



Fédération des chambres
de commerce du Québec

fccq

MÉMOIRE SUR LA PLACE DU SECTEUR PRIVÉ EN SANTÉ **Présenté au Gouvernement du Québec**

Mémoire de la Fédération des chambres de commerce du Québec
(FCCQ)

présenté à l'occasion des audiences du groupe de travail sur le
financement de la santé

Septembre 2007

555, boul. René-Lévesque Ouest
19^e étage
Montréal (Québec) H2Z 1B1
tél. (514) 844-9571 téléc. (514) 844-0226

■
fccq.ca



Fédération des chambres de commerce du Québec (FCCQ)

Grâce à son vaste réseau de 162 chambres de commerce, la FCCQ représente 57 000 membres exerçant leurs activités dans tous les secteurs de l'économie et sur l'ensemble du territoire québécois. Plus important réseau d'affaires au Québec, la FCCQ défend ardemment les intérêts de ses membres au chapitre des politiques publiques, favorisant ainsi un environnement d'affaires innovant et concurrentiel.

Mission

Promouvoir la liberté d'entreprendre qui s'inspire de l'initiative et de la créativité afin de contribuer à la richesse collective en coordonnant l'apport du travail de tous.

RÉSUMÉ

Ce mémoire présente la position de la Fédération des Chambres de Commerce du Québec (FCCQ) dans le cadre des audiences du groupe de travail sur le financement de la santé pour assurer la pérennité du système de santé québécois. La première section présente les coûts pour les employeurs de l'inefficacité du monopole public des soins de santé au Québec. On y présente une méthode de modélisation des coûts assumés par les employeurs pour une journée d'absentéisme causée en partie par l'attente dans le réseau public. On trouve que le coût d'une journée d'absence passée dans le système de santé a une valeur de près de 90 millions \$ pour les employeurs en termes de production perdue, à l'échelle du Québec. Un survol des études sur les coûts de productivité indirects liés aux maladies chroniques et aux habitudes de vie néfastes conclut la première section. La deuxième partie du mémoire présente les formes d'implications du secteur privé en santé dans quatre pays. On y remarque que toutes les juridictions sous études permettent une forme ou une autre d'implication du secteur privé dans les soins de santé et que cette implication se fait en complémentarité avec le secteur public. La dernière section du rapport rappelle les principaux constats de l'étude et présente une vision d'avenir pour la prestation des soins de santé en région inspirée des expériences australienne et britannique.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
LE COÛT DE L'ABSENCE DE SERVICES DE SANTÉ PRIVÉ POUR LES EMPLOYEURS QUÉBÉCOIS	5
LES AUTRES FORMES DE COÛTS INDIRECTS DE SANTÉ.....	8
LES FORMES D'IMPLICATIONS DU SECTEUR PRIVÉ EN SANTÉ	9
L'ÉTANCHÉITÉ DES RÉSEAUX PUBLIC ET PRIVÉ DE SANTÉ.....	10
LA PROHIBITION DES SERVICES D'ASSURANCE PRIVÉE.....	13
CONCLUSION	19
ANNEXE 1 : LISTE DES CONSTATS	21

INTRODUCTION

Le système de santé québécois est appelé à subir une pression de plus en plus importante au cours des prochaines années. La croissance de la demande de soins de santé accrue par le vieillissement de la génération du baby boom, conjuguée à l'explosion des coûts de santé liés aux nouvelles technologies, ne fera qu'exacerber les problèmes que le système de santé public connaît actuellement.

Si la plupart des intervenants du milieu de la santé reconnaissent que les difficultés du réseau public de santé imposent un poids financier important sur le budget du gouvernement du Québec, notamment en accaparant une portion croissante des ressources gouvernementales, il est également vrai que les ratés du réseau public représentent des coûts pour l'ensemble de l'économie et, à plus forte raison, pour les employeurs. Effectivement, on peut croire que les délais d'attente associés au réseau de santé public impliquent des absences répétées des employés, ce qui se traduit par une perte de production au niveau de l'entreprise. Qui plus est, on ne peut négliger le poids que représente l'attente d'un diagnostic ou d'un traitement pour les individus qui sont confrontés aux ratés du système de santé. Ceci peut également se répercuter en coûts indirects pour l'entreprise qui emploie ces individus, notamment parce que ceux-ci seront préoccupés et devront s'impliquer dans diverses démarches afférentes au traitement. Les coûts accrus dus aux temps d'attentes dans le réseau de santé public semblent même avoir touché certaines agences gouvernementales. C'est notamment le cas de la CSST et de la SAAQ qui n'ont pas hésité à faire soigner des patients en cliniques privées afin de réduire la durée du versement des indemnités de revenus à leurs prestataires.

Alors que le réseau public de santé peine à fournir à la demande de soins, il importe de considérer de nouvelles façons d'accroître l'offre de service de santé à la population. Une piste à explorer serait de favoriser une plus grande implication du secteur privé en santé. Le secteur privé occupe d'ailleurs déjà une place non négligeable dans les dépenses de santé. En 2006, les dépenses privées en santé au Québec se situaient à 8,6 milliards \$, soit plus de 28 % du total des dépenses. À titre comparatif, la part des dépenses privées en santé était de 20 % en 1981¹. C'est donc dire que le secteur privé joue un rôle significatif dans le domaine de la santé. On peut croire qu'il pourrait contribuer encore plus activement à résoudre les problèmes rencontrés par le réseau public de soins de santé et ce, de deux façons. Premièrement, le secteur privé pourrait accroître l'offre globale de services aux patients en participant directement à la prestation des soins de santé. Deuxièmement, la levée de la prohibition des régimes d'assurance-santé privés pour les soins assurés par le régime public permettrait d'accroître le financement et l'efficacité de l'ensemble du réseau de la santé. Au-delà d'assumer une part importante des dépenses en santé, c'est la capacité d'innovation et l'efficacité dans la prestation de services du secteur privé dont le système de santé québécois a le plus besoin.

¹ BOYER, M. et M. LABERGE (2007) *La place du secteur privé dans le système de santé québécois: un aperçu des frais existants*, p. 1

En somme, la participation du secteur privé à la prestation des soins de santé et l'ouverture aux assurances-santé privées permettraient d'accroître l'offre globale de services de santé et l'efficacité de ceux-ci. Devant les ratés actuels du système public, tout accroissement de l'offre de service serait bienvenu. En permettant d'allouer les ressources plus efficacement dans l'ensemble du réseau, l'implication du secteur privé en santé profiterait à l'ensemble des usagers, du secteur public comme des cliniques privées.

Dès mars 2006, la Fédération des Chambres de Commerce du Québec (FCCQ) s'était d'ailleurs prononcée en faveur d'une plus grande participation du secteur privé au financement ainsi qu'à la prestation et à l'assurance des soins de santé. Elle avait d'ailleurs salué la volonté du gouvernement de laisser une place plus importante au secteur privé en santé, tout en qualifiant cette ouverture de « beaucoup trop timide »². La FCCQ recommandait à cette occasion que l'ouverture du privé en santé prenne la forme de quatre actions : favoriser la concurrence dans la prestation des services, permettre le recours à une assurance privée duplicative en santé, revoir l'étanchéité des réseaux public et privé de soins de santé et favoriser l'accès aux véhicules privés en place³.

La FCCQ insistait d'ailleurs à cette occasion pour que l'offre de service soit bien balisée entre les soins qui devaient continuer d'être fournis gratuitement et ceux qui pourraient faire l'objet d'une tarification. Cette remarque semble toujours d'actualité. Ce rapport démontre d'ailleurs que le Québec pourrait apprendre des expériences internationales en la matière.

La suite de ce mémoire se divise en trois sections. La première a pour objectif d'évaluer le coût de l'absence d'un réseau de santé privé pour les employeurs québécois. Elle présente donc une méthode originale d'évaluation de ce coût et une revue d'autres initiatives de recherche liées aux coûts indirects des problèmes de santé pour les entreprises. La deuxième partie effectue une revue de l'implication du secteur privé en santé pour quelques pays. Elle aborde principalement les questions de la prestation privée des services de santé et la possibilité de contracter une assurance privée pour compléter ou suppléer le régime de soins de santé public. La dernière section rappelle les principaux constats de cette étude et propose une vision d'avenir pour la prestation des soins de santé en région, inspirée des expériences britannique et australienne

² FCCQ (2006) *Garantir l'accès: Un défi d'équité d'efficience et de qualité. Mémoire à la Commission des Affaires sociales.*

³ Ibidem

LE COÛT DE L'ABSENCE DE SERVICES DE SANTÉ PRIVÉ POUR LES EMPLOYEURS QUÉBÉCOIS

Au Canada, le temps d'attente médian entre la visite chez un médecin généraliste et le traitement chez un médecin spécialiste est de 17,8 semaines⁴. Il va sans dire que l'ensemble de ce temps d'attente n'est pas imputable au monopole public dans la prestation des services de santé. La littérature économique reconnaît d'emblée que

« Tout système de santé, même ceux qui sont financés directement par les patients, peuvent rencontrer des temps d'attente dus à des raisons médicales, à des questions personnelles de planification et à des fluctuations à petite échelle de l'offre de service. Néanmoins, les temps d'attentes expérimentés au Canada sont beaucoup plus élevés que les niveaux normalement rencontrés et s'approchent des sommets historiques malgré un accroissement important des dépenses en santé. »⁵

Ainsi, si on ne peut prétendre qu'une plus grande participation du secteur privé en santé éliminera totalement les listes d'attentes, tout accroissement de l'offre de service qui en résulterait serait bienvenu. Parce qu'il est impossible de prévoir l'ampleur de la réduction des listes et des temps d'attente qu'occasionnerait une ouverture au secteur privé, il est difficile d'en quantifier les avantages en termes de coûts évités pour les entreprises québécoises. Si on peut croire que l'arrivée d'un réseau privé de soins de santé permettrait de diminuer les listes d'attentes dans le réseau public, il est impossible d'évaluer la valeur des économies générées par cette réduction des temps d'attentes puisqu'on ne peut prévoir l'ampleur de la réduction des temps d'attente.

Il est néanmoins envisageable d'évaluer la valeur à l'échelle provinciale d'une journée d'absence évitée suite à une amélioration de l'efficacité du système de santé. Ainsi, bien qu'on ne puisse prédire avec exactitude la valeur globale du gain d'efficacité de la participation du secteur privé à la prestation de services de santé, faute d'évaluation convaincante de la réduction du nombre de jours d'attente et d'absence, on peut néanmoins estimer l'ordre de grandeur de la valeur d'une journée économisée. Il est important de mentionner que cette évaluation des coûts de l'absentéisme dus à l'inefficacité du réseau de santé public se veut conservatrice, notamment parce qu'elle ne tient pas compte des coûts indirects liés à l'absentéisme.

La condition d'optimalité pour une entreprise stipule que le coût d'utiliser une unité supplémentaire de facteur de production doit égaler le revenu que l'utilisation de cette unité supplémentaire rapporte. Si le coût de la dernière unité d'intrant utilisée est plus faible que le revenu qu'elle engendre, alors l'entreprise a avantage à accroître son utilisation du facteur de production pour profiter des économies d'échelle qui sont à sa disposition. A contrario, si le coût marginal est plus grand que le revenu marginal de l'intrant, alors l'entreprise fait face à des déséconomies d'échelle et a avantage à diminuer la quantité d'intrant qu'elle utilise afin de minimiser ses pertes. L'entreprise se

⁴ Fraser Institute (2006) *How Good is Canadian Health Care?* p. 13

⁵ Ibidem (traduction libre)

trouve en situation d'équilibre lorsque le coût marginal de l'intrant est égal à son revenu marginal. Elle n'a alors aucune incitation à changer son comportement.

Le travail est un facteur de production qui répond à cette condition d'optimalité. En posant l'hypothèse que les entreprises sont à l'équilibre en moyenne, on peut donc considérer que le salaire horaire moyen au Québec représente le salaire d'équilibre de l'économie. En ce sens, il représente le coût marginal du travail, c'est à dire le coût d'une unité supplémentaire de travail. En tenant compte de la condition d'optimalité qui égalise le coût marginal et le revenu marginal des facteurs de production, le salaire horaire moyen représente donc également le revenu marginal pour l'entreprise d'une heure de travail supplémentaire. Chaque heure de travail perdu pour cause de santé impliquerait une perte de production d'une valeur équivalente au salaire qui aurait été payé en situation normale. Pour que ce raisonnement soit valide, il faut également poser l'hypothèse que le rendement marginal du travail est constant et égal au rendement moyen et qu'il y a rigidité dans l'offre de main d'œuvre à court terme. La logique sous-jacente à cette démarche est que le recours à la prestation privée de services de santé ou le recours à une assurance-santé privée aura pour effet de réduire d'au moins une journée le temps d'attente d'un patient en congé d'invalidité.

En multipliant le revenu marginal par la population en emploi au Québec et par la probabilité qu'un employé bénéficie d'une indemnité d'assurance pour absence de court terme de son emploi (équation 1), on obtient le coût global pour l'économie québécoise d'une heure d'absence du travail. La journée de travail type comptant huit heures, il faut multiplier cette valeur par huit pour obtenir la valeur de chaque journée d'absentéisme économisée suite à une réduction des temps d'attente causée par un meilleur arrimage entre les secteurs privé et public en santé.

Équation 1 :

$$\text{Coût}_{\text{quotidien}} = R_m \times \text{POP}_{em} \times \text{PROB}_{(\text{absence CT})} \times 8 \text{ hrs/jours}$$

Où R_m est le revenu marginal du travail pour l'entreprise (salaire horaire moyen), POP_{em} est la population québécoise en emploi et $\text{PROB}_{(\text{absence CT})}$ est la probabilité qu'un employé bénéficie d'une indemnisation de salaire pour une absence de court terme de son emploi.

Au cours d'une année, 15 % des travailleurs sont absents pour une durée supérieure à cinq jours et inférieure à 104 semaines⁶. Il s'agit donc de la probabilité que chaque employé s'absente de son travail pour la durée décrite. Les travailleurs qui s'absentaient plus de 104 semaines ont été exclus de cette probabilité puisqu'il est supposé que leur retour au travail n'est pas tributaire d'un traitement plus rapide.

⁶ Source : Statistique Canada (2006), tables statistiques d'assurance et calcul des auteurs.

La réduction des temps d'attente peut survenir dans le délai pour consulter un médecin généraliste, ce qui affecterait proportionnellement plus la durée des absences de courte durée. Celles-ci sont plus nombreuses, mais présentent moins de possibilités de réductions des temps d'attente suite à une plus grande implication du secteur privé en santé puisque les réductions du temps d'attente pourraient être inférieures à une journée. Le recours à un prestataire ou à une assurance privée pourrait également s'avérer plus coûteux que les bénéfices retirés en termes de production.

La réduction des temps d'attente peut également survenir dans le délai d'attente entre la visite chez un médecin généraliste et le traitement par un médecin spécialiste, ce qui affecterait proportionnellement plus la durée des absences de longue durée. Celles-ci sont moins nombreuses, mais présentent un potentiel de réduction du temps d'attente plus important. On peut croire que c'est au niveau des absences de longue durée, qui requièrent le traitement par un spécialiste, que se situe le potentiel le plus important d'économies. Il est plausible que le temps d'attente médian de 17,6 semaines (88 jours) pourrait être réduit considérablement, réduisant le montant des prestations versées et minimisant les pertes de production.

Le salaire horaire moyen au Québec, utilisé comme étant la valeur du revenu marginal pour l'entreprise d'une heure de travail, était de 18,87 \$, sans égard au sexe⁷. En juillet 2007, la population en emploi au Québec était de 3 858 500 personnes, soit un peu plus de 61 % de la population totale du Québec⁸. En tenant compte de ces paramètres, on peut estimer que la valeur d'une journée d'absence du travail due à l'absence d'un réseau privé de services de santé à l'échelle du Québec **a une valeur de 87 371 874 \$ en termes de production perdue pour les employeurs**. Une modélisation plus fine pourrait tenir compte de différentes caractéristiques de la population en emploi : âge, scolarité, sexe, etc. Ces facteurs auraient une influence au niveau du coût marginal du travail. Bref, le coût d'opportunité d'une journée passée à attendre dans le système de santé québécois, à l'échelle de l'économie québécoise, avoisine les 90 millions \$ pour les employeurs en termes de production perdue.

Bref, la participation du secteur privé à la prestation des soins de santé pourrait permettre de générer des économies importantes, tant pour les employeurs que pour le gouvernement. Les sommes ainsi économisées pourraient être utilisées plus efficacement, par exemple en mettant sur pied des programmes de prévention des maladies chroniques ou des habitudes de vie malsaines. L'État pourrait notamment développer des programmes de reconnaissance des entreprises qui favorisent l'adoption de saines habitudes de vie chez leurs employés, comme les programmes corporatifs de lutte au tabagisme, d'incitation à l'activité physique ou de détection des maladies chroniques sur une base régulière.

⁷ Source : Institut de la statistique du Québec [en ligne]

http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/march_travl_remnr/remnr_condt_travl/001_rem_hor_emp_9706.htm [12 septembre 2007]

⁸Source : Statistique Canada [en ligne] http://www40.statcan.ca/102/cst01/lfss01b_f.htm [12 septembre 2007]

Les autres formes de coûts indirects de santé

La littérature économique présente également d'autres formes de coûts indirects assumés par les entreprises et liés au domaine de la santé. Une des formes de coûts indirects les plus documentées est la perte de productivité associée aux maladies chroniques et aux habitudes de vie néfastes pour la santé. On estime que plus de la moitié des Nord-Américains souffrent d'une maladie chronique. Les deux tiers des admissions aux urgences des hôpitaux découlent d'une maladie chronique qui a dégénéré et 80 % des visites chez un médecin généraliste sont reliées à une maladie chronique⁹. Il va sans dire que si les maladies chroniques représentent un fardeau important pour le système de santé, il en est de même pour les entreprises en termes de perte de productivité.

On estime que les coûts indirects liés au cancer au Canada étaient de l'ordre de 13,5 milliards \$ en 2002 (dollars constants de 2005), imputables entièrement aux pertes de productivité suite à une incapacité causée par la maladie. Si on y ajoute les coûts indirects attribuables au décès prématurés de certains patients, on atteint un montant de 25,6 milliards \$ soit 72,6 % des coûts totaux reliés au cancer. En 1998, les coûts indirects liés à la perte de productivité et au décès prématuré découlant des maladies cardiovasculaires avoisinaient 13 milliards \$, alors que ceux liés aux maladies musculo-squelettiques étaient de l'ordre de 15,7 milliards \$. À titre de comparaison, on attribuait des coûts indirects de 5,67 milliards \$ aux maladies respiratoires¹⁰.

Au chapitre des habitudes de vie néfastes pour la santé, le gouvernement de Colombie-Britannique a estimé que la consommation de tabac engendrait des coûts indirects de 2,03 milliards \$ en 2004. De ce nombre, 856 millions \$ étaient des coûts associés à la perte de productivité alors que 1,2 milliards \$ étaient attribuables aux décès prématurés occasionnés par le tabac¹¹. À l'échelle canadienne, ce coût est de près de 18 milliards \$¹². Les coûts indirects liés à l'inactivité physique étaient de l'ordre de 432 millions \$, alors que l'obésité représentait un coût indirect de 308 millions \$ en Colombie-Britannique en 2004¹³.

En somme, bien qu'on ne puisse directement évaluer le coût associé à l'absence d'un système de santé privé au Québec, on peut tout de même affirmer que les ratés du système de santé public engendrent des coûts significatifs pour les entreprises québécoises, en termes d'absentéisme et de perte de production. Selon les estimations de ce rapport, ce coût avoisinerait les 90 millions \$ pour une journée d'absence du travail causée par les listes d'attente dans le réseau public de santé, pour l'ensemble de l'économie québécoise. Ce montant n'inclut pas l'ensemble des coûts indirects de l'absentéisme. Qui plus est, avec un désengorgement du réseau public suite à l'implication accrue du secteur privé dans la prestation des soins de santé, on peut croire qu'il deviendrait plus facile de mettre sur pieds des programmes de prévention

⁹ MORGAN, M.W. et alt. (2006) *An Inconvenient Truth : A Sustainable Healthcare System Requires Chronic Disease Prevention and Management Transformation*. In: Healthcare Papers, vol. 7 no. 4. p. 7

¹⁰ PATRA, J et alt. (2007) *Economic Costs of Chronic Disease in Canada 1995-2003*, p. 13-14

¹¹ H.KRUEGER (2005) *A Plan for Improving the Health of British Columbians by 2010*, p. 17

¹² PATRA, J et alt. (2007) op. cit. p. 16

¹³ H.KRUEGER (2005) op. cit. P. 17

mieux ciblés, notamment en milieu de travail. Ceci aurait pour effet de diminuer les coûts indirects des maladies chroniques et des habitudes néfastes pour la santé.

CONSTATS :

- *L'absentéisme causé par les importantes listes d'attente, notamment dû à une offre de services publics limitée, représente un coût important pour les employeurs en termes de perte de production;*
- *Ces coûts sont de l'ordre de 90 millions \$ par jour à l'échelle de l'économie québécoise;*
- *Les entreprises assument également des coûts importants liés aux maladies chroniques et aux habitudes de vie néfastes, en termes de perte de productivité;*
- *La réduction des temps d'attente, subséquente à une implication plus importante du secteur privé en santé, permettrait d'économiser des sommes importantes qui pourraient ensuite être utilisées pour implanter des programmes de prévention des maladies chroniques et des habitudes de vie néfastes, notamment en milieu de travail.*

LES FORMES D'IMPLICATIONS DU SECTEUR PRIVÉ EN SANTÉ

Comme l'explique la section précédente, l'absence d'un réseau privé de soins de santé au Québec a pour conséquence de faire porter un coût considérable aux entreprises en termes de pertes de production. Si la présence d'un réseau privé de soins de santé complémentaire au réseau public n'éliminerait pas les listes d'attentes complètement, il est raisonnable de croire qu'elle contribuerait à les réduire considérablement. Or, tant la Loi canadienne sur la santé que la Loi sur la Régie de l'Assurance maladie du Québec découragent ou interdisent carrément le développement d'une industrie privée de la santé sur le territoire québécois.

Deux embûches semblent particulièrement prévenir l'implication du secteur privé en santé :

- (1) l'étanchéité des réseaux de santé publics et privés;*
- (2) la prohibition des services d'assurance privée pour les soins de santé couverts par la RAMQ.*

L'expérience d'autres pays est évocatrice de la diversité des rôles que peut jouer le secteur privé dans le domaine de la santé. La prochaine section vise à faire un survol non exhaustif de quelques expériences internationales en regard des deux items mentionnés plus haut. Plusieurs pays sous étude permettent à la fois une co-existence des secteurs public et privé en santé et la possibilité de contracter une assurance privée sur une base individuelle pour couvrir une partie des dépenses relatives aux soins de santé.

L'étanchéité des réseaux public et privé de santé

Au sein des pays de l'OCDE, le Canada est le seul pays qui défende le développement d'un réseau privé de santé parallèlement au réseau public. C'est également le seul pays qui présente un monopole public dans la gestion des ressources hospitalières¹⁴. Parce qu'elle accroît la rigidité des conditions de travail et réduit la mobilité de la main d'œuvre entre les institutions, l'étanchéité des secteurs public et privé en santé prévient la pleine utilisation des ressources humaines et matérielles dédiées à la santé. Il en résulte un gaspillage des capacités du réseau public : chirurgiens incapables d'opérer par manque d'infirmières pour les assister, salles d'opération ouvertes une seule journée par semaine, etc.

Loin d'aggraver la pénurie de professionnels dans le réseau public, un accroissement de l'offre privée de soins de santé aurait pour effet de donner la flexibilité nécessaire aux gestionnaires du réseau de santé pour utiliser le plus efficacement possible les ressources disponibles et accroître l'offre globale de services. Comparativement au secteur public, les entreprises privées en santé font face à une « contrainte budgétaire forte », c'est-à-dire qu'une perte financière importante ou répétée peut les mener à la faillite. Ces fournisseurs privés de soins de santé ont donc toutes les incitations nécessaires à fournir un service de qualité, dans un délai acceptable pour le patient, sans quoi ils perdraient l'essentiel de leur clientèle¹⁵.

Devant le piètre état des services fournis par le secteur public à l'heure actuelle, la véritable priorité à laquelle fait face l'État en matière de santé est d'accroître le nombre de patients traités dans un délai acceptable. Que ces patients soient traités par un fournisseur public ou une entreprise privée importe peu, pourvu que l'offre de services soit accrue. À cet égard, le secteur privé peut non seulement prendre en charge la demande excédentaire à laquelle le secteur public n'a pas la capacité de répondre, mais également contribuer à apporter des investissements neufs en infrastructures et en équipement de santé. Plusieurs expériences internationales démontrent d'ailleurs à quel point le secteur privé peut contribuer au traitement des patients.

Le Conference Board du Canada dresse plusieurs similitudes entre les systèmes de santé canadien et britannique. Les deux systèmes tirent leurs racines des valeurs d'universalité, d'accessibilité, d'équité et d'exhaustivité. Les deux pays font face au défi d'équilibrer ces valeurs avec une demande toujours croissante de soins de santé, une technologie plus coûteuse, et un équilibre fiscal précaire. Dans les deux pays, les soins de santé sont principalement financés publiquement, en regard des besoins et non de la capacité à payer des usagers. Pourtant, le **Royaume-Uni** a exploré les frontières possibles entre le secteur privé et le secteur public en santé¹⁶. Il apparaît donc pertinent de commencer cette revue internationale avec l'expérience britannique.

Le Royaume-Uni ne prohibe pas le développement de fournisseurs privés de soins de santé. Cette participation du secteur privé aux soins de santé s'étend bien au-delà des

¹⁴ Fraser Institute (2006) op. cit. p. 53

¹⁵ idem, p. 36

¹⁶ Conference Board of Canada (2007) *The U.K. Way, Spending and Measuring in the National Health Service*. p. 2

soins de première ligne et des produits pharmaceutiques ou de médecine parallèle (dentisterie, physiothérapie, orthophonie, etc.) Au tournant des années 2000, 230 hôpitaux indépendants opéraient sur le territoire britannique. L'industrie était dominée par cinq consortiums majeurs, totalisant 61 % des établissements hospitaliers indépendants et 65 % des lits de pratique privée. Certains de ces consortiums étaient également affiliés à des assureurs nationaux qui proposaient un régime d'assurance-santé. Il appert donc qu'une intégration verticale ait eu lieu entre assureurs et hôpitaux privés britanniques¹⁷. Depuis, plusieurs nouveaux développements d'hôpitaux privés ont d'ailleurs été démarrés en partenariat avec le secteur public sur les sites de nouveaux hôpitaux de la National Health Services (NHS). À la faveur de son dernier rapport sur le système de santé britannique, l'Observatoire européen sur les systèmes de soins de santé prévoyait d'ailleurs que la volonté du gouvernement de favoriser le développement de partenariats public-privés (PFI) pourrait accroître cette tendance. Il prévoyait que « [...] la plupart des hôpitaux indépendants construits dans le futur ne seront pas des hôpitaux complètement équipés sur des sites indépendants, mais feront plutôt partie des développements hospitaliers de la NHS. »¹⁸

Les compagnies privées à but lucratif dominent le marché britannique des hôpitaux privés et indépendants, avec 65 % des lits offerts par ce secteur d'activité. Les organisations caritatives et religieuses détiennent quant à elles 34 % des 10 852 lits offerts par le secteur privé (7,1 % du total des lits est offert par le secteur privé/indépendant)¹⁹.

Les services offerts en hôpitaux privés suppléent généralement les services de la NHS, en offrant notamment des temps d'attente plus courts pour des services offerts par l'agence gouvernementale : chirurgies électives des cataractes, des hernies, des remplacements de hanche et des varices. La part des services plus complexes offerts par le privé a toutefois crû rapidement au cours des dernières années, incluant les pontages artériels et les opérations cardiaques. Dans certains cas, le secteur privé a également pris en charge des services pour lesquels l'offre publique était insuffisante pour rencontrer la demande. C'est notamment le cas des interruptions de grossesse²⁰. Depuis décembre 2005, les patients en attente d'une chirurgie élective se voient offrir le choix entre quatre et cinq établissements de traitement, dont au moins un de pratique indépendante, au moment d'être référés à un spécialiste. D'ici 2008, ce choix devrait être étendu à tout fournisseur adoptant les standards et tarifs de la NHS²¹.

D'autres pays permettent aussi la co-existence de réseaux publics et privés de soins de santé. C'est notamment le cas de l'**Allemagne** où les soins de première ligne sont généralement offerts par des entreprises à but lucratif. Comme au Québec, ces services incluent la dentisterie, la pharmacie, la physiothérapie, mais également les médecins généralistes et les professionnels techniques. À titre d'exemple, des 132 400 médecins

¹⁷ European Observatory on Health Care System (1999) *Health Care Systems en Transition – United Kingdom*. p. 65

¹⁸ *ibidem* (traduction libre)

¹⁹ *Idem*, p. 68

²⁰ *Idem*, p. 67

²¹ Conference Board of Canada (2007) *op. cit.* p. 26

de services ambulatoires qui pratiquaient en 2003, 5 % étaient de pratique strictement privée²². Au Québec, ce pourcentage est de 0,7 %, soit 131 médecins sur 19 000²³. Conséquemment, l'Allemagne permet la présence d'hôpitaux privés sur son territoire. En 2002, des 1898 hôpitaux de pratique générale, 712 étaient financés publiquement, 758 étaient des hôpitaux privés à but non lucratif et 428 étaient des hôpitaux privés à but lucratif. En termes de proportion des lits offerts, ces trois secteurs représentaient respectivement 54 %, 38 % et 8 % de l'offre de lits dans le pays²⁴.

L'expérience de l'**Australie** pourrait également inspirer les décideurs publics québécois en matière d'implication du secteur privé dans la fourniture de services de santé. Non seulement le secteur privé occupe une part importante des services hospitaliers généraux, avec plus de 30 % des établissements et des lits offerts aux patients (317 hôpitaux sur 1051), mais en plus les fournisseurs de services privés de santé se sont spécialisés dans certains types de soins. Alors que traditionnellement les hôpitaux privés australiens fournissaient des services non urgents de nature peu complexe, comme les chirurgies électives simples, ils ont étendu leur pratique aux opérations invasives simples au cours des dernières années. Ils offrent désormais des services allant des médecines alternatives aux chirurgies électives pour lesquelles le secteur public ne peut répondre adéquatement à la demande. Signe que la présence d'hôpitaux privés ne menace pas nécessairement le réseau d'hôpitaux publics : alors que le nombre de lits offerts par les hôpitaux publics australiens a connu une baisse substantielle au cours des années 1990, le nombre de lits offerts par les hôpitaux privés n'a que légèrement augmenté²⁵. Il ne semble donc pas y avoir de substitution, mais plutôt une complémentarité, entre les réseaux public et privé de santé australiens.

Le développement des hôpitaux privés australiens pourrait également s'avérer intéressant en matière de gestion régionale des soins hospitaliers au Québec. Effectivement, devant un marché relativement restreint en région, plusieurs opérateurs privés pourraient être découragés d'y établir un hôpital privé offrant une gamme complète de services hospitaliers. Favoriser une meilleure coordination entre les secteurs hospitaliers public et privé en région pourrait réduire les craintes des entrepreneurs privés. À l'instar du modèle australien, ceux-ci pourraient opérer un réseau régional d'hôpitaux de plus petite envergure, offrant des services de chirurgie simple et de soins de santé alternatifs non urgent alors que les hôpitaux publics pourraient offrir les services d'urgence, de soins intensifs et les services médicaux hautement spécialisés. Ceci aurait le double avantage de décharger le réseau public de la demande excédentaire à laquelle il est confronté à l'heure actuelle et d'accroître considérablement l'offre de service aux patients.

Parallèlement à cette spécialisation des hôpitaux privés dans les services peu complexes, les hôpitaux publics au sein d'une même région pourraient suivre l'exemple des hôpitaux britanniques et se spécialiser dans quelques services médicaux de pointe,

²² BUSSE, R. et A., RIESBERG (2004) *Health Care Systems en Transition – Germany*. p. 96

²³ BOYER, M. et M. LABERGE (2007) op. cit. p. 1

²⁴ BUSSE, R. et A., RIESBERG (2004) op. cit. p. 105

²⁵ HILLESS, M. et J. HEALY (2001) *Health Care Systems en Transition – Australia*. p. 53

laissant les autres services aux autres hôpitaux de la région. Par exemple, dans la grande région de Manchester et du Cheshire, l'hôpital Christie se spécialise dans le traitement des cancers. Il est d'ailleurs reconnu comme étant un leader européen en la matière²⁶. Desservant la même clientèle, l'hôpital de South Manchester se spécialise plutôt en médecine interne (cœur, poumon)²⁷. Les hôpitaux publics au sein d'une même région pourraient adopter la même stratégie. Cela aurait pour effet de développer une expertise régionale pour certains traitements en concentrant la clientèle pour un type d'intervention au sein d'une seule institution, offrant du coup une pratique plus susceptible d'attirer et de retenir des spécialistes hautement qualifiés en région.

Modèle naturel pour le Québec, la **France** permet également la présence d'hôpitaux privé, avec ou sans but lucratif. Les hôpitaux ont le choix de se spécialiser ou non dans certains traitements. En 1998, un quart des hôpitaux français étaient publics et offraient les deux tiers des lits disponibles aux patients (320 000 sur 490 000). Les hôpitaux privés à but non lucratif, principalement détenus par des fondations et des organisations religieuses, comptaient pour un tiers des institutions et 15 % des lits offerts. Ils offraient principalement les services de suivi et de réhabilitation des patients. Les hôpitaux privés à but lucratif comptaient pour 40 % des institutions hospitalières françaises et pour 20 % des lits de séjour offerts aux patients. Ils offraient principalement les services de chirurgie mineure (75 % des opérations de cataractes et 60 % des traitements pour troubles digestifs, dont l'ablation de l'appendice et les hernies abdominales), les services obstétricaux et les services de clinique externe²⁸.

En somme, plusieurs pays permettent la co-existence des services privés et publics de santé sur leur territoire. Cela a pour effet d'augmenter l'offre globale de service aux patients, qui en profitent donc directement. Dans la plupart des cas, les fournisseurs privés n'ont pas concurrencé directement les services publics, mais ont plutôt occupé une niche de soins où le secteur public ne fournissait pas des services adéquats à leur clientèle. Certains pays ont même poussé l'expérience jusqu'à favoriser la cohabitation physique des installations publiques et privées. À n'en pas douter, le Québec aurait avantage à examiner de plus près les possibilités de participation du privé au traitement des patients.

La prohibition des services d'assurance privée

Au Québec, les patients qui désirent recourir aux services privés d'un médecin peuvent le faire. Les médecins associés à la Régie de l'assurance maladie ne peuvent cependant pas offrir privément des services qui sont déjà couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Parallèlement à cette interdiction de pratique privée et publique simultanée, les patients ne peuvent contracter une assurance privée pour faire face au coût d'un traitement dans une clinique privée par un médecin qui s'est retiré du régime public. Il en découle que les patients qui désirent avoir recours à des services privés doivent déboursier de leur poche l'entièreté du coût du traitement. Il va sans dire

²⁶ The Christie Hospital [en ligne] <http://www.christie.nhs.uk/> [19 août 2007]

²⁷ The South Manchester Hospital [en ligne] <http://www.smuht.nwest.nhs.uk/> [19 août 2007]

²⁸ SANDIER, S. et al. (2004) *Health Care Systems en Transition – France*. p. 69

qu'une telle pratique réserve la médecine privée à une élite bien nantie, alors que le commun des contribuables ne peut se permettre le recours au privé pour des soins déjà assurés par le régime public, que celui-ci offre un service adéquat ou non. La levée de cette interdiction de contracter une assurance privée pour des services déjà couverts par le régime public permettrait d'élargir l'accès à des traitements privés là où le réseau public de santé est incapable de répondre à la demande.

L'ouverture au marché privé en santé permettrait de profiter des capacités d'innovation et d'efficacité des entreprises privées. Ceci permettrait de réduire les coûts associés aux soins de santé et de fournir des soins en plus grande quantité et de meilleure qualité. La présence d'assureurs privés permettrait également d'apporter de l'eau au moulin en générant de nouvelles sources de financement et de capitaux. Il est bon de mentionner que « *l'assurance privée joue un rôle dans la protection de la santé des individus de tous les pays de l'OCDE à l'exception de deux pays, la Norvège et le Japon. Dans la plupart des cas, elle joue un rôle de soutien au régime public.* »²⁹

En **France**, la forte présence de médecins et d'hôpitaux de pratique privée s'explique par l'existence d'une assurance publique obligatoire. Un patient qui se présente dans une institution de santé publique voit le montant de son traitement assumé directement par l'assurance-santé publique. Le même patient qui recevrait le même traitement dans une institution privée aurait à assumer le coût de son traitement et devrait faire une demande de remboursement à l'assureur public. Celui-ci rembourse un montant correspondant aux tarifs en vigueur dans les institutions publiques de santé. Les praticiens privés peuvent toutefois charger un tarif plus élevé que ceux en vigueur selon la grille tarifaire du système public. Le patient qui fait affaire avec un praticien privé peut assumer lui-même ce surplus ou contracter une assurance privée volontaire pour assumer cette différence. En 2000, le régime public d'assurance français comptait pour 75,5 % des dépenses en santé, alors que les régimes complémentaires d'assurance privée comptaient pour 12,4 % des dépenses en santé³⁰. En plus du régime d'assurance public, la France permet donc la présence d'assureurs privés qui contribuent pour une part considérable des dépenses en santé.

Dans les dernières années, le nombre de personnes bénéficiant d'une assurance privée complémentaire a rapidement crû en France, en réponse à une demande pour une meilleure couverture et à une érosion de la couverture du régime public. Alors qu'un tiers de la population était couverte par une assurance privée en 1960, cette proportion est graduellement passée à 50 % en 1970 et à 86 % en 2000. La plupart des régimes d'assurance privée en France sont contractés via une association professionnelle ou un groupement d'employés, mais 43 % demeure contracté sur la base d'une initiative individuelle³¹.

Une situation similaire prévaut en **Allemagne**, où l'État fournit une assurance santé obligatoire, mais permet également le recours à un assureur privé. Deux types

²⁹ Castonguay, J. et alt. (2007) *Analyse comparative sur le financement de la santé*. p. 26

³⁰ SANDIER, S. et alt. (2004), op. cit. p. 43

³¹ Ibidem

d'assurances privées existent : les assurances privées qui fournissent une couverture complète aux segments de la population non couvert par le régime public et celles qui complètent l'assurance publique obligatoire. En 2002, les assureurs privés comptaient pour 8,4 % des dépenses allemandes en santé³².

Cinquante assureurs privés nationaux fournissaient des assurances santé aux Allemands. De plus, 45 assureurs de plus petite taille, généralement régionaux, fournissaient des services d'assurance privés. Les individus qui bénéficiaient d'une assurance privée complète comptaient pour 9,3 % de la population en 2002. Cette clientèle était constituée essentiellement de travailleurs du secteur public qui sont exclus du régime public parce que le gouvernement rembourse au moins 50 % de leurs dépenses de santé, de travailleurs autonomes et des personnes qui s'étaient retirées du régime public. Les régimes supplémentaires d'assurance couvraient quant à eux les services chargés en extra du régime public : traitements par le chef de service, chambres semi-privées, etc. Une portion de 9,5 % de la population en bénéficiait³³.

Les pays qui, à l'instar du Canada, favorisaient un régime public de fourniture de services de santé permettent également le recours à l'assurance privée. C'est notamment le cas au **Royaume-Uni** où les assureurs privés ont développé leurs propres réseaux d'hôpitaux. Il existe 25 assureurs médicaux privés britanniques, dont sept sont sans but lucratif. Les 18 autres sont des assureurs commerciaux. Les assurances privées britanniques permettent aux patients d'avoir accès à des services plus rapides lorsque le réseau public ne peut assurer les services médicaux à l'intérieur de temps médicalement acceptables, d'avoir accès à un choix accru de services et d'obtenir un meilleur confort. En 2003, 11,2 % de la population était couverte par un régime privé d'assurance santé, principalement via une association professionnelle ou par l'occupation d'un emploi³⁴. Cette proportion représente un sommet en plus 15 ans. Il faut retourner à 1990 (11,5 %) pour retrouver un niveau d'assurance privé aussi important. Depuis les années 1970, il s'agit des deux périodes pour lesquelles le niveau d'assurance privé a été le plus élevé. L'observatoire européen sur les systèmes de santé attribue ce retour de la demande pour des assurances privées aux longs temps d'attente pour certains soins et à l'accroissement soutenu du revenu des citoyens britanniques. Des sondages nationaux démontrent d'ailleurs que « *les gens ne perçoivent pas les soins de santé privés comme étant meilleurs que ceux de la NHS, mais comme étant plus rapides.* »³⁵

En **Australie**, les soins de première ligne ne peuvent être assurés privément depuis l'introduction d'un système « *medicare* » public en 1984. Les assureurs privés peuvent toutefois offrir leurs services pour le « *le coût des traitements et de résidence comme patient privé dans les hôpitaux, pour la différence de coût entre les bénéficiaires couverts par le 'medicare' et pour les frais accessoires et afférents.* »³⁶ Suite à des changements

³² BUSSE, R. et A., RIESBERG (2004) op. cit. p. 57

³³ Idem, p. 79

³⁴ Conference Board of Canada (2007) op. cit. p. 20.

³⁵ European Observatory on Health Care System (1999), op. cit. p. 45 (traduction libre)

³⁶ HILLESS, M. et J. HEALY (2001), op. cit. p. 36 (traduction libre)

au régime de couverture public, la proportion de contribuables australiens ayant recours à une assurance privée est passé de 30,1 % en 1998 à 45,1 % en 2001³⁷.

Mentionnons au passage que, bien que la part du secteur privé en santé demeure timide, la **Suède** permet également l'ouverture d'hôpitaux privés et le recours aux assurances complémentaires privées. En 2003, 2,3 % de la population suédoise bénéficiait d'une assurance privée, dont 62 % était le fruit d'une initiative individuelle. Les principaux avantages de l'assurance privée en Suède résident dans la possibilité d'avoir accès à un médecin spécialiste en soin ambulatoire lorsque nécessaire et la capacité de passer outre les listes d'attente pour certains soins électifs. Même si la part des suédois assurés au privé est relativement faible, l'Observatoire Européen sur les systèmes de soins de santé considère que « *le marché de l'assurance privée volontaire est en croissance [en Suède].* »³⁸

À première vue, il peut sembler surprenant que le Québec présente la plus importante part des dépenses privées en santé de toutes les juridictions sous étude (voir tableau 1). Il est cependant primordial de rappeler que l'implication du secteur privé ne se limite pas aux dépenses défrayées pour des services de santé. La plus grande participation du financement privé aux dépenses de santé au Québec pourrait ainsi s'expliquer par une contribution moins généreuse du secteur public aux services afférents aux soins de santé : produits pharmaceutiques, médecine alternative, médecine dentaire, etc. L'existence d'un réseau privé de soins de santé, comme c'est le cas dans toutes les autres juridictions étudiées, permettrait néanmoins aux patients de bénéficier des capacités d'innovations et de flexibilité propres au privé. Bref, l'existence d'un réseau privé de santé au Québec permettrait d'offrir plus efficacement une plus grande quantité de services de santé. Les entrepreneurs privés permettraient également d'accroître l'argent neuf investi dans les réseaux de santé en procédant à des investissements en infrastructures et en équipements de pointe.

Tant au niveau de l'accessibilité à une assurance santé privée qu'à celui de la prestation directe de services de santé par des fournisseurs privés, la présence du secteur privé en santé peut prendre de multiples formes. Chaque juridiction sous étude a su développer une complémentarité entre les secteurs privés et public qui respectait ses valeurs et ses besoins de soins de santé. Il y a fort à parier que le Québec gagnerait aussi à explorer plus attentivement les possibilités qui s'offrent à lui en cette matière.

³⁷ Idem, p. 37

³⁸ GLENNGARD, A. et alt. (2005) *Health Systems in Transition – Sweden*, p. 47

TABLEAU 1 : Comparaison internationale de l'implication du privé en santé

	Part des hôpitaux privés	Part de lits privés	Part des dépenses privées en santé	Dépenses totales en santé ajustées pour l'âge (% du PIB)	Part de la population bénéficiant d'une assurance privée	Proportion de patients, plus de 4 heures d'attente aux urgences	Proportion de patients, plus de 6 jours d'attente pour rencontrer un médecin	Proportion de patients, plus de 4 mois d'attente pour une chirurgie élective
Québec	Inexistant	Inexistant	28,3%	Non défini	Interdit en pratique pour les services assurés par le régime public	ND	ND	ND
Allemagne	62%	46%	24,7%	9,4%	18,80%	4%	13%	6%
Australie	30%	30%	23,3%	10,2%	45,10%	17%	10%	19%
Canada	Inexistant	Inexistant	27,0%	11,0%	Découragé/interdit	24%	36%	33%
France	77%	35%	23,4%	9,7%	86,0%	ND	ND	ND
Royaume-Uni	ND	7,1%	6,2%	7,5%	11,20%	14%	15%	41%

Source : Observatoire européen sur les systèmes et les politiques de santé, BOYER, M. et M. LABERGE (2007) et ESMAIL, N. et M. WALKER (2006)

CONSTATS :

- *Toutes les juridictions sous étude permettent l'implication du secteur privé dans le domaine de la santé;*
- *Cette implication du secteur privé est à géométrie variable, en fonction des valeurs et des objectifs de la société où elle a lieu;*
- *Deux grandes tendances sont observables quant au rôle joué par l'État dans le domaine de la santé :*
 - *Une prestation publique des soins via un programme « medicare »*
 - *La fourniture publique d'une assurance-santé*
- *Que l'État préconise l'adoption d'un « medicare » ou d'une assurance-santé publique, l'implication du secteur privé en santé est de l'ordre de 20 à 30 % des dépenses globales en santé;*
- *L'implication du secteur privé en santé se fait en complémentarité, et non en compétition, avec le secteur public;*
- *Les services pour lesquels le recours au privé est observé, auprès d'un prestataire ou via une assurance privée, sont : les chirurgies électives simples qui ne requièrent pas d'unité de soins intensifs, certaines chirurgies invasives mineures, les services de clinique externe, la médecine alternative et les soins pour lesquels le secteur public est confronté à une demande excédentaire;*
- *Les expériences internationales pourraient servir à baliser l'offre de service québécoise entre les soins devant être fournis gratuitement et ceux pouvant faire l'objet d'une tarification.*

CONCLUSION

Ce rapport visait à mettre en lumière le coût assumé par les entreprises québécoises dû à l'absence d'une offre de service privée de soins de santé en complémentarité avec le réseau public. Il a été démontré que ce coût était de l'ordre de 90 millions \$ pour une journée d'absence liée à l'attente dans le réseau public, à l'échelle de l'économie québécoise. Il a également été argumenté qu'une plus grande participation du secteur privé à la prestation des soins de santé, en enlevant une partie de la pression que vit le réseau public, permettrait de mettre sur pieds des programmes de dépistage et de prévention des maladies chroniques et des habitudes de vie néfastes pour la santé. De tels programmes profiteraient également à l'économie québécoise en réduisant les coûts indirects de ces maladies en termes de perte de productivité et de décès prématuré. À n'en pas douter, une participation accrue du secteur privé dans le domaine de la santé profiterait à l'ensemble des Québécois.

D'une part, la présence d'un réseau de santé privé permettrait d'accroître à la fois l'offre globale de service, en plus d'encourager l'investissement de partenaires privés dans les technologies les plus récentes et dans les infrastructures de santé. Le recours à des assureurs privés permettrait également d'amener un financement neuf aux réseaux de soins de santé. Devant l'explosion des coûts et la situation budgétaire précaire du gouvernement du Québec, une telle participation ne peut être négligée.

Les initiatives étrangères d'implication du privé en santé ont également été revues. Il en ressort que le Canada est largement en retard par rapport aux autres pays occidentaux en la matière. Il est également clair que l'implication du privé dans la prestation des services de santé prend des formes diversifiées qui répondent à la fois aux valeurs et aux besoins des sociétés concernées. Il ne fait aucun doute que le Québec doit considérer cette avenue, dans le but de développer une approche québécoise de la participation des entreprises privées dans le domaine de la santé.

Il semble important de rappeler que le Canada est le seul pays de l'OCDE à maintenir un monopole public dans la prestation des soins de santé. À l'opposé, seuls le Mexique et les États-Unis ont un système de santé principalement privé. Il est donc faux de prétendre que l'ouverture d'un système de santé privé mènerait à une américanisation du régime de santé québécois. De fait, une plus grande ouverture au secteur privé en santé permettrait seulement au Québec de rejoindre la moyenne des juridictions à l'étude.

Qui plus est, la levée des interdictions qui frappe les fournisseurs privés en santé permettrait de mettre sur pied une véritable vision d'avenir pour les régions québécoises. S'inspirant des modèles australiens et britanniques, le gouvernement du Québec devrait favoriser la spécialisation des hôpitaux publics au sein d'une même région dans un ou deux domaines hautement spécialisés (médecine interne, radiothérapie et traitement des cancers, etc.). Cela aurait pour effet de concentrer les spécialistes d'une discipline au sein de la même institution hospitalière, de favoriser des conditions de pratique plus dynamiques et la diversité des cas de traitement et de créer un climat de travail plus motivant pour l'ensemble du corps professionnel. En définitive,

une telle spécialisation pourrait mener à une meilleure rétention des spécialistes en région et même motiver les nouveaux diplômés à pratiquer hors des grands centres.

Parallèlement à cette spécialisation, les hôpitaux publics pourraient, tout en conservant les unités médicales qui offrent un grand volume de service (obstétrique, gériatrie, etc.) ou requièrent une unité de soins intensifs (urgences, chirurgie invasive), céder aux hôpitaux de pratique privée les chirurgies électives et les chirurgies invasives simples qui ne requièrent pas d'unité de soins intensifs. Les hôpitaux privés, de plus petite taille, viendraient ainsi prendre en charge les services pour lesquels il y a une demande excédentaire. Les patients verraient leur temps d'attente réduit et les hôpitaux publics pourraient se concentrer à pratiquer les actes médicaux plus complexes.

En somme, l'implication du secteur privé en santé peut prendre une multitude de formes, selon les objectifs visés par l'État. En accroissant l'offre globale de service, cette ouverture à la prestation privée des soins de santé bénéficierait à la fois aux patients qui verraient leur temps d'attente réduit et à l'État québécois sous forme de diversification des sources de financement des soins de santé.

ANNEXE 1 : LISTE DES CONSTATS

1. L'absentéisme causé par les importantes listes d'attente, notamment dû à une offre de services publics limitée, représente un coût important pour les employeurs en termes de perte de production;
2. Ces coûts sont de l'ordre de 90 millions \$ par jour à l'échelle de l'économie québécoise;
3. Les entreprises assument également des coûts importants liés aux maladies chroniques et aux habitudes de vie néfastes, en termes de perte de productivité;
4. La réduction des temps d'attentes, subséquente à une implication plus importante du secteur privé en santé, permettrait d'économiser des sommes importantes qui pourraient ensuite être utilisées pour implanter des programmes de prévention des maladies chroniques et des habitudes de vie néfastes, notamment en milieu de travail;
5. Toutes les juridictions sous étude permettent l'implication du secteur privé dans le domaine de la santé;
6. Cette implication du secteur privé est à géométrie variable, en fonction des valeurs et des objectifs de la société où elle a lieu;
7. Deux grandes tendances sont observables quant au rôle joué par l'État dans le domaine de la santé :
 - Une prestation publique des soins via un programme « medicare »;
 - La fourniture publique d'une assurance-santé.
8. Que l'État préconise l'adoption d'un « medicare » ou d'une assurance-santé publique, l'implication du secteur privé en santé est de l'ordre de 20 à 30 % des dépenses globales en santé;
9. L'implication du secteur privé en santé se fait en complémentarité, et non en compétition, avec le secteur public;
10. Les services pour lesquels le recours au privé est observé, auprès d'un prestataire ou via une assurance privé, sont : les chirurgies électives simples qui ne requièrent pas d'unité de soins intensifs, certaines chirurgies invasives mineures, les services de clinique externe, la médecine alternative et les soins pour lesquels le secteur public est confronté à une demande excédentaire;
11. Les expériences internationales pourraient servir à baliser l'offre de service québécoise entre les soins devant être fournis gratuitement et ceux pouvant faire l'objet d'une tarification.

BIBLIOGRAPHIE

- BUSSE, R. et A., RIESBERG (2004) *Health Systems in Transition – Germany*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, European Observatory on Health Systems and Policies.
- CASTONGUAY, J. et alt. (2007) *Analyse comparative sur le financement de la santé*. Montréal : Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisations (CIRANO).
- CONFERENCE BOARD OF CANADA (2007) *The U.K. Way, Spending and Measuring in the National Health Service – Lessons for Canada*. Toronto: Conference Board of Canada.
- ESMAIL, N. et M. WALKER (2006) *How Good is Canadian Health Care? 2006 Report*. Vancouver: Fraser Institute.
- EUROPEAN OBSERVATORYON HEALTH CARE SYSTEMS (1999) *Health Systems in Transition – United Kingdom*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, European Observatory on Health Systems and Policies.
- FCCQ (2006) *Garantir l'accès: Un défi d'équité d'efficience et de qualité*. Mémoire à la Commission des Affaires sociales. Montréal : Fédération des Chambres de Commerce du Québec.
- GLENNGARD, A. et alt. (2005) *Health Systems in Transition – Sweden*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, European Observatory on Health Systems and Policies.
- HILLESS, M. et J. HEALY (2001) *Health Systems in Transition – Australia*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, European Observatory on Health Systems and Policies.
- H.KRUEGER (2005) *A Plan for Improving the Health of British Columbians by 2010*. Victoria: BC Healthy Living Alliance.
- MARCHILDON, G.P. (2005) *Health Systems in Transition – Canada*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, European Observatory on Health Systems and Policies.
- MORGAN, M.W. et alt. (2006) *An Inconvenient Truth : A Sustainable Healthcare System Requires Chronic Disease Prevention and Management Transformation*. In: Healthcare Papers, vol. 7, no. 4 pp. 6-23
- PATRA, J et alt. (2007) *Economic Cost of Chronic Disease in Canada*. Toronto: Ontario Chronic Disease Prevetion Alliance and Ontario Public Health Association.

SANDIER, S. et alt. (2004) Health Systems in Transition – France. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, European Observatory on Health Systems and Policies.