



GCCSS

Groupe canadien pour un consensus en soins de santé

Document de travail n°1 • Août 2006

Le public et le privé

Les différences et les similarités expliquées

En matière de politique publique sur la santé, le débat qui provoque le plus d'émotions est celui qui touche les domaines public et privé. C'est aussi le plus confus, pour la simple raison que bien peu des participants savent définir ce qui est « public » et ce qui est « privé ». Il y a notamment trois grands volets pour lesquels les adjectifs public et privé peuvent être utilisés : le paiement pour les soins (ou l'assurance), le financement des besoins en immobilisation du régime et la prestation de soins. Les trois sont nécessairement intimement liés – les décisions sur la proportion des immobilisations que les capitaux privés seront autorisés à financer auront une incidence sur la prestation des soins privés – mais il y a aussi des aspects fort différents. Tout regrouper sous le seul thème « soins de santé publics et privés » signifie que différentes personnes utiliseront les mêmes mots pour parler de choses différentes.

Dans d'autres documents de cette série, nous nous pencherons sur les enjeux relatifs à l'assurance et au financement publics et privés. Dans celui-ci, nous examinons une

Les membres du Groupe canadien pour un consensus en soins de santé (GCCSS) ont uni leurs forces afin de constituer une tribune pour discuter de plans audacieux, réfléchis et pratiques pour une véritable réforme du système de santé et démontrer qu'il existe bel et bien un consensus naissant entre des observateurs convaincus de la nécessité de la réforme sur la direction que doit prendre une véritable réforme. Le GCCSS, sous l'égide de l'Atlantic Institute for Market Studies (AIMS, www.aims.ca), se compose de médecins praticiens, d'anciens ministres de la santé, d'anciens présidents de l'Association médicale canadienne et d'associations provinciales de médecins et d'hôpitaux, d'universitaires et de spécialistes en politique des soins de santé qui ont tous signé la Déclaration de principes.

Cet article est le premier d'une série de documents de travail préparés pour le GCCSS, qui visent à contribuer à ce nouveau débat. Ces articles ne représentent pas la position officielle du Groupe et ne sont pas des documents de consensus; leur but est plutôt de servir de point de départ pour le débat, qui aura lieu en partie sur le site Web du Groupe (www.consensusgroup.ca). Les premiers articles traiteront de certains aspects du débat « public-privé », tandis que les suivants considéreront des questions soulevées dans le premier document officiel du Groupe.

partie du débat centré sur la prestation de soins par le secteur public par rapport à la prestation par le secteur privé.

Le premier point qu'il convient de souligner est que la plupart des soins de santé que nous recevons sont donnés par des fournisseurs du secteur privé. La vaste majorité des médecins, des dentistes, des opticiens et des optométristes, des pharmaciens, des chiropraticiens et des praticiens des médecines dites naturelles œuvrent dans le secteur privé, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas des employés salariés du secteur public.

La plupart des médecins sont des gens d'affaires

Les médecins, par exemple, et en particulier les médecins de famille, sont, sur le plan économique, de petites entreprises à but lucratif. En effet, ils tirent la plus grande partie de leurs revenus de la prestation de services au système de soins de santé financé par les deniers publics, mais malgré tout ce qu'on entend sur la rémunération des médecins, ils ne sont pas à l'emploi de ce système. Ils tirent leurs revenus de la prestation de services individualisés à divers consommateurs et avec ces revenus, ils paient les frais inhérents à leur pratique – main-d'œuvre, équipement, loyer, électricité et le reste – le solde est leur revenu net. S'ils travaillaient dans un autre domaine, la différence entre les revenus et les dépenses s'appellerait bénéfice; parce qu'ils gagnent leur vie en fournissant des services professionnels, on parle de « revenu de profession libérale », mais si on décrit le mécanisme par lequel les médecins gagnent leur revenu, sans préciser qu'on parle de médecins, l'interlocuteur conclura probablement que le revenu net est un bénéfice.

En réalité, non seulement la plupart d'entre nous recevons-nous des soins dispensés par des fournisseurs à but lucratif, mais il y a de fortes chances (puisque l'Ontario a harmonisé ses lois à celles de certaines autres provinces au début de 2006), que ces soins nous soient dispensés par des sociétés médicales privées à but lucratif.

La situation n'est pas aussi grave qu'il le semble. Après avoir signé une entente avec les médecins de la province vers le milieu de 2005, l'Ontario a modifié ses règlements pour leur permettre (ils étaient déjà autorisés à se constituer en société mais n'avaient pas, jusque là, trouvé cette façon de faire avantageuse) de nommer des membres de leurs familles actionnaires sans droit de vote de leur société médicale de services. Cette modification permet aux médecins de distribuer une partie des revenus de leur pratique, appelés bénéfices, comme paiements à ces actionnaires qui sont alors imposés au taux d'imposition des actionnaires. Évidemment, cette solution n'est avantageuse que dans la mesure où les membres de la famille sont imposés à un taux inférieur au taux d'imposition du médecin, mais dans le cas d'un conjoint ou d'enfants qui n'ont pas d'autres revenus, elle peut représenter des économies d'impôt appréciables. Cela signifie outre que le gouvernement de l'Ontario reconnaît que les médecins sont des entités qui font des bénéfices. On peut évidemment alléguer que ce n'est que du jargon fiscal et que cela ne change rien à la pratique des médecins (sauf pour ce qui est de l'impôt payé par les médecins ontariens), mais cela force ceux et celles qui parlent continuellement des dangers de la médecine à but lucratif à préciser leurs arguments, ce qui n'est pas particulièrement facile.

Ainsi, pour ce qui est de la façon dont ils gagnent leurs revenus, les médecins sont des gens d'affaires qui doivent nécessairement se préoccuper des recettes et des dépenses de la même façon que les autres gens d'affaires. Sur le plan de l'économie, c'est exactement ce que font les médecins, malgré les prétentions avancées par certains que l'économie ne s'applique pas aux soins de santé. Ils sont de petites entreprises dans un autre sens aussi

Non seulement la plupart d'entre nous recevons des soins dispensés par des fournisseurs à but lucratif, mais il y a de fortes chances que ces soins nous soient dispensés par des sociétés médicales privées à but lucratif

: ils ont une clientèle et, contrairement à une opinion fort répandue, cette clientèle tient le même raisonnement par rapport aux services d'un médecin que celui sur lequel elle fonde ses décisions importantes sur le marché des produits et des services.

Il est relativement facile d'affirmer, comme le font certains, que les médecins ne doivent pas être influencés par des considérations économiques. Tout comme le reste de la population, les médecins ont des factures à payer, une hypothèque à gérer et des enfants à nourrir et à éduquer. Et même si les médecins sont actuellement au haut de l'échelle pour ce qui est de la répartition des revenus des Canadiens (ce qui n'a vraiment pas toujours été le cas, puisque même pendant les années 1950 et 1960, les revenus de beaucoup de médecins étaient fort modestes), les résultats de diverses études montrent qu'ils travaillent très fort pour gagner cet argent¹. Il est parfois suggéré de passer de la rémunération à l'acte à un salaire ou à la capitation, dans la croyance erronée que les incitatifs économiques seraient ainsi éliminés. Le seul résultat serait de changer les incitatifs – la situation dans les pays qui ont fait ce changement montre que le changement entraînerait une réduction de quelque 25 pour cent de la quantité des services offerts par les médecins. Même si quelques personnes croient que le problème dont souffre le régime d'assurance-maladie est que les médecins offrent trop de services, peu de gens sont enclins à leur donner raison. Cela est particulièrement vrai pour ceux qui vivent dans des régions où il est impossible d'avoir les services d'un omnipraticien.²

Dans les faits, même si les médecins continuent de travailler plus d'heures que la plupart des Canadiens³, il existe des preuves que cette situation est en train de changer⁴. Deux choses semblent se produire. En premier lieu, la proportion de femmes qui pratiquent la médecine est en croissance, et par le passé, les femmes médecins ont préféré travailler moins d'heures que leurs collègues masculins. En second lieu, il y a quelques indications que les jeunes médecins masculins sont moins enclins à travailler autant d'heures que le faisaient les générations de médecins qui les ont précédés. Pour ces deux motifs, il est probable que l'accès aux soins d'un médecin soit de plus en plus difficile à l'avenir si la proportion de médecins dans la population ne change pas. Il semble que l'on puisse affirmer, sans risque de se tromper, que les responsables des politiques ne doivent pas s'inquiéter outre mesure de la possibilité qu'un jour, les médecins n'ayant plus rien à faire, tentent d'augmenter leurs revenus en imaginant des moyens de convaincre leurs patients de demander des soins inutiles.

Les médecins ne sont cependant pas entièrement autonomes. Les spécialistes attachés à un hôpital doivent d'abord obtenir des droits hospitaliers avant d'établir leur pratique dans une région, et la plupart des provinces limitent aujourd'hui non seulement le nombre de numéros de facturations qu'ils délivrent, mais le nombre de numéros de facturation qu'ils délivrent dans une région en particulier. Sans ce numéro de facturation, un médecin ne peut facturer le régime d'assurance-maladie pour ses services et il devrait travailler comme médecin entièrement désengagé. Des données récentes en provenance surtout du Québec montrent que la pénurie de médecins, résultat des manœuvres de gouvernements d'allégeances diverses pour contrôler les coûts, a créé un marché dans lequel certains médecins de première ligne peuvent très bien gagner leur vie tout en étant désengagés du régime d'assurance-maladie, ce qui n'a jamais été possible par le passé⁵. Malgré tout, les médecins exercent un plus grand contrôle sur leurs activités que ce que peuvent faire les hôpitaux.

Les hôpitaux sont des établissements privés à but non lucratif

Certaines personnes ont avancé que les hôpitaux canadiens devraient être considérés

Les conseils d'administration et la direction des hôpitaux canadiens n'ont, à toutes fins utiles, aucun des pouvoirs de gestion de leurs prétendus homologues dans les hôpitaux américains à but non lucratif

comme des institutions à but non lucratif du secteur privé étant donné qu'ils ont presque tous un conseil d'administration responsable de leur exploitation. Il a été suggéré qu'à cause de cela, les hôpitaux canadiens ressemblent plus aux hôpitaux américains à but non lucratif qu'aux hôpitaux du gouvernement américain. Cet argument n'est pas très convaincant.

Pour dire les choses simplement, les conseils d'administration et la direction des hôpitaux canadiens n'ont, à toutes fins utiles, aucun des pouvoirs de gestion de leurs prétendus homologues dans les hôpitaux américains à but non lucratif. Les hôpitaux canadiens sont, depuis de nombreuses années, des créatures des gouvernements provinciaux. Si un ministère provincial de la santé décide de convertir un hôpital communautaire en centre de santé ambulatoire communautaire ou de fermer l'hôpital d'une ville pour en ouvrir un nouveau dans une ville voisine, deux événements qui se sont produits récemment au Nouveau-Brunswick, les conseils d'administration des hôpitaux concernés n'ont aucun recours si ce n'est, peut-être, de faire appel à l'opinion publique. L'histoire du Canada regorge d'exemples semblables où des ministères provinciaux de la santé ont fermé ou fusionné des hôpitaux et où ils ont dicté aux hôpitaux les services qu'ils pouvaient ou ne pouvaient pas offrir. Les conseils d'administration et la direction des hôpitaux ont un pouvoir de prise de décision uniquement dans la mesure où ces décisions sont celles que les ministères provinciaux de la santé veulent qu'ils prennent. Si le conseil d'administration d'un hôpital prend une décision que le ministère provincial de la santé considère inadéquate, le ministère interviendra et, comme cela se produit généralement, laissera le conseil se débrouiller avec les moyens du bord pour essayer les critiques qui ne manqueront pas de se faire entendre. Les observateurs se sont souvent demandé ce qui peut bien pousser les gens à vouloir faire partie du conseil d'administration d'un hôpital canadien ou d'une région sanitaire.

Les hôpitaux canadiens reçoivent plus de 90 pour cent de leur financement des deniers publics. Les hôpitaux américains comptent aussi sur le secteur public – en moyenne, quelque 60 pour cent de leur financement proviennent de divers programmes gouvernementaux – mais il y a entre les deux une différence fondamentale : les hôpitaux canadiens (à quelques rares exceptions près) reçoivent leur financement sous forme de budget global tandis que les hôpitaux américains reçoivent le leur en vendant leurs services à des programmes gouvernementaux – Medicare, Medicaid et autres programmes semblables. Le financement sous forme de budget global signifie que les ministères provinciaux de la santé du Canada exercent un contrôle quasi complet sur le financement des hôpitaux, et que les hôpitaux canadiens n'ont que très peu de latitude pour aller chercher du financement ailleurs. Au Canada, même si les hôpitaux ont tous les signes apparents d'institutions privées à but non lucratif, ce sont les ministères provinciaux de la santé qui décident et qui paient. Comme le dit un commentateur⁶ :

[Traduction] « Le premier élément de l'histoire, et peut-être le plus important, est que le ministère de la santé dont les hôpitaux reçoivent la plus grande partie de leur fonds d'exploitation est aussi la principale source de financement et le point de contrôle pour les achats d'équipement important et la construction d'immeubles. Même si, dans beaucoup de provinces, les hôpitaux ou les collectivités sont responsables d'une partie (habituellement moins de 50 pour cent) du financement de la construction d'un nouvel édifice ou de l'achat d'équipement important, la décision finale de construire ou d'acheter (dans le cas d'équipement) appartient presque toujours au

Au Royaume-Uni, le secteur privé à but lucratif est solidement établi et le rôle qu'il joue pour réduire les délais pour recevoir des soins est bien connu

ministère de la santé. (Les exceptions à cette règle tendent à être des achats d'important équipement de diagnostic financés par des sources philanthropiques privées, souvent sans l'approbation des ministères provinciaux et sans aucune garantie que les coûts d'exploitation associés seront couverts par les budgets des exercices suivants.) »

L'absence de mention du pouvoir décisionnel des conseils d'administration des hôpitaux dans le processus est remarquable.

Plus que tout le reste, le principal obstacle à l'amélioration continue de la qualité des soins hospitaliers au Canada est le fait que les gestionnaires d'hôpitaux ne sont pas autorisés à gérer. Nous aurons une discussion plus approfondie sur l'exploitation des hôpitaux dans un autre document de cette série; qu'il suffise de souligner ici qu'on ne peut s'attendre à ce que des gestionnaires obtiennent les meilleurs résultats possible quand ils n'ont, à toutes fins utiles, aucun réel pouvoir de gestion. Il n'y aura aucune amélioration tant et aussi longtemps que les ministères provinciaux de la santé n'adopteront pas la stratégie de déterminer les résultats à atteindre, d'embaucher les bonnes personnes pour atteindre ces résultats puis de rester à l'arrière-plan et de laisser ces personnes faire leur travail.

Les hôpitaux : mythes et réalités

C'est sans doute un moyen aussi bon que tout autre pour déboulonner certains mythes sur le système hospitalier aux États-Unis. Voyons le rôle des institutions à but lucratif dans le secteur hospitalier américain. Malgré tout ce qu'on entend sur le système américain axé sur les bénéfices, seuls 15 pour cent des hôpitaux américains sont des institutions à but lucratif, et ils ne représentent qu'environ 12 pour cent des lits d'hôpital. Les autres 85 pour cent des hôpitaux sont des institutions à but non lucratif, soit gouvernementales, soit privées. Si on veut faire porter aux hôpitaux à but lucratif le blâme pour les problèmes du système hospitalier américain, il faut présumer que ces hôpitaux ont une influence énorme, hors de toutes proportions à leur taille et à leur nombre. D'autres pays⁷ ont aussi des secteurs hospitaliers à but lucratif : en Allemagne, plus de 20 pour cent des hôpitaux sont des institutions privées à but lucratif. Ce sont de petits hôpitaux – ils représentent approximativement 9 pour cent des lits, mais ils sont présents. En France, les hôpitaux privés à but lucratif représentent environ 40 pour cent de tous les hôpitaux et 20 pour cent des lits. La Norvège a un très petit secteur d'hôpitaux privés; ces derniers ont vu le jour à cause de la frustration éprouvée devant les longues listes d'attente pour recevoir des traitements dans les hôpitaux publics. Il n'y a pas d'hôpitaux à but lucratif en Belgique, mais le gouvernement encourage les hôpitaux belges à traiter des patients d'autres pays de l'Union européenne qui viennent se faire soigner en Belgique comme patients payants⁸. Les hôpitaux belges sont des hôpitaux à but non lucratif lorsqu'ils traitent les Belges, mais en tant qu'exportateurs de services hospitaliers, ce sont des organisations à but lucratif.

Au Japon, 80 pour cent des hôpitaux sont des institutions privées qui appartiennent à des médecins. La plupart sont de petite taille, ressemblant à des cliniques avec lits. De fait, pour ces institutions la distinction entre clinique et hôpital repose sur le nombre de lits – s'il y a moins de 20 lits, c'est une clinique; s'il y en a plus de 20, c'est un hôpital. Dans la plupart des cas, ces cliniques sont nées du désir des médecins d'élargir leur pratique et en conséquence de la concurrence entre les médecins et les grands hôpitaux publics fort peu nombreux. On peut évidemment couper les cheveux en quatre et s'interroger pour savoir si une clinique appartenant à des médecins est une institutions à but lucratif.

Les hôpitaux privés à but lucratif sont une réalité mondiale. Ils se spécialisent dans certaines niches de la médecine et, à l'exception des États-Unis ou ces hôpitaux ne tentent pas de faire concurrence aux hôpitaux généraux

Il est interdit aux investisseurs d'être propriétaires d'hôpitaux, mais le revenu net des médecins à qui ces cliniques appartiennent ressemblent fort à des bénéfiques, et il est bien connu que les médecins japonais réagissent de bon gré aux incitatifs économiques.

Au Royaume-Uni, le secteur privé à but lucratif est solidement établi et le rôle qu'il joue pour réduire les délais pour recevoir des soins est bien connu. Comme le dit un commentateur, en moins d'une décennie, de paria qu'il était, le secteur privé est devenu planche de salut⁹. En Australie, seul pays au monde qui a adopté le modèle canadien pour son régime de soins de santé (le régime a subi beaucoup de modifications au fil des ans, les Australiens s'étant montrés très disposés à remanier le régime pour tenter de l'améliorer), un peu moins de la moitié des hôpitaux sont des hôpitaux privés, et de ce nombre, environ la moitié sont à but lucratif¹⁰.

Les hôpitaux privés à but lucratif sont une réalité mondiale. Ils se spécialisent dans certaines niches de la médecine et, à l'exception des États-Unis où, pour des motifs historiques, ils se sont développés différemment, ces hôpitaux ne tentent pas de faire concurrence aux hôpitaux généraux. On en trouve dans des pays comme le Japon, qui consacre à la santé une proportion moindre de son PIB que ne le fait le Canada, et dont les indicateurs de l'état de santé de la population sont meilleurs que ceux du Canada. Et le ciel ne leur tombe pas sur la tête¹¹.

Nous avons mentionné un peu plus haut que même si les hôpitaux publics canadiens ont tous les signes apparents d'institutions privées à but non lucratif, ils sont en réalité des créatures des gouvernements, contrairement à la situation des hôpitaux américains à but non lucratif. Il y a en outre beaucoup d'idées fausses qui circulent sur la nature des hôpitaux à but non lucratif aux États-Unis, idées qui tendent à obscurcir le débat. La plus répandue de ces idées est que les hôpitaux à but non lucratif n'ont pas d'investisseurs.

En réalité, ce qu'ils n'ont pas, ce sont des actionnaires, mais un coup d'œil rapide à un texte d'introduction au financement des sociétés nous l'apprend, les mots actionnaire et investisseur ne sont pas synonymes. Il est interdit aux hôpitaux américains à but non lucratif d'avoir des actionnaires, mais ils peuvent avoir des créanciers obligataires. En effet, comme le font remarquer Carpenter, McCue et Moon¹², « pendant plus de trois décennies, l'endettement exonéré d'impôt a été la principale source de capitaux à long terme des hôpitaux à but non lucratif et des systèmes de santé. »

Dans un communiqué de presse, la Illinois Hospital Association (IHA)¹³ explique :

[Traduction] « Pour s'assurer d'offrir des soins de haute qualité aux patients, les hôpitaux doivent acquérir de nouveaux appareils, agrandir et moderniser leurs locaux, par exemple les départements d'urgence et les salles d'opération, remplacer les édifices vieillissants et investir dans la nouvelle technologie médicale. Comme de tels projets coûtent des millions de dollars, la plupart des hôpitaux doivent emprunter les fonds nécessaires (on parle en général d'obtenir des capitaux).

« Contrairement aux entreprises à but lucratif qui peuvent acquérir des capitaux propres en émettant des actions, les hôpitaux à but non lucratif (presque tous les hôpitaux de l'Illinois) n'ont à leur disposition qu'un nombre limité de moyens pour recueillir des capitaux. La plupart des hôpitaux obtiennent des capitaux en émettant des obligations, qui ressemblent à un prêt ou à une hypothèque. Les investisseurs achètent

Les médecins et les hôpitaux ne sont évidemment pas les seuls fournisseurs de soins de santé au Canada, et la plupart des autres fournisseurs sont clairement privés sur les plans du financement et de la prestation

des obligations émises par les hôpitaux, les hôpitaux leur versent des intérêts, et ils sont assurés que le principal de l'obligation leur sera remboursé à une date précise. La plupart des obligations émises par les hôpitaux sont achetées par de grands "investisseurs institutionnels" comme les fonds mutuels. »

Il est clair que la IHA considère que les détenteurs d'obligations sont des investisseurs. Les détenteurs d'obligations n'ont pas, comme les actionnaires, droit de vote aux assemblées annuelles, mais quiconque croit qu'ils n'ont aucune influence et qu'ils ne se servent pas de leur influence pour s'assurer d'obtenir un rendement concurrentiel sur leur investissement devrait relire le texte d'introduction au financement des sociétés mentionné ci-dessus. Si qui que ce soit n'est toujours pas convaincu qu'une institution financière considère que le fait d'accorder un prêt équivaut à investir dans une entreprise, il lui suffit de demander à un homme d'affaires ce que ferait sa banque s'il décidait de ne pas faire un versement sur un prêt.

Les mythes sur les hôpitaux à but non lucratif sont beaucoup trop nombreux pour que ce document puisse prétendre tous les dissiper. Par exemple, malgré l'opinion fort répandue, les hôpitaux américains à but non lucratif n'offrent pas plus de soins charitables ou non rémunérés que les hôpitaux à but lucratif exploités dans la même collectivité. De fait, aux États-Unis, le statut d'institution à but non lucratif n'impose pas à un hôpital l'obligation d'offrir des soins gratuitement. C'était le cas avant 1969, mais depuis cette époque, l'Internal Revenue Service a beaucoup assoupli sa position quant à ce qu'il exige des institutions qui demandent le statut d'institution à but non lucratif. Aujourd'hui¹⁴ un large éventail d'activités permettent d'obtenir le statut d'institution à but non lucratif : l'organisation de foires de la santé et la prestation de services de détection du cholestérol n'en sont que deux exemples. Les États veulent de plus en plus souvent savoir quels sont les avantages qu'ils obtiennent en échange des allègements fiscaux dont bénéficie un hôpital à but non lucratif et, dans beaucoup de cas, la réponse est que les avantages offerts par les hôpitaux ont une valeur considérablement inférieure à celle de la mesure d'exemption. Le communiqué de presse de l'IHA mentionné ci-dessus a été publié dans le cadre d'une campagne menée par l'association contre un projet de loi qui exigerait que les hôpitaux à but non lucratif de l'Illinois offrent des soins charitables d'une valeur égale à 8 pour cent de leurs frais d'exploitation. Il semble que ce soit une charge trop lourde à supporter pour les hôpitaux de l'Illinois¹⁵. L'Illinois n'est pas le seul état à s'intéresser aux hôpitaux à but non lucratif qu'il soupçonne d'être des hôpitaux à but lucratif déguisés – le Kansas amorçe aussi une enquête, tout comme le Minnesota, l'état de New York et le Wisconsin¹⁶.

Certains éléments du système canadien de soins de santé sont privés

Les médecins et les hôpitaux ne sont évidemment pas les seuls fournisseurs de soins de santé au Canada, et la plupart des autres fournisseurs sont clairement privés sur les plans du financement et de la prestation. Par exemple, dans la plupart des provinces, les optométristes, qui offrent beaucoup des mêmes services que les ophtalmologistes, sont des fournisseurs privés à but lucratif qui reçoivent des paiements de sources privées et publiques. Les proportions sont fonction des décisions des provinces quant aux services couverts par le régime d'assurance-maladie. L'Ontario a récemment supprimé du régime d'assurance-maladie les examens ordinaires de la vue par des optométristes de certains groupes d'âge de la population tout en continuant de couvrir les honoraires pour d'autres groupes. Les personnes qui appartiennent aux groupes d'âge qui ne sont plus couverts

Les médecins libres de décider de transformer leur pratique en clinique qui offrirait des soins qui dans le régime actuel ne sont disponibles que dans les hôpitaux appartenant au gouvernement, ne signifiera pas la fin de la civilisation telle que nous la connaissons

par le régime d'assurance-maladie doivent payer de leur poche ou par une assurance privée, mais jusqu'à maintenant, il ne semble y avoir aucune preuve que les soins des yeux aient souffert à cause de la décision de la province.

Les dentistes sont essentiellement l'exemple parfait que tout ce que les défenseurs improvisés du régime abhorrent – ce sont des praticiens privés, à but lucratif, payés par des fonds privés et jouissant, quant aux services qu'ils offrent dans leurs bureaux et au personnel qu'ils emploient, d'une liberté que les omnipraticiens doivent leur envier. Les omnipraticiens en sont toujours limités aux infirmières et aux infirmiers praticiens : si les dentistes avaient été intégrés au régime d'assurance-maladie, en 1968, il y a fort à parier qu'ils seraient toujours incapables d'embaucher des hygiénistes.

Il ne fait aucun doute que les dépenses en soins dentaires ont augmenté au cours des dernières décennies. Nous examinerons ces chiffres dans un autre document, quand nous étudierons les éléments des dépenses privées et des dépenses publiques. Il est aussi vrai que la valeur des services que nous recevons des dentistes a augmenté de manière dramatique au cours de la même période. Pourtant, on ne voit pas de signe que les dentistes abusent du système, comme les opposants à un régime privé prétendent que cela se produirait si nous accordions aux médecins une plus grande latitude pour décider des services qu'ils pourraient offrir dans leurs bureaux ou la liberté d'ouvrir de petites cliniques privées à but non lucratif comme celles qu'on trouve au Japon. Il n'y a pas aucun signe montrant que la pratique à but lucratif a eu comme résultat des soins de moindre qualité ou que les dentistes encouragent la demande pour augmenter leurs revenus. Il est certain qu'ils optimisent leurs bénéfices, et ils savent sûrement que leurs patients sont sensibles au prix des soins. Et comme il n'y a vraiment aucune preuve concluante que les dentistes sont intrinsèquement plus honnêtes et plus vertueux que les médecins, nous pouvons probablement prendre en considération le marché des soins dentaires pour avoir une idée de ce qui se produirait si certaines des restrictions actuelles et désuètes imposées à la prestation privée de soins de santé étaient levées.

La technologie médicale a évolué de manière dramatique depuis 1968. Une grande partie des changements technologiques font en sorte qu'il est aujourd'hui possible de faire des interventions qui devaient auparavant être exécutées dans des hôpitaux dans des installations beaucoup moins coûteuses, par exemple dans des cliniques spécialisées ou même dans les cabinets des médecins. Les opposants à une plus grande participation du secteur privé à la prestation des soins ne soulèvent en général aucune objection lorsque le gouvernement décide de créer des cliniques de ce type; c'est lorsqu'un groupe de médecins constatent un besoin et qu'ils prennent les mesures pour combler le besoin, sans attendre d'action gouvernementale, qu'ils agitent leur drapeau rouge. En bout de ligne, une grande partie de l'opposition est idéologique. Beaucoup d'opposants à la prestation de services par le secteur privé croient fermement que les médecins ne sont tout simplement pas dignes de confiance. Il est grand temps que nous décidions s'il s'agit vraiment là d'un fondement solide pour la politique canadienne de la santé.

Notre objectif, dans la présente série d'articles, est de dissiper certains des mythes qui entourent le débat sur les soins dispensés par les secteurs privé et public en jetant la lumière sur les termes « public », « privé », « à but lucratif » et « à but non lucratif » tel qu'ils s'appliquent au financement, à la prestation et à la qualité des soins dispensés par les médecins et par les hôpitaux. Un point que nous espérons faire ressortir clairement est que le fait de laisser les médecins libres de décider de transformer leur pratique en clinique qui offrirait, contre rémunération à l'acte dans le cadre d'un régime d'assurance-maladie, des soins qui dans le régime actuel ne sont disponibles que dans les hôpitaux

appartenant au gouvernement, ne signifiera pas la fin de la civilisation telle que nous la connaissons. ■

Notes de fin de document

1. L'Association médicale canadienne mène régulièrement un sondage auprès des médecins au Canada sur divers aspects de leur pratique, notamment les heures de travail, même si elle ne pose malheureusement pas de questions sur leurs conditions de pratique, leurs dépenses ou leurs revenus. http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/16959/la_id/1.htm#3. Selon le rapport publié en 2006 par l'Institut canadien d'information sur la santé intitulé Rapport sur les paiements moyens par médecin, Canada, 2002-2003 et 2003-2004, à http://www.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=AR_82_F, les revenus bruts des spécialistes canadiens en médecine familiale en 2002-2003 étaient d'environ 190 000 \$. Ce montant équivaut à un revenu net d'environ 115 000 \$. Même si c'est là un bon revenu, d'autres groupes de travailleurs ont des revenus nets semblables à ceux d'un omnipraticien sans devoir travailler aussi fort pour le gagner. Pour avoir une idée de ce que les médecins peuvent facturer pour chaque acte, il est possible de consulter le barème des honoraires de la Régie d'assurance-maladie de l'Ontario à http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohip/sob/physerv/physerv_mn.html (en anglais).
2. Voir Brian Ferguson : Doctors Have To Make A Living Too: The Microeconomics of Physician Practice, à <http://www.aims.ca/healthcare.asp?typeID=1&id=163&fd=0&p=1> (en anglais)
3. Rashid, Abdul : « Le revenu d'emploi des médecins », Statistique Canada, L'emploi et le revenu en perspective, hiver 1999, statcan.ca/francais/studies/75-001/archive/1999/pear1999011004s4a04_f.pdf.
4. Voir le rapport publié en 2001 par l'Institut canadien d'information sur la santé intitulé Les médecins en exercice au Canada : Main-d'œuvre et charge de travail 1989-1990 à 1998-1999 http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=AR_29_E
5. Au Québec, les médecins doivent se désengager du régime d'assurance-maladie pour tous leurs patients, pas uniquement pour une partie de leur pratique. Il y a deux types de médecins désengagés : (1) les médecins « désengagés », qui sont rémunérés directement par le patient selon le barème des honoraires après que celui-ci a été payé par la Régie et (2) les médecins non participants qui sont rémunérés directement par le patient selon le tarif exigé (ni l'un ni l'autre ne reçoit quelque remboursement par la Régie).
6. Morris Barer "Hospital Financing in Canada" in U.S. Congress, Office of Technology Assessment, Hospital Financing in Seven Countries, OTA-BP-H-148 (Washington, DC: U.S. Government Printing Office, May 1995).
7. Les chiffres cités ici sont tirés de diverses publications de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé : http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/OBS/Hits/20020525_1
8. Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives Irene A. Glinos, Nicole Boffin, Rita Baeten, Europe for Patients Project, August 2005, http://www.ose.be/files/health/BelgianCaseStudy_ForPrint.pdf
9. Richard Smith, "The private sector in the English NHS: from pariah to saviour in under a decade", Canadian Medical Association Journal, 2 août 2005; 173 (3) <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/173/3/273>

10. Chiffres de l’Australian Institute of Health and Welfare, à <http://www.aihw.gov.au/publications/hse/ahs03-04/ahs03-04.pdf>
11. La qualité des soins dans les hôpitaux à but lucratif fait l’objet de débats animés, et nous y reviendrons dans un autre document. Pour l’instant, nous nous contentons de signaler deux ajouts récents à la documentation qui constatent que les hôpitaux à but non lucratif n’offrent aucun avantage par rapport aux hôpitaux à but lucratif : pour ce qui est des données américaines, voir Frank a. Sloan, Justin G. Trogdon, Lesley H. Curtis et Kevin A. Schulman (2003), “Does the Ownership of the Admitting Hospital Make a Difference?: Outcomes and Process of Care of Medicare Beneficiaries Admitted with Acute Myocardial Infarction” *Medical Care* 41(10) octobre, 1193-1205, et pour une étude de l’état de la situation en France, qui conclut qu’en moyenne, la probabilité pour les patients de mourir dans un hôpital à but lucratif est inférieure à la probabilité dans un hôpital à but non lucratif, voir Carine Milcent (2005): *Hospital ownership, reimbursement systems and mortality rates* *Health Economics* 14, 1151-1168
12. Caryl E. Carpenter, Michael J. McCue et Sun Moon (2003): “The Hospital Bond Market and the AHERF Bankruptcy”, *Journal of Health Care Finance*, Summer, 29(4), 17-28
13. Illinois Hospital Association, communiqué de presse (sans date), HB 5000 Will Harm Health Care and Health Care Jobs, <http://www.ihatoday.org/issues/payment/charity/hb5000jobs.pdf>
14. “Nonprofit Hospitals Face Scrutiny Over Practices” Robert Pear, *New York Times*, Sunday, 19 March, 2006
15. La mesure proposée a été défaite – John Dorschner: “Measuring Medical Charity” *Miami Herald* 23 juillet 2006. <http://www.miami.com/mld/miamiherald/15097424.htm>
16. “More charity-care scrutiny” Mark Taylor, *Modern Healthcare* 20 mars 2006, 36(12), p. 17