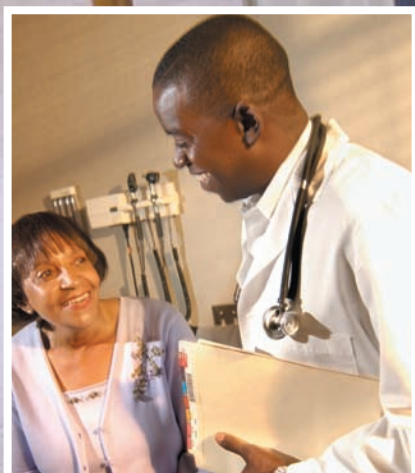
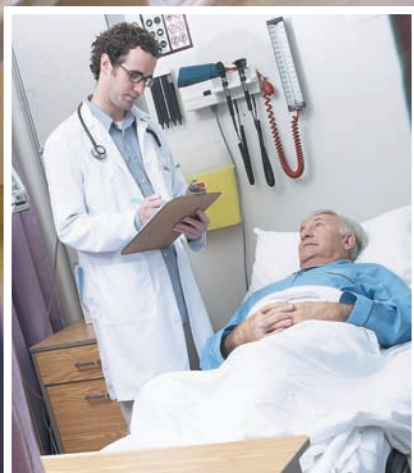


Toujours

A

# Une question d'accès

L'assurance-maladie  
bonifiée



# *Toujours* une question d'accès

L'assurance-maladie bonifiée

---

Politique de l'AMC

Juillet 2007

---

© Association médicale canadienne, 2007

Publié par l'Association médicale canadienne, juillet 2007

# Avant-propos

Le présent énoncé de politique consolidé résume les délibérations de l'Association médicale canadienne (AMC) au sujet de l'interface entre le public et le privé dans le financement et la prestation des soins de santé, entreprises au cours du Conseil général (CG) d'Edmonton (Alb.), en 2005. Il faut le lire parallèlement au document de discussion *Une question d'accès* —

*Éclairer le débat sur les soins de santé publics et privés* (amc.ca), qui a servi de base à des discussions plus approfondies au CG de Charlottetown (Î.-P.-É.), en 2006. Les résolutions adoptées par le CG en 2005 et 2006 forment la base de cet énoncé et ont été ratifiées comme politiques de l'AMC par le Conseil d'administration en mai 2007.

# L'assurance-maladie bonifiée : vers un système de santé viable financé par le secteur public au Canada

L'assurance-maladie a maintenant 40 ans au Canada et au dire de tous, la population canadienne y attache toujours une grande valeur. Tout indique toutefois que dans son état actuel, l'assurance-maladie ne pourra pas garantir efficacement un accès en temps opportun à des soins de grande qualité qui reflète les besoins de notre paysage des soins de santé en pleine évolution. Afin de maintenir le système de santé du Canada pour la prochaine génération, des changements s'imposent si l'on veut instaurer une nouvelle vision de l'assurance-maladie. L'AMC considère que cette vision d'avenir, c'est «l'assurance-maladie bonifiée». Le présent énoncé de politique exprime l'opinion actuelle de l'Association médicale canadienne (AMC) et traduit, de l'avis de l'AMC, une vision de l'avenir de l'assurance-maladie qui respecte les valeurs canadiennes, les cadres législatifs et les engagements actuels des gouvernements.

Il y a trois mesures clés à prendre pour réaliser cette vision.

Il faut :

1. étayer le programme actuel d'assurance-maladie pour donner accès aux soins en temps opportun;
2. mettre en œuvre une garantie qui assure aux particuliers un recours à des traitements en temps opportun;
3. élargir le panier de services dans le continuum des soins par divers moyens.

## Étayer le programme actuel

Le système public doit prendre un engagement envers l'accès aux soins en temps opportun qui est fondé sur le besoin relatif de tous les services médicaux et hospitaliers nécessaires. Les gouvernements ont pris un bon départ en prévoyant un financement de base stable et en effectuant des investissements stratégiques dans le matériel médical et les technologies de l'information sur la santé. Ils ont commencé à tenir la promesse qu'ils ont faite en 2004 au sujet des temps d'attente en établissant des points de repère nationaux en 2005 et en s'entendant pour mettre en œuvre au plus tard en 2010 une garantie de temps d'attente dans au moins un des cinq domaines prioritaires. Le travail est toutefois loin d'être terminé. Les gouvernements n'ont pas encore établi les calendriers d'implantation de leurs points de repère et il y a beaucoup d'autres domaines d'intervention en plus des cinq premiers où il faut établir des points de repère. Il faut de plus étendre maintenant la stratégie des points de repère au-delà de la décision de traiter prise par le spé-

cialiste et le patient pour inclure l'accès aux soins prioritaires et la consultation d'un spécialiste.

Il sera impossible de réaliser l'accès en temps opportun s'il n'y a pas suffisamment de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels de la santé. Le Canada doit adopter une stratégie pancanadienne de planification des ressources humaines du secteur de la santé qui vise l'autosuffisance nationale et mobilise des intervenants clés rapidement, vraiment et en continu. Tout comme la *Loi sur la caisse d'aide à la santé* de 1966 a aidé à étendre l'infrastructure d'éducation et de recherche en santé au cours des années 1960 et 1970, il est maintenant crucial que le fédéral et les provinces et territoires effectuent d'autres investissements étant donné l'augmentation récente des inscriptions en médecine, en soins infirmiers et autres professions de la santé, sans oublier l'apparition de nouvelles disciplines de la santé. Un autre investissement important s'impose aussi dans les technologies de l'information sur la santé. La création des Instituts de recherche en santé du Canada a constitué une mesure positive, mais un investissement plus important s'impose, particulièrement dans le domaine de l'application des connaissances — de la théorie à la pratique.

## Garanties de soin

Il est essentiel de mettre en œuvre un moyen de garantir que les Canadiens peuvent avoir accès aux soins en temps opportun. Comme la Cour suprême l'a déclaré dans la décision Chaoulli, la *Loi canadienne sur la santé* et les lois sur l'assurance-maladie des provinces et territoires prévoient essentiellement un monopole pour l'assurance-maladie publique, ce qui «Selon la preuve, [...] donne lieu à des délais d'attente pour un traitement qui compromettent la sécurité de la personne des citoyens», ce qui n'est donc pas conforme aux principes de la justice fondamentale. L'AMC a préconisé la création d'un Fonds d'accès aux services de santé du Canada grâce auquel les patients qui font face à des temps d'attente dépassant les seuils des points de repère auraient un recours individuel. Lorsqu'on dépasse le temps d'attente, le patient et son médecin pourraient chercher à obtenir un traitement en temps opportun là où il est disponible, idéalement près du lieu de résidence de l'intéressé, mais cela pourrait être dans une autre ville, une autre province, un autre territoire ou un autre pays. La Fiducie pour les garanties de délai d'attente créée dans le budget de 2007, de 612 millions de dollars, constitue un pas dans cette voie. Dans

la mesure où l'infrastructure publique courante limite la capacité, les gouvernements devraient envisager d'accorder au secteur privé des contrats de prestation de services financés par le secteur public.

Si l'on ne crée pas de soupape de sécurité financée par le secteur public, la décision Chaoulli a établi qu'on ne peut refuser aux patients la possibilité de s'assurer dans le secteur privé et de s'y faire traiter. Le gouvernement du Québec a légiféré depuis pour se conformer à la décision, mais il a toutefois défini de façon tellement étroite les conditions dans lesquelles on pourrait offrir des contrats d'assurance privée qu'il est très peu probable que cela se fasse. La décision Chaoulli a néanmoins sensibilisé les gouvernements, comme en témoignent les progrès qu'ils ont réalisés au sujet des points de repère et la réduction des temps d'attente. Les gouvernements pourraient aussi être incités à agir par une affaire semblable à celle de Chaoulli portée devant les tribunaux en Alberta et une autre qui le sera prochainement en Ontario.

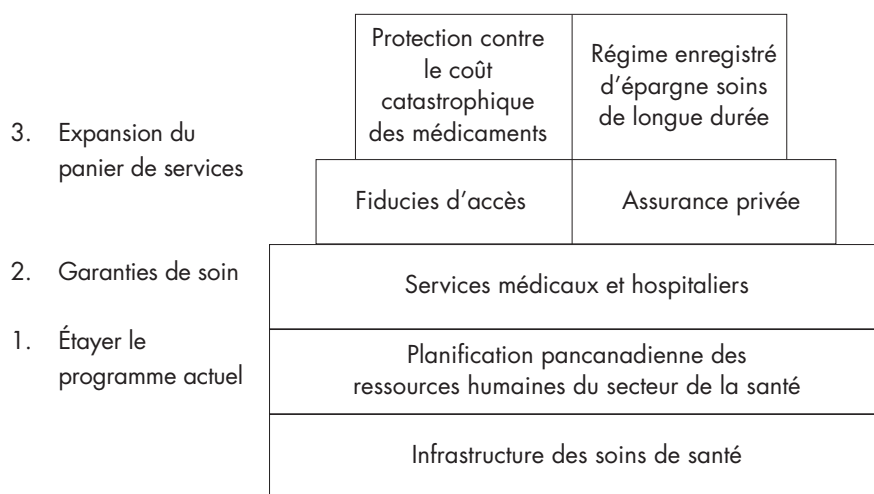
### Expansion du panier de services

Il faut moderniser l'assurance-maladie pour qu'elle reflète la réalité actuelle de la prestation des soins. En 1975, tout juste après l'adoption complète de l'assurance-maladie, les dépenses hospitalières et médicales représentaient 60 % du total des dépenses de la santé. En 2006, ce pourcentage avait diminué de presque le tiers pour tomber à 43 %. Au cours des deux dernières décennies, le pourcentage du total des dépenses de la santé englouti par les médicaments d'ordonnance a doublé pour passer de 7 % en 1986 à un total estimatif de 14,2 % en 2006. Même si une majorité de Canadiens ont de l'assurance-médicaments d'ordonnance d'un régime privé ou public, on estime que quelque 3,5 millions ne sont pas assurés contre les coûts des médica-

ments d'ordonnance ou ne le sont pas suffisamment. Pour ce qui est de l'avenir, nous pouvons nous attendre à continuer de voir des paiements de régimes publics et privés et des paiements directs (p. ex., copaiements) dans un contexte de recours accru à la politique fiscale. C'est ce qu'ont vécu la plupart des pays européens et d'autres pays industrialisés. Au Canada et à l'étranger, les possibilités de voir d'autres programmes de santé financés intégralement à même le Trésor sont minces. On s'entend toutefois clairement, comme le démontrent les rapports Romanow et Kirby, sur le besoin d'une protection contre le coût catastrophique des médicaments d'ordonnance; de plus, la question des médicaments dits «orphelins» (qui coûtent très cher) pour traiter des maladies rares et celle des traitements coûteux de maladies courantes comme le cancer du sein préoccupent de plus en plus. En 2003, les premiers ministres se sont engagés à mettre en place, avant la fin de 2005–2006, une protection contre le coût catastrophique des médicaments et même s'il s'agit d'un des éléments constitutifs de la Stratégie pharmaceutique nationale, il ne s'est pas fait grand-chose collectivement, à part des études. De même, les premiers ministres se sont aussi engagés en 2003 à couvrir intégralement un panier de soins actifs de courte durée, de services communautaires de santé mentale et de soins en fin de vie, ce qui n'est pas encore fait.

L'enjeu des soins de longue durée (SLD) pour des personnes âgées se pointe à l'horizon alors que la première cohorte de la génération du baby-boom atteindra 65 ans en 2011. Les hôpitaux ressentent déjà les problèmes causés par un manque de lits de soins d'autres niveaux. L'expérience à l'étranger indique que l'on ne peut et que l'on ne doit financer les SLD suivant le même mode de financement par répartition que les services médicaux et hospitaliers. Des pays comme l'Allemagne ont implanté une stratégie d'assurance sociale qui consiste à préfinancer les SLD. Dans son budget de 2007, le gouverne-

### Assurance-maladie bonifiée



ment fédéral a annoncé un régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI) afin d'aider les parents d'enfants lourdement handicapés à assurer la sécurité financière future de leurs enfants en investissant un revenu après impôt qui produira un revenu de placement qui pourra s'accumuler en franchise d'impôt. Il faudrait envisager de lancer un programme semblable dans le cas des SLD.

En résumé, nous devons d'abord veiller à ce que le régime actuel d'assurance-maladie repose sur une assise viable pour les générations futures. Deuxièmement, la population canadienne doit être relativement certaine non seulement de recevoir des soins de qualité, mais de les recevoir à temps. Troisièmement, reconnaissant les limites de notre programme

actuel d'assurance-maladie, nous devons nous pencher sur les conditions dans lesquelles les Canadiens pourront avoir accès au continuum général des soins. Enfin, il faut reconnaître que le paysage des politiques de santé n'est pas immuable, ce que savent les gouvernements. Par exemple, dans son budget de 2007, le Québec a annoncé que l'ancien ministre de la Santé Claude Castonguay présiderait un groupe de travail sur le financement viable du système de santé. La Colombie-Britannique a organisé des «Conversations sur la santé» avec ses citoyens qui arriveront à terme à l'automne de 2007. À mesure que le débat sur l'avenir de l'assurance-maladie poursuivra son évolution, l'AMC continuera à revoir et à redéfinir ses politiques.

## Sommaire de politique : gérer l'interface entre le public et le privé pour améliorer l'accès à des services de santé de qualité (2007)

### Contexte

L'Association médicale canadienne (AMC) appuie l'idée d'un solide système de santé financé par le secteur public où l'accès aux soins médicaux est fonction du besoin et non de la capacité de payer. Au Canada, les services de santé ont toujours été financés et fournis par les secteurs public et privé travaillant de concert. À l'heure actuelle, le système public paie environ 70 % des dépenses de santé à même le Trésor et les 30 % restants sont financés par le secteur privé, soit par l'assurance privée, soit par les paiements directs. Il y a interface entre le public et le privé dans deux domaines clés : la prestation par le secteur privé de services financés par le secteur public et la prestation de services financés par le secteur privé dans des établissements appartenant à l'État.

S'inspirant des enjeux clés soulevés dans le document de travail publié en juin 2006 par l'AMC, *Une question d'accès*, le présent sommaire de politique établit des lignes directrices au sujet de la prise de décision et de l'élaboration de politiques pour la gestion de l'interface entre le public et le privé dans le système de santé du Canada afin d'optimiser l'accès rapide à des soins de grande qualité.

### Principes stratégiques

Les principes qui suivent établissent le cadre qui orientera les stratégies futures de gestion de l'interface entre le public et le privé.

1. **Accès en temps opportun** : Les Canadiens devraient avoir accès en temps opportun aux soins médicalement nécessaires et avoir des recours individuels si les temps d'attente sont excessivement longs.
2. **Équité** : L'accès aux soins médicalement nécessaires doit reposer sur le besoin et non sur la capacité de payer.
3. **Choix** : Les Canadiens devraient pouvoir choisir leur médecin et les médecins devraient pouvoir choisir leur lieu de travail.
4. **Intégralité** : Les Canadiens doivent avoir accès à l'éventail complet des soins médicalement nécessaires.
5. **Autonomie clinique** : Tout modèle de soins doit respecter la prise de décision autonome à l'intérieur de la relation patient-médecin. Les médecins doivent être libres d'intervenir au nom de leurs patients.
6. **Qualité** : Les secteurs public et privé des soins de santé doivent se conformer aux mêmes normes de grande qualité et faire l'objet d'une surveillance indépendante. Pour assurer l'imputabilité professionnelle, il faut que tout établissement qui fournit des services médicaux soit sous surveillance médicale.
7. **Responsabilité professionnelle** : La profession médicale doit promouvoir le système de soins de santé le plus solide possible qui répond le mieux aux besoins des patients. Les secteurs public et privé doivent former la prochaine génération de professionnels de la santé et faire progresser le savoir par l'enseignement et la recherche.
8. **Transparence** : Les décisions qui ont des répercussions

sur le financement et la prestation par les secteurs public et privé doivent émaner d'un processus ouvert et transparent. Les fournisseurs qui font face à des conflits d'intérêts possibles doivent les reconnaître, les divulguer et les résoudre dans le meilleur intérêt des patients.

9. **Imputabilité** : Les secteurs public et privé de la santé doivent se conformer aux mêmes normes rigoureuses d'imputabilité, y compris les résultats cliniques, la comptabilisation totale des coûts et l'utilisation prudente des fonds publics.
10. **Efficience** : Les secteurs public et privé doivent être structurés de façon à optimiser l'utilisation des ressources humaines et autres.

## Enjeux de l'interface entre le public et le privé

Compte tenu des principes qui précèdent, l'AMC a dégagé plusieurs enjeux clés où l'amélioration de la gestion de l'interface entre le public et le privé pourrait améliorer l'accès aux soins de santé de grande qualité pour la population canadienne.

### Implantation d'une garantie de temps d'attente

La population canadienne doit attendre de plus en plus longtemps pour obtenir des soins médicaux nécessaires, souvent au-delà des temps d'attente maximaux recommandés. Dans l'accord qu'ils ont signé en 2004, les premiers ministres ont établi des points de repère sur les temps d'attente dans cinq domaines prioritaires du système financé par le secteur public : soins cardiaques, soins du cancer, imagerie diagnostique, arthroplastie et rétablissement de la vue. Lorsque les soins ne sont pas dispensés en-deçà des points de repère, il n'existe pas de «soutape de sécurité» efficace qui offre un recours. Les patients sont obligés d'attendre pour obtenir des soins au Canada ou de chercher à les obtenir dans le secteur privé ou dans d'autres administrations, à leurs frais.

Il faut une soupape de sécurité pour permettre aux Canadiens d'obtenir les soins dont ils ont besoin lorsqu'on ne peut respecter les garanties de temps d'attente. Idéalement, la population canadienne n'aurait jamais à utiliser la soupape de sécurité, mais son ajout à la politique de santé du Canada aiderait à redonner confiance dans le système de santé publique et pousserait les gouvernements à se concentrer pour tenir leurs promesses de donner accès aux soins en temps opportun. La Fiducie pour les garanties de délai d'attente pour les patients annoncée dans le budget fédéral de 2007 constitue une première étape positive dans cette direction.

L'AMC recommande :

- Que les gouvernements collaborent avec l'AMC et d'autres

organisations médicales afin d'établir des points de repère sur les temps d'attente appropriés sur le plan clinique pour tous les principaux services diagnostiques, thérapeutiques, chirurgicaux et d'urgence.

- Que lorsqu'il est possible d'établir des points de repère sur les temps d'attente, les gouvernements les appliquent à l'échelon national.
- Si l'on ne respecte pas les points de repère nationaux sur les temps d'attente, les Canadiens devraient avoir droit à une soupape de sécurité financée par le secteur public dans le contexte de laquelle le gouvernement rembourserait les sommes payées pour recevoir des traitements, les frais de déplacement et d'autres coûts appropriés si le service est fourni en dehors de l'administration de résidence de l'intéressé ou dans le secteur privé.
- Lorsque le système financé par le secteur public ne peut fournir un accès aux soins en temps opportun, les Canadiens devraient pouvoir recourir à l'assurance-maladie privée pour se faire rembourser le coût des soins obtenus dans le secteur privé. Le Québec autorise désormais les contrats d'assurance privée pour le remplacement de hanche et pour la chirurgie de correction de la cataracte, à condition que l'assureur finance tous les éléments du traitement, y compris la réadaptation. Dans la pratique, on ne voit pas clairement comment cela fonctionnera en termes d'évaluation du risque pour le patient ou pour le rendement du système public.
- Dans l'intérêt de fournir des soins en temps opportun dans le système financé par le secteur public, les gouvernements doivent garantir que le Canada a suffisamment d'infrastructures et de professionnels de la santé pour répondre au besoin.

### Amélioration de la mesure du rendement, de l'assurance de la qualité et de l'imputabilité dans l'interface entre le public et le privé

Il est essentiel que le système de santé rende compte à la population canadienne, en ce qui concerne particulièrement les rôles et responsabilités de différents paliers de gouvernement et de leurs mandataires délégués, comme les régies régionales de la santé et les conseils spécialisés. L'obligation de rendre compte devient d'autant plus pressante que la collaboration entre les secteurs public et privé prend de l'ampleur.

Le secteur privé pourrait avoir un rôle de plus en plus important à jouer dans la prestation de soins de santé financés par le secteur public à condition de fournir les services d'une façon rentable. Comme dans le cas du secteur public, toute participation du secteur privé dans les soins de santé doit être axée sur le patient et aussi transparente et redditionnelle. Dans les deux secteurs, il faut fournir les services de santé conformément



aux mêmes normes rigoureuses de qualité. À cette fin, il faut mettre en place de solides moyens d'assurance de la qualité afin de garantir qu'on optimise l'utilisation des ressources là où des fonds publics servent à passer des contrats de prestation de services dans des contextes publics et privés et pour surveiller l'impact que les services financés par le secteur privé ont sur le système public.

Les données comportent actuellement de nombreuses lacunes sur lesquelles il faut nous pencher. Par exemple, il n'y a pas d'études comparatives structurées, fondées sur des données primaires, qui portent sur l'efficacité des coûts et la qualité de la prestation des services par les secteurs public et privé au Canada. La surveillance de la qualité des services non assurés baigne dans la confusion et l'incertitude règne quant à l'étendue de l'agrément volontaire des établissements de soins de santé dans les secteurs public et privé.

#### L'AMC recommande :

- Que les gouvernements établissent des exigences uniformes et une réglementation, le cas échéant, pour mesurer la qualité des soins dans les contextes publics et privés, y compris :
  - a) la collecte de données sur le processus et les résultats des soins;
  - b) la déclaration aux organismes de réglementation de toutes ces données sur tous les services assurés par le secteur public;
  - c) des normes d'agrément de la prestation des services par les secteurs public et privé qui équivalent à celle du Conseil canadien d'agrément des services de santé;
  - d) la protection de la confidentialité des renseignements personnels sur la santé.
- Que les gouvernements et les régies régionales de la santé qui établissent des partenariats publics-privés le fassent au moyen d'un appel d'offres ouvert et transparent.
- Que lorsque les gouvernements incluent les modes de prestation par les secteurs public et privé pour accroître la capacité du système, ils le fassent par voie de réglementation afin d'évaluer la qualité et la rentabilité.
- Que les gouvernements procèdent à une évaluation continue de la qualité et de l'efficacité des coûts des modes possibles de prestation par les secteurs public et privé.

### **Définition du système de santé public et de l'éventail des services assurés par le secteur public**

La définition des services assurés par le secteur public constitue un enjeu stratégique fondamental pour les gouvernements, les prestataires de soins de santé et les patients. On ne peut s'attendre à ce que le système de santé financé par le secteur public

réponde à tous les besoins de tous les patients : il y a des choix à faire et des compromis à négocier. Les décisions relatives au panier des services assurés ont toutefois toujours été prises de façon ponctuelle et à huis clos. Le système a aussi pris du temps pour réagir aux technologies émergentes et aux virages de la prestation des soins.

Le panier national de l'assurance-maladie inclut actuellement les services hospitaliers et médicaux. Les provinces et les territoires financent aussi des services supplémentaires à leur discrétion (p. ex., assurance-médicaments pour les personnes âgées, soins à domicile). Même si ce pouvoir discrétionnaire élargit la portée de l'assurance publique, il crée des disparités au niveau de l'accès entre les administrations et l'on qualifie souvent le Canada de «courtepointe» à cet égard.

#### L'AMC recommande :

- Que l'on surveille périodiquement la comparabilité de l'accès pour les Canadiens à un éventail complet de services de santé médicalement nécessaires d'un bout à l'autre du Canada et que l'on en fasse rapport.
- Conformément au document publié en 1994 par l'AMC, Les services de base et l'intégralité : cadre décisionnel, il faut définir un ensemble de services essentiels financés par le secteur public et comparables à l'échelon national. Il faudrait en évaluer continuellement la nature d'une façon factuelle et transparente. Le mode de prestation de ces services devrait être déterminé à la discrétion des administrations locales et peut mettre à contribution les secteurs public et privé.
- Les régimes publics d'assurance-maladie doivent donner un avis suffisant lorsqu'ils veulent désinscrire des services.

### **Transparence et imputabilité dans la réglementation de l'activité des médecins dans le contexte de l'interface entre le public et le privé**

La capacité des médecins de décider de participer ou non au régime public d'assurance-maladie constitue une caractéristique de l'assurance-maladie depuis sa création. Les médecins sont disposés à accepter qu'on limite raisonnablement leur capacité de choisir le régime public d'assurance-maladie ou de s'en dégager afin de garantir le maintien d'un accès adéquat aux services médicaux. À cette fin, il faut un cadre de réglementation efficace pour régir la convergence des soins de santé publics et privés et les intervenants doivent faire un effort concerté pour étudier les répercussions des conflits d'intérêts et les possibilités de les minimiser. Lorsqu'on étudie des options relatives à la prestation par le secteur privé de services assurés par le secteur public, il est crucial de maintenir l'intégrité du système public et que l'assurance-maladie demeure la pierre angulaire des soins de santé au Canada.

Pour beaucoup de médecins, la réalité, c'est qu'ils doivent traiter simultanément avec de multiples payeurs — patients couverts par les régimes provinciaux–territoriaux d'assurance-maladie, travailleurs blessés couverts par les commissions des accidents du travail et divers groupes de particuliers couverts par des assureurs tiers. Quel que soit le mode de financement, les caractéristiques fondamentales suivantes de la relation médecin–patient ne peuvent pas changer :

- Les patients doivent pouvoir choisir leur médecins.
- Les médecins doivent être libres d'intervenir au nom de leurs patients.
- Les médecins doivent pouvoir choisir leur milieu de travail, y compris avoir le droit de se désengager du système financé par l'État.
- Les prestataires qui font face à des conflits d'intérêts possibles sont tenus de les reconnaître, de les divulguer et de les résoudre dans le meilleur intérêt des patients. L'AMC collaborera avec ses divisions et ses sociétés affiliées afin de produire un code de conduite pour les médecins qui fournissent des services dans le secteur privé et pour ceux qui le font dans les deux secteurs.

L'AMC recommande ce qui suit :

- Les gouvernements devraient permettre aux médecins de choisir leur milieu de travail, ce qui comprend le droit de se désengager du programme public d'assurance-maladie à condition de ne pas compromettre l'accès pour les patients aux soins financés par le secteur public. Cette pratique est désormais autorisée dans toutes les administrations du pays, sauf en Ontario.
- Les gouvernements devraient étudier des modes d'exercice qui permettent aux médecins de travailler à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé de façon à maximiser les disponibilités des services médicaux, particulièrement en périodes de contraintes budgétaires qui entraînent une utilisation inefficace des ressources humaines de la santé et de l'infrastructure physique.
- Les gouvernements devraient supprimer les interdictions qui empêchent les médecins de se désengager ou de pratiquer à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé, lorsqu'il est possible de démontrer que cela améliorerait l'accès aux services pour toute la population, accroîtrait la capacité du système de santé et réduirait les temps d'attente.

### **Éducation et formation en médecine**

Les médecins ont la responsabilité collective de former les

générations futures. Pour ce qui est de l'avenir, nous pouvons nous attendre à voir se maintenir la tendance à la prestation de services de diagnostic, d'interventions médicales et chirurgicales dans des établissements spécialisés possédés et exploités par les intérêts privés. Du point de vue de l'éducation et de la formation en médecine, cette tendance soulève deux questions. Tout d'abord, il se peut que beaucoup de membres des effectifs actuels d'enseignants cliniciens effectuent une proportion croissante de leur travail dans de tels établissements, ce qui peut avoir des répercussions sur les hôpitaux d'enseignement publics. Deuxièmement, dans la mesure où la prestation des services peut passer des hôpitaux d'enseignement aux établissements spécialisés, ce virage pourrait limiter l'exposition des médecins résidents à l'éducation et à la formation.

L'AMC recommande ce qui suit :

- Les médecins doivent recevoir la formation nécessaire compte tenu de leur champ d'exercice, que ce soit dans le secteur public ou le secteur privé.
- Les futurs médecins en formation doivent être exposés à tous les types de modes d'exercice dans tout le contexte de l'interface entre le public et le privé.
- Les futurs médecins en formation doivent être exposés à tous les domaines de la médecine clinique, y compris ceux qui sont fournis principalement par le secteur public ou par le secteur privé.
- Les gouvernements qui choisissent d'accorder au secteur privé des contrats de prestation de services doivent veiller à ce que les possibilités de formation comprennent l'exposition aux deux secteurs.
- En partenariat avec les organisations d'étudiants en médecine, l'AMC favorisera l'éducation au sujet de l'interface entre le public et le privé et des enjeux du financement et de la prestation des soins de santé.

### **Conclusion**

Le système de santé du Canada est issu d'un partenariat de longue date entre le public et le privé qui porte sur le financement et la prestation des services. L'interaction entre les deux secteurs demeurera une dimension importante de l'assurance-maladie qu'il faut gérer avec prudence. On espère que le cadre des principes décisionnels et des recommandations établi dans cette politique favorisera le débat entre les intervenants et le public au sujet des orientations futures qui portent sur la meilleure façon de gérer l'interface entre le public et le privé.

# Glossaire

## Assurance sociale

L'assurance sociale (souvent appelée modèle Bismarck d'après le chancelier allemand à l'origine de cette approche) couvre les soins de santé par une assurance sans but lucratif ou des caisses d'assurance-maladie financées par les contributions des employeurs et des employés. Même s'il peut être imposé par l'État, le programme n'est pas administré par le gouvernement. On retrouve ce modèle en Allemagne et dans plusieurs autres pays d'Europe.

## Assurance-maladie privée

On trouve diverses formes d'assurance-maladie privée dans différents pays :

- **Assurance-maladie privée principale** : Assurance privée qui représente le seul accès possible à l'assurance-maladie de base pour ceux qui n'ont pas d'assurance-maladie publique, soit parce qu'il n'y en a pas, parce qu'ils n'ont pas droit à la couverture du régime public (couverture principale) ou qu'ils ont droit à une couverture publique mais ont choisi de s'en désengager (couverture de remplacement).
- **Assurance-maladie privée faisant double emploi (parallèle)** : Assurance privée qui couvre les services de santé déjà couverts par l'assurance-maladie publique. On peut commercialiser l'assurance-maladie à double emploi comme option face au secteur public parce que même si elle donne accès aux mêmes services médicaux que le régime public, elle offre aussi accès à différents fournisseurs ou niveaux de service. Elle n'exempte pas les particuliers de contribuer au régime public. (Disponible en Australie)
- **Assurance-maladie principale complémentaire** : Assurance privée dont la couverture complète celle des services assurés par le secteur public ou des services couverts par l'assurance-maladie principale ou de substitution. Elle vise à payer une portion des coûts des soins admissibles en couvrant la totalité ou une partie des coûts résiduels non remboursés autrement (p. ex., copaiements). (Disponible en France)
- **Assurance-maladie privée supplémentaire** : Assurance-maladie privée qui couvre des services de santé supplémentaires. Selon le pays, elle peut couvrir des services qui ne sont pas couverts par le système public, comme les soins de luxe, les soins facultatifs, les soins de longue durée, les soins dentaires, les produits pharmaceutiques, les services de réadaptation, les médecines parallèles ou complémentaires,

etc., ou des services hospitaliers et d'hébergement supérieurs (même lorsque d'autres aspects du service, comme le volet médical, sont couverts par le système public). (Disponible au Canada)

## Couverture intégrale

Couverture publique totale sans frais au point de service.

## Désengagement ou participation

Indique si un médecin a décidé de renoncer à son droit de facturer au régime public d'assurance-maladie et de pratiquer dans le secteur privé. Même s'il y a des différences au niveau de la terminologie (p. ex., «non-participation», «non-inscription», «pratique en dehors de l'application de la loi», «non assujetti à l'entente»), toutes les provinces sauf l'Ontario autorisent les médecins à se désengager.

## Financement par le secteur privé

Le financement des soins de santé par le secteur privé comprend les réclamations d'assurance-maladie payées par des sociétés privées (y compris les frais d'administration), les dépenses directes consacrées aux biens et aux services de santé par les particuliers et les ménages, les revenus que les établissements de santé reçoivent d'ailleurs que des patients (dons, revenu de placements), les dépenses privées en immobilisations et équipement reliées à la santé et la recherche en santé financée par le secteur privé.

## Financement par le secteur public

Le financement des soins de santé par le secteur public comprend les dépenses de santé des gouvernements fédéral et provinciaux, les administrations municipales et les commissions des accidents du travail.

## Frais modérateurs ou frais d'utilisation

Frais imposés directement aux patients pour des services assurés en vertu du régime d'assurance-maladie d'une province ou d'un territoire et qui ne sont pas payables, directement ou indirectement, par le régime d'assurance-maladie.

## Interface public-privé

Tout cas où il y a intervention des secteurs public et privé en ce qui concerne le financement ou la prestation de services de santé.

## Partenariat public-privé

Entreprise de coopération entre les secteurs public et privé reposant sur l'expertise de chaque partenaire et visant à fournir des immobilisations ou des services de

santé de la façon qui répond le mieux aux besoins publics clairement définis, au moyen de l'affectation appropriée de ressources, de risques et de récompenses.

**Personne assurée**

En vertu de la LCS, une personne assurée s'entend d'un résident admissible d'une province, sauf si la personne est couverte par d'autres lois fédérales ou provinciales. Les personnes non couvertes par la LCS comprennent les membres actifs des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, les détenus de pénitenciers fédéraux et les personnes couvertes par les lois provinciales sur les accidents de travail.

**Points de repère pour les temps d'attente**

Objectifs de rendement du système de santé qui reflètent un consensus médical général sur les temps d'attente raisonnables pour des services de santé fournis aux patients.

**Prestation par le secteur privé**

La prestation de soins de santé par le secteur privé est fournie par des organisations non gouvernementales ou qui ne sont pas tenues de rendre directement compte au gouvernement, et par des prestataires de soins qui ne sont pas des employés de ces organismes ou des employés de l'État. Cette catégorie peut varier des professionnels de la santé indépendants (p. ex., médecins) jusqu'aux petites,

moyennes et grandes organisations avec ou sans but lucratif.

**Prestation par le secteur public**

Prestation d'un service, soit directement par le gouvernement ou par des régies régionales de santé ou par l'intermédiaire d'organismes de bienfaisance sans but lucratif, souvent assujettis à une régie communautaire, qui doit rendre compte directement au gouvernement en vertu de mesures législatives ou réglementaires, comme une loi sur les hôpitaux publics, par exemple.

**Service assuré**

Au sens de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), les services de santé assurés sont les services hospitaliers, médicaux et chirurgicaux-dentaires médicalement nécessaires fournis aux personnes assurées.

**Temps d'attente**

Un épisode de soins de santé comporte de multiples temps d'attente qui commencent par la période pendant laquelle il faut attendre pour consulter un médecin de famille. L'attente du patient dans le cas des soins spécialisés commence lorsqu'il reçoit un diagnostic différentiel du médecin de famille ou de l'omnipraticien et que l'on décide que le patient a besoin d'exams de diagnostic, d'une intervention clinique, ou des deux.