

Règlement abolissant les frais
accessoires liés à la dispensation
des services assurés et régissant
les frais de transport
des échantillons biologiques

Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Décembre 2016



ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-550-77464-8 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2017

SOMMAIRE EXÉCUTIF

On constate depuis les dernières années un accroissement des frais facturés par les professionnels de la santé exerçant en cabinet privé aux personnes y recevant des soins. Cette problématique dite des « frais accessoires » s'est accentuée avec le déplacement de certains services des établissements vers les cabinets privés et prend diverses formes. La plus fréquente consiste à réclamer des personnes assurées des montants qui dépassent largement les coûts qu'ils supportent pour des médicaments ou des agents anesthésiques utilisés lors des consultations. Ce type de réclamation a d'ailleurs donné lieu à un recours collectif dirigé notamment contre le gouvernement du Québec et la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) dans le cas d'un médicament utilisé par les ophtalmologistes pour le traitement de la dégénérescence maculaire. Ces pratiques se sont développées au détriment de la gratuité des services assurés et, par conséquent, de l'égalité d'accès à ces services pour l'ensemble des citoyens. Depuis, deux autres recours collectifs ont été entrepris. Ces derniers visent des frais divers chargés par les cabinets reprochant ainsi au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et à la RAMQ de ne rien faire pour empêcher la facturation illégale de frais accessoires.

Le 10 novembre 2015, l'Assemblée nationale du Québec a adopté le projet de loi n°20 : *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*. Ce projet de loi a introduit des modifications à la *Loi sur l'assurance maladie* (chapitre A-29) afin de s'attaquer aux frais accessoires en garantissant que les personnes assurées n'aient pas à déboursier de somme d'argent lorsqu'ils doivent recevoir un service assuré. L'article 32 qui introduit des modifications à l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie* prévoit notamment qu'aucun paiement ne peut être réclamé ou reçu d'une personne assurée, directement ou indirectement, pour des frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés par un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé. De plus, l'article 76, introduisant une mesure transitoire, prévoit que dès l'entrée en vigueur d'un premier règlement, les services, fournitures ou frais accessoires qui, en vertu d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*, pouvaient être facturés par un professionnel de la santé soumis à cette entente ou par un professionnel désengagé en vertu du neuvième alinéa de l'article 22 de cette loi, tel qu'il se lisait avant le 9 novembre 2015, seront désormais interdits.

Le projet de règlement sur certains paiements pouvant être réclamés d'une personne assurée pour des frais engagés aux fins de la dispensation d'un service assuré est le premier règlement pris en vertu de l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie*. Par conséquent, les interdictions mentionnées précédemment s'appliqueront dès la mise en vigueur du projet de règlement.

1. DÉFINITION DU PROBLÈME

Pour assurer le maintien du service de prélèvement dans les cliniques médicales, il est nécessaire de considérer les enjeux techniques liés au transport d'échantillons biologiques aux laboratoires publics aux fins d'analyse. C'est pourquoi le projet de règlement prévoit l'unique situation où un frais accessoire sera permis. Dans le cas contraire, nous aurions pu assister à une diminution de l'offre de service de prélèvements dans les cabinets.

Pour les patients, la très grande majorité des prélèvements continuent d'être faits gratuitement dans les centaines de centres de prélèvements du réseau public. Mais pour accommoder le patient lors de sa visite chez son médecin, bon nombre de cabinets offrent le service de prélèvement au moment même de la consultation. Dans ce contexte, ce dernier sera fait sans frais en cabinet, mais les frais encourus pour le transport du spécimen seront à la charge du patient.

Toutefois, tel que prévu à l'article 76 de la *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée* (2015, chapitre 25), l'adoption d'un premier règlement entraîne l'interdiction de faire payer au patient des services, fournitures ou frais accessoires qui, en vertu d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*, pouvaient être facturés par un professionnel de la santé soumis à cette entente ou par un professionnel désengagé.

2. PROPOSITION DU PROJET

La proposition limite à une seule situation facturable au patient, soit le transport des échantillons biologiques que le cabinet doit acheminer au laboratoire d'analyse.

Un paiement maximum de 5,00 \$ pourra être exigé d'une personne assurée pour le transport vers un établissement ou un laboratoire, aux fins d'examen ou d'analyse, d'échantillons biologiques prélevés dans un cabinet privé de professionnels ou dans un centre médical spécialisé au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S 4.2), par un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ou un professionnel désengagé, ou à sa demande.

Le paiement est porté à un maximum de 15,00 \$ pour les frais liés au transport lorsque l'ensemble des spécimens du patient inclut des prélèvements sanguins. Ces frais ne peuvent être chargés qu'une seule fois par prélèvement pour les échantillons qui sont acheminés à un même laboratoire.

3. ANALYSE DES OPTIONS NON RÉGLEMENTAIRES

Le gouvernement doit procéder de la sorte pour assurer le maintien de l'offre de service de prélèvement biologique à l'extérieur des établissements. Il est nécessaire de considérer les enjeux techniques et réglementaires associés au transport d'échantillons biologiques et les coûts inhérents à ceux-ci.

D'autre part, l'article 76 de la *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée* (2015, chapitre 25), prévoit que l'adoption d'un premier règlement pris en vertu de l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie* entraînera la fin de la période transitoire.

Du coup, dès l'entrée en vigueur du présent règlement, les services, fournitures ou frais accessoires qui, en vertu d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*, pouvaient être facturés par un professionnel de la santé soumis à cette entente ou par un professionnel désengagé en vertu du neuvième alinéa de l'article 22 de cette loi, tel qu'il se lisait avant le 9 novembre 2015, seront désormais interdits.

S'il n'y a pas d'adoption d'un premier règlement, les services, fournitures ou frais accessoires qui, en vertu d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*, pouvaient être facturés par un professionnel de la santé soumis à cette entente ou par un professionnel désengagé en vertu du neuvième alinéa de l'article 22 de cette loi, tel qu'il se lisait avant le 9 novembre 2015, seront toujours permis.

4. ÉVALUATION DES IMPACTS

4. 1. Description des secteurs touchés

Le secteur directement touché par le règlement est celui des cabinets privés de professionnels, tels que définis à l'article 95 de la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (chapitre 4.2). Au Québec, en date du 31 mars 2015, on compte environ 2 125 cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, dont 262 groupes de médecine de famille (GMF) et 47 centres médicaux spécialisés (CMS).

Ces CMS et cabinets sont des petites et moyennes entreprises (PME). Les revenus de ces entreprises viennent des services offerts et du remboursement par l'agent payeur. Pour les médecins participant au régime de la RAMQ, la quasi-entièreté des revenus vient de la RAMQ. Ces gains ne sont pas affectés négativement par le règlement. S'ajoutent à ces revenus, ceux perçus pour des services non assurés, des services administratifs ou autres comme un rapport d'expertise. Ceux-ci semblent marginaux et ne sont pas touchés par le règlement.

Cependant, les cabinets perçoivent des frais accessoires qui disparaîtront avec le nouveau règlement. Les patients cesseront de payer les 50 à 100 M\$ de frais accessoires. Certains frais accessoires sont souvent un paiement en double puisque les coûts de ces services sont déjà payés par la RAMQ dans l'honoraire majoré du cabinet. D'autres frais dits accessoires ne seraient pas couverts par l'honoraire de cabinet (ex : vasectomie en cabinet) et ils disparaîtront aussi avec le règlement. Cependant, ces frais pourraient être inclus dans un honoraire majoré pris en charge par les augmentations généreuses des masses salariales de chacune fédérations de médecins.

La perte des frais accessoires aura peu d'impact sur la santé financière des cabinets.

Pour les 36 CMS décrits plus haut, l'impact sera plus important. Ces entreprises font environ 20 000 interventions annuelles de chirurgies de type ambulatoire. Chacune charge au patient des frais accessoires variant de quelques centaines à quelques milliers de dollars (ex : 2 000 \$ pour une chirurgie de hernie en CMS, 300 \$ pour un gros lipome). Les CMS n'impliquent généralement que quelques chirurgiens et anesthésistes et peu de personnel. Pour ces médecins, le travail en CMS ne représente qu'une faible proportion de leur pratique puisqu'ils sont majoritairement en établissement.

Nous ne connaissons pas l'effet de la perte des frais accessoires sur ces CMS. Nous pensons que les plus petits et précaires financièrement (25 % des CMS) fermeront leurs portes et les médecins et le personnel intégreront l'établissement. Plusieurs se spécialiseront exclusivement dans les procédures non admissibles au régime de la RAMQ et feront leurs revenus de cette source. D'autres resteront profitables et deviendront un partenaire du réseau public en contractant avec les établissements des services que celle-ci n'arrive pas à faire dans les temps requis (p. ex. : chirurgie du tunnel Carpien, endoscopies, etc.).

4. 2. Coûts pour les entreprises

Tout d'abord, les tarifs proposés sont basés sur une évaluation externe effectuée au sein de quatre cliniques médicales. Le mandat portait sur l'évaluation du juste coût associé aux prélèvements faits dans les cliniques médicales, et plus particulièrement sur le coût du transport des spécimens vers les laboratoires publics du réseau.

Par ailleurs, le MSSS ne possède pas les données financières des cabinets privés de professionnel. Il est donc difficile d'évaluer l'impact du projet de règlement et l'impact de la mise en vigueur d'un premier règlement tel que prévu à l'article 76 de la *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses*

dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25).

En revanche, l'interdiction des frais accessoires entraînera un manque à gagner pour certaines cliniques. À l'automne 2015, les fédérations médicales ont procédé à un exercice d'évaluation sommaire et globale des coûts annuels liés aux frais facturés aux patients assurés. Ce serait entre 35 M\$ et 135 M\$ pour les médecins spécialistes et entre 5 M\$ et 10 M\$ pour les médecins omnipraticiens.

4. 3. Avantages du projet

Pour le patient en cabinet, il pourra toujours obtenir gratuitement son prélèvement dans les centres de prélèvement du réseau public, mais la plupart préféreront celui-ci au moment même de la visite en cabinet du médecin. Le patient évitera une visite au centre de prélèvement du réseau public, les frais de transport et de stationnement ainsi que la perte de temps.

En déterminant un tarif juste et raisonnable maximal pour le transport d'échantillons biologiques et de prélèvements sanguins, le règlement protège l'accès aux services et maintient une protection contre les frais abusifs qui pourraient être exigés aux patients.

De plus, dès l'entrée en vigueur du règlement, les services, fournitures ou frais accessoires qui, en vertu d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*, pouvaient être facturés par un professionnel de la santé soumis à cette entente ou par un professionnel désengagé en vertu du neuvième alinéa de l'article 22 de cette loi, tel qu'il se lisait avant le 9 novembre 2015, seront désormais interdits.

Pour les cabinets privés de professionnels, le projet de règlement et les dispositions législatives qui entreront en vigueur à la suite de l'adoption de celui-ci permettront d'avoir des règles claires en matière de facturation auprès des patients.

4. 4. Impact sur l'emploi

Comme mentionné précédemment, le MSSS ne possède pas les données financières des cabinets privés de professionnels. Il est donc difficile d'évaluer l'impact du projet de règlement et l'impact de la mise en vigueur d'un premier règlement tel que prévu à l'article 76 de la *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25).*

Nous sommes d'avis que les CMS pourraient être davantage touchés, compte tenu de l'importance des frais accessoires exigés aux patients. Dans ce contexte, il est possible que certains CMS modifient leur offre de service en augmentant les procédures qui ne sont pas admissibles au remboursement par la RAMQ ou en contractant avec le MSSS des services de surnombre que le réseau public ne peut faire dans les délais requis. Un certain nombre pourraient également fermer leurs portes.

Or, le MSSS ne possède pas de données permettant d'estimer le nombre de pertes d'emploi que cela pourrait engendrer si certains CMS fermaient leurs portes.

5. ADAPTATION DES EXIGENCES AUX PME

Les tarifs proposés dans le projet de règlement sont basés sur une analyse externe qui a porté sur l'évaluation du juste coût associé aux prélèvements faits dans les cliniques médicales, et plus particulièrement sur le coût du transport des spécimens vers les laboratoires publics du réseau. L'analyse fut réalisée au sein de quatre cliniques qui ont accepté de participer. Le tarif proposé fut déterminé à partir du coût unitaire. Considérant l'analyse réalisée et la méthode de détermination des tarifs proposés, nous sommes d'avis que le projet de règlement est adapté à la réalité des PME.

6. COMPÉTITIVITÉ DES EXIGENCES ET IMPACT SUR LE COMMERCE AVEC LES PARTENAIRES ÉCONOMIQUES DU QUÉBEC

Bien que le gouvernement du Québec maintienne sa position voulant que la santé soit une compétence québécoise, il s'avère que la *Loi canadienne sur la Santé* (LCS) s'applique partout au Canada. Rappelons que de novembre 1995 à juin 1996, un montant total de 3 585 000 \$ a été déduit de la contribution pécuniaire destinée à l'Alberta quant aux frais d'établissement exigés dans des cliniques offrant des services de chirurgie, d'ophtalmologie et d'avortement. Le 1^{er} octobre 1996, l'Alberta interdisait aux cliniques de chirurgie privées d'imposer à leurs patients des frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires, dont les honoraires médicaux étaient facturés au régime d'assurance maladie provincial.

En date du 31 mars 2015, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, le Manitoba, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont fait l'objet de déductions dans le cadre de la LCS, alors que les autres provinces ainsi que les territoires n'ont jamais fait l'objet de déductions.

Dans ce contexte, nous sommes d'avis que le projet de règlement ne freine pas la compétitivité des cabinets privés de professionnels.

7. MESURES D'ACCOMPAGNEMENT

Un plan de communication sera déployé afin d'informer les médecins touchés par le projet de règlement et de l'effet de l'adoption d'un premier règlement pris en vertu de l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie*.

De plus, plusieurs mesures de mitigations des impacts pourraient être disponibles notamment la possibilité de signer des ententes de services entre les cliniques et les établissements pour la réalisation d'un volume d'acte médical spécialisé tel que des chirurgies dans les délais médicalement requis. En ce qui a trait à certains types de prélèvement, notamment ceux sanguins, il pourrait être envisagé d'accentuer l'offre de service dans les GMF de grandes tailles, les cliniques réseaux et les GMF-réseau (super-clinique).

8. CONCLUSION

Le projet de règlement sur certains paiements pouvant être réclamés d'une personne assurée pour des frais engagés aux fins de la dispensation d'un service assuré et l'effet de la mise en vigueur de celui-ci seront une bonne nouvelle pour les Québécoises et les Québécois. En agissant ainsi, nous nous assurons que l'accès aux soins de santé et de services sociaux ne soit pas freiné par la capacité de payer des citoyens.

9. PERSONNE(S)-RESSOURCE(S)

Lise Caron, directrice
Direction du soutien à l'organisation clinique et de la gestion des effectifs médicaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 9^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-6973
Télécopieur : 418 266-6938
Courriel : lise.caron@msss.gouv.qc.ca