

Énoncé de la SCO relativement aux valeurs des services non assurés au Canada

Introduction

Un certain nombre de services de santé pour les yeux qu'offrent des médecins ne sont pas considérés médicalement nécessaires, et ne sont par conséquent pas assurés en vertu des lois provinciales et territoriales d'assurance santé. Ces services ne sont pas soumis à la Loi canadienne sur la santé.

Les ophtalmologistes canadiens ont demandé à la Société canadienne de l'ophtalmologie (SCO) de fournir des lignes directrices relativement aux honoraires des médecins pour ces services. La SCO a retenu les services de Health Intelligence Inc., une entreprise d'analyse indépendante et bien respectée en économie de la santé, pour réaliser une étude en ayant recours à des méthodologies conventionnelles reconnues afin de déterminer la juste valeur de marché de ces services. Ce rapport, ainsi que les formules de calcul utilisées, sont annexés au présent document.

Services de soins des yeux historiquement non assurés

Certains éléments des soins des yeux ont traditionnellement échappé aux prescriptions de la Loi canadienne sur la santé, tandis que d'autres services des soins de la vue ont graduellement été retirés de l'assurance publique. Le premier exemple de cela a été le délistage des examens de routine des yeux pour les patients en santé de 16-20 ans (selon la province) et de 65 ans. Les verres ou les lentilles de contact nécessaires pour traiter des problèmes de réfraction ne sont également pas assurés en vertu des régimes de santé provinciaux.

La presbytie est l'incapacité progressive de l'œil d'effectuer une mise au point à une courte distance à cause de changements provoqués par l'âge. Les lunettes de lecture qui servent à corriger ce problème ne sont également pas assurés. Le coût des lunettes pour ces problèmes varient énormément, selon la complexité du problème de réfraction à corriger et de la préférence du patient au niveau du style et de la qualité des montures.

Des procédures de chirurgie réfractives au laser se sont développées, au cours des dernières décennies, et peuvent éliminer ou grandement réduire la nécessité des lunettes. Ces chirurgies n'ont jamais été assurées en vertu des régimes de santé provinciaux ou territoriaux. Le coût de ces traitements varient aussi considérablement selon la complexité des problèmes du patient, du coût des étapes préopératoires impliquées dans la planification de la chirurgie, du coût de l'équipement au laser utilisé et du niveau d'ajustements postopératoires fournis.

Chirurgie de la cataracte

La chirurgie de la cataracte est l'opération la plus fréquente réalisée en vertu de l'assurance maladie. En tant que procédure médicalement nécessaire, elle consiste à enlever un cristallin opacifié, appelé cataracte, suivi de l'implantation d'un cristallin artificiel en plastique. Les cristallins artificiels sont fabriqués dans une variété de puissances de focalisation, et il est possible d'en choisir un pouvant réduire ou éliminer la nécessité pour le patient de porter des lunettes en corrigeant une myopie ou une presbytie sous-jacente.

L'interface entre la chirurgie de la cataracte assurée et la chirurgie réfractive non assurée

L'astigmatisme et les autres aberrations optiques d'ordre élevé, telles que l'asphéricité, sont des conditions nécessitant l'emploi de lunettes ou de lentilles de contact afin de voir clairement. Ces conditions ne peuvent pas être corrigées par la chirurgie de la cataracte, en utilisant les implants de cristallin standards fournis par les assurances médicales provinciales et territoriales. Au cours des récentes années, ces états sont devenus corrigibles en ayant recours à des procédures additionnelles non assurées impliquant soit le recours à un cristallin réfractif spécial, soit des procédures chirurgicales par réfraction, des procédures réfractives par laser, ou par une combinaison de ces techniques selon la complexité du problème. L'incorporation d'un de ces traitements par réfraction à une opération standard de la cataracte ajoute de nouvelles étapes ou de nouveaux services multiples.

Une évaluation est nécessaire afin de déterminer si un patient peut être candidat à un traitement réfractif. Des calculs sont nécessaires pour déterminer le cristallin réfractif approprié et les ajustements possibles à la technique chirurgicale. De multiples étapes additionnelles, qui exigent du temps, sont nécessaires au point de chirurgie afin d'obtenir le résultat réfractif désiré, et à l'étape postopératoire, pour évaluer et possiblement modifier le résultat réfractif. Bien que le « counselling ou temps de chaise » additionnel nécessaire pour expliquer ces options additionnelles non assurées soit couvertes par le paiement de la visite par l'assurance, le reste de ces services réfractifs ne le sont pas.

De nouvelles technologies ont évolué pour rendre possible l'élimination ou la réduction de la presbytie chez certains patients. Ces interventions réfractives non assurées nécessitent également des soins additionnels avant, pendant et après une chirurgie de la cataracte.

Services additionnels de soins des yeux non assurés

En plus de ces procédures réfractives, plusieurs nouvelles technologies de diagnostic se sont développées en ophtalmologie. Ces outils améliorent sensiblement notre capacité de diagnostiquer des maladies des yeux et de fournir des soins continus un peu de la même façon que l'imagerie par IRM a révolutionné les capacités de diagnostic dans tous les domaines de la médecine. Certaines de ces technologies jouent un rôle intégral dans la fourniture de soins réfractifs optimaux. La plupart des régimes de soins de la santé provinciaux et territoriaux, ne paient pas pour le recours à ces technologies. Dans les cas où elles font partie des régimes provinciaux, leur emploi n'est pas couvert s'ils sont utilisés uniquement pour fournir des soins réfractifs non assurés.

L'accès des patients aux nouvelles technologies

Lorsque les patients présentent des états pathologiques qui justifient le recours aux nouvelles technologies de diagnostic, la SCO est d'avis que les patients devraient avoir accès à ces avancées. De même, lorsque des erreurs réfractives préexistantes coexistent en présence de cataractes importantes au niveau clinique, la SCO est d'avis que les patients devraient avoir l'option de payer pour des interventions réfractives non assurées, couplées à leur opération de la cataracte, afin de diminuer ou d'éliminer le recours aux lunettes.

Obligations des ophtalmologistes à l'endroit de leurs patients

Plusieurs ophtalmologistes canadiens ont acheté de nouveaux appareils de diagnostic et fournissent des services réfractifs non assurés à leurs patients. Ils offrent certaines ou toutes les nouvelles procédures réfractives en tant qu'ajouts à la chirurgie de la cataracte si elles sont médicalement appropriées. Les ophtalmologistes devraient expliquer clairement à leurs patients les options disponibles bien avant toute intervention. L'explication devrait comprendre une ventilation des coûts, ainsi que l'option de ne pas retenir ces étapes supplémentaires et de n'accepter que ceux payés par l'assurance santé. Dans le cas de l'utilisation d'essais diagnostiques préopératoires non assurés, la description des coûts devrait comprendre une ventilation détaillée des coûts pour chaque test différent. Dans le cas de la chirurgie par réfraction, la description des coûts doit comprendre une description détaillée des frais de tout essai diagnostique non assuré, le service réfractif fourni par le chirurgien, le coût du cristallin et tous les frais de manutention (seulement dans les provinces où le médecin vend les lentilles aux patients), ainsi que le coût initial de toutes procédures d'améliorations postopératoires*.

Détermination de la juste valeur de marché

La détermination de la juste valeur de marché de tout services non assuré n'est pas facile pour un ophtalmologiste seul, parce qu'il ne détermine pas les frais des autres services qu'il fournit; ils sont établis à la suite de négociations entre son association médicale provinciale et le gouvernement. Pour aider les ophtalmologistes canadiens dans cette tâche complexe, la SCO a chargé Health Intelligence Inc. (HII) d'aider à établir les valeurs des services non assurés. HII a été choisi parce que c'est une entreprise indépendante de consultation économique reconnue pour son expertise au niveau de la détermination des valeurs relatives de traitement médical.

Le rapport HII complet est annexé à ce document. Le sommaire de la table d'évaluation est répété plus bas sous le tableau 1. Il est critique de reconnaître qu'il ne s'agit pas là de tarifs normatifs recommandés par la SCO. Il s'agit plutôt d'un exemple de méthodologie permettant de définir une juste valeur de marché pour tous ces services. Nous anticipons que les montants réels facturés par les ophtalmologistes varieront, puisque ces calculs ont été basé sur une moyenne des coûts indirects pour deux provinces. On s'attend à ce que les ophtalmologistes individuels se servent de leurs propres coûts indirects pour effectuer les calculs. Ces coûts indirects varieront considérablement selon leur genre de pratique et le coût de la vie de l'endroit où ils sont situés. Les coûts directs varieront également et influenceront le montant final exigé. Les frais de traitement varieront, à moins qu'ils soient stipulés dans les lignes directrices provinciales, comme c'est le cas en Alberta.

Les valeurs du rapport HII pour l'implantation de lentilles réfractives sont basées sur des situations où l'ophtalmologiste achète les lentilles auprès du manufacturier et les revend par la suite au patient, tout en fournissant les services supplémentaires requis pour obtenir les résultats réfractifs désirés. Ce patron de pratique ne se produit pas partout au Canada, puisque certaines provinces exigent que les lentilles soient vendues par l'hôpital. Pour aider les chirurgiens de ces provinces, la valeur totale des services a été répartie d'après le coût de la lentille, des frais de manutention (établis à 12% en se basant sur les lignes directrices du ministère albertain de la Santé et du Bien-être) ainsi que la valeur des services réfractifs tels qu'indiqués sous le tableau 2.

À partir de ces renseignements, il est apparent que les frais pour les patients ayant différents problèmes réfractifs peuvent varier de façon importante, non seulement de province à province mais également au sein d'une même collectivité. Certains exemples sont présentés, à titre d'illustrations, sous le tableau 3.

* Certains chirurgiens offrent à leurs patients une option d'assurance. Ils conviennent d'effectuer une procédure de laser réfractif de façon à réduire ou éliminer toute erreur réfractive résiduelle qui puisse exister après leur chirurgie originale. Par exemple, si un chirurgien trouve que 10% de ses patients pourraient bénéficier d'une procédure LASIK après l'implantation de sa lentille réfractive, et que ses frais, pour ce traitement sont habituellement 2000 \$, il peut offrir à tous ses patients l'option de payer 200 \$ avant l'opération en échange de la garantie de recevoir ce service sans frais additionnels si nécessaire, plutôt que de ne rien payer avant la chirurgie mais verser 2000 \$ après la chirurgie si le service est nécessaire.

Tableau 1 – Valeurs recommandées par HII, accompagnées des frais exigés par les membres de la SCO à la suite d'un sondage par HII

Service non assuré	Recommandé (\$)	Sondage (\$)
A. Essais diagnostiques		
1. Mesure laser pré-opération (IOL Master)	193	149
2. Tomographie de la cohérence optique (OCT)	198	124
3. Tomographie rétinienne Heidelberg (HRT)	163	88
4. Vérification de l'œil GDx	121	119
5. Photographie de présélection (seulement pour un patient sans pathologie et comprenant l'interprétation, le réseautage et la mise en dossier)	121	43
6. Topographie cornéenne	127	97
7. Pachymétrie	48	68
8. Photographie de vérification du diabète	117	40
B. Procédures thérapeutiques		
9. Médicament pour injection intraoculaire (Avastin)	277	276
10. Marquage cornéen et positionnement des incisions relaxantes limbiques pour l'astigmatisme	262	450
C. Implantation de lentille réfractive		
11. IOL toriques	951	657
12. IOL à foyers multiples	1,890	1,439
Coefficient de corrélation Pearson		0.975

Tableau 2 – Éléments des valeurs réfractives recommandées

	Valeur HII (HIIV)	Coût direct de la lentille (DC)*	Frais de manutention (HC) (12%)	Valeur du service (HIIV-DC-HC)
Torique	951,00 \$	550,00 \$	40,20 \$	360,80 \$
Foyers multiples	1 890,00 \$	1 200,00 \$	144, 00 \$	546,00 \$

* Valeurs extraites du rapport HII

Tableau 3 - Exemples de frais basés sur les règlements provinciaux pour la vente de lentilles, et variations des frais fixes

A) Provinces où l'hôpital vend la lentille

	Patient nécessitant une lentille torique (Frais fixes = 0,4035)*	Patient nécessitant une lentille torique là où les frais fixes du chirurgien sont plus élevés (0,426)	Patient nécessitant une lentille torique, frais fixes moins élevés,(0,39), IOL Master nécessaire et non couvert par le régime provincial	Patient nécessitant une lentille multifocale; topographie nécessaire (Frais fixes = 0,41)
Recherches	0	0	186,54 \$	129,05 \$
Coût du service	360,80 \$	380,92 \$	348,73 \$	554,80 \$
Coût total	360,80 \$	380,92 \$	535,27 \$	683,85 \$

B) Provinces où le chirurgien vend la lentille réfractive

	Patient nécessitant une lentille torique	Patient nécessitant une lentille torique + IOL Master requis et non couvert par un régime provincial	Patient nécessitant une lentille multifocale + topographie requise
Recherches	0	193 \$	127 \$
Coût de la lentille	550 \$	550 \$	1200 \$
Manutention	40,20 \$	40,20 \$	144 \$
Valeur recommandée de la lentille	360,80 \$	360,80 \$	546 \$
Coût total	951,00 \$	1144 \$	2017 \$

Tendances futures

Ces valeurs vont vraisemblablement changer, avec le temps, au niveau des coûts pour les services et, possiblement, au niveau des coûts des technologies de diagnostic ou des lentilles réfractives. Néanmoins, à mesure que de nouveaux traitements et de nouvelles technologies continueront de se développer, cette méthodologie continuera d'être utile pour établir une juste valeur de marché pour les services ophtalmologiques non couverts par les assurances provinciales et territoriales de la santé.

Conclusion

L'avènement de nouvelles technologies ophtalmologiques fournissent de formidables occasions de procurer aux gens une meilleure vision. Lorsque ces dernières ne sont pas assurées en vertu des régimes provinciaux et territoriaux, les ophtalmologistes devraient pouvoir les offrir à leurs patients pour un prix raisonnable. Ces prix doivent être clairement énoncés afin que les patients sachent avec certitude ce pour quoi ils payent. Il faut aussi clairement établir que ces services non assurés sont optionnels et non médicalement nécessaires, et que les patients ont le droit de les refuser sans altérer la qualité de leur service assuré.

Ce document, de même que le rapport de HII qui l'accompagne, ont pour but de fournir à l'ophtalmologiste un tour d'horizon des principes qui guident la pratique de facturation des patients pour les services non assurés. Ils offrent des exemples de coûts raisonnables pour certains services non assurés. Ils n'ont pas pour but de définir des coûts fixes pour les services non assurés, mais plutôt d'expliquer pourquoi il y aura des différences au niveau des coûts, comme dans le cas de tout autres biens et services, motivés par des facteurs tels que les variances au niveau du coût de la vie entre les régions, ainsi que des variations entre le coût des appareils, des volumes et des frais fixes. Ils ne sont pas destinés à constituer un avis juridique, puisqu'ils ne recouvrent pas toutes les questions ou nuances pouvant survenir.