privé du Canada se trouvaient au Québec (15 sur 32)<sup>4</sup>. En appliquant le taux d'utilisation moyen de ces machines et le tarif moyen d'un test dans le privé qui est de 800 \$, on peut estimer la valeur annuelle des services rendus dans le privé uniquement pour ces tests à 28 millions \$.

L'éventail des services assurés par le régime public a changé au fil du temps en réponse à plusieurs considérations, y compris les contraintes budgétaires, la vision des décideurs quant à ce qui devait être couvert ou non et les pressions de divers groupes d'intérêts. Ainsi, les services de physiothérapie en cabinet ne sont plus assurés pour les personnes de moins de 65 ans depuis 1988, les services d'optométrie ne sont plus assurés pour les personnes de 18 à 40 ans depuis 1992 et pour les personnes de 41 à 65 ans depuis 1996<sup>5</sup>. Parallèlement, certains vaccins ou traitements ont pu s'ajouter aux services assurés.

### **Les frais pour des services connexes ou une qualité supérieure**

Ensuite, il existe également des frais de nature médicale ou non permettant d'améliorer le confort du patient ou d'obtenir des appareils d'une qualité supérieure à ce qui est couvert par le régime public. Par exemple, un patient peut déboursier jusqu'à 210 \$ par jour pour avoir accès à une chambre privée avec téléphone, salle de bain privée et salon attendant dans un centre hospitalier. Des frais sont parfois exigés pour des services comme le lavage, la télévision ou la cafétéria.

La plupart du temps, les appareils suppléant à une déficience physique (y compris les aides auditives et visuelles) ne sont

*Il existe de nombreux cas où un patient peut déboursier de sa poche afin d'obtenir certains services de santé, y compris des services assurés par le régime public.*

3. Un exemple est la Clinique médicale MD-Plus du Dr Luc Bessette. En tout, il y a 131 médecins non participants au Québec sur les quelque 19 000 médecins inscrits au Collège des médecins.

4. On dénombre au Québec 56 machines d'IRM dont 15 dans le secteur privé. ICIS, *Technologies d'imagerie médicale au Canada, 2006 – Nombre, utilisation et sources de fonds d'exploitation*, décembre 2006, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/mit\\_analysis\\_in\\_brief\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/mit_analysis_in_brief_f.pdf).

5. Conseil médical du Québec, *L'apport complémentaire du secteur privé aux services médicalement requis d'un système de santé modernisé*, octobre 1999, <http://www.csbe.gouv.qc.ca/site/download.php?f=e93803a8b49895d01058153058698f1b>.

TABLEAU 1

## Catégories de services de santé pouvant faire l'objet de frais

Types de services privés	Exemples de soins ou services	Exemples d'organismes
Services non assurés par le régime public		
i) Soins non assurés en raison de leur nature	Dentaires, Optométriques, Esthétiques, Psychanalyse, Bilan de santé	Lasik MD, Medisys
ii) Soins dispensés par un médecin non participant au régime public	N'importe lesquels	MD-Plus
iii) Soins qu'un employeur, un organisme ou une association offre à ses employés ou membres	N'importe lesquels	Groupe Chaoulli
Services couverts seulement en centre hospitalier	Analyses en laboratoire, Échographie, TACO, TEP, IRM	Réso-Concorde
Services de recherche de rendez-vous		Medecina
Frais accessoires exigibles par un médecin	Anesthésiques, Formulaire, Stérilet (la légalité des autres frais pour l'équipement et le personnel de soutien est incertaine)	Rockland MD
Frais pour une qualité ou un confort supérieurs	Chambre privée, Lavage, Plâtre en fibre de verre, Prothèses de meilleure qualité, etc.	

remboursés qu'à des conditions strictes (notamment, le handicap doit atteindre un seuil de gravité précis) et seulement pour un montant de base. Un patient qui souhaite obtenir un appareil de qualité supérieure ou des composantes optionnelles peut payer un supplément. Par exemple, une lentille de base suivant une extraction de la cataracte est remboursée par le régime public, mais un modèle de qualité supérieure peut coûter entre 200 et 500 \$. Par ailleurs, un plâtre conventionnel est couvert alors qu'un plâtre en fibre de verre coûte environ 50 \$.

*Il est possible depuis toujours de se faire soigner dans le secteur privé par un médecin non participant au régime public. L'interdiction des assurances privées n'a pour effet que d'empêcher les gens aux revenus plus modestes de pouvoir faire de même.*

Un rapport d'enquête de la Régie de l'assurance maladie (RAMQ) a conclu que les activités de Medecina contreviennent à la *Loi sur l'assurance maladie*, non pas parce qu'elle perçoit des sommes d'argent de patients pour des prises de rendez-vous accélérées avec des médecins participants, mais parce qu'elle verse directement à certains médecins spécialistes participants des montants qui couvrent leurs frais de bureau et d'administration<sup>6</sup>. Une chose est certaine : c'est la présence permanente de listes d'attentes qui rend ce genre de service possible et attrayant.

#### *Les frais pour services de recherche de rendez-vous*

Un service de recherche de rendez-vous a fait son apparition récemment : la firme Medecina proposait entre autres à ses clients de leur trouver un rendez-vous avec un médecin spécialiste (participant ou non au régime public) dans les 72 heures, moyennant des frais entre 100 et 300 \$. Ce montant ne comprend pas les frais exigés par le médecin qui travaille au sein du secteur privé, le cas échéant. L'entreprise affirmait que les médecins de son réseau comblaient des annulations imprévues.

Le Groupe Chaoulli, nouvel organisme fondé en mai dernier, souhaite donner accès à des soins privés de la part de médecins participants. Cet organisme vise à se prévaloir d'une exception à la loi en se présentant comme un intermédiaire, puisqu'un service rendu par un professionnel sur la base d'une entente ou d'un contrat avec un employeur, une association ou un organisme aux fins de rendre des services assurés à ses employés ou à leurs membres n'est pas considéré comme assuré par le régime public (il peut donc faire l'objet d'un contrat d'assurance santé privée). Des organismes publics comme la Société

6. RAMQ, *Rapport d'enquête – Société en commandite Medecina*, 23 mai 2007, [http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/publications/documents/depliantcitoyens/rapport\\_enquete\\_medecina.pdf](http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/publications/documents/depliantcitoyens/rapport_enquete_medecina.pdf).



d'assurance automobile du Québec (SAAQ) et la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) se servent de cette exception ou d'une autorisation équivalente pour envoyer leurs prestataires se faire soigner plus rapidement dans le secteur privé, dans le but d'économiser une partie des coûts de remplacement du revenu. L'État refuserait donc aux citoyens ce qu'il se permet lui-même.

## Les frais accessoires

La facturation de « frais accessoires » déterminés par règlement (ou dans une entente entre le ministère de la Santé et les fédérations de médecins) est déjà autorisée en vertu de la *Loi sur l'assurance maladie*. Toutefois, les frais accessoires permis sont présentement très restreints. D'après le Manuel de facturation des médecins omnipraticiens, un médecin peut obtenir compensation seulement pour le coût des médicaments, des agents anesthésiques, d'un stérilet ou pour la rédaction de certains formulaires médicaux.

On s'attend cependant à ce que cette liste s'allonge bientôt avec l'entrée en vigueur des modifications contenues dans le projet de loi 33 (*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, L.Q. 2006, c. 43). Ce dernier prévoit une obligation d'affichage de ces frais, ce qui laisse entendre qu'ils prendront davantage d'importance dans un avenir proche. Une porte-parole du ministre de la Santé a affirmé que les frais accessoires seraient définis précisément<sup>7</sup>.

Plusieurs médecins n'ont toutefois pas attendu de modification législative ou réglementaire pour commencer à facturer toute une série de frais accessoires qui ne sont mentionnés explicitement dans aucun règlement ou entente. Généralement,

ceux-ci s'appliquent pour l'utilisation d'une salle opératoire privée, d'équipement ou de personnel de soutien. La particularité de ce modèle est que certains des médecins qui facturent des frais accessoires participent au régime public d'assurance maladie. Ces frais leur permettent d'obtenir un montant supplémentaire de source privée avec le consentement du patient<sup>8</sup>. À la suite de l'entrée en vigueur complète du projet de loi 33, la situation devrait devenir plus limpide et permettre à tous les intervenants de connaître l'heure juste quant à ce qui est autorisé et ce qui ne l'est pas.

*Des organismes publics comme la SAAQ et la CSST envoient déjà leurs prestataires se faire soigner plus rapidement dans le secteur privé. L'État refuserait donc aux citoyens ce qu'il se permet lui-même.*

## Conclusion

Depuis 25 ans, la part des dépenses privées en santé a connu une progression importante. Les Québécois ont assumé le coût de certains services de santé privés et ce phénomène est en croissance en marge du régime public. Cette progression accompagne une évolution de l'opinion publique : un sondage

Léger Marketing commandé en septembre dernier révélait que 60 % des Québécois accepteraient que le gouvernement permette à ceux qui le désirent de payer davantage pour obtenir un accès plus rapide à des services de santé.

La possibilité offerte aux usagers de payer davantage pour obtenir des services de santé n'est pas une mauvaise chose en soi, mais le fait d'exploiter des zones grises de la législation nuit à la confiance des citoyens dans le système de santé, tant public que privé. On ne doit pas craindre la présence du secteur privé dans le système de santé, puisqu'il a toujours apporté une contribution significative. Le gouvernement pourrait considérer des solutions rationnelles et cohérentes permettant d'accroître l'offre de services de santé en taillant au secteur privé une place intelligente et flexible.



Institut  
économique  
de Montréal  
*Des idées pour enrichir le Québec*

Institut économique de Montréal  
6708, rue Saint-Hubert  
Montréal (Québec)  
Canada H2S 2M6  
Téléphone (514) 273-0969  
Télécopieur (514) 273-2581  
Site Web www.iedm.org

L'Institut économique de Montréal (IEDM) est un institut de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Il œuvre à la promotion de l'approche économique dans l'étude des politiques publiques.

Fruit de l'initiative commune d'entrepreneurs, d'universitaires et d'économistes, l'IEDM n'accepte aucun financement public.

Abonnement annuel aux publications de l'Institut économique de Montréal : 125,00 \$.

Présidente du conseil :  
HÉLÈNE DESMARAIS

Président :  
PAUL DANIEL MULLER

Vice-président et économiste en chef :  
MARCEL BOYER

Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration.

La présente publication n'implique aucunement que l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit.

Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source.

Institut économique de Montréal  
© 2007

Imprimé au Canada

Illustration :  
Benoit Lafond

Infographie :  
Valna inc.

7. Aaron Derfel, « Loophole allows clinic fees », *The Gazette*, 25 janvier 2007, p. A2.

8. C'est ainsi que fonctionne par exemple le complexe Rockland MD du Dr Fernand Taras. Bien que l'ouverture de cette entreprise ait provoqué de nombreuses réactions dans les médias puisqu'il s'agit du premier projet de cette envergure, ses médecins sont loin d'être les seuls qui facturent des frais accessoires non encadrés clairement par la réglementation. Le rapport d'enquête de la RAMQ à propos de Rockland MD et d'Op Médic a conclu que ces frais sont illégaux. D'autres centres de chirurgie de Montréal auraient aussi adopté cette pratique, parfois depuis plusieurs années.