

SECTEUR
PUBLIC

LA COMPLÉMENTARITÉ

DU SECTEUR PRIVÉ

DANS LA POURSUITE

DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX

DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ

AU QUÉBEC

CONSTATS ET RECOMMANDATIONS
SUR LES PISTES À EXPLORER

SYNTHÈSE



SECTEUR
PUBLIC
SECTEUR
PRIVÉ
SECTEUR
PUBLIC
SECTEUR
PRIVÉ
SECTEUR
PUBLIC
SECTEUR
PRIVÉ
SECTEUR
PUBLIC
SECTEUR
PRIVÉ
SECTEUR
PUBLIC
SECTEUR
PRIVÉ

**LA COMPLÉMENTARITÉ
DU SECTEUR PRIVÉ
DANS LA POURSUITE
DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX
DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ
AU QUÉBEC**

**CONSTATS ET RECOMMANDATIONS
SUR LES PISTES à EXPLORER**

SYNTHÈSE

SEPTEMBRE 1999



Édition produite par

le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document :

- **commande par télécopieur au : (418) 644-4574**
- **pour information additionnelle : (418) 643-5573**

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

Le présent document est disponible sur le site web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca, à la section documentation

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 1999

Bibliothèque nationale du Canada, 1999

ISBN 2-550-34938-5

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Québec, le 6 juillet 1999

Madame Pauline Marois
Ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux
et ministre de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Ste-Foy, 15^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Madame la Ministre,

Conformément au mandat reçu de votre prédécesseur le 1^{er} octobre 1998, monsieur Jean Rochon, confirmé par vous-même en février 1999, le Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec vous soumet respectueusement son rapport.

Le rapport est adopté unanimement par les membres du Groupe de travail. Le Groupe souhaite que les éclaircissements apportés pourront alimenter la poursuite des réflexions, et contribuer à dégager la voie d'un effort mieux articulé du public et du privé, dans l'atteinte de nos objectifs de santé et de services sociaux.

Nous vous prions d'agréer, madame la Ministre, l'expression de notre considération distinguée.

Roland Arpin, président

Richard Larouche

Anne Côté

Jean E. Morin

Alban d'Amours

François Turenne

Signé en présence du Secrétaire du Groupe de travail

André Morin

Avant-propos

Le 1^{er} octobre 1998, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Jean Rochon, annonçait officiellement la mise sur pied d'un groupe de travail ayant le mandat de faire le point sur la question de la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec. Le mandat du groupe de travail fut confirmé par la nouvelle ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Pauline Marois, en février 1999.

Afin de faire la lumière sur la question, le ministre a invité ce groupe de travail à amorcer une réflexion sereine sur la complémentarité du « privé » comme appoint à la mission du secteur public de la santé et des services sociaux. Le mandat confié au groupe de travail comprenait deux grands volets :

- 1) **tracer un portrait de la situation** : comparer et expliquer l'évolution des dépenses privées par rapport aux dépenses totales de santé et évaluer les implications de cette évolution quant aux principes fondamentaux du système public de santé ;
- 2) **dégager des orientations et des avenues à explorer** : préciser des domaines d'activités et suggérer des pistes de collaboration ou de partenariat entre le secteur public et privé, qui contribueraient à améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des services, et à faire profiter les fonds publics disponibles d'un meilleur effet de levier.

Le présent document fait la synthèse des principaux constats et dresse la liste des recommandations qu'ont permis de dégager les travaux du groupe de travail. On trouvera les analyses et les réflexions sous-jacentes dans le rapport du groupe de travail et dans le document qui l'accompagne : *La présence du privé dans la santé au Québec — État détaillé de la situation.*

Table des matières

CHAPITRE 1 Les constats

1.1 LES CONSTATS.....	4
1.2 INTERPRÉTATION ET PERSPECTIVES	9

CHAPITRE 2 Les recommandations

2.1 PERSPECTIVES GÉNÉRALES.....	13
2.1.1 Une organisation s’approchant des limites de ses possibilités : la nécessité d’accroître ses capacités d’ajustement en réduisant des obstacles structurels.....	13
2.1.2 Des besoins d’hébergement et de services à domicile : la nécessité de nouer une nouvelle complémentarité public-privé.....	14
2.2 SE DONNER DES BALISES	14
2.3 POURSUIVRE DES ORIENTATIONS PRIVILÉGIÉES	15

CHAPITRE 3 Les pistes à explorer

3.1 BONIFIER LE SYSTÈME PUBLIC EN Y ADAPTANT DES PRATIQUES INNOVATRICES TOUT EN PROTÉGEANT SON INTÉGRITÉ.....	21
3.1.1 Tirer le meilleur parti possible de l’organisation actuelle des services.....	21
3.1.2 Remodeler les programmes, les modes d’organisation et les pratiques	24
3.1.3 Limiter la création de services de santé privés parallèles.....	25
3.2 ACCROÎTRE L’EFFET DE LEVIER DES FONDS PUBLICS DISPONIBLES EN PROFITANT DE SOURCES DE FINANCEMENT PRIVÉ.....	25
3.2.1 Optimiser les revenus de tarification de certains services en s’assurant du respect des principes d’accessibilité et d’équité	26
3.2.2 Valoriser et soutenir les activités de financement volontaire.....	26
3.2.3 Rentabiliser les capacités excédentaires des équipements en jetant les bases de nouvelles formes de partenariat.....	27
3.2.4 Ne pas créer de conditions favorables à la vente de services médico-hospitaliers à des résidents étrangers	27

3.3	SOUTENIR LA PRISE EN CHARGE DU MILIEU ET FAVORISER L' AUTONOMIE INDIVIDUELLE	28
3.3.1	Assurer une meilleure coordination des rapports avec les organismes communautaires	28
3.3.2	Favoriser la mise en place d'un réseau de services à domicile sans but lucratif de qualité	28
3.3.3	Revoir la réglementation de certaines activités sans but lucratif.....	29
3.4	CRÉER DES CONDITIONS FAVORABLES POUR QUE DES SOLUTIONS INNOVATRICES ÉMERGENT DU MILIEU	29
3.4.1	S'assurer que les pratiques et la réglementation ne font pas obstacle aux projets innovateurs....	29
3.4.2	Favoriser la diffusion de projets innovateurs et accroître leurs chances de succès	29
3.5	FAVORISER LE PARTENARIAT PRIVÉ LORSQU'IL AMÉLIORE L'ACCÈS AUX SERVICES PUBLICS À MOINDRE COÛT.....	30
3.5.1	Confier aux cliniques privées un rôle mieux adapté au virage ambulatoire à l'intérieur de réseaux intégrés de services de première ligne.....	30
3.5.2	Préciser la notion de « clinique affiliée » offrant des services de technologie médicale et de laboratoire.....	31
3.5.3	Favoriser de nouvelles formes de partenariat technologique lorsqu'elles permettent d'améliorer les services et de faire des économies.....	32
3.5.4	Favoriser, lorsque c'est plus économique, l'achat de places en centre privé d'hébergement, en procédant par appel d'offres.....	33
3.6	RÉGLEMENTER CERTAINES ACTIVITÉS DU MARCHÉ AFIN QU'ELLES SOIENT CONFORMES À L'INTÉRÊT COMMUN	33
3.6.1	Renforcer la réglementation des services privés aux personnes âgées en perte d'autonomie.....	33
3.6.2	Favoriser la responsabilisation des entreprises quant aux services plus légers aux personnes âgées tout en renforçant les standards de qualité.....	34
3.6.3	Examiner l'opportunité d'étendre la formule du régime d'assurance médicaments à d'autres services.....	34
Conclusion	Non à une privatisation du système de santé, oui à une meilleure utilisation des forces du public et du privé.....	35

CHAPITRE 1

Les constats

Après quatre années de transformation, des inquiétudes sont apparues dans la population sur l'accessibilité **à court terme** des services de santé. L'urgence de résoudre des problèmes tels que l'engorgement des salles d'urgence et les durées d'attente trop longues pour certains traitements a été reconnue, et des efforts sont déployés afin d'apporter des solutions à ces problèmes dans les meilleurs délais.

La perspective du vieillissement de la population et la situation des finances de l'État alimentent une incertitude plus diffuse quant à l'avenir **à long terme** du régime de santé. Des indications statistiques sur les dépenses de santé et des annonces de projets de mise sur pied de services privés font craindre à plusieurs un effritement de la responsabilité de l'État. Afin de faire la lumière sur la question et de dégager de nouvelles perspectives, le groupe de travail a poursuivi ses travaux selon trois angles de recherche :

- mesurer la présence du privé dans la santé au Québec en expliquant son évolution et en évaluant les implications de cette évolution sur le système public de santé ;
- apporter des éclaircissements sur la coexistence du public et du privé dans la santé au Québec, et donner un aperçu des grands changements qui marqueront l'avenir des systèmes de santé ainsi qu'une estimation de la place accordée au privé dans l'adaptation globale à ces changements ;
- susciter une réflexion visant à dégager des orientations à privilégier et des avenues à explorer afin de favoriser une nouvelle conjonction du public et du privé au Québec.

Les principaux constats qui se dégagent ainsi que les recommandations du groupe de travail sont décrits ci-dessous.

1.1 Les constats

Le système public de santé du Québec n'est pas en voie de se privatiser.

- Au cours des dernières années, la *part* des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au Québec a augmenté rapidement, passant de 25 % en 1989 à 30,9 % en 1998¹.
- Cependant, cette hausse n'a pas résulté d'une accélération de la *croissance* des dépenses privées de santé ; celle-ci a en fait **ralenti** presque de moitié, passant de 9,5 % par année entre 1989 et 1991, à 5 % par année de 1991 à 1998.

Il importe de souligner que le pourcentage de 30,9 % ne signifie pas que 30,9 % des dépenses **publiques** (ou des services assurés par les programmes publics de santé) sont « passées au mains du privés ». Il signifie que 30,9 % des dépenses **totales** de santé au Québec, **publiques et privées**, sont assumées par des sources de financement privé.

Certains services sont offerts à l'intérieur du régime public de santé en contrepartie de divers tarifs et contributions demandés (ex. : supplément pour les chambres privées ou semi-privées). En 1994-1995, ces sources privées de financement représentaient environ 3,4 % des dépenses brutes² de santé du régime public du Québec (7,5 % si on inclut les services sociaux). Ces contributions faisant partie **inhérente** de notre système, leur ajustement périodique ne représente pas une privatisation de celui-ci.

L'augmentation de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé résulte du freinage plus marqué des dépenses publiques que des dépenses privées.

- Ce qui s'est passé, c'est que les dépenses privées et publiques de santé ont en fait toutes deux **ralenti** au cours des années 90, mais de façon plus marquée pour les dépenses publiques. Alors que les dépenses privées ralentissaient, la croissance des dépenses publiques est passée de 9,4 % par année entre 1989 et 1991 — un rythme semblable à celui des dépenses privées — à 0,7 % par an de 1991 et 1998.
- La récession économique du début des années 90 et les choix des consommateurs de reporter des dépenses non prioritaires semblent à l'origine du ralentissement de la croissance des dépenses privées de santé au cours des années 90. Par ailleurs, des décisions prises par les deux ordres de gouvernement, à savoir les coupures des

1. Ce pourcentage diffère de celui de 32,2 % établi pour 1997 et rendu public au cours de l'année 1998, du fait qu'il repose sur des données plus récentes de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (nov. 1998) et sur des ajustements apportés par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le but d'exclure des éléments de dépenses relevant du volet social de sa mission.

2. Les dépenses brutes effectuées à l'intérieur du régime public comprennent les crédits gouvernementaux plus les revenus autonomes des établissements.

transferts fédéraux au Québec et les restrictions budgétaires adoptées par celui-ci, ont été à l'origine du ralentissement de la croissance des dépenses publiques de santé.

Le ralentissement des dépenses publiques de santé n'a pas induit une augmentation des dépenses privées.

- Dans ce contexte, les dépenses privées de santé ont évolué de façon indépendante de l'évolution des dépenses publiques, chaque catégorie en fonction de sa dynamique propre. L'évolution des dépenses privées paraît essentiellement résulter de l'effet à long terme de l'accroissement de la richesse des individus et de la collectivité.

L'évolution des prix et des salaires a joué un rôle très important dans le freinage des dépenses publiques et privées de santé.

- Au cours des années 90, le ralentissement de la hausse des prix peut expliquer à lui seul 50 % du freinage des dépenses publiques et 90 % du ralentissement des dépenses privées de santé. Une grande part du ralentissement des dépenses de santé découle donc non pas d'une réduction du volume réel de services, mais de la stabilisation du taux de croissance des dépenses, essentiellement pour ce qui a trait aux salaires des employés et à la rémunération des médecins.

L'utilisation réelle des services occasionnant des dépenses privées de santé a augmenté moins rapidement au cours des années 90 qu'au cours des années 80.

- Pour sa part, l'utilisation **réelle** des services occasionnant des dépenses privées de santé a ralenti au cours des années 90. Si on exclut les effets de l'inflation, les taux de croissance réelle des dépenses privées de santé au Québec de 1990 à 1998 ont été de deux fois **inférieurs** à ceux enregistrés au cours des années 80, s'établissant à 3,1 % par année en moyenne comparativement à 6,2 %.

Le ralentissement des dépenses publiques de santé est essentiellement un effet des mesures de stabilisation des salaires appliquées par le gouvernement et des réorganisations effectuées par le réseau.

- Le ralentissement des dépenses publiques de santé pourrait être imputé pour environ la moitié aux mesures de stabilisation des salaires appliquées par le gouvernement dans la poursuite de l'objectif d'assainissement des finances publiques. L'autre moitié du ralentissement serait presque totalement imputable aux gains de productivité découlant des efforts de réorganisation du réseau et, marginalement, d'effets liés à la restructuration de certains services complémentaires, principalement la mise en place du régime d'assurance médicaments.

- Globalement, la hausse de 5,9 points de pourcentage observée dans la part des dépenses privées par rapport aux dépenses totales de santé, soit le passage de 25 % en 1989 à 30,9 % en 1998, peut s'expliquer par une augmentation brute de 12,5 points de pourcentage, attribuable au ralentissement des dépenses publiques à compter de 1991, et par une diminution de 5,1 points de pourcentage qu'on peut mettre sur le compte du ralentissement des dépenses privées de santé. Le tableau 1 donne le détail des différentes causes à l'origine de l'augmentation de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé.

TABLEAU 1

EXPLICATION DE L'AUGMENTATION DE LA PART DES DÉPENSES PRIVÉES DANS LES DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ AU QUÉBEC DE 1989 À 1998
(en points de pourcentage)

	Impact partiel
Ralentissement des dépenses publiques	+ 12,5
Effet du contrôle des prix et des salaires lié aux mesures d'assainissement des finances publiques	+ 6,4
Effet du ralentissement des dépenses réelles lié à la réorganisation du réseau (productivité)	+ 5,6
Effet lié à la restructuration de services (ex. : mise en place de l'assurance médicaments)	+ 0,5
Ralentissement des dépenses privées	- 5,0
Effet de la déflation des prix	- 4,6
Effet du ralentissement des dépenses réelles	- 0,4
Interaction des facteurs	- 1,6
IMPACT TOTAL	+ 5,9

Sources : ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

L'examen des différentes catégories de dépenses ne permet pas de constater l'existence d'une substitution de dépenses publiques de santé par des dépenses privées influant sur les principes fondamentaux du régime public de santé du Québec.

- De 1989 à 1998, les dépenses privées ayant le plus augmenté ne proviennent pas des catégories de services financés de façon prédominante par les programmes publics. Mentionnons en particulier :
 - qu'aucun service « médicalement requis » selon la loi canadienne sur la santé n'a cessé d'être assuré. La part des montants consacrés par les particuliers à des services médicaux a **diminué**, passant de 0,5 % en 1989 à 0,4 % en 1998. De plus, l'offre de services médicaux privés demeure très marginale : on ne dénombre que 36 médecins spécialistes et 11 médecins omnipraticiens non participants ou désengagés du régime d'assurance maladie du Québec en 1998, soit 9 de plus qu'en 1989. Cette augmentation nette ne touche que deux disciplines : l'ophtalmologie et la chirurgie plastique. À l'exception des traitements de la cataracte, il s'agit de services non assurés par le régime public ;
 - que la part des dépenses privées de santé pour les hôpitaux a **diminué**, passant de 16,5 % en 1989 à 12,1 % en 1998, ce qui s'explique par le ralentissement des revenus obtenus des suppléments pour les chambres privées et semi-privées et par la réduction du nombre de lits ;
 - que malgré les révisions effectuées dans les programmes complémentaires de santé, la part des dépenses privées consacrées aux services des « autres professionnels » a **diminué**, passant de 34,2 % du total des dépenses privées en 1989 à 31,4 % en 1998.

Il n'y a pas eu de gestes délibérés de désengagement de l'État et de substitution de dépenses publiques par des dépenses privées de santé.

- L'augmentation des tarifs et des contributions pour certains types de services publics (ex. : assurance médicaments) ne portait pas sur des services « médicalement requis », mais sur des services pour lesquels les ajustements tarifaires font partie inhérente de la formule de financement des services en cause. Ces augmentations de dépenses privées n'expriment en conséquence ni un désengagement de l'État ni une privatisation du système public de santé, mais sont plutôt l'effet d'une restructuration des services sociaux et de santé, qui fait suite à une intention préalablement annoncée par le gouvernement.

L'augmentation plus rapide de la part des dépenses privées de santé, par rapport au Canada, résulte d'une dynamique différente du régime public du Québec.

- La hausse de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au Québec de 1989 à 1998 (+ 5,9 points de pourcentage) a été plus rapide que dans la plupart des provinces canadiennes. La part relative des dépenses privées de santé au Québec demeurerait toutefois inférieure à celle de l'Ontario (33,1 %).
- Cette augmentation plus rapide peut s'expliquer par le fait que le Québec avait, au début des années 80, atteint un pourcentage de dépenses publiques plus élevé que les autres provinces, qu'il a continué plus longtemps sur sa lancée des années 60 et 70, et par le fait qu'il a commencé plus tardivement à prendre des mesures visant à rationaliser ses dépenses, ce qui explique le caractère plus accentué du freinage qu'il a dû appliquer au cours des années 90.
- Vu dans une plus large perspective, ce phénomène paraît essentiellement refléter l'évolution différente du régime public de santé du Québec par rapport à celle du reste du Canada et représenter un mouvement de « retour du balancier » vers une position plus comparable à la moyenne canadienne.

La place accordée au secteur privé au Québec apparaît modérée si on la compare aux autres provinces et à certains pays.

- En 1998, les Québécois consacraient aux dépenses privées de santé 719 \$ par habitant, soit 9,2 % de moins que l'ensemble des Canadiens. Cependant, ces dépenses représentaient 2,8 % du produit intérieur brut (PIB) du Québec, soit un effort économique relatif égal à celui de l'ensemble des Canadiens. À l'instar des dépenses publiques, les dépenses privées de santé par habitant moins élevées pour les Québécois reflètent ainsi l'état de leur richesse relative, par rapport aux autres Canadiens.
- La place accordée au secteur privé dans les dépenses de santé au Québec se compare à celle d'un sous-groupe de pays industrialisés qui, tout en donnant une forte prépondérance au financement public, accordent une place complémentaire relativement importante au financement privé. Le Québec se démarque toutefois des États-Unis à un extrême, et d'un groupe de pays faisant moins appel au financement privé pour leurs services de santé à l'autre extrême, au premier rang desquels se place le Royaume-Uni. Ces pays ont cependant des systèmes de santé très différents de celui du Québec.

Le niveau et l'évolution moins rapide des dépenses publiques de santé par habitant au Québec ont permis de maintenir un certain équilibre économique et fiscal.

- En 1998, les dépenses publiques de santé **par habitant** du Québec s'élevaient à 1 608 \$, soit un niveau de 11,7 % inférieur à celui du Canada, alors que cet écart était de 9 % en 1990. Cet écart dans les dépenses par habitant reflète principalement des écarts sur le plan de la rémunération, alors que le Québec dispose d'un nombre de médecins, de personnels et de lits proportionnellement comparable ou supérieur à la moyenne canadienne. Il peut également refléter en partie des dépenses d'investissement inférieures dans le parc d'équipements technologiques. **Par rapport au PIB**, les dépenses publiques de santé au Québec représentaient néanmoins une part comparable à celle prise au Canada (6,3 % du PIB en 1998 et 6,9 % en 1990).
- Bien que l'évolution des dépenses publiques de santé **par habitant** du Québec ait été moins rapide qu'au Canada, leur importance relative, **par rapport au PIB**, est demeurée pratiquement identique à celle du Canada. L'évolution moins rapide des dépenses publiques de santé par habitant au Québec paraît donc être le résultat d'un exercice d'« équilibrage ». Celui-ci semble avoir permis de maintenir l'effort économique relatif du Québec à un niveau comparable et concurrentiel à celui du Canada, tout en lui permettant de maintenir sa capacité à offrir à sa population l'accès financier à des services de santé assurés sensiblement comparables à ceux des autres provinces.

1.2 Interprétation et perspectives

L'augmentation de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au Québec au cours des dernières années paraît essentiellement attribuable au contrôle des dépenses publiques par le gouvernement et aux gains de productivité réalisés par le réseau d'établissements, dans le cadre des réorganisations et du virage ambulatoire. Pour leur part, si on exclut l'évolution des prix, les dépenses privées de santé ont ralenti leur taux de croissance réelle au cours des années 90 par rapport aux années 80. Le groupe de travail conclut que l'augmentation de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé ne peut être interprétée comme ayant mis en péril les grands principes fondamentaux du régime public de santé au Québec.

En ce qui concerne l'avenir, le groupe de travail formule les avis suivants :

- À long terme, les dépenses privées de santé tendent à évoluer plus rapidement que l'économie, soit à environ 1,4 fois le rythme de croissance du PIB, exprimant ainsi l'accroissement de la richesse de la population et ses préférences pour les biens et services liés à la santé. En conséquence, dans la mesure où le gouvernement s'efforcerait de maintenir une croissance des dépenses publiques de santé à un rythme inférieur ou même comparable à celui du PIB, il y aurait lieu de prévoir que le rapport des dépenses privées sur les dépenses totales de santé tendrait progressivement à augmenter, quoique à un rythme probablement moins rapide qu'au cours des dernières années.
- Cette augmentation ne signifierait cependant pas en soi une détérioration du principe de l'accessibilité financière des services publics de santé disponibles. Compte tenu que les médecins ne peuvent offrir sur le marché des services médicaux assurés par le régime public sans être entièrement désengagés et que les assureurs ne peuvent assurer des services médicaux privés, le marché pour des services privés de santé porte essentiellement, de façon globale, sur des biens et des services autres que ceux couverts par le régime public, et non sur des services substitutifs.
- En l'absence de changements *structurels* importants du régime public (ex. : abandon partiel ou total de la couverture des services médicalement requis), la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé paraît appelée à évoluer essentiellement selon l'importance des efforts de contrôle des dépenses consentis par le gouvernement par sa politique de rémunération, et des efforts d'amélioration de l'efficacité effectués par le réseau public de services.

CHAPITRE 2

Les recommandations

2.1 Perspectives générales

L'évolution des dernières années ne paraît pas avoir mis en péril les principes fondamentaux du système public de santé et de services sociaux du Québec, quant à l'accessibilité financière des services publics. Cependant, la capacité même à rendre disponibles des services nécessaires pour répondre aux nouveaux besoins pourrait devenir un problème de plus en plus préoccupant au cours des prochaines années.

2.1.1 Une organisation s'approchant des limites de ses possibilités : la nécessité d'accroître ses capacités d'ajustement en réduisant des obstacles structurels

En projetant le maintien de l'organisation et des processus actuels de prestation des services, des experts évaluent à 3 ou 4 % les ajouts annuels de ressources financières qui seraient nécessaires pour faire face à la croissance anticipée des besoins de santé. Ce rythme excède le potentiel de croissance de l'économie et des revenus de l'État qui, à fiscalité constante, serait d'environ 2,5 % par année.

Par ailleurs, s'il souffre de multiples déséquilibres, le système public de santé du Québec, globalement, ne manque pas de médecins, d'infirmières, de lits et de places d'hébergement pour répondre aux besoins de ses citoyens, si on le compare à celui d'autres provinces. Des progrès importants ont été réalisés au cours des dernières années sur le plan de l'organisation. Cependant, l'évolution des nouveaux besoins, ainsi que celle des nouvelles façons de faire, est telle que l'organisation actuelle, dont plusieurs caractéristiques sont des héritages des années 60, pourrait atteindre les limites de son potentiel si les tendances se maintiennent.

Pour conserver une accessibilité raisonnable des services de santé, à l'intérieur d'un financement public supportable, la voie des ajustements par les ressources pourrait difficilement suffire à plus ou moins long terme. Pour que les principes fondamentaux de notre régime de santé ne soient pas progressivement vidés de leur sens, une conclusion nous paraît s'imposer : à défaut d'accepter l'adoption de solutions de rechange privées, il faudra nécessairement en venir à réduire des obstacles structurels et une rigidité qui, de l'intérieur, limitent la capacité du système à s'ajuster rapidement aux changements.

C'est surtout dans l'organisation « surfragmentée » des services et du travail et aussi dans le financement des équipements technologiques, en particulier dans les centres hospitaliers universitaires, que se présentent, de l'avis du groupe de travail, les plus grands défis du système public de santé pour les prochaines années.

2.1.2 Des besoins d'hébergement et de services à domicile : la nécessité de nouer une nouvelle complémentarité public-privé

Les personnes âgées sont parmi les usagers prioritaires du système public de santé et de services sociaux du Québec. La population du Québec devra répondre à des besoins en forte croissance en matière d'hébergement, de soins et de services à domicile pour les personnes âgées. Bien que la partie « lourde » de ces services et de ces cas relèvera de l'État, une grande partie de la satisfaction de ces besoins incombera au secteur privé.

Dans ce contexte, le secteur public de la santé et des services sociaux fera face au défi d'ajuster la prestation de ses différents services et programmes d'aide aux personnes âgées dans le besoin. **Il faudra nécessairement, à notre avis, que s'installe également une nouvelle collaboration socialement acceptable entre le public et le privé si on veut assurer des services complémentaires et fournir une réponse globalement satisfaisante à ces nouveaux besoins.**

Un vent de changements généraux souffle actuellement sur tous les systèmes de santé, qui modifie à la fois leur environnement extérieur et leur équilibre intérieur. Ces changements, qui ne sont pas propres au Québec, nous semblent en voie de modifier rapidement les « paradigmes » sur lesquels sont fondées nos façons de faire actuelles et de rendre dépassée une bonne partie de nos manières d'organiser les services et de prodiguer des soins. Comme dans les autres systèmes de santé, c'est à l'intérieur d'une adaptation globale à ces changements que, de l'avis du groupe de travail, la question du réajustement de l'articulation du public et du privé est appelée à se poser.

2.2 Se donner des balises

De l'avis du groupe de travail, le système de santé et de services sociaux dispose d'une certaine marge de manœuvre lui permettant d'approfondir ses rapports avec le secteur privé. Cependant, afin d'éviter des effets indésirables pouvant compromettre des acquis, il importe d'abord de se donner des balises, délimitant l'acceptable de l'inacceptable. Dans l'application des différentes avenues énoncées plus loin, on devra notamment :

- éviter de compromettre l'atteinte des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être du Québec³ ;
- préserver l'accessibilité, la qualité et la continuité des services publics de santé et de services sociaux ;
- assurer l'équité dans le financement des services publics de santé et de services sociaux ;
- maintenir le contrôle des coûts des services sociaux et de santé ;
- conserver la transparence ainsi que la responsabilité dans l'utilisation des fonds publics ;
- respecter la confidentialité des informations ;
- éviter les ambiguïtés quant à la nature de la mission et aux objectifs du régime public de santé et de services sociaux ;
- maintenir les capacités du système public en matière de planification, de financement, de coordination, d'évaluation et de régulation ;
- s'abstenir de nourrir un climat de compétition non productive, centrée sur l'obtention des ressources plutôt que sur la satisfaction des usagers ;
- éviter la formation de monopoles desquels le réseau deviendrait dépendant ;
- ne pas encourager la dépendance d'entreprises ou d'organismes envers les fonds publics.

2.3 Poursuivre des orientations privilégiées

Pour le groupe de travail, les questions essentielles doivent toujours demeurer la santé des malades et le bien-être des citoyens, et les services répondant à leurs besoins. Il partage l'avis que tous les efforts doivent être consacrés, en priorité, à améliorer le système public actuel. Néanmoins, le système public de santé et de services sociaux ne pourrait se détourner de nouvelles possibilités d'améliorer les services à la population que pourrait offrir une révision de certains arrangements actuels entre le public et le privé. Dans cette optique, il a cherché à définir des domaines où des pistes sont envisageables comme moyen **complémentaire** de favoriser l'adaptation globale de notre système et de notre société à l'évolution de ses besoins.

3. Voir MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La Politique de la santé et du bien-être*, 1992. Par cette politique, le secteur sociosanitaire s'est donné dix-neuf objectifs de réduction des problèmes de santé et de bien-être à poursuivre pour la période de 1992 à 2002, de grandes stratégies d'action à privilégier et a déterminé les usagers prioritaires des programmes de santé et de services sociaux au Québec.

Les sujets traités et les pistes examinées répondent à des demandes exprimées au cours de nos consultations⁴, ou découlent de notre mandat ; ce ne sont donc pas les seules voies envisageables. Les pistes dégagées ont été limitées à celles qui respectaient les principes fondamentaux du régime de santé et de services sociaux, conformément au mandat reçu. Les avenues à explorer ont été regroupées à l'intérieur des six grandes orientations énumérées ci-dessous.

**ORIENTATIONS PRIVILÉGIÉES POUR LES RAPPORTS DU SECTEUR PUBLIC
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX AVEC LE SECTEUR PRIVÉ**

À l'intérieur du système public de santé et de services sociaux :

- 1) bonifier le système public en y adaptant des pratiques innovatrices tout en protégeant son intégrité ;
- 2) accroître l'effet de levier des fonds publics disponibles en profitant de sources de financement privé.

Avec les particuliers, les organismes communautaires et les entreprises sans but lucratif :

- 3) soutenir la prise en charge du milieu et favoriser l'autonomie individuelle ;
- 4) créer des conditions favorables pour que des solutions innovatrices émergent du milieu.

Avec les professionnels autonomes et les entreprises à but lucratif :

- 5) favoriser le partenariat privé lorsqu'il améliore l'accès aux services publics à moindre coût ;
- 6) réglementer certaines activités du marché afin qu'elles soient conformes à l'intérêt commun.

Ces orientations et les pistes qui suivent sont susceptibles, de l'avis du groupe de travail, de contribuer à mieux répondre aux besoins de la population dans le respect des principes fondamentaux du système public de santé et de services sociaux du Québec.

4. Notons que, pour cette raison, les pistes proposées portent principalement sur la santé et sur l'hébergement des personnes âgées, peu de commentaires ayant porté sur les autres services sociaux. Néanmoins, les avenues énoncées s'appliquent également de façon générale aux services sociaux.

TABLEAU 2

ORIENTATIONS À PRIVILÉGIER ET AVENUES À EXPLORER, DANS LES DOMAINES LIÉS AU FINANCEMENT ET À LA PRODUCTION DE SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ AU QUÉBEC

FINANCEMENT	PRODUCTION		
	Public (Réseau des établissements)	Sans but lucratif (incluant les particuliers)	Privé À but lucratif
Public (Fonds consolidé du revenu du Québec)	1. Bonifier le système public en y adaptant des pratiques innovatrices tout en protégeant son intégrité A) Tirer le meilleur parti possible de l'organisation actuelle des services – Adopter une gestion axée sur les résultats cliniques et financiers. – Ajuster les modalités de financement des établissements en fonction des usagers et de la mission des établissements. – Associer les travailleurs à la réduction du coût des services périphériques et adopter de nouveaux modèles de gestion. – Réviser les modalités de rémunération des médecins et certaines conditions de travail des salariés. B) Remodeler les programmes, les modes d'organisation et les pratiques – Adapter les programmes de services et le soutien financier s'adressant aux personnes âgées. – Implanter de nouveaux modèles de « gestion intégrée des services ». – Privilégier la collaboration des partenaires tout en introduisant une dose mesurée de « compétition interne ». C) Limiter la création de services de santé privés parallèles – Consolider les services et réduire les temps d'attente problématiques. – Ne pas permettre la double pratique et l'assurance privée de services médicaux.	3. Soutenir la prise en charge du milieu et favoriser l'autonomie individuelle – Assurer une meilleure coordination des rapports avec les organismes communautaires. – Favoriser la mise en place d'un réseau de services à domicile sans but lucratif de qualité. – Revoir la réglementation de certaines activités sans but lucratif.	5. Favoriser le partenariat privé lorsqu'il améliore l'accès aux services publics à moindre coût – Confier aux cliniques privées un rôle mieux adapté au virage ambulatoire à l'intérieur de réseaux intégrés de services de première ligne. – Préciser la notion de « clinique affiliée » offrant des services de technologie médicale et de laboratoire. – Favoriser de nouvelles formes de partenariat technologique lorsqu'elles permettent d'améliorer les services et de faire des économies. – Favoriser, lorsque c'est plus économique, l'achat de places en centre privé d'hébergement, en procédant par appel d'offres.
	Privé (Tarifs, primes, fondations, dons)	2. Accroître l'effet de levier des fonds publics disponibles en profitant de sources de financement privé – Optimiser les revenus de tarification de certains services en s'assurant du respect des principes d'accès et d'équité. – Valoriser et soutenir les activités de financement volontaire. – Rentabiliser les capacités excédentaires des équipements, en jetant les bases de nouvelles formes de partenariat. – Ne pas créer de conditions favorables à la vente de services médico-hospitaliers à des résidents étrangers.	4. Créer des conditions favorables pour que des solutions innovatrices émergent du milieu – S'assurer que les pratiques et la réglementation ne font pas obstacle aux projets innovateurs. – Favoriser la diffusion de projets innovateurs et accroître leurs chances de succès.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA COMPLÉMENTARITÉ DU SECTEUR PRIVÉ DANS LA POURSUITE DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ AU QUÉBEC.

CHAPITRE 3

Les pistes à explorer

ORIENTATION FONDAMENTALE

AMÉLIORER LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE ET METTRE LES PATIENTS AU CENTRE DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ

Que ce soit par l'amélioration du système public actuel ou par une plus grande complémentarité avec le secteur privé, qu'il s'agisse d'actions portant sur l'organisation des services ou sur leurs modalités de financement, qu'elles aient une portée à court ou à long terme, toutes les stratégies et mesures envisageables doivent converger vers un seul et même but : améliorer la santé et le bien-être de la population et mettre les usagers au centre de la prestation des services sociaux et de santé du Québec.

Réduire les disparités ayant une incidence sur l'état de santé et de bien-être constitue la grande priorité relative à la population. L'importance à accorder à cet objectif mène à accentuer les efforts pour doter le système de santé et de services sociaux du Québec d'indicateurs précis de santé et de bien-être, et à poursuivre des objectifs d'amélioration. Sur le plan individuel, faire en sorte que des services accessibles et de qualité répondent adéquatement aux besoins — tant les services devant demeurer publics que les services offerts dans le privé — est le point de convergence de toutes les orientations et avenues suggérées.

3.1 Bonifier le système public en y adaptant des pratiques innovatrices tout en protégeant son intégrité

Prioritairement aux autres orientations, il importe d'abord de concrétiser tout le potentiel d'amélioration du système public de santé et de services sociaux et d'assurer son intégrité. À cette fin, les pistes proposées par le groupe de travail peuvent être regroupées selon trois priorités :

- tirer le meilleur parti possible de l'organisation actuelle des services ;
- remodeler les programmes, les modes d'organisation et les pratiques ;
- limiter la création de services privés parallèles.

3.1.1 Tirer le meilleur parti possible de l'organisation actuelle des services

Malgré certaines difficultés, les dernières années ont permis des réorganisations dont tout le potentiel n'a pas été entièrement réalisé. Afin d'améliorer le plus rapidement possible les services aux patients, il y a lieu, à court terme, de faire le maximum afin de tirer le meilleur parti possible de l'organisation actuelle tout en préparant l'avenir.

Adopter une gestion axée sur les résultats cliniques et financiers

Des retards importants se sont accumulés en matière de systèmes d'information, qui freinent l'adoption d'une véritable gestion clinique et financière axée sur les résultats. Afin d'améliorer davantage l'efficacité et l'efficience des services à la population, il est prioritaire de combler ces retards en privilégiant les actions suivantes.

- Mettre en place, le plus rapidement possible, des systèmes d'information qui ont fait leurs preuves pour la gestion clinique et financière et qui permettent de connaître les principaux aspects liés à la notion générale de performance, dont notamment :
 - l'aspect du patient : sa satisfaction quant à l'accessibilité des services, aux résultats de santé et de bien-être obtenus, et à l'évaluation de ses besoins ;
 - l'aspect des médecins, des employés et des établissements : la pertinence, l'efficacité, la qualité technique et professionnelle, et l'efficience des actes et des interventions ;
 - l'aspect financier : le coût unitaire des services, en priorité le coût d'une hospitalisation par type de diagnostic ainsi que le coût des services aux usagers des services externes et ambulatoires en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), et enfin le coût unitaire des services en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).
- Mettre en place des systèmes permettant de lier l'information sur le cheminement du patient dans un même épisode de soins et permettant aux différents établissements et dispensateurs en cause de partager cette information.
- Favoriser l'adaptation de tels systèmes d'information à la logique de notre système et la participation des intervenants à leur conception afin qu'ils soient utilisés dans le sens souhaité de meilleurs services à la population.
- Adopter des mécanismes de gestion et de responsabilisation axés sur des objectifs de résultats.

Ajuster les modalités de financement des établissements en fonction des usagers et de la mission des établissements

- Approfondir la démarche axée sur l'atteinte de résultats préétablis dans des ententes de gestion prévues dans le budget 1999-2000.
- Modifier les modalités actuelles de financement des hôpitaux, établies selon la méthode du coût historique. À cette fin, explorer la possibilité d'une expérience-pilote visant à financer des hôpitaux à partir de coûts standards par type d'usagers homogènes, tout en tenant compte de la nécessité de maintenir les services à la population et d'assurer un contrôle des dépenses globales des hôpitaux.

- Modifier les modalités de financement des établissements de façon progressive et coordonnée, en ce qui concerne d'abord les montants supplémentaires accordés et ensuite une partie croissante de leur budget.

Associer les travailleurs à la réduction du coût des services périphériques et adopter de nouveaux modèles de gestion

- Mettre en place des systèmes permettant d'établir la « vérité des coûts » des services administratifs et de soutien par rapport à ceux du secteur privé et des autres établissements publics.
- **À court et à moyen terme**, miser sur la collaboration offerte par les travailleurs en les associant à une démarche visant à réduire les écarts de coût des services administratifs et de soutien les séparant du privé, sans nécessairement apporter de modifications majeures à la structure de fonctionnement actuelle. Dans cette démarche :
 - adopter une approche pragmatique pour déterminer, cas par cas, les solutions locales les plus appropriées, sur la base d'un principe commun, soit privilégier les meilleurs services aux meilleurs coûts ;
 - optimiser les possibilités de réduction de coût offertes par l'utilisation de nouveaux produits, de nouvelles pratiques et de nouvelles technologies ;
 - examiner les possibilités d'engager des formes de partenariat public intraréseau (regroupement à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux) ou interréseaux (regroupement avec d'autres réseaux publics ou parapublics) ;
 - adopter un processus menant à leur impartition dans le secteur privé lorsqu'il est clairement démontré que, malgré les efforts, certains services administratifs et de soutien ne pourraient être produits à meilleur coût par le secteur public.
- **À plus long terme**, adopter de nouveaux modèles de gestion des services périphériques adaptés aux besoins des hôpitaux et convenir de solutions innovatrices de partenariat avec des coopératives de travailleurs ou des entreprises privées afin de permettre à la gestion hospitalière de se concentrer sur sa mission première : améliorer les services directs à la population.

Réviser les modalités de rémunération des médecins et certaines conditions de travail des salariés

- Faire évoluer les modalités de rémunération des médecins ainsi que certaines conditions de travail des salariés en considération des nouveaux modes d'organisation du travail que nécessite l'adaptation générale des services.
- Poursuivre et approfondir la révision en cours, par des négociations avec les fédérations des médecins et avec les représentants des salariés.

3.1.2 Remodeler les programmes, les modes d'organisation et les pratiques

Si, à court terme, il est prioritaire de tirer le meilleur parti possible de l'organisation actuelle des services, des contraintes structurelles importantes à l'amélioration des services devront être levées à moyen et à plus long terme. À cette fin, des efforts devraient être consentis dès maintenant afin de remodeler les programmes, les modes d'organisation et les pratiques.

Adapter les programmes de services et le soutien financier s'adressant aux personnes âgées

- Procéder à une révision des différents programmes de services et d'aide financière aux personnes âgées, dans une stratégie d'adaptation globale de l'intervention de l'État et afin d'en assurer une meilleure intégration et une plus grande transparence.
- Procéder, dans la foulée de ce remodelage, à un réexamen de l'ensemble des programmes de services d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie, notamment en ce qui a trait aux critères d'accès aux ressources disponibles en CHSLD, aux services à domicile ainsi qu'aux programmes d'aide financière en cause, afin d'assurer leur cohérence et leur équité, et d'en favoriser une meilleure compréhension de la part de la population.

Implanter de nouveaux modèles de « gestion intégrée des services »

- Étendre et adapter aux différentes régions du Québec le modèle de gestion des soins intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie en tenant compte des résultats d'évaluation de l'expérience-pilote présentement en cours (projet SIPA).
- Entreprendre des travaux visant à mieux circonscrire les domaines où des modèles de gestion intégrée des services mériteraient d'être adoptés ainsi que les conditions et les modalités qui permettraient leur application en tenant compte des résultats de cette expérience.
- Favoriser une implantation graduelle et ciblée des modèles de gestion intégrée des services afin de permettre l'assimilation de ce nouveau type de pratique et de faciliter l'adaptation aux changements importants qu'elles impliquent.

Privilégier la collaboration des partenaires tout en introduisant une dose mesurée de « compétition interne »

- Miser d'abord sur l'intérêt professionnel des dispensateurs et sur la création de liens de confiance, plutôt que sur l'intérêt économique dans l'implantation de modèles de gestion intégrée de services.

- Privilégier la collaboration, tout en introduisant une dose mesurée de compétition interne (ex. : incitatifs à la performance clinique et financière), dans la mesure où elle peut contribuer à favoriser un climat de dépassement et d'émulation entre les intervenants dans la poursuite d'objectifs communs.

3.1.3 Limiter la création de services de santé privés parallèles

Maintenir la confiance de la population envers la capacité du régime public de santé de répondre à ses besoins constitue le meilleur moyen de limiter le développement d'un véritable secteur privé de santé parallèle et d'assurer la pérennité du régime public. Pour assurer le maintien à long terme d'un système public de santé de qualité, il importe également de limiter les possibilités d'offrir sur le marché des services médicaux déjà assurés dans le cadre du régime public de santé universel.

Consolider les services et réduire les temps d'attente problématiques

- Réaffirmer la volonté du gouvernement de consolider les services publics de santé à la population.
- Poursuivre les efforts et tout mettre en œuvre afin de réduire les durées d'attente problématiques dans certains services spécialisés ainsi que l'engorgement des salles d'urgences.

Ne pas permettre la double pratique et l'assurance privée de services médicaux

- Réaffirmer la volonté du gouvernement de maintenir les mécanismes actuels en vertu desquels les médecins ne peuvent offrir sur le marché des services médicaux déjà assurés par le régime public de santé sans s'être entièrement désengagés du régime d'assurance maladie administré par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ).
- Maintenir les dispositions gouvernementales en vertu desquelles les assureurs privés ne peuvent couvrir les services médicaux et hospitaliers.

3.2 Accroître l'effet de levier des fonds publics disponibles en profitant de sources de financement privé

Bien que le régime de santé et de services sociaux soit en majeure partie financé par des fonds publics, il repose également sur des sources de financement privé. Assurer l'ajustement régulier des tarifs et des contributions demandés aux usagers pour certains services, stimuler les contributions volontaires et rentabiliser, lorsque la chose est possible, les équipements et les locaux sous-utilisés sont des moyens capables d'accroître l'effet de levier des fonds publics disponibles.

En produisant des ressources complémentaires, ces avenues pourraient, de l'avis du groupe de travail, permettre de soutenir les efforts visant à améliorer certains services à la population dans le respect des caractéristiques du régime public actuel.

3.2.1 Optimiser les revenus de tarification de certains services en s'assurant du respect des principes d'accessibilité et d'équité

- Sensibiliser la population au coût des services sociaux et de santé, et au fait que les contributions des usagers pour certains services tarifiables font partie inhérente des programmes publics en cause, qu'ils ne représentent pas une privatisation du système et que leur ajustement périodique est nécessaire à leur financement.
- Ajuster régulièrement les contributions demandées pour le financement de certains services tarifiables tout en respectant les principes suivants :
 - maintenir l'accès aux services médicalement ou socialement requis sans contribution liée à leur utilisation ;
 - cesser d'assurer les services médicaux « médicalement ou socialement non requis » ;
 - ajuster la contribution pour les services complémentaires en tenant compte des risques pour la santé et de la capacité de payer ;
 - s'assurer que les tarifs *exigibles* à titre de contribution des personnes hébergées et pour le placement d'enfants reflètent les coûts réels, et s'assurer que la contribution effectivement *demandée* tient compte de la capacité de payer ;
 - recouvrer le coût réel des services rendus relevant d'une tierce responsabilité⁵.
- Examiner en particulier la pertinence de cesser d'assurer un nombre limité de services clairement reconnus comme « médicalement ou socialement non requis » par un groupe d'experts composé de représentants du Collège des médecins du Québec, du Conseil médical du Québec et du Conseil de la santé et du bien-être du Québec⁶.

3.2.2 Valoriser et soutenir les activités de financement volontaire

- Miser sur le traitement fiscal privilégié accordé sur les dons pour promouvoir le développement de la culture philanthropique et favoriser les campagnes de financement des fondations associées à des établissements de santé et de services sociaux.

5. Ce type de recouvrement renvoie à la facturation des services rendus notamment aux usagers bénéficiaires de la CSST, aux résidents étrangers, etc.

6. Exemples : examens de préemploi ou en cours d'emploi, services aux fins de délivrance de passeport, de visa, de certificat de vaccination international, etc.

- Tel que recommandé par la Commission itinérante sur la fiscalité : « *Le gouvernement devrait rapatrier au Québec la responsabilité de l'accréditation des organismes de bienfaisance [...] De plus, il devrait s'assurer que les fondations accordent leurs fonds en respectant les priorités des organismes qu'ils subventionnent.* »

3.2.3 Rentabiliser les capacités excédentaires des équipements en jetant les bases de nouvelles formes de partenariat

- Examiner les possibilités de louer l'utilisation de certains équipements ou locaux sous-utilisés tout en s'assurant que ces opérations ne nuisent pas à celles du réseau (ex. : buanderie).
- Offrir d'abord aux travailleurs du réseau la possibilité de louer des équipements ou des locaux sous-utilisés et de constituer, au moyen de formules mixtes à déterminer, des coopératives de services permettant de créer et de protéger des emplois.
- Intégrer cette offre dans une démarche de transition visant, à long terme, à permettre à la gestion hospitalière de se recentrer sur sa mission première de services aux patients, et examiner la possibilité de faire profiter les travailleurs du soutien de programmes gouvernementaux d'aide au démarrage d'entreprise.
- Le cas échéant, convenir de nouvelles formes de partenariat entre le secteur public et les coopératives de services, selon des modalités à définir (ex. : garantie de volume de services).
- Examiner les possibilités d'offrir la location des équipements ou des espaces sous-utilisés à l'entreprise privée et assurer la transparence des transactions en procédant par appel d'offres public dans l'éventualité où l'option précédente ne pouvait être adoptée.
- Faire par ailleurs le portrait de la situation et apporter des éclaircissements sur la pratique de location de salles d'opération et de ses équipements pour la production de services non assurés ou pour des services offerts par des médecins en pratique privée.

3.2.4 Ne pas créer de conditions favorables à la vente de services médico-hospitaliers à des résidents étrangers

- Ne pas utiliser de ressources médicales et humaines disponibles dans le réseau public pour vendre des services hospitaliers et médicaux à des résidents étrangers. Ne pas favoriser non plus la création d'hôpitaux entièrement privés desservant une clientèle étrangère.
- Examiner cependant la possibilité de conclure des ententes interprovinciales ou internationales d'échange de médecins dans les disciplines en cause dans le but d'améliorer l'accès des Québécois à des services ayant des listes d'attente importantes. Préférer cette avenue d'échange ou d'achat de services à celle de la

vente de services pour permettre une meilleure gestion de l'offre et de la demande dans les différentes spécialités.

3.3 Soutenir la prise en charge du milieu et favoriser l'autonomie individuelle

Avec le virage ambulatoire et le vieillissement de la population, des besoins importants se font jour dans les communautés. Selon les témoignages reçus, une certaine confusion règne présentement quant au rôle des organismes communautaires et à leurs relations avec le réseau public. Le développement rapide de l'offre de services à domicile par des entreprises d'économie sociale et des coopératives semble pour sa part marqué par une absence de standards de qualité. Par ailleurs, la complexification et la professionnalisation de certains services offerts par des organismes sans but lucratif soulèvent la nécessité d'une certaine réglementation.

Les orientations suivantes apparaissent au groupe de travail comme susceptibles de conforter la capacité des particuliers et des organismes en cause dans la prise en charge du milieu et le développement de l'autonomie, et d'assurer une meilleure coordination avec le réseau public de services.

3.3.1 Assurer une meilleure coordination des rapports avec les organismes communautaires

- Confier à un groupe de travail le mandat de faire une réflexion sur la contribution des organismes communautaires, sur leur champ d'action, sur leurs rapports avec le réseau public des services sociaux et de santé ainsi que sur les moyens susceptibles d'assurer une meilleure coordination, notamment sur le plan des modalités d'attribution de subventions et sur celui de l'organisation des services.

3.3.2 Favoriser la mise en place d'un réseau de services à domicile sans but lucratif de qualité

- Optimiser, par des mesures fiscales et financières, le soutien aux particuliers pour l'achat des services d'aide à domicile offerts par des entreprises d'économie sociale et des coopératives.
- Convenir avec les entreprises d'économie sociale et les coopératives de services à domicile d'un cadre normatif définissant des critères d'accessibilité, des standards de qualité et des mécanismes d'évaluation cohérents par rapport aux services offerts dans le réseau public.
- Procéder à l'achat de services à domicile pour les usagers prioritaires du réseau public dans les entreprises d'économie sociale et les coopératives respectant les

normes et standards définis par le cadre normatif plutôt que dans les entreprises à but lucratif.

- Convenir d'informer certaines catégories ciblées d'utilisateurs du réseau public des services offerts par les entreprises d'économie sociale et les coopératives de services à domicile respectant les normes et les standards définis, ou de les adresser directement à ces services.

3.3.3 Revoir la réglementation de certaines activités sans but lucratif

- De concert avec les instances en cause (autres ministères, Régie du bâtiment, municipalités, organisations professionnelles, etc.), réviser la réglementation relative aux activités des entreprises sans but lucratif et des coopératives de services sociaux et de santé en s'assurant notamment de la compétence des intervenants, de la qualité des services offerts ainsi que de la sécurité des installations.

3.4 Créer des conditions favorables pour que des solutions innovatrices émergent du milieu

À l'écart de subventions gouvernementales et de l'organisation du réseau public des services, des bénévoles et des organismes sans but lucratif œuvrent à résoudre des problèmes et à améliorer le bien-être de certains individus ou de certains groupes. Souvent négligé dans les discussions sur les rapports public-privé, ce secteur mérite néanmoins l'attention, puisqu'il repose sur la solidarité et est un terrain propice à la création de solutions innovatrices.

3.4.1 S'assurer que les pratiques et la réglementation ne font pas obstacle aux projets innovateurs

- S'assurer que les pratiques et la réglementation du système public de santé et de services sociaux ne font pas inutilement obstacle aux initiatives locales et à la mise sur pied de projets visant à répondre aux besoins du milieu.

3.4.2 Favoriser la diffusion de projets innovateurs et accroître leurs chances de succès

- Favoriser la diffusion, dans les groupes intéressés, des informations sur les démarches nécessaires à la réalisation de solutions innovatrices réussies qui accroissent la capacité de la communauté à répondre à ses besoins et à résoudre des problèmes présents dans le milieu. Simplifier également les démarches auprès des intervenants publics de manière à stimuler l'implantation et à accroître les chances de succès de ces projets.

3.5 Favoriser le partenariat privé lorsqu'il améliore l'accès aux services publics à moindre coût

Pour fournir des services à ses usagers, le système public de santé et de services sociaux du Québec entretient déjà des liens de partenariat durable avec des professionnels autonomes et des entreprises privées à but lucratif. Afin de répondre à de nouveaux besoins et de résoudre des problèmes d'accessibilité, les établissements du réseau public pourraient, avant de procéder à des investissements importants, examiner la possibilité d'offrir de nouveaux services à moindre coût à l'intérieur de nouvelles formes de partenariat. Les services assurés ainsi dispensés par les partenaires demeureraient entièrement financés par le gouvernement.

Cependant, des mesures rigoureuses devraient être prises afin d'assurer que des pratiques non souhaitables ne se mettent en place au détriment des services publics et de la population. Notamment, il serait essentiel que ces nouvelles façons de procéder s'inscrivent dans la planification régionale des effectifs et de celle des hôpitaux, que les services en question soient destinés à des usagers et à des problèmes prioritaires, et que les mêmes normes de qualité que celles du réseau public soient respectées.

3.5.1 Confier aux cliniques privées un rôle mieux adapté au virage ambulatoire à l'intérieur de réseaux intégrés de services de première ligne

- Mettre en place le plus rapidement possible les moyens d'action permettant aux départements régionaux de médecine générale (DRMG) de faire la meilleure utilisation possible des médecins omnipraticiens exerçant en première ligne.
- Tirer d'abord le meilleur parti possible des équipements disponibles pour les services diagnostiques et de laboratoire dans les hôpitaux, notamment en examinant la possibilité d'améliorer l'organisation du travail.
- Permettre ensuite aux hôpitaux d'établir une forme de partenariat avec des médecins exerçant en clinique privée, lorsque de **nouveaux** investissements en équipements et immobilisation sont nécessaires pour résoudre des problèmes d'accessibilité dans les hôpitaux, qu'il peut être démontré que certains services externes ne nécessitant pas d'hospitalisation pourraient être dispensés à qualité égale et à moindre coût en cabinet privé, et que l'accessibilité générale s'en verrait améliorée (ex. : chirurgies mineures). En milieu non urbain, examiner la possibilité de confier cette responsabilité à des CLSC offrant des services médicaux.
- Réviser les dispositions de la Loi sur la santé et les services sociaux, ainsi que celles incluses dans les ententes avec les fédérations des médecins, définissant les actes qui ne peuvent présentement être rémunérés par le régime d'assurance maladie du Québec lorsqu'ils sont dispensés en clinique privée (ex. : imagerie médicale). S'assurer que les modalités de rémunération des médecins sont adaptées afin de permettre la prestation des activités désignées en clinique privée.

- Bien encadrer ces changements afin d'éviter qu'ils ne se produisent au détriment du réseau public et qu'ils ne favorisent le développement de pratiques indésirables. À cette fin, ne permettre qu'aux cliniques ayant obtenu un statut de « clinique affiliée » d'offrir les services en question tout en recevant une rémunération de la RAMQ incluant des frais relatifs à l'utilisation des équipements nécessaires.

3.5.2 Préciser la notion de « clinique affiliée » offrant des services de technologie médicale et de laboratoire

- Contrôler l'octroi du statut de « clinique privée affiliée » par des ententes de services établies sur la base d'un contrat d'affiliation avec un centre hospitalier, comme le permet la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁷. Préciser dans ces ententes les groupes d'utilisateurs et les services ciblés. S'assurer de cette façon que les médecins de cliniques privées s'inscrivent dans les plans d'effectif de l'hôpital et de la région régionale. Soumettre à l'autorité du comité des médecins et dentistes de l'hôpital les services rendus en clinique privée inclus dans les ententes de services, lesquels devront respecter des protocoles de pratique et satisfaire à des critères de qualité et de pertinence. Vérifier régulièrement la compétence des dispensateurs de services et la condition des équipements.
- Favoriser un partenariat prenant appui non tant sur l'intérêt économique que sur l'intérêt professionnel, en s'assurant que des médecins ou d'autres professionnels cliniciens non impliqués dans un commerce à but lucratif lié à la santé soient les propriétaires ou les actionnaires majoritaires des cliniques médicales affiliées.
- Permettre le financement des équipements nécessaires en clinique privée affiliée en procédant à des ajustements de la rémunération des médecins en fonction de chaque situation particulière. Adapter en conséquence les modes de rémunération mixte récemment mis en place.
- Examiner l'opportunité de mettre en place des mesures d'aide financière gouvernementale et des incitatifs suffisants pour encourager le développement de cliniques affiliées (ex. : incitatifs fiscaux, aide à l'investissement des entreprises).
- Permettre aux régions régionales de conclure des ententes avec ces cliniques privées affiliées, en vertu desquelles des hôpitaux, des CLSC et d'autres cliniques privées de la région pourraient procéder à l'achat de services technologiques et de laboratoire à des conditions préétablies. Envisager le recours à des services de cliniques privées non affiliées en cas d'absence ou de surcharge des cliniques affiliées lorsque des besoins supplémentaires à la capacité du réseau se manifestent et lorsque le coût unitaire de ces services s'avère avantageux par rapport à celui de leur production dans les établissements publics.
- Apporter les changements nécessaires dans le financement et dans l'organisation du travail des CLSC (heures d'ouverture) afin qu'ils puissent également faire partie de

7. Soulignons que cette notion existe déjà dans le programme de dépistage du cancer du sein.

la solution recherchée. Rendre la prestation de nouveaux services médicaux conditionnelle à la mise en place de systèmes d'information appropriés et de mécanismes de reddition de comptes basés sur l'atteinte de résultats, tant dans les CLSC que dans les cliniques privées.

- Voir à ce que le développement de nouvelles mégacliniques privées de médecins s'effectue de concert avec le réseau public afin qu'il s'inscrive de façon cohérente dans la planification régionale des services sur le territoire.
- Préciser les conditions préalables à une expérience-pilote dont le but consisterait à confier un rôle de gestion intégrée de services à des cabinets de médecins et de déterminer si une adaptation du modèle anglais des *GP fundholders* pourrait être avantageuse pour le Québec, en permettant d'assurer une meilleure accessibilité et une meilleure continuité des services de première ligne.
- Offrir à la population une information claire et homogène sur les services disponibles et les moyens d'y accéder, qu'il s'agisse de services privés ou de services publics.

3.5.3 Favoriser de nouvelles formes de partenariat technologique lorsqu'elles permettent d'améliorer les services et de faire des économies

- Favoriser, lorsque de nouveaux investissements technologiques sont nécessaires, l'établissement de formes durables de collaboration avec des partenaires privés, lorsqu'ils disposent des technologies et des ressources spécialisées nécessaires, et qu'ils peuvent assurer leur implantation, leur entretien et leur adaptation continue plus efficacement et à moindre coût que dans le secteur public (ex. : équipements médicaux, technologies d'information et de communication, etc.).
- Explorer la possibilité d'établir de nouvelles formes de partenariat avec des entreprises québécoises dans la mise au point d'équipements, de fournitures, de médicaments ou d'autres moyens, lorsqu'elles permettraient au réseau public de mieux répondre aux besoins de la population en réalisant des économies importantes.

3.5.4 Favoriser, lorsque c'est plus économique, l'achat de places en centre privé d'hébergement, en procédant par appel d'offres

- Procéder, avant de décider d'investir pour accroître le nombre de lits **permanents** pour l'hébergement des personnes âgées en CHSLD, à des appels d'offres et favoriser l'achat de places en centre d'accueil privé, si les coûts se révèlent inférieurs à ceux du secteur public.
- Favoriser l'achat de places **temporaires** d'hébergement dans des centres d'accueil privés lorsque cette solution contribue à résorber l'engorgement cyclique dans les hôpitaux de façon relativement plus efficace et moins coûteuse par rapport aux autres options de gestion interne des hôpitaux ou de coordination des autres services à l'intérieur du réseau.

3.6 Réglementer certaines activités du marché afin qu'elles soient conformes à l'intérêt commun

Indépendamment des programmes publics, les centres d'accueil privés sont appelés à répondre à une demande croissante d'hébergement de personnes âgées de toutes conditions socioéconomiques, et à offrir leurs services à des personnes en perte d'autonomie de plus en plus importante. Par ailleurs, les changements dans les préférences des personnes âgées entraînent une demande accrue pour des services d'hébergement plus légers.

De l'avis du groupe de travail, il importe de permettre à la libre entreprise de contribuer à répondre adéquatement aux besoins des citoyens. À cette fin, il est de la responsabilité de l'État non seulement de soutenir ses efforts et de la faire collaborer, lorsque les conditions s'y prêtent, à la production de services publics, tel qu'on l'a indiqué précédemment, mais aussi d'encadrer ces entreprises dans l'intérêt commun. Il semble donc prioritaire de procéder à une révision de la réglementation des services d'hébergement pour l'ensemble des personnes âgées, afin d'assurer la sécurité des personnes et le respect de standards de qualité acceptables.

3.6.1 Renforcer la réglementation des services privés aux personnes âgées en perte d'autonomie

- Réviser la réglementation des services privés aux personnes âgées en perte d'autonomie en fixant des exigences et des standards appropriés, notamment en matière de qualification professionnelle, de normes de sécurité des installations et de qualité des services.
- Prévoir des activités de contrôle (ex. : inspection, relocalisation de clients, révocation de permis, etc.), dont la rigueur devrait être proportionnelle à la lourdeur des cas, à la vulnérabilité des patients et aux risques pour la santé des personnes âgées hébergées.

3.6.2 Favoriser la responsabilisation des entreprises quant aux services plus légers aux personnes âgées tout en renforçant les standards de qualité

- Favoriser un fonctionnement du marché contribuant à améliorer les services privés aux personnes âgées autonomes ou semi-autonomes :
 - faciliter la préparation, par l'industrie, de codes et de guides de pratique dans les services d'hébergement et à domicile ainsi que la fixation de standards de qualité des installations menant à l'attribution de cotations reconnues ou de certificats de qualification ;
 - mettre en place des processus d'inspection, de vérification ainsi que de révision régulière des cotes attribuées ;
 - favoriser l'enregistrement des maisons d'hébergement et des centres d'accueil de toutes catégories ;
 - encourager la hausse progressive des standards ;
 - favoriser la diffusion, dans la population intéressée, d'une information fiable reflétant les prix et la qualité réels des services.
- Examiner les possibilités d'alléger la réglementation ou de simplifier certains processus administratifs, de concert avec les autorités publiques provinciales ou locales en cause, afin de réduire des coûts et de rendre certains services d'hébergement plus accessibles sans contrevenir aux normes minimales de qualité des services.

3.6.3 Examiner l'opportunité d'étendre la formule du régime d'assurance médicaments à d'autres services

- Examiner la pertinence d'étendre la portée ou de s'inspirer du modèle du régime d'assurance médicaments afin d'améliorer l'accès à certains services (ex. : réadaptation, orthèses et prothèses) et de réduire la charge financière de l'État, dans le respect des conditions de la Loi canadienne sur la santé.

CONCLUSION

Non à une privatisation du système de santé, oui à une meilleure utilisation des forces du public et du privé

Les Québécoises et les Québécois sont bien conscients de vivre dans une société qui a mis la poursuite de l'égalité des chances au rang de ses valeurs les plus élevées. La santé et le bien-être de tous ses membres, indépendamment de leur condition socioéconomique, ont été privilégiés comme une condition de base de cet idéal collectif et comme une pierre d'assise de leur citoyenneté.

Le système public de santé et de services sociaux a permis aux Québécois de réaliser des progrès énormes depuis plus de 35 ans. Il a contribué, avec l'amélioration générale de l'éducation et de l'économie, à « ajouter des années à leur vie et de la vie à leurs années ». Il leur a permis de protéger leur famille contre les risques financiers de la maladie. Maintenir le système public de santé fait l'unanimité au sein de la population, comme viennent le rappeler régulièrement tous les sondages.

Nos travaux nous mènent à conclure que l'évolution des dépenses de santé au cours des dernières années n'a pas mis en péril les principes fondamentaux du système de santé quant à l'accessibilité financière des services publics disponibles. Cette accessibilité s'est d'ailleurs améliorée dans de nombreux services. Ainsi, 1,5 million de Québécois qui n'étaient pas assurés ont aujourd'hui accès aux médicaments. Après les dysfonctionnements qui se sont produits dans certains services, les Québécois réalisent cependant que l'accessibilité aux services publics de santé n'est pas définitivement acquise. Aussi, c'est avec appréhension qu'ils perçoivent des signes pouvant laisser croire à l'apparition d'un système de santé à deux vitesses.

Qu'il soit public ou privé, un système de santé est toujours à la recherche de son équilibre. Un système privé, comme celui des États-Unis, privilégie l'accès quasi immédiat à des services utilisant les dernières technologies. Son ajustement se fait au prix d'un rationnement d'une partie importante de la population qui n'a pas les moyens de payer et par la mise en place de mesures d'assistance, de charité ou d'autres mesures susceptibles d'en atténuer les effets. Pour un système public comme le nôtre, les files d'attente, dans la mesure où les cas urgents sont traités en priorité, ne sont pas *en soi* un vice du système. Elles sont le corollaire d'un système public qui peut ainsi offrir l'accès universel aux services de santé dans les limites de dépenses publiques supportables. Elles jouent donc, jusqu'à un certain point, un rôle nécessaire.

Par le passé, notre système de santé a pu gérer ses déséquilibres *inhérents* et maintenir l'accès aux services dans les limites du raisonnable en bénéficiant d'une croissance soutenue du financement public que, *de l'extérieur* du système, permettaient l'économie et les finances publiques du Québec. Au cours des prochaines années, la voie des

ajustements par les ressources financières consenties pourrait difficilement suffire à elle seule. Pour maintenir une accessibilité raisonnable aux services publics de santé, il faudra nécessairement réduire des obstacles structurels et une rigidité qui, *de l'intérieur*, limitent la capacité de ces services à s'ajuster rapidement. Par ailleurs, le secteur privé sera appelé à répondre à une demande croissante de services à domicile ainsi que de services d'hébergement de personnes âgées dont la perte d'autonomie sera de plus en plus sévère.

Continuer, dans ce contexte, à améliorer la santé et le bien-être de tous les Québécois avec des services accessibles, continus et de qualité constitue le principal défi que le Québec devra relever au cours des années à venir, dans le secteur sociosanitaire. Comment pourrait-il y parvenir, tout en respectant les objectifs fondamentaux de notre régime public ?

De l'avis du groupe de travail, les efforts doivent être consacrés en priorité à améliorer le système public actuel. Celui-ci, cependant, ne pourrait s'isoler ; pour donner un effet de levier à ses efforts et accroître ses résultats, il aurait avantage à mieux conjuguer les forces de tous les secteurs de la société. **Le groupe de travail dit non à une *privatisation* du système public de santé et de services sociaux du Québec, mais dit oui à une meilleure *utilisation* des forces du public et du privé afin de permettre une meilleure réponse à l'ensemble des besoins de la population.**

À l'intérieur du système public de santé et de services sociaux, on pourrait sensiblement bonifier les services publics en y adaptant des pratiques innovatrices, souvent mises au point dans le privé, tout en protégeant l'intégrité du système. Une gestion axée sur les résultats cliniques et financiers, une adaptation de modèles de gestion intégrée des services, et l'adoption de nouveaux modèles de gestion pour les services périphériques permettraient d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services à l'intérieur des ressources disponibles. Il serait également possible d'accroître l'effet de levier des fonds publics disponibles en profitant davantage de sources de financement privé, entre autres, en favorisant la culture philanthropique à l'égard des établissements dans la communauté.

Il y aurait lieu par ailleurs de continuer à soutenir les efforts de prise en charge du milieu et d'aide à l'autonomie individuelle en assurant un soutien adéquat et une coordination des services des organismes communautaires avec ceux du réseau public, et en créant des conditions favorables à la création de solutions innovatrices du milieu. En favorisant le développement d'un réseau sans but lucratif de services d'aide à domicile de qualité et la diffusion de formules coopératives de santé et d'hébergement originales, le système public contribuerait aux efforts des communautés visant à répondre, par des solutions de solidarité, à des besoins propres à ces communautés et qui ne peuvent trouver de réponses satisfaisantes sur le marché.

Le réseau public pourrait également, à certaines conditions, resserrer ou établir des liens de partenariat public-privé lorsque de tels liens permettraient d'améliorer l'accès aux services publics à moindre coût. Notamment, certains services de chirurgie mineure, et des services diagnostiques et de laboratoires pourraient être dispensés avec une qualité comparable à celle des hôpitaux dans des cliniques privées « affiliées » et dans certains CLSC à des coûts avantageux. Privilégier l'achat de places en centre d'accueil privé permettrait de répondre à des besoins permanents ou temporaires d'hébergement avec souplesse et économie. Par ailleurs, la réglementation de certaines activités du marché devrait être révisée. En priorité, il importe de s'assurer que les activités privées liées à l'hébergement des personnes âgées ainsi que celles reliées à des traitements nécessitant des qualifications professionnelles et pouvant avoir des conséquences importantes pour la santé et le bien-être (ex. : toxicomanies, alcoolisme, violence, etc.) soient encadrées de façon appropriée.

Aucune des six orientations générales proposées ne représente un « virage vers le privé ». Elles ont plutôt comme effet d'adapter au nouveau contexte des orientations que le réseau ou le gouvernement poursuivent déjà à l'intérieur de divers programmes ou cadres de gestion. De même, une bonne partie des avenues énumérées ont été proposées par des intervenants et elles vont généralement dans le sens où notre système semble déjà lui-même évoluer. Le groupe de travail partage la conviction que ces orientations et avenues ne constituent pas une substitution du public par le privé. Sans doute, n'apportent-elles aucune « solution magique ». Étant « complémentaires », elles ne pourraient à elles seules résoudre tous les problèmes actuels affectant les services sociaux et de santé.

Le groupe de travail exprime néanmoins le souhait que les éclaircissements apportés pourront alimenter la réflexion et pourront contribuer à dégager la voie d'un effort collectif, un effort mieux articulé du public et du privé, dans l'atteinte de nos objectifs :

- des services accessibles, continus et de qualité ;
- une approche intégrale des soins de santé ;
- des coûts supportables et un financement équitable.

