

# Avis

## Le financement privé des services médicaux et hospitaliers

*Dix ans*  
de conseils avisés  
en santé

Conseil de la santé  
et du bien-être

Québec 

*Avis*

---

# **Le financement privé des services médicaux et hospitaliers**

L'avis a été adopté par le Conseil de la santé et du bien-être à la séance spéciale du 18 décembre 2002 et transmis au ministre de la Santé et des Services sociaux le 23 décembre 2002.

*Le Conseil de la santé et du bien-être a été créé par une loi en mai 1992. Il a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en fournissant des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, en informant le public, en favorisant des débats et en établissant des partenariats; ces activités portent sur les objectifs et sur les meilleurs moyens pour atteindre cette finalité.*

*Le Conseil se compose de 23 membres représentatifs des usagers des services de santé et des services sociaux, des organismes communautaires, des personnes engagées dans l'intervention, la recherche ou l'administration du domaine de la santé et du domaine social, et de secteurs d'activité dont les stratégies d'intervention ont des conséquences sur la santé et le bien-être de la population.*

---

Édition produite par :

**Le Conseil de la santé et du bien-être**  
880, chemin Sainte-Foy, RC  
Québec (Québec) G1S 2L2

**téléphone :** (418) 643-3040

**télécopieur :** (418) 644-0654

**courriel :** csbe@msss.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible  
à la section *Publications* du site internet  
du Conseil de la santé et du bien-être :  
**[www.csbe.gouv.qc.ca](http://www.csbe.gouv.qc.ca)**

Graphisme :  
Francine Pilon communication

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec, 2002  
Bibliothèque nationale du Canada, 2002  
ISBN : 2-550-40530-7

© Gouvernement du Québec

**Pour la réalisation de cet avis  
le Conseil a confié le mandat à un comité  
composé des membres suivants :**

François Béland, *président du comité*  
André Archambault  
Christophe Auger  
Martine Couture  
Vicky Trépanier  
Hélène Morais  
Stanley Volland

Lionel Robert et Anne Marcoux  
ont aussi participé aux travaux du comité.

**Les employés du Conseil ayant assuré  
le soutien professionnel et technique sont :**

Éric Laplante  
Michel Bernier  
Nathalie Bolduc  
Julie Levasseur  
Gerard Donnelly  
Ginette Langlois  
Carole Noël  
Céline Vaillancourt  
Lyne Vézina

**Coordination et édition**

Anne Marcoux

Cet avis a été préparé à partir du rapport  
de recherche rédigé par François Béland en  
collaboration avec Steven Lewis.

*Toute reproduction totale ou partielle de ce document  
est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.*

# Membres

## du Conseil de la santé et du bien-être

**M<sup>me</sup> Hélène Morais**

*Présidente*

**M. André Archambault**

*Directeur général*

*Auberge communautaire du Sud-Ouest*

**M. Christophe Auger**

*Directeur des ressources humaines*

*Confédération des syndicats nationaux*

**M<sup>me</sup> Linda Beauchamp Provencher**

*Denturologiste*

*Présidente du conseil d'administration des  
CLSC, CHSLD et CH de la MRC d'Asbestos*

**M. François Béland**

*Chercheur et professeur titulaire*

*GRIS – Faculté de médecine*

*Université de Montréal*

**M. Luc Boileau**

*Président-directeur général*

*Régie régionale de la Montérégie*

**M<sup>me</sup> Gylaine Boucher**

*Directeure générale*

*CLSC Jean-Olivier-Chénier*

**M. Jean-Yves Bourque**

*Sous-ministre adjoint*

*Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale*

**M. Yvon Caouette**

*Éducateur à la retraite*

**M. Paul-André Comeau**

*Professeur invité – ÉNAP*

**M<sup>me</sup> Martine Couture**

*Directrice générale*

*CH. CHSLD. CLSC Cléophas Claveau*

**M<sup>me</sup> Jocelyne Dagenais**

*Sous-ministre adjointe*

*Ministère de la Santé et des Services sociaux*

**M<sup>me</sup> Gisèle Dubé**

*Coordonnatrice à la pastorale diocésaine*

*Diocèse de Gaspé*

**M. Jacques Fiset**

*Directeur général*

*CLD Québec-Vanier*

**M. Michel Hamelin**

*Secrétaire adjoint*

*Ministère du Conseil exécutif*

**M<sup>me</sup> Yolette Lévy**

*Conseillère municipale*

*Ville de Val-d'Or*

**M<sup>me</sup> Louise-Andrée Moisan**

*Directrice des communications*

*Fédération québécoise des municipalités*

**M<sup>me</sup> Marie Soleil Renaud**

*Psychologue*

*Centre hospitalier de Gaspé*

**M<sup>me</sup> Marielle Tremblay**

*Professeure*

*Université du Québec à Chicoutimi*

**M. André Thibault**

*Vice-président*

*Professeur*

*Université du Québec à Trois-Rivières*

**M<sup>me</sup> Vicky Trépanier**

*Membre du Conseil d'administration*

*de Centraide Québec*

**M. Stanley Vollant**

*Chef du service de chirurgie générale*

*Centre hospitalier régional de Baie-Comeau*

**M. Lionel Robert**

*Secrétaire*

**M<sup>me</sup> Anne Marcoux**

*Secrétaire générale par intérim*



# Avant-propos

*A*u Québec, comme dans l'ensemble du monde occidental, les débats sur la santé sont au cœur des enjeux sociaux. Parmi les problèmes soulevés, il y a les séjours trop longs dans les salles d'urgence, les listes d'attente pour des services spécialisés, ainsi que la difficulté d'obtenir des services d'un médecin de famille et des services à domicile. Les causes de ces problèmes seraient le vieillissement de la population, l'évolution des technologies et la difficulté pour les sociétés de maintenir la viabilité du système public de santé. Les ministres de la Santé et des Services sociaux ont tous été confrontés à ces difficultés au cours des dernières années. Les récents rapports de commissions d'étude au Canada et au Québec traitent aussi de ces questions.

Ces débats comportent leur part de solutions, certaines ayant trait à l'organisation des services, et d'autres à leur financement, parmi lesquelles l'ajout de ressources et l'identification de nouvelles sources de financement.

Le Conseil de la santé et du bien-être est intervenu à plusieurs reprises sur la question du financement du système de santé, sur celle du financement privé et sur le thème de la place du secteur privé dans la dispensation des services. Si le Conseil a décidé d'intervenir à nouveau sur la question du financement privé, c'est qu'un changement important est survenu dans le type de services visés par ce mode de financement.

En effet, plusieurs suggèrent d'encourager le financement privé pour les services reçus d'un médecin ou d'un hôpital. Jusqu'ici, le financement privé s'est surtout développé dans des catégories de services que le secteur public ne couvre pas ou ne couvre que



partiellement, comme les services dentaires, les services de soins à domicile, les médicaments. Un tel changement doit, de l'avis du Conseil, être évalué de manière précise par les décideurs, par ceux qui donnent les services et par la population. Et même si des ressources publiques additionnelles sont ajoutées à court terme dans le système, le Conseil intervient maintenant parce qu'il est convaincu que ce débat dépasse l'actualité et les frontières québécoises.

Dans cet avis intitulé Le financement privé des services médicaux et hospitaliers, le Conseil prend au pied de la lettre les principales affirmations en faveur du financement privé des services médicaux et hospitaliers et les confronte aux connaissances actuelles. Le Conseil veut ainsi dépasser le débat idéologique et analyser les faits. Il veut introduire dans le débat et dans la prise de décision une évaluation des bénéfices et des conséquences connus de ce mode de financement pour ce type de services.

La présidente,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Hélène Morais'.

Hélène Morais



Tout le monde, bien ou mal informé, directement concerné ou non, a son idée sur la privatisation du financement des services médicaux et hospitaliers. Les journaux sont remplis de nouvelles et de commentaires sur le sujet; on parle de la question au bureau, à la maison... Voici quelques idées qui circulent et qui semblent avoir pour elles l'avantage du gros bon sens :

- on devrait pouvoir déboursier pour des soins médicaux si on a la possibilité et le désir de le faire ;
- le privé pourrait jouer un rôle d'appoint utile, sans mettre en péril les soins aux plus démunis ;
- le « ticket modérateur » pourrait limiter les abus qui grèvent le système.

Dans le présent avis, les affirmations de ce type sont examinées une à une, à la lumière de l'expérience d'ici et d'ailleurs, et des résultats des recherches les plus récentes.

Il y a d'abord des problèmes de définitions et de chiffres. Qu'entend-on par exemple par l'expression « financement privé des services médicaux et hospitaliers » ? Il s'agit de faire contribuer les utilisateurs des services médicaux et hospitaliers au coût de cette utilisation.

Lorsqu'on dit que « 30 % des dépenses totales en santé sont déjà financées par des sources privées », de quoi s'agit-il au juste ? En réalité, seulement 4 % des dépenses liées aux services médicaux et hospitaliers étaient financées à partir de sources privées au Québec en 2001. La proportion de 30 % s'applique au Canada et englobe un ensemble de services ayant un rapport avec la santé (transport ambulancier, hébergement et soins prolongés, soins à domicile, physiothérapie, tests diagnostiques, etc.).

Une autre affirmation à laquelle il faut faire attention est la suivante : le gouvernement a tellement de difficultés à financer les services médicaux et hospitaliers que des fonds privés doivent être ajoutés. Il est vrai que les dépenses en santé ont augmenté de près de 40 % entre 1991 et 2001. Toutefois, on observe une diminution de la part du produit intérieur brut (PIB) consacrée aux dépenses gouvernementales en santé (de 7,2 % à 6,4 % entre 1993 et 2001), ainsi qu'une diminution de la part du PIB consacrée aux services médicaux et hospitaliers (de 5,2 % à 4,3 % pour la même période).

Un autre argument en circulation promet que l'offre de services médicaux et hospitaliers augmentera avec l'introduction du financement privé. À moins d'une augmentation de la main-d'œuvre médicale, les expériences britanniques et américaines montrent que l'addition d'argent sert essentiellement à offrir des revenus supérieurs aux professionnels des services de santé. La preuve que le financement privé des services médicaux et hospitaliers entraîne une augmentation générale de l'offre de services reste à faire.

Le financement privé des services médicaux et hospitaliers est aussi censé réduire les listes d'attente dans le secteur à financement public. Pourtant une expérience manitobaine récente a montré que le temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte était plus du double lorsque cette opération était effectuée par des médecins rémunérés à la fois par des sources privées et publiques, par rapport à des médecins rémunérés par des sources publiques uniquement.

Plusieurs espèrent également que le financement privé puisse réduire l'utilisation des services de santé jugés moins nécessaires. Mais des études ont montré que l'effet du fameux « ticket modérateur » sur les abus est minime, et ce ticket a également pour effet de réduire indifféremment l'utilisation des services de santé, qu'ils soient jugés nécessaires ou moins nécessaires.

Autre facette méconnue du financement privé : il augmente, souvent de façon importante, les coûts administratifs des services de santé. On sait, par exemple, que la gestion privée de la santé aux États-Unis est beaucoup plus coûteuse *per capita* que la gestion publique au Canada.

Le financement privé des services médicaux et hospitaliers entraîne une gestion et une comptabilité lourdes. Un financement privé substantiel nécessiterait le développement d'un appareil législatif pour encadrer l'activité des assureurs privés. Ces derniers chercheront alors à obtenir des avantages fiscaux, qui entraîneront à leur tour de nouveaux manques à gagner pour l'État.

Le présent avis vise donc à nourrir le débat sur le bien-fondé d'un financement privé significatif des services médicaux et hospitaliers.



# Table des matières

---

Introduction	11
<b>1 Le financement privé des services médicaux et hospitaliers, continuité ou rupture ?</b>	13
<b>2 Le financement privé des services médicaux et hospitaliers, gage d'une offre de services accrue ?</b>	15
<b>3 Le financement privé des services médicaux et hospitaliers libère-t-il le secteur public ?</b>	17
<b>4 Le « ticket modérateur » et les coûts liés au financement privé des services médicaux et hospitaliers : le mythe et la réalité</b>	19
<b>5 Le financement privé des services médicaux et hospitaliers menace-t-il l'intégrité du système public ?</b>	21
<b>6 Le privé, le public, les riches et les pauvres</b>	23
Recommandations	25
Conclusion	26
Annexe : Définitions	27



# Introduction

Il faut d'abord savoir de quoi on parle lorsqu'on évoque le financement privé des services médicaux et hospitaliers. Le financement privé, c'est l'utilisateur qui paie lui-même pour les services qu'il reçoit, d'une manière ou d'une autre : paiement direct – partiel ou total – du patient au dispensateur de services (médecin, établissement hospitalier) ; souscription à un régime d'assurance privé ; « frais modérateurs » (paiement par le patient d'une franchise pour obtenir un service assuré par l'État, mais pas totalement payé par ce dernier) ; mesures fiscales de tout ordre.

Les formules mixtes de paiement des soins de santé peuvent prendre des formes extrêmement diverses. Par exemple, l'État pourrait accepter la déduction du revenu imposable du contribuable de la totalité de ses dépenses liées aux services médicaux et hospitaliers, ce qui équivaldrait à un financement privé indirect, au moyen de la fiscalité. Autre exemple, qui suppose également un jeu fiscal : l'État paie tous les frais médicaux et hospitaliers mais additionne cette fois au revenu imposable du contribuable l'argent dépensé en son nom pour la prestation de ces soins. Il s'agit alors d'un financement privé partiel déguisé.

Les financements privé et public peuvent coexister, comme en France où, malgré un régime universel public, nombreux sont ceux qui souscrivent à des régimes d'assurance privés supplétifs. Dans ce cas, l'offre est publique et universelle, mais le financement direct par les impôts des citoyens ne couvre pas la totalité des dépenses.

On le voit, les financements privé et public peuvent se chevaucher de façon extrêmement diversifiée.

Les États-Unis représentent un cas particulier dans le monde occidental. En effet, c'est sans doute le pays où le privé est proportionnellement le plus présent dans le domaine de la santé : individuellement ou par l'entremise de leur employeur, la majorité des Américains souscrivent à un régime privé d'assurance. Dans ce pays, où la couverture sociale publique est minimale, des programmes publics – certes partiels et soumis à de nombreuses conditions, exceptions et limites – existent pour les plus pauvres (Medicaid), pour les plus âgés (Medicare) et, dans certains États, pour les enfants.

Inversement, même dans les pays les plus développés en matière de couverture publique, il n'existe pas de couverture totale de tous les services de santé. Au Québec, les gens paieront eux-mêmes certains services

non inclus dans la Loi canadienne sur la santé – chirurgies non « médicalement nécessaires » – ou encore, dans de rares cas, les plus nantis choisiront d'aller voir un médecin « désengagé », qui facture directement le patient.

Il est donc important de connaître l'effet de la pénétration, même partielle, du financement privé dans un système qui reste, pour l'essentiel, public. Car, au Québec, il importe de le souligner, les actes médicaux et l'hospitalisation, définis par la loi comme « médicalement nécessaires », étaient payés à 96 % par le régime public en 2001.

Dans le présent avis, on s'intéressera aux services médicaux et hospitaliers, considérés au sens de la Loi canadienne sur la santé. Cette loi fédérale régit l'assurance santé dont les régimes sont sous la responsabilité des provinces et des territoires. Elle établit les conditions d'octroi et de versement applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé. Les services de santé assurés sont « les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire médicalement nécessaires », c'est-à-dire les services hospitaliers fournis dans un hôpital à des malades hospitalisés ou externes et les services médicaux fournis par un médecin. Les services « médicalement nécessaires » au sens de cette loi sont généralement déterminés par les médecins et par les régimes d'assurance santé des provinces et territoires. Les services complémentaires visés par cette loi comprennent les services de soins de longue durée en établissement et la composante santé des soins à domicile.

Les dépenses générées par les services médicaux et hospitaliers représentent 60 % de l'ensemble des dépenses consacrées par le gouvernement du Québec à sa mission sociosanitaire et 67 % de ses dépenses de santé.

Le financement privé des services médicaux et hospitaliers serait quelque chose d'inédit depuis l'introduction du régime d'assurance maladie au Québec en 1971. En gardant en mémoire la grande diversité des régimes mixtes, que nous venons d'évoquer, nous tenterons de nous fonder sur les études existantes et sur les expériences concrètes ailleurs dans le monde pour analyser de façon systématique six affirmations habituellement avancées pour promouvoir l'introduction du financement privé des services médicaux et hospitaliers.

Le système public de services de santé québécois a mauvaise presse actuellement. Les crises des urgences, certaines difficultés d'accès à des services de médecine générale ou spécialisés (par exemple le traitement du cancer), donnent l'impression d'un système en crise globale, et ce, malgré des enquêtes qui révèlent un taux de satisfaction relativement élevé des personnes qui reçoivent les services. Cette lecture accrédite l'idée que le financement privé ne pourrait que représenter une amélioration en augmentant les investissements globaux en santé, tout en allégeant les crises. À partir de cette idée générale, on retrouve globalement six affirmations :

- 1) De toute façon, le financement privé est déjà présent dans le domaine de la santé. Accroître son rôle ne ferait que renforcer un état de fait existant.
- 2) Avec l'addition de fonds privés, le financement et l'offre globale de services médicaux ne pourraient que croître.
- 3) En permettant le financement privé, on crée de la place dans le système public et on réduit les listes d'attente.
- 4) Le paiement même partiel des services médicaux (« ticket modérateur ») aura pour conséquence de réduire les abus et donc les coûts.
- 5) L'intégrité du service public n'est pas menacée par l'addition du financement privé.
- 6) L'introduction du financement privé n'aura aucun effet social délétère pour les plus démunis qui continueront d'utiliser le service public.

Pour ces six affirmations, l'avis fournit un examen des avantages présumés et des conséquences du financement privé des services médicaux et hospitaliers. Il passe en revue les principaux arguments invoqués en faveur de cette privatisation, tente d'établir si les données disponibles les corroborent et souligne les conséquences éventuelles d'une privatisation. L'avis est complété par des recommandations adressées au ministre de la Santé et des Services sociaux.



# 1 Le financement privé des services médicaux et hospitaliers, continuité ou rupture ?

## *Argument en faveur du financement privé*

Près de 25 % des dépenses québécoises de santé proviennent déjà de source privée. En fait, la participation du secteur privé au financement des services de santé croît au Québec d'une manière constante depuis 25 ans, passant de 2,3 milliards de dollars en 1975 à 4,8 milliards en 2000 et, en proportion du total, de 21,2 % à 24,6 %. Dans ce contexte, alors que le financement privé de services de santé est déjà une réalité et, qui plus est, une réalité de plus en plus présente, il n'y a pas lieu de s'alarmer devant la perspective d'un financement privé des services médicaux et hospitaliers.

## *Cet argument est-il fondé ?*

Une analyse attentive des données disponibles contredit cet argument de deux manières.

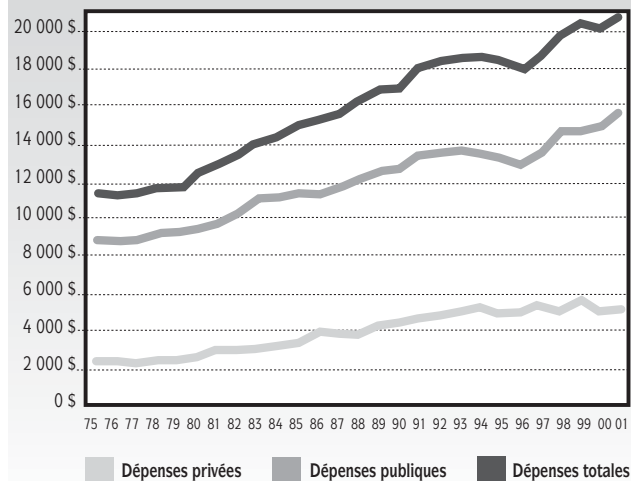
### **La croissance du financement privé ne constitue pas une tendance lourde...**

D'une part, il serait imprudent d'affirmer, en prenant pour référence les dernières 25 années, que la croissance du financement privé des services de santé constitue une tendance lourde qui affectera inévitablement tous les services de santé, dont les services médicaux et hospitaliers. En fait, la proportion du financement privé sur les dépenses totales de santé n'a augmenté que de 3,4 % entre 1975 et 2001. Cette croissance, bien que réelle, demeure modeste. De plus, elle n'a pas été régulière : importante en proportion des dépenses totales de santé de 1980 à 1995, elle fut modeste et parfois même négative de 1995 à 2001.

### **Le financement privé s'est concentré dans certains types de services...**

D'autre part, le financement privé en santé s'est spécialisé depuis une dizaine d'années dans les services où le financement public était moins présent. De nouveaux créneaux se sont développés, adaptés au pluralisme social. D'autres ont gagné en importance : thérapies alternatives, psychothérapies, biens de santé à usage personnel, médicaments en vente libre, etc. À titre d'exemple, les services de santé prodigués par d'autres professionnels que les médecins (dentistes, psychologues, optométristes, naturopathes, physiothérapeutes, etc.) étaient financés, en 2001, à 88 % par des sources privées.

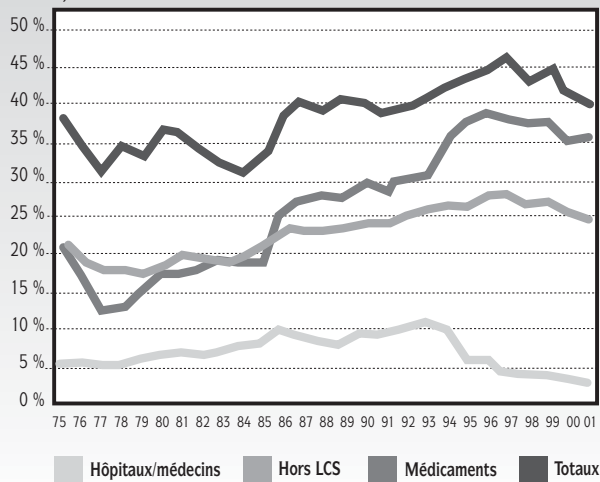
Figure 1.  
Dépenses totales publiques et privées de santé  
en millions de dollars constants de 1997, Québec, 1975-2001



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2001, Ottawa, 2000 : Tableaux B.1.4, B.2.4, B.3.4

Les services non couverts par la Loi canadienne sur la santé (autres professionnels, médicaments, immobilisations, soins à domicile, services ambulanciers, lunettes, appareils auditifs, orthèses-prothèses) étaient financés par des sources privées à raison de 37,5 % en 1975. Ce pourcentage était d'un peu plus de 45 % en 1998 et il se situait à 40 % en 2001.

**Figure 2.**  
**Pourcentage des dépenses privées sur les dépenses totales**  
**pour les hospitalisations et les médecins, les médicaments et**  
**les autres activités exclues de la Loi canadienne de la santé (LCS),**  
**Québec, 1975-2001**



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2001, Ottawa, 2000 : Tableaux D.1.5.1 et D.2.5.1

La figure 2 témoigne également de la croissance du financement privé pour les médicaments et, de façon moins importante, pour les dépenses totales de santé. Elle montre aussi une augmentation du financement public dans le secteur des services médicaux et hospitaliers. En effet, après une lente croissance de 1975 à 1992, la part de l'investissement privé dans les services médicaux et hospitaliers est passé de 11 % en 1993 à un creux historique de 4 % en 2001.

En somme, si la participation du secteur privé au financement de services de santé prend de l'ampleur au Québec avec les années, cette participation n'augmente que modestement et son investissement se concentre de plus en plus dans des services autres que médicaux et hospitaliers. En conséquence, l'appel pour un plus important financement privé des services médicaux et hospitaliers ne représente nullement une continuité historique. Il s'inscrit, au contraire, dans une rupture puisque ces services sont actuellement financés par des sources publiques.



## Le financement privé des services médicaux et hospitaliers, gage d'une offre de services accrue ?

### *Argument en faveur du financement privé*

L'augmentation de services médicaux et hospitaliers requiert un investissement financier additionnel. Celui-ci, en raison des contraintes financières actuelles de l'État québécois, ne saurait provenir que de source privée.

### *Cet argument est-il fondé ?*

Deux éléments doivent être considérés.

#### **Une augmentation du financement des services médicaux et hospitaliers ne produit pas nécessairement une augmentation de l'offre de ces services...**

Augmenter les services médicaux et hospitaliers exige d'agir sur la main-d'œuvre qui offre ces services. On le sait, la main-d'œuvre est au cœur de cette production. Les dépenses qui lui sont rattachées expliquent 80 % des coûts totaux des services de santé. Aussi, augmenter la production de services médicaux et hospitaliers implique d'augmenter le nombre de professionnels ou encore d'augmenter la productivité des professionnels disponibles.

Ceci dit, il importe d'entrée de jeu de souligner que l'offre de main-d'œuvre, particulièrement de main-d'œuvre médicale, est inélastique à court terme. L'accroissement du nombre de professionnels de la santé est soumis à des règles qui ont peu à voir avec les augmentations de rémunération. Cet accroissement requiert du temps : contrôle des admissions en faculté par les gouvernements et par les universités, longue durée de la formation, etc. L'augmentation du financement des services médicaux, que celui-ci soit de source privée ou publique, ne saurait se traduire à court terme par une augmentation de la main-d'œuvre professionnelle.

À défaut de permettre à court terme une hausse de main-d'œuvre, un financement privé accru peut-il entraîner une augmentation de la productivité de la main-d'œuvre actuellement disponible ? Rien ne permet de le croire. L'expérience britannique est à cet égard éloquent. Les médecins de la Grande-Bretagne qui exercent dans le secteur des services de santé à financement privé ont des revenus de trois à quatre fois supérieurs à ceux du secteur à financement public.

Travailler dans le secteur privé leur a permis d'accroître leurs revenus. Cela n'a cependant pas eu pour effet d'augmenter l'offre totale de services. Par ailleurs, l'expérience américaine semble également démontrer que, pour des dépenses égales, moins de soins sont produits dans le secteur privé que dans le système public.

À moins que l'État ne profite de l'occasion pour réduire son investissement en santé, l'introduction du financement privé a comme désavantage de provoquer un accroissement des dépenses totales de santé. Il en résulte qu'une part plus considérable de la richesse collective est consacrée à ces services sans que soit accrue l'offre de services.

#### **La croissance des dépenses consacrées aux services médicaux et hospitaliers n'est pas la principale source de contraintes financières de l'État québécois...**

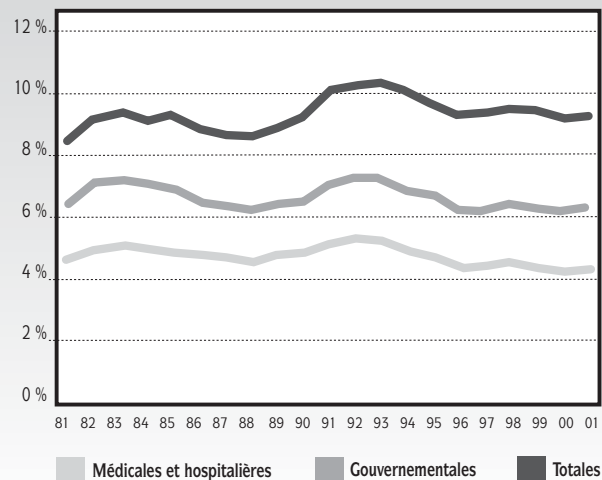
C'est un fait indéniable que l'investissement public québécois consacré aux services de santé et aux services sociaux a crû de façon importante en chiffres absolus au cours des dix dernières années malgré un ralentissement du rythme de croissance en 1997. Ces dépenses ont augmenté de 4,8 milliards \$ et de 39 % entre 1991 et 2002. Les dépenses relatives aux services de santé ont crû de 38 % et celles affectées aux services médicaux et hospitaliers ont crû de 28 % pour la même période.

Toutefois, on observe une diminution de la part du produit intérieur brut (PIB) consacrée aux dépenses gouvernementales en santé (de 7,2 % à 6,4 % entre 1993 et 2001) ainsi qu'une diminution de la part du PIB consacrée aux services médicaux et hospitaliers (de 5,2 % à 4,3 % pour la même période).

Un autre agrégat statistique, basé cette fois sur la proportion des recettes consacrées par l'État québécois à la santé, confirme cette dernière tendance : en 1981, le gouvernement du Québec consacrait 22 % de ses recettes aux services médicaux et hospitaliers; en 2000, il n'y consacrait plus que 18 %.

En somme, les dépenses pour les services médicaux et hospitaliers ont vu leur importance relative diminuer dans le budget du gouvernement du Québec et dans l'économie québécoise. Ainsi, on ne peut attribuer principalement aux dépenses en services médicaux et hospitaliers les contraintes financières de l'État québécois.

**Figure 3.**  
Pourcentage du PIB en dépenses totales et en dépenses gouvernementales de santé et de services médicaux et hospitaliers, Québec, 1981-2001



Source : Institut canadien d'information sur la santé, Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2001, Ottawa, 2000 : Tableaux D.1.5.1, D.4.5.1 et Annexe A.1.

# 3 Le financement privé des services médicaux et hospitaliers libère-t-il le secteur public ?

## *Argument en faveur du financement privé*

L'introduction du financement privé aurait pour effet de « délester » le secteur public et donc de lui permettre de mieux remplir son rôle auprès des personnes qui en ont vraiment besoin. Les places libérées par les usagers qui veulent et peuvent payer de leur poche les services qu'ils désirent deviendraient disponibles pour les autres qui continuent d'utiliser les services à financement public. Ce faisant, les listes d'attente disparaîtraient...

## *Cet argument est-il fondé ?*

Les promesses d'amélioration de l'accès aux services médicaux et hospitaliers suscitées par le financement privé supposent le maintien de la capacité de production des services financés par des fonds publics. En fait, il ne suffit pas de garantir que les médecins et les infirmières travaillent un certain nombre d'heures dans les services à financement public, ni que les plateaux techniques et autres équipements sanitaires soient réservés à ces services pendant certaines plages horaires : il est nécessaire que la capacité de production du secteur à financement public après l'introduction du financement privé soit égale à ce qu'elle était auparavant.

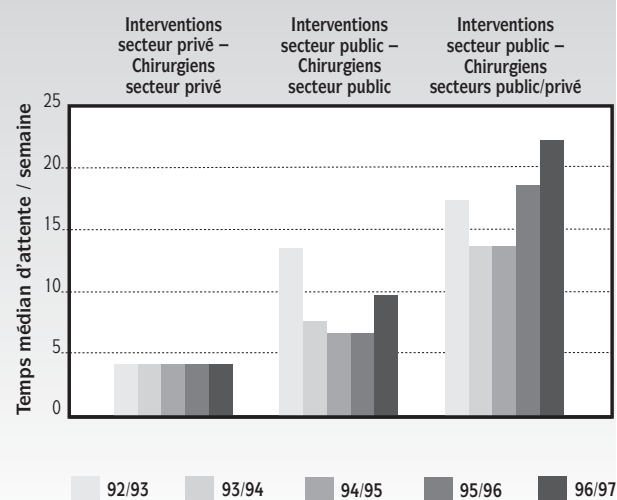
Les expériences démontrent que ce n'est pas le cas, et ce pour deux raisons.

### **La coexistence du financement public et du financement privé augmente les listes d'attente dans le secteur public...**

Les critiques formulées à l'égard du système public sont souvent illustrées par les listes d'attente. On invoque l'exemple de l'offre et du financement privés de la chirurgie de la cataracte au Québec. Mais cette offre de services est le fait de médecins qui n'interviennent que dans le secteur privé. Or, lorsque les médecins peuvent pratiquer à la fois dans le secteur privé et dans le secteur public, le temps d'attente augmente considérablement.

Une étude menée au Manitoba sur la chirurgie de la cataracte montre que les temps d'attente des patients utilisant le secteur public sont plus courts s'ils sont opérés par des médecins pratiquant uniquement dans le secteur public (de 7 à 14 semaines) que s'ils sont opérés par des médecins pratiquant aussi dans le secteur privé (de 14 à 23 semaines). Cet exemple illustre que la pratique médicale simultanée dans les secteurs public et privé n'est pas une alternative pour les personnes qui n'utilisent que les services à financement public.

Figure 4.  
Temps d'attente pour les opérations de la cataracte : 1992-1997



Source : MCHP (2000). Report summary, *Waiting time for surgery in Manitoba*, Université du Manitoba.

L'expérience de l'Australie et celle du Royaume-Uni ont également montré que la possibilité pour les citoyens de recourir à des services de santé à financement privé ne réduisait pas la longueur des listes d'attente. Au Royaume-Uni, les plus longues listes d'attente se retrouvent dans les régions anglaises qui comptent le plus grand nombre de souscripteurs à une assurance privée.

### **Le financement privé augmente la demande de services publics...**

Les personnes qui paient pour des services offerts par le secteur privé ne devraient pas augmenter leur utilisation des services publics. Ce serait là une condition pour que le système à financement public maintienne sa capacité de desservir la population. Mais les procédures médicales et hospitalières ne sont pas isolées les unes des autres. Par exemple, on peut penser que le financement privé des services médicaux et hospitaliers permettrait au patient qui le désire d'éviter le « rationnement » des services financés publiquement. Mais même s'il décide de payer pour une intervention chirurgicale qu'il ne peut obtenir à sa convenance dans le secteur à financement public, il va néanmoins recevoir du régime public les examens et tests qui précèdent l'opération ainsi que le suivi médical et hospitalier requis en période post-opératoire. En ce sens, le financement privé des services médicaux et hospitaliers est plutôt susceptible d'augmenter la demande de services publics.

Aux États-Unis, parmi les personnes âgées, les plus grands utilisateurs du système public Medicare sont ceux qui par ailleurs souscrivent à des régimes privés. Dans ces cas, le régime public d'assurance santé subventionne indirectement les services à financement privé.

Entre 1980 et 1997, dans les pays de l'OCDE, l'accroissement du financement privé des services de santé a toujours entraîné une détérioration du secteur public. L'hypothèse d'une simple augmentation des services de santé, qui n'aurait pas d'effet délétère pour le public, ne se vérifie donc pas. Loin de provoquer un harmonieux délestage du trop-plein du service public, l'introduction du privé a plutôt tendance à « cannibaliser » les services financés par des fonds publics.



# Le « ticket modérateur » et les coûts reliés au financement privé des services médicaux et hospitaliers : le mythe et la réalité

## *Argument en faveur du financement privé*

Le « ticket modérateur » est crédité de nombreuses vertus, notamment celle de décourager l'usage intempestif des urgences pour les problèmes mineurs. Exiger un paiement, même très partiel, pour les services médicaux et hospitaliers aurait la vertu d'amener les utilisateurs potentiels à une utilisation rationnelle de ces services. Ainsi, la quantité des services dispensés diminuerait, faisant chuter en conséquence les coûts qui y sont associés. De plus, le financement privé permettrait « d'en avoir plus pour son argent ».

## *Cet argument est-il fondé ?*

Deux constats s'imposent.

### **L'imposition du « ticket modérateur » engendre des effets indésirables...**

Tout d'abord, quelle est la réalité des abus invoqués ? Sont-ils vraiment attribuables aux utilisateurs ? Et le paiement direct de frais modérateurs a-t-il réellement pour effet de réduire ces abus ?

Il est très difficile de démontrer l'utilisation abusive des services médicaux et hospitaliers. En supposant qu'elle se vérifie, il est tout aussi difficile d'identifier les fautifs.

Plutôt que de parler d'«abus», précisons que d'importantes variations dans la pratique de certaines procédures chirurgicales ont été observées au Québec, au Canada et aux États-Unis sans que l'on puisse toujours les associer à l'état de santé des populations. Les pratiques médicales et chirurgicales varient selon les habitudes, la formation et le jugement des praticiens.

Dans notre système qui repose largement sur un accès direct, en première ligne, aux omnipraticiens, seule la visite spontanée chez ces derniers pourrait être marquée par des abus d'utilisation. Les abus s'appliqueraient alors à une portion très réduite des coûts totaux des services médicaux et hospitaliers.

De plus, l'effet dissuasif du « ticket modérateur » semble s'appliquer tout autant aux visites dites intempestives qu'aux visites justifiées. Autrement dit, la perspective de payer 5 \$ ou 10 \$ pour une consultation peut décourager un patient, et ce, même si la visite s'impose objectivement. En termes strictement utilitaires, l'effet pervers est ici de reporter, pour cause de « dissuasion monétaire », des visites nécessaires à un stade ultérieur de la maladie lorsque cette dernière se sera aggravée et que les traitements coûteront plus cher.

Cet exemple infirme l'hypothèse selon laquelle l'imposition de contraintes financières aux utilisateurs entraînerait automatiquement une utilisation plus rationnelle des services médicaux et hospitaliers. Plusieurs études sur ce sujet ont montré que le paiement direct réduisait l'utilisation des services médicaux, qu'elle soit nécessaire ou non.

### **La coexistence du financement public et du financement privé augmente les coûts...**

Le financement privé des services de santé est réputé permettre de gérer à meilleur coût. Pourtant, de nombreux exemples dans le monde, dont ceux de la Suisse et des États-Unis, ont plutôt fait ressortir une augmentation des coûts totaux des services de santé comme conséquence de l'augmentation du financement privé.

Le financement privé des services de santé entraîne une hausse des dépenses *per capita*. Dans l'éventualité d'une privatisation, la proportion du budget personnel de chaque Québécoise et de chaque Québécois consacrée aux services de santé augmenterait. Il faudrait additionner aux dépenses pour les services publics (taxes et impôts) les dépenses pour les services à financement privé (frais directs, primes d'assurance, etc.).

Le financement privé des services de santé augmente les coûts de la gestion des services. On a constaté une forte hausse des frais administratifs partout où le privé est présent dans le domaine de la santé. Par exemple, il faudrait accroître de 10 % les dépenses de santé totales au Canada si le régime canadien avait, toutes proportions gardées, les mêmes coûts de gestion qu'aux États-Unis. Le personnel d'administration des services de santé américains est pléthorique : on y emploie 85 % plus de cadres administratifs qu'au Canada. Les coûts de gestion des hôpitaux américains représentent 26 % de leurs coûts totaux, et cette proportion est plus élevée dans les hôpitaux privés (34 %).

Loin des affirmations sur les avantages « intrinsèques » du privé, l'examen des faits révèle que l'administration privée des services de santé coûte en général plus cher que l'administration publique. Quant à l'imposition de « frais modérateurs » comme méthode pour rationaliser l'utilisation du système, elle ne peut avoir que des avantages très limités et n'est pas dépourvue d'effets pervers, puisqu'elle peut également dissuader un recours raisonnable et nécessaire au système de services.



# 5

## Le financement privé des services médicaux et hospitaliers menace-t-il l'intégrité du système public ?

### *Argument en faveur du financement privé*

Le financement privé des services médicaux et hospitaliers ne ferait subir aucun préjudice au régime public d'assurance actuel. Il s'agit d'instaurer de façon limitée et partielle ce financement privé, parallèlement au financement public, sans modifier le système public.

Ni les frais modérateurs ni les assurances privées ne sont réputés mettre en danger le régime public d'assurance santé, dont on assure qu'il se maintiendra dans tous les cas.

### *Cet argument est-il fondé ?*

Le financement privé menacera l'intégrité du régime public si son introduction exige des modifications à ce régime, à ses principes d'organisation, à sa capacité de retenir une main-d'œuvre suffisante, dotée d'équipements adéquats. Ce commentaire est formulé sur la base de leçons tirées d'expériences étrangères et aussi d'un examen des décisions complexes qui attendent le système public dans le cas d'une intrusion massive du privé dans le financement des dépenses médicales et hospitalières.

### **L'introduction ou le renforcement des régimes privés d'assurance pour les services médicaux et hospitaliers s'accompagne de nombreux problèmes...**

Le financement privé peut signifier un paiement direct du patient au dispensateur de services, mais il passe le plus souvent par les assurances privées, contractées soit personnellement par les individus, soit par l'entremise de leur entreprise si elle est d'assez grande taille.

Le recours au financement privé partiel, par l'introduction de régimes privés d'assurance, a donné lieu à diverses expériences dans le monde dont le Québec peut tirer des enseignements. La Grande-Bretagne et l'Australie figurent parmi les pays qui ont fait l'expérience d'introduire le financement privé des services médicaux et hospitaliers.

Notons d'entrée de jeu qu'une conclusion d'ensemble se dégage clairement. De deux choses l'une : soit le financement privé devient important, et alors le service public en souffre, soit le financement privé reste minime, et le service public n'est touché que d'une façon marginale. Examinons d'abord le second cas. S'il est minime, le financement privé ne peut procurer les avantages présumés aux plus nantis et il s'avère, en ce sens, inutile. Qui plus est, si l'intrusion du privé n'est pas suffisante aux yeux des compagnies d'assurances, celles-ci, parce qu'elles adoptent traditionnellement une approche très prudente, feront en sorte que la quantité de services que le privé générera restera insignifiante.

Examinons maintenant les deux exemples susmentionnés où on a tenté d'introduire massivement le privé dans le financement des dépenses médicales et hospitalières.

En Grande-Bretagne, le financement de services privés parallèles s'est concentré sur l'offre, dans des hôpitaux privés ou publics, d'une quantité plutôt restreinte de services chirurgicaux payants. Dans ce pays, les mêmes médecins peuvent travailler à la fois dans le secteur à financement privé et dans le secteur à financement public. Au cours des années 90, moins de 10 % du financement des services de santé était privé. En 1998, environ 11,5 % des Anglais souscrivaient à une assurance privée. Malgré l'adoption d'incitations fiscales – coûteuses pour l'État – à l'achat de régimes d'assurance privés par les citoyens, peu d'entre eux ont opté pour cette possibilité. On peut donc conclure que l'intrusion du privé dans le financement des services médicaux et hospitaliers menace l'intégrité du système public en raison des incitations fiscales qui représentent une véritable ponction dans la capacité d'action de l'État. Cette menace est injustifiée dans la mesure où elle n'a pas conduit les citoyens de la Grande-Bretagne à souscrire à une assurance privée.

L'Australie offre également un exemple intéressant. Ce pays est une fédération d'États où, contrairement au Canada, la santé est une compétence partagée dans laquelle le fédéral joue un grand rôle. L'organisation et le financement des services de santé dans ce pays ont subi depuis 20 ans d'importants soubresauts dus à des changements politiques successifs. Les gouvernements travaillistes et conservateurs lui ont imposé des transformations radicales en introduisant, réduisant, annulant et réintroduisant le financement privé sous diverses formes. Depuis les années 50 et jusqu'en 1974, les gouvernements australiens ont favorisé, par des mesures fiscales et une lourde réglementation, les régimes privés d'assurance santé. En 1974, on a introduit un régime public et universel... qui a été démantelé l'année suivante.

La proportion d'Australiens couverts par des régimes privés d'assurance a varié énormément. Elle était à quelque 80 % au début des années 70, elle est tombée à 30 % à la fin des années 90 et elle a, depuis, remonté un peu. Détail capital de l'expérience australienne : les abattements fiscaux liés à la souscription à une assurance privée ont été de 2,2 milliards en 1998-1999, tandis que les économies directes au budget de l'État liées au transfert vers le privé ont été cette même année de 800 millions de dollars. Cela signifie un manque à gagner pour l'État de 1,4 milliard de dollars, comme conséquence de la privatisation du financement. Il s'agit d'un exemple clair des effets pervers d'une privatisation, qui a pour résultat final un accroissement des charges publiques.

### **Le financement privé entraînerait des décisions et des effets complexes menaçants pour le système public...**

Les régimes de privatisation partielle des soins de santé se caractérisent par des relations complexes, tant sur le plan réglementaire que du financement, entre les secteurs privé et public. Comme le montre l'exemple australien, une fiscalité compliquée, le plus souvent coûteuse pour l'État, doit être mise sur pied à la suite de l'introduction du financement privé. Par ailleurs, comme l'indique l'exemple américain, il en résulte des frais administratifs énormes dans le secteur privé, notamment du fait des relations entre les divers programmes existants, qu'ils soient privés ou publics. Le nombre de décisions concrètes à prendre en cas d'introduction significative du financement privé est énorme, la complexité des situations pouvant dépasser toutes les prédictions. Elles auront trait à l'une ou l'autre des quatre catégories suivantes de questions :

- 1) Il faudrait décider si le financement privé du nouveau secteur de soins sera partiel (frais modérateurs) ou total (comme cela existe déjà pour certaines chirurgies élektives).
- 2) Il faudrait identifier les services qui seront couverts par le nouveau régime. Tous les services ? Une partie d'entre eux ? Si l'objectif est d'accélérer l'accès aux soins, alors il n'y a pas de raison de limiter la privatisation du financement à une seule catégorie de services, d'autant plus que les divers types de services sont souvent liés entre eux. Pourquoi autoriser la privatisation du financement d'un type de chirurgie si le suivi médical est sous la coupe du public ?

- 3) Les services financés par le privé pourraient-ils être dispensés dans les établissements publics existants ? Seraient-ils dispensés uniquement dans des cliniques privées ? Les deux possibilités peuvent être envisagées. La seconde est la plus radicale et peut mener, à terme, à l'établissement d'un réseau de services privé complet, séparé du réseau public. Quant à la première solution, la plus probable et la plus « raisonnable », elle engendrerait paradoxalement une réglementation complexe et nombre de détails à régler sur le plan notamment de la facturation. À quel prix les équipements publics seraient-ils loués par les médecins du secteur privé ? Quel serait le statut fiscal des « profits » générés par ces locations ?
- 4) Enfin, sur quelle base rémunérer les professionnels qui dispenseraient des services « privés » dans des établissements publics ?

Il faut bien voir la véritable boîte de Pandore que représenterait, sur les plans financier et administratif, l'introduction du financement privé des services médicaux et de l'hospitalisation.

Plus les dépenses privées seront élevées, plus les assureurs privés se manifesteront et plus l'État sera appelé à régir les activités des assureurs et à prévoir des mesures fiscales pour soutenir leurs activités.

Il est difficile de tirer des conclusions générales du fait de la diversité des modalités du financement privé. Chacune des applications aura un effet complexe sur les programmes publics d'assurance dans le secteur de la santé, et les rapports qui s'établiront entre le financement privé et le financement public seront tout aussi complexes.

Un ensemble de règles et de procédures devrait être développés au-delà de l'appareil législatif pour régir ces rapports. Ces règles et procédures modifieraient en profondeur le fonctionnement de tout le secteur public de services de santé.

## *Argument en faveur du financement privé*

Le but visé par le financement privé des services médicaux et hospitaliers n'est pas de modifier la redistribution des revenus entre les citoyens, mais d'améliorer l'accès aux services de santé.

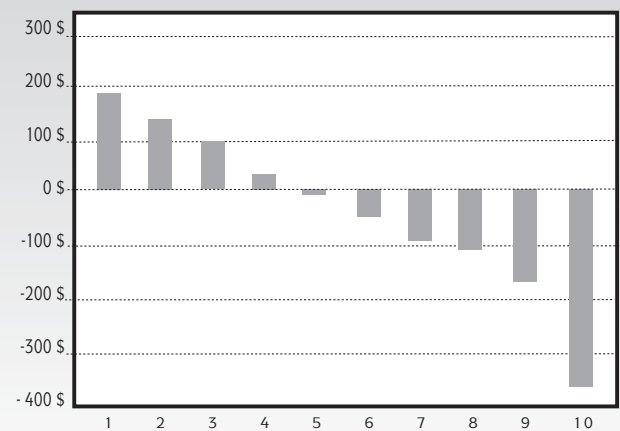
Les partisans de la mise sur pied d'un système de santé à financement privé au Québec n'en font pas la promotion pour des raisons « sociales ». Leur but est de favoriser un meilleur accès aux services, de rationaliser la gestion des soins, de raccourcir les files d'attente, etc. Et ils prétendent que l'introduction du privé n'aurait pas d'effets négatifs sur le budget des moins nantis.

## *Cet argument est-il fondé ?*

Plus on est pauvre, plus on est malade. Plus on est riche, plus on est en santé. Plus une personne dispose de ressources sociales, culturelles et économiques, meilleur est son état de santé. Il en découle que les personnes défavorisées ont des besoins en services de santé supérieurs à ceux des personnes mieux nanties. Les programmes québécois d'assurance dans le domaine des services de santé sont essentiellement financés par le régime progressif d'imposition du revenu. La progressivité du régime d'imposition garantit que les plus riches consacrent une proportion plus élevée de leur revenu en impôt que les moins riches. Conséquemment, la contribution des plus riches au financement des services est proportionnellement plus importante que la contribution des moins riches. Une étude réalisée au Manitoba a bien démontré l'effet de redistribution du revenu dans un régime public de santé. Après avoir divisé les ménages manitobains en dix classes de revenu, cette étude a mis en relation, d'une part, la contribution fiscale aux services de santé attribuable aux ménages de ces dix classes de revenus et, d'autre part, les dépenses en services de santé attribuables aux ménages de ces mêmes dix classes de revenu. Les écarts entre les contributions fiscales pour les services de santé et les dépenses pour les services de santé pour les dix classes de revenu sont illustrés à la figure 5.

Pour les plus pauvres, l'écart est de + 170 millions puisqu'ils paient 45 millions en impôt pour les services de santé et les utilisent pour 215 millions. Pour le groupe des plus riches, l'écart est de - 375 millions puisqu'ils paient 475 millions et utilisent les services pour 100 millions. Pour les autres classes de revenus, cette tendance est presque linéaire.

**Figure 5.**  
Transfert net par décile de revenu dû  
au financement public des soins  
En millions



Dix classes de revenu, de faible (1 : moins de 15 600 \$) à élevé (10 : plus de 86 2000 \$)

Source: Mustard et al 1998; Evans 2002b.

Aux États-Unis, on a trouvé que les personnes âgées à faible revenu consacrent jusqu'à 30 % de leur budget total au financement privé des services de santé; les plus favorisées dépensent moins de 10 %.

Les ménages américains recourent massivement à l'assurance privée pour couvrir les services exclus du régime public ou pour s'assurer un accès plus rapide aux services. Ils affectent une part importante de leur revenu aux paiements directs de services de santé. Ces dépenses privées sont extrêmement coûteuses pour les ménages démunis, qui paient très peu d'impôt mais consacrent une part croissante de leur revenu aux dépenses de santé. Cela est particulièrement dramatique pour les démunis qui ont plus de 65 ans.

On voit bien, dans le cas manitobain, l'effet de redistribution du financement public des services de santé et, dans le cas américain, l'effet contraire d'un régime d'assurance public très partiel.

Il est donc faux de prétendre que le financement privé des services de santé n'a pas d'effet de redistribution de revenu. Pour diminuer les effets de redistribution de revenu et de restriction à l'accès des primes, franchises et autres dépenses privées sur les personnes à faible revenu, on a proposé de les en exempter. Cette exclusion des plus démunis ne fait que reporter sur les personnes au seuil du faible revenu les effets pervers des déboursés personnels pour les services médicaux et hospitaliers. Cette solution ne règle en rien le problème de la redistribution négative des revenus imposée par le financement privé des services médicaux et hospitaliers.

En résumé, tout régime public et universel d'assurance santé transfère des revenus de personnes favorisées à celles qui le sont moins. Et inversement, toute mesure qui introduit un financement privé des services de santé aura pour effet de réduire ces transferts. Les plus démunis auront toujours intérêt à bénéficier d'une couverture publique et universelle complète, et les plus riches auront toujours intérêt à limiter cette couverture.

# Recommandations

---

Un financement privé des services médicaux et hospitaliers aurait pour effet de miner la solidarité sociale, de réduire l'accès aux services des personnes défavorisées et, d'une manière générale, de compromettre la santé de la population et des individus. De plus, son introduction exigerait des modifications majeures à la structure et au fonctionnement du système québécois de services de santé et de services sociaux: réorganisation des pratiques médicales, rémunération différenciée entre privé et public, patients devenus consommateurs-payeurs, etc. Cela, dans un contexte où les dépenses actuelles pour les services médicaux et hospitaliers, loin d'exploser comme on le prétend parfois, ont diminué en proportion du PIB et des recettes gouvernementales au cours des dernières années.

En conséquence, le Conseil de la santé et du bien-être formule les quatre recommandations suivantes:

---

## Recommandation 1

### **Empêcher le financement privé des services médicaux et hospitaliers**

Le Conseil de la santé et du bien-être recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux d'empêcher le financement privé des services médicaux et hospitaliers et de protéger l'intégrité du système sociosanitaire québécois.

---

## Recommandation 2

### **Défendre le système québécois de services de santé et de services sociaux**

Le Conseil de la santé et du bien-être recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de défendre vigoureusement les avantages découlant du financement public des services de santé québécois. Il importe en effet que les avantages du financement public, notamment pour la solidarité sociale, pour l'équité, pour l'accessibilité des services et pour le contrôle des coûts, soient connus si l'on veut assurer le succès et la pérennité de ce système.

---

## Recommandation 3

### **Respecter l'engagement de l'État envers la population**

Le Conseil de la santé et du bien-être recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de faire respecter l'engagement pris par l'État envers la population à l'effet de maintenir l'accès à des services de santé universels et gratuits.

---

## Recommandation 4

### **Travailler à l'amélioration du système de santé au financement résolument public**

Le Conseil de la santé et du bien-être recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux d'apporter au système sociosanitaire québécois les correctifs qui s'imposent de longue date et dont plusieurs se retrouvent dans le Plan de la santé et des services sociaux qu'il a rendu public en novembre 2002 ainsi que dans l'avis du conseil intitulé *Un juste prix pour les services de santé* (1995).

Les correctifs qui s'imposent revêtent trois formes. La première consiste à donner des **objectifs** clairs et partagés au système sociosanitaire québécois et à le rendre imputable de leur réalisation. La seconde prévoit **d'améliorer l'accès** aux services, notamment par la consolidation de la première ligne et des services à domicile et par la poursuite d'une réflexion sur l'étendue de la couverture publique d'assurance pour les médicaments et les services à domicile. La troisième implique la **mobilisation** de celles et de ceux que la santé et le bien-être de la population québécoise concernent – professionnels et personnel du système, citoyennes et citoyens, familles, communautés – et requiert à cette fin une décentralisation accrue.

Le Conseil recommande au ministre d'instaurer une dynamique de gestion planifiée du changement et de soutien de l'innovation et de l'expérimentation pour relever le véritable défi qu'affronte le système sociosanitaire québécois face au vieillissement, au progrès technologique et à la transition épidémiologique.

# Conclusion

---

Le présent avis a pour objet le financement privé des services médicaux et hospitaliers québécois. Ce choix se justifie par deux raisons. D'une part, la place accordée au financement privé des services médicaux et hospitaliers dans le débat public actuel est un phénomène nouveau qui explique que le Conseil y consacre un avis en priorité. D'autre part, bien que les questions soulevées par la production ainsi que celles posées par le financement privé de services de santé soient liées de plusieurs manières, leur importance commande qu'elles soient traitées séparément.

Un examen des expériences menées ailleurs et des connaissances disponibles fait ressortir à quel point le financement privé des services médicaux et hospitaliers s'avère un choix peu judicieux pour le Québec. Ou bien il est introduit modestement et sa contribution est nulle, ou bien il est introduit massivement et les changements qu'il commande dans l'économie générale du système de santé québécois en entravent la bonne marche : l'accès à des services de qualité est réduit pour la majorité de la population ; la santé des personnes vulnérables est davantage menacée ; les personnes économiquement défavorisées et les malades doivent consacrer une part plus importante de leurs dépenses aux services de santé tandis que le fardeau fiscal des plus riches sera diminué ; l'appareil de gestion des services de santé est alourdi ; etc.

Trois aspects de ce diagnostic retiennent l'attention.

D'une part, contrairement à l'opinion répandue, donner à des individus nantis la possibilité de payer directement de leur poche les services médicaux et hospitaliers de leur choix n'aura pas pour effet de soulager un système public prétendument « engorgé ». Un ajout d'argent ne saurait augmenter à court terme la main-d'œuvre disponible, pas plus qu'il n'a démontré sa capacité à accroître la productivité de celle-ci. En revanche, l'introduction du financement privé a démontré qu'il entraînerait vraisemblablement une augmentation des revenus des praticiens et des coûts totaux de la santé.

D'autre part, malgré ce que certains en disent, le financement privé de services médicaux et hospitaliers n'a pas pour effet d'accroître l'accessibilité des services financés par des fonds publics et donc de réduire les délais d'attente pour ceux-ci. Au contraire, non seulement l'introduction de services financés par des fonds privés au sein d'un système public allonge ces délais, mais elle génère une demande additionnelle pour des services de santé publics.

Finalement, l'imposition de frais modérateurs à l'utilisation de services couverts par un régime public a pour effet de restreindre l'accès aux services médicaux et hospitaliers des personnes des classes de revenu les plus faibles, de décourager l'utilisation de services médicaux qu'elle soit nécessaire ou non et enfin de ne contribuer en rien à la réduction des dépenses de santé.

Au terme de cet avis, le Conseil conclut que le financement privé des services médicaux et hospitaliers s'avère, au mieux, inutile, au pire, nuisible. Que dire cependant de la participation du secteur privé au financement d'autres services sociaux et de santé québécois ? Il est clair que plusieurs de ces services, non couverts par les dispositions de la Loi canadienne sur la santé font actuellement l'objet d'un double financement, à la fois public et privé. Il est plus que probable que la participation du secteur privé au financement de ces services génère des effets pervers semblables à ceux qui se dégagent de la participation du secteur privé au financement des services médicaux et hospitaliers. Seule une analyse approfondie permettrait de le confirmer. Ceci dit, une telle confirmation ne ferait que supporter davantage le consensus qui se dégage déjà de nombreux rapports officiels récents, consensus selon lequel un nouveau regard doit être porté sur le système sociosanitaire québécois et selon lequel le secteur public, par son financement, peut et doit contribuer à ce renouveau.

# Annexe : Définitions

## Les dépenses de santé privées, publiques et totales

(Statistiques Canada, 2001)

**Les dépenses publiques de santé :** les dépenses des gouvernements des provinces et des territoires – en l'occurrence ici le gouvernement du Québec – pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé en utilisant des fonds transférés par le gouvernement fédéral et les fonds des gouvernements provinciaux et territoriaux.

**Les dépenses privées de santé :** elles sont constituées de trois types de décaissements, lesquels donnent une idée de l'origine des fonds et de la source de données. Les deux premiers types sont les dépenses des compagnies d'assurance maladie et les dépenses directes des particuliers. Le troisième type de décaissements est constitué par les éléments suivants : les recettes des établissements de soins de santé provenant des services aux patients payés par les assureurs privés ou par les patients eux-mêmes, tels que les frais additionnels pour des chambres privées et la coassurance pour des soins à long terme ; les frais pour des services aux non-résidents du Canada ; les frais pour des services aux résidents non assurés ; les frais pour des services qui ne sont pas médicalement nécessaires ; les recettes provenant d'autres sources que les services aux patients, tels que les services de diététique, les revenus de placement, les dons philanthropiques et les opérations connexes (stationnement et concessions) ; les dépenses en immobilisations ; et les dépenses en recherches sur la santé.

**Les dépenses totales de santé :** elles représentent l'addition des dépenses publiques et des dépenses privées.

## Les secteurs d'activités des services de santé

(Classification de l'Institut canadien d'information sur la santé, ICIS 2000)

**Les hôpitaux :** les dépenses publiques entrant dans cette catégorie comprennent les dépenses engagées par le gouvernement provincial, les dépenses directes du gouvernement fédéral et les dépenses de la Commission de la santé et de la sécurité au travail, dépenses réalisées dans des hôpitaux publics, privés et fédéraux qui fournissent des soins actifs, des soins de longue durée et des services de réadaptation. Il peut s'agir d'hôpitaux de soins de courte durée, d'hôpitaux psychiatriques, d'hôpitaux spécialisés (pédiatrie, cardiologie, neurologie,...), d'hôpitaux pour convalescents, de centres de maternité, de centres pour cancéreux.

Les dépenses privées incluent les tarifs pour les chambres, les revenus de placement, les frais de services fournis à des personnes non-assurées, les fonds provenant d'activités de bienfaisance, les revenus de stationnement et de concessions.

**Les autres établissements :** cette catégorie inclut tous les établissements agréés, subventionnés ou titulaires d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux et qui hébergent des personnes : centres d'hébergement et de soins de longue durée, pavillons, centres de réadaptation. Sont exclus, les établissements n'offrant que des services de garde, les centres pour itinérants, les centres pour délinquants.

Les dépenses publiques comprennent les dépenses engagées par les gouvernements, comme pour les hôpitaux.

Les dépenses privées proviennent essentiellement des contributions directes des bénéficiaires (Rapport annuel des établissements de soins spéciaux, Statistique Canada).

**Les médecins :** cette catégorie inclut les services fournis par les médecins.

Les dépenses publiques incluent le paiement de services cliniques, les salaires et autres formes de revenus contractuels, les honoraires payés par la CSST, les dépenses directes d'organismes fédéraux. La rémunération des médecins, employés par les hôpitaux et les directions de santé publique, n'entre pas dans cette catégorie, tout comme d'ailleurs la rémunération pour des activités administratives.

Les dépenses privées sont tirées des rapports soumis par les assureurs privés mais, surtout, de l'Enquête sur les dépenses des familles (Statistique Canada).

**Les autres professionnels :** cette catégorie inclut les dentistes, les psychologues, les denturologistes, les optométristes, les podiatres, les ostéopathes, les naturopathes, les infirmières en service privé et les physiothérapeutes. Les dépenses pour les soins de la vue entrent dans cette catégorie ; dans le cas du secteur privé, elles entrent plutôt dans la catégorie autres dépenses. Soulignons que les services des dentistes représentent environ 65 % du total de cette catégorie, selon les données pour le Québec obtenues de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Les dépenses privées proviennent des rapports soumis par les assureurs privés et de l'Enquête sur les dépenses des familles.

**Les médicaments :** cette catégorie inclut les dépenses engagées pour l'achat de médicaments sur ordonnance ou en vente libre et de produits de santé personnels (appareils, orthèses-prothèses, etc.). Sont exclues, les dépenses relatives aux médicaments délivrés sur ordonnance dans les hôpitaux et les autres établissements (reportés à ces catégories).

**Les immobilisations :** cette catégorie regroupe les dépenses relatives à la construction et à l'achat d'équipements pour les hôpitaux, les cliniques, les CHSLD et les centres de réadaptation.

**Les autres dépenses :** cette catégorie peut être divisée en trois tiers au regard des dépenses totales : la santé publique ; les services ambulanciers, les lunettes et les soins des yeux ; les services divers (soins à domicile, appareils auditifs, orthèses-prothèses, frais d'administration préalables au paiement, recherche, divers). Les données du secteur privé sont tirées, pour l'essentiel, des rapports des assureurs et de l'Enquête sur les dépenses des familles.

## Définitions en vertu de la Loi canadienne sur la santé

**Les services de santé assurés** visés par cette loi sont les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire médicalement nécessaires qui sont fournis aux personnes assurées.

Aux termes de la Loi canadienne sur la santé, les services hospitaliers assurés désignent les services médicalement nécessaires fournis dans un hôpital à des malades hospitalisés ou externes, tels que l'hébergement régulier ou en salle commune, les services infirmiers, certains actes de diagnostic comme les tests sanguins et les radiographies, l'administration des médicaments fournis à l'hôpital aux patients, et l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie.

Au sens de la Loi, les services médicaux assurés sont les « services médicalement nécessaires fournis par un médecin ». Les services médicalement nécessaires sont généralement déterminés conjointement par les médecins et par les régimes d'assurance santé provinciaux et territoriaux.

Les services de chirurgie dentaire sont les services fournis par un dentiste dans un hôpital et qui ne peuvent être offerts convenablement que dans un tel établissement.

**Les services complémentaires de santé** visés par la Loi canadienne sur la santé comprennent les services de soins de longue durée en établissement (les soins intermédiaires en maison de repos et les soins en établissement pour adultes) et les composantes « santé » des soins à domicile et des soins ambulatoires.