

Québec, le 5 octobre 2015

Au Ministre de la Santé et des Services Sociaux
Aux Membres de la Commission de la santé et des services sociaux

Objet : Le financement des frais accessoires reliés aux services assurés

Monsieur le Ministre,
Mesdames, Messieurs les membres de la Commission de la santé et des services sociaux,

La publication de l'Avis sur les frais accessoires¹ du Protecteur du citoyen a suscité divers commentaires, notamment sur la capacité financière du gouvernement de donner suite à ses recommandations. Cette capacité semble être examinée sous le seul angle d'une hausse d'impôt des contribuables québécois, ce qui n'est pas l'impact que sous-tendent les recommandations du Protecteur du citoyen. Aussi, la présente vise à vous apporter davantage de précisions en vue d'assurer une compréhension adéquate de cet avis et de vous faire valoir quelques alternatives en matière de financement des frais accessoires, et ce, particulièrement eu égard aux services assurés.

Dans son avis, le Protecteur du citoyen rappelle que, depuis 40 ans, on constate au Québec un glissement graduel vers une contribution directe de plus en plus grande des usagers (les dépenses privées) et il en illustre les conséquences néfastes sur l'accès équitable aux services de santé et aux services sociaux (62 & 63)². Il indique également que freiner cette tendance est une tâche exigeante (64). Au paragraphe suivant (65), il suggère que l'éradication des frais accessoires pour les services assurés – soit précisément l'enjeu actuellement débattu dans le cadre de l'examen d'amendements au projet de loi 20 – constitue la première solution à implanter. On suggère de plus que combler l'enjeu de financement estimé à quelque 50 millions \$ demeure gérable, eu égard à l'enveloppe budgétaire globale de près de 33 milliards \$ attribuée à la mission santé et services sociaux.

Pour préciser et en quelque sorte résumer sa position, le Protecteur du citoyen tient à souligner qu'on ne corrige évidemment pas une tendance lourde de 40 ans en un jour; mais si l'on admet qu'il **est dans l'intérêt public** de corriger cette tendance, il faut bien commencer quelque part. Or, l'éradication des frais accessoires pour les services assurés est précisément, selon le Protecteur du citoyen, la première cible à viser.

¹ PROTECTEUR DU CITOYEN, *Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux à l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la Santé et des Services sociaux*, 1^{er} octobre 2015

² Les chiffres entre parenthèses réfèrent aux numéros des paragraphes de l'Avis.

Maintenant, comment financer les 50 millions \$ requis pour éliminer les frais accessoires reliés aux services assurés? Essentiellement, deux options s'offrent au décideur :

1. **dégager une marge de manœuvre ailleurs ou**
2. **exiger une contribution des usagers** et, dans ce dernier cas, en déterminer la forme préférable.

Dans son avis, **le Protecteur du citoyen suggère la première option**, en s'inspirant des recommandations du Groupe de travail sur le financement du système de santé (67)³. À cet effet, le Protecteur du citoyen reconnaît la complexité de réviser le financement du panier public de services, et l'intérêt de le faire en toute transparence, avec ouverture et en y associant des experts indépendants pour proposer des solutions qui demeurent équitables pour tous les citoyens et pérennes. En somme, le débat en cours fait à nouveau ressortir la difficulté de faire des choix de façon explicite ce qui, en définitive, explique pourquoi des conséquences surgissent de façon implicite (des frais accessoires, des listes d'attente, la désassurance de services médicalement requis, notamment). À terme, cela entraîne un résultat moins équitable socialement.

Par ailleurs, si le décideur privilégiait une contribution des usagers, le Protecteur du citoyen est d'avis que le financement public – l'un des fondements du système de santé et de services sociaux – est plus équitable et préférable à la contribution sur une base individuelle (63). Préconiser le contraire conduit à un système à deux vitesses : une voie rapide en clinique pour ceux qui ont les moyens de payer et une voie lente menant à l'hôpital pour les autres (24).

Plus rapidement qu'ailleurs en Occident, le système de santé et de services sociaux du Québec doit s'adapter à une transition démographique, soit celle d'une population jeune (épisodes de soins aigus dispensés à l'hôpital) allant vers une population vieillissante (épisodes de soins et de services de longue durée dispensés cabinet ou en clinique médicale). Cela rend d'autant plus d'actualité tout le questionnement entourant le financement des services de santé et des services sociaux selon leur lieu de dispensation. L'accès au plateau diagnostique de base est en effet devenu de plus en plus incontournable en clinique médicale, surtout dans le contexte de la création des « super cliniques » comme alternative à la clinique externe de l'hôpital (52).

Pour redresser la tendance du glissement graduel vers les dépenses privées et son impact délétère sur le plan de l'accessibilité aux services pour les personnes vulnérables (17) ainsi que pour l'ensemble de la population, le Protecteur du citoyen suggère **qu'un premier pas consiste à interdire les frais accessoires pour les services assurés et pour lesquels les médecins participant au régime public sont rémunérés**. Bien sûr, la réalité des services désassurés en clinique (ultrasonographie, imagerie par résonance magnétique, tomodensitométrie, parmi d'autres) alors qu'ils sont couverts en milieu hospitalier demeure entière et très préoccupante. Cette problématique ne pourra se résoudre que par une meilleure adéquation entre le panier de services public et les ressources qui y sont allouées. Les travaux qu'amorcera bientôt le Commissaire à la santé et au bien-être concernant le panier de services devraient apporter un éclairage pertinent à cet égard.

³ Claude CASTONGUAY, Joanne MARCOTTE et Michel VENNE, *En avoir pour notre argent, Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé*, 2008, p. 261.

Des pistes, nombreuses, ont au fil des ans été suggérées par des comités d'experts, dont plusieurs demeurent d'intérêt. Certaines de ces pistes ont été concrétisées, dont celle de revoir la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. La révision en cours de la gouvernance et de l'organisation du réseau qu'a initiée le ministre de la Santé et des Services sociaux, devrait permettre des économies de quelque 220 millions \$⁴.

D'autres pistes demeurent porteuses d'économies importantes et d'amélioration simultanée de la gouvernance, qu'il suffise de mentionner les suivantes :

- un meilleur encadrement de la pharmacothérapie, dans tous les points de services, ce qui permettrait d'agir rapidement sur une diminution des coûts et sur l'usage optimal des médicaments au bénéfice des usagers⁵;
- l'examen rigoureux des situations de surdiagnostic, de surtraitement et de diverses propositions de révision du panier de services (comme le suggère l'Association médicale du Québec);
- la rationalisation du financement des services préhospitaliers d'urgence, dont la conception n'est pas basée sur l'équité et entraîne parfois une utilisation abusive, rationalisation qui pourrait apporter des économies annuelles récurrentes allant jusqu'à 100 millions \$.

Pour le Protecteur du citoyen, la poursuite des objectifs inscrits dans la législation à l'origine du système public de santé et de services sociaux du Québec demeure pertinente. La réflexion sur les frais accessoires doit se faire en toute transparence et avec ouverture.

Le Protecteur du citoyen réitère que freiner cette tendance lourde du glissement graduel vers le financement privé est une tâche exigeante. Toutefois, il soutient que continuer d'ignorer le problème aurait des conséquences encore plus grandes à long terme. Plus on attendra, plus il sera difficile de corriger cette tendance et plus l'effort financier de redressement vers l'équité dans l'accès sera important. Voilà pourquoi le Protecteur du citoyen croit qu'il faut s'évertuer à examiner sérieusement les recommandations de divers comités d'experts, car ne rien faire reviendrait à tolérer la perpétuation d'un système de santé et de services sociaux de moins en moins équitable.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, Mesdames, Messieurs les membres de la Commission, l'expression de ma considération.

La protectrice du citoyen,

Original signé

Raymonde Saint-Germain

⁴ Tableau déposé à l'Assemblée nationale le 7 octobre 2014 par le Ministre.

⁵ Selon le Commissaire à la santé et au bien-être en 2011, l'application d'une politique de tarification dégressive aurait engendré une réduction d'environ 122 millions \$ des sommes déboursées pour rembourser 10 médicaments génériques représentant les plus importantes dépenses du régime public d'assurance médicaments.