

MÉMOIRE DE LA FMOQ PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DES INSTITUTIONS

CONCERNANT LE PROJET DE LOI N° 67 :

Loi modifiant le Code des professions pour la modernisation du système professionnel et visant l'élargissement de certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux

Septembre 2024



Table des matières

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC.....	3
INTRODUCTION	4
COMMENTAIRES GÉNÉRAUX.....	5
Diagnostic et responsabilité professionnelle	5
Les Pharmaciens : un possible conflit d'intérêts.....	7
La propriété des cliniques médicales au Québec.....	8
COMMENTAIRES PARTICULIERS	11
MODIFICATIONS AU CODE DES PROFESSIONS	11
MODIFICATION À LA LOI SUR LA PHARMACIE.....	12
MODIFICATIONS AUX RÈGLEMENTS DE CERTAINS ORDRES PROFESSIONNELS : Conseillers en orientation, psychologues, sexologues et infirmières.....	15
CONCLUSION	17
RECOMMANDATIONS.....	18
ANNEXE I.....	19
ANNEXE II	21
ANNEXE III	22
ANNEXE IV.....	25

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) regroupe 9 887 médecins spécialistes en médecine de famille exerçant au Québec. Elle est composée de dix-huit associations professionnelles.

Les médecins de famille ne font pas que de la prise en charge en première ligne. Ils exercent aussi dans plusieurs autres secteurs du réseau de la santé, incluant la deuxième ligne :

- 6000 médecins de famille travaillent en milieu hospitalier:
 - 2500 travaillent à l'urgence, et
 - 3500 pratiquent dans les secteurs du malade admis, des soins intensifs, de la gériatrie, de la psychiatrie, des soins palliatifs et des soins de fins de vie;
- 1500 médecins de famille supervisent 44 600 lits en CHSLD;
- 1100 médecins de famille font des soins à domicile;
- 600 médecins de famille accouchent 30 000 bébés annuellement en soins néonataux;
- 4500 médecins exécutent des gardes en disponibilité en milieu hospitalier;
- 1545 médecins de famille travaillent en régions éloignées;
- 5000 médecins de famille font de l'enseignement et/ou de la recherche.

À titre **d'organisme représentatif** légalement reconnu par le gouvernement, nous négocions avec l'État les conditions de pratique de nos membres dans le cadre du régime public de soins de santé.

Nous avons cependant bien d'autres activités. Outre notre rôle d'agent négociateur, nous sommes l'interlocuteur principal au sein du réseau public en matière d'organisation des soins médicaux généraux, et ce, sur l'ensemble du territoire québécois.

Notre Fédération est également cheffe de file en formation médicale continue au Québec. Nous sommes très fiers d'être les éditeurs de la revue phare *Le Médecin du Québec*.

Docteur Marc-André Amyot est le président de la FMOQ.

La FMOQ est la voix des médecins de famille

INTRODUCTION

La FMOQ ne s'oppose pas à l'interdisciplinarité et à un élargissement du champ de pratique de certaines professions dans le but ultime d'améliorer les services à la population. Cependant, ces changements doivent impérativement se faire de façon contrôlée entre les ordres professionnels, afin d'assurer une clarté des rôles et des responsabilités de chaque professionnel dans le cadre d'une consultation unique ou encore, d'une prise en charge longitudinale.

Pour que les Québécois puissent voir le bon professionnel, pour la bonne condition et en temps opportun, les professionnels de la santé doivent s'unir pour développer un **plan intégré d'organisation** de soins et ainsi mettre fin aux silos entre les différents professionnels de la santé.

En effet, selon certaines études, les systèmes de santé les plus fonctionnels et performants au monde doivent maîtriser trois aspects: ¹

- 1- un travail interprofessionnel en cohésion;
- 2- des soins intégrés pour une prise en charge rapide par le bon professionnel;
- 3- une gouvernance clinique permettant d'apporter des ajustements et des correctifs en temps opportun.

Avec une pénurie de 1500 médecins de famille au Québec, il faut que les patients qui consultent les autres professionnels pour diverses conditions soient correctement pris en charge par le système de santé pour éviter qu'ils terminent leur expérience dans le cabinet d'un médecin, faute du bon diagnostic ou d'absence de traitement.

¹ *Modèles d'Organisation de la première ligne au Canada et à l'international*, École de la santé publique de l'Université de Montréal, rédigé par Mme Shoghig Téhinian et Dr Jean-Louis Denis, 24 octobre 2023

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

Diagnostic et responsabilité professionnelle

Avec le pouvoir de diagnostiquer certaines conditions de santé mentale ou sexuelle se greffent des responsabilités professionnelles et déontologiques relatives à la prise en charge, à la qualité des soins et au suivi du traitement.

La FMOQ croit que le succès du projet de loi passe par l'élaboration d'un **plan d'intégration des soins** identifiant les différentes trajectoires à suivre selon la condition d'un patient.

La FMOQ comprend la logique qui veut que si un professionnel peut évaluer une personne et la traiter, quelque part entre les deux étapes, il a posé un diagnostic sur sa condition. Cependant, les médecins ont reçu une formation beaucoup plus approfondie et complexe relativement au diagnostic, dont le diagnostic différentiel. La formation des médecins sur l'ensemble du fonctionnement du corps humain, incluant le cerveau, permet d'établir des diagnostics beaucoup plus complexes et précis.

Plusieurs troubles mentaux, sexuels ou de langage sont un mélange de dysfonctionnements de différents systèmes du corps humain ou encore, sont causés par une mauvaise interaction entre ces systèmes. Seul un médecin de famille détient l'expertise pour comprendre l'ensemble de ces interactions. Les personnes affectées de telles conditions médicales vont-elles finir par revenir dans le cabinet du médecin après une consultation initiale ailleurs ?

Dans les règlements à venir, il sera donc important que chaque ordre établisse les balises claires des diagnostics de troubles mentaux et sexuels pouvant être établis et prévoir la responsabilité professionnelle du suivi médical et administratif.

Par exemple, le conseiller en orientation pourra désormais diagnostiquer des troubles mentaux (à la suite d'une formation accréditée). D'abord, quels seront les troubles mentaux qu'un conseiller en orientation pourra diagnostiquer ? Ensuite, si le conseiller ne peut prescrire un traitement en lien avec son diagnostic (analyse ou médication ou autre), le patient va devoir consulter un médecin qui devra alors procéder à une nouvelle évaluation pour enfin prescrire le bon traitement avec une ordonnance le cas échéant. L'objectif de la loi n'est donc pas atteint.

La FMOQ tient donc à rappeler que la notion de diagnostic ne doit pas être banalisée et l'Office des professions doit s'assurer que chaque professionnel soit bien outillé pour poser un diagnostic mais surtout, qu'il comprenne les responsabilités de prise en charge en lien avec ledit diagnostic.

Permettre à davantage de professionnels, qui ne sont pas des médecins, de poser des diagnostics peut mettre la population du Québec à risque si les trajectoires de soins et les responsabilités de chacun ne sont pas clairement définies. Plutôt qu'aider, les changements pourraient alors nuire à l'efficacité du système de santé. Un plan d'intégration des soins est donc requis ainsi que des règlements précis et négociés collectivement entre les ordres professionnels et les organismes représentatifs tels que la FMOQ.

La FMOQ comprend que le but de l'élargissement des professions est d'offrir au public un éventail plus large de professionnels pouvant prendre en charge une condition mentale, sexuelle ou de langage.

Cette prise en charge doit comporter (i) le diagnostic (ii) le traitement (iii) le suivi du traitement ou encore, (iv) la référence vers le bon professionnel. Si un professionnel pose un diagnostic mais n'assume pas la responsabilité du traitement et du suivi, le patient va revenir consulter son médecin de famille pour recommencer le processus. Ceci doit absolument être évité.

Les trajectoires de soins doivent être clairement définies par Santé Québec, le ministère, les DRMG, les ordres professionnels et les organismes représentatifs (FMOQ, FMSQ, FIQ, etc.), pour ensuite être communiquées et implantées sur le terrain.

De plus, si l'objectif de ce projet de loi est de diminuer les tâches administratives des médecins en lien avec l'exigence d'un diagnostic officiel par les assureurs et employeurs, alors la FMOQ salue cette décision. Toute diminution du fardeau de la paperasse des médecins est un bon pas vers de meilleurs services à la population.

Pour ce faire, le législateur devra modifier les lois et règlements applicables aux assureurs, employeurs et organismes gouvernementaux afin qu'ils acceptent des formulaires complétés par les autres ordres professionnels qui pourront diagnostiquer des troubles mentaux, sexuels ou de langage.

Nous comprenons que les différents règlements à venir seront cruciaux pour le succès du projet de loi et qu'ils auront un impact certain sur la pratique de la médecine de famille

du Québec. En ce sens, la FMOQ, en tant qu'organisme représentatif officiel des médecins de famille, demande d'être consultée lors de l'élaboration de ces règlements.

Pour libérer des plages de rendez-vous additionnels auprès des médecins de famille, les professionnels de la santé doivent pouvoir diagnostiquer, initier le traitement ou diriger le patient vers le bon professionnel pour son traitement. Ces professionnels devront offrir des plages au GAP et être intégrés à l'offre régionale de services en cohérence avec les besoins de la population.

Sinon l'effet du projet de loi n° 67 (PL67) sera d'augmenter les consultations inutiles.

Les Pharmaciens : un possible conflit d'intérêts

Contrairement à un médecin qui prescrit un médicament, un pharmacien a un intérêt financier direct et immédiat en lien avec son pouvoir de prescrire. Ceci le place en position de conflit d'intérêts entre ses intérêts financiers personnels et ceux de la population.

Bien que plusieurs patients souhaiteraient se procurer les médicaments directement au cabinet du médecin qui vient de les prescrire, ceci n'est justement pas permis étant donné le conflit d'intérêts défini au paragraphe précédent.

Alors pourquoi permettre aux pharmaciens ce qui est interdit aux médecins ?

Avec les modifications à l'article 17 de la *Loi sur la pharmacie* et l'abrogation du *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien*, la FMOQ est préoccupée par les règlements à venir et sur les enjeux de conflits d'intérêts que cela soulève.

Il faut se rappeler que les pharmaciens n'ont ni la formation, ni le temps, et peu ou pas d'espace physique (local) pour procéder à une évaluation physique ou mentale d'un usager. De plus, ils n'ont pas accès aux DMÉ et à l'historique médical des patients. Ils travaillent avec un dossier pharmacologique.

Pour la FMOQ, la nouvelle définition de l'exercice de la pharmacie à l'article 41 du PL67 provoque des questions. Un des objectifs du projet de loi semble de vouloir mettre fin à la question de sémantique entre les termes « évaluer » et « diagnostiquer », mais en même temps, le projet de loi conserve le terme « évaluer » par endroits et le remplace par « diagnostiquer » ailleurs.

Il serait important pour le législateur de définir ces termes, et de clarifier toute distinction le cas échéant.

De cette prémisse, la FMOQ se demande si les termes « *L'exercice de la pharmacie consiste à évaluer l'état de santé, à prévenir et à traiter les maladies par...* » à l'article 41 permettent à un pharmacien de poser certains diagnostics ?

Si ce n'est pas le cas, il faudrait établir la distinction entre évaluer et diagnostiquer.

Si c'est le cas, la FMOQ croit qu'il est questionnable sur les plans éthiques et professionnels de conférer aux pharmaciens le pouvoir de diagnostiquer des maladies sans véritable examen ni consultation du DMÉ du médecin traitant, pour ensuite, leur permettre de vendre les médicaments reliés à ce diagnostic.

La possibilité pour un même professionnel de diagnostiquer, prescrire et vendre lors d'une même visite devrait soulever des questionnements.

Il sera important pour le gouvernement de procéder à des études d'impact des règlements à venir afin de quantifier les coûts additionnels.

Enfin, si une formation professionnelle était requise afin de permettre aux pharmaciens de diagnostiquer et prescrire de façon autonome, comment le public pourrait savoir si tel ou tel pharmacien pourra l'aider au lieu d'aller voir un médecin ? Par exemple, le pharmacien travaillant de 9h00 à 16h00 pourrait diagnostiquer une infection urinaire et prescrire des antibiotiques alors que son remplaçant débutant à 16h00 ne pourra le faire. Sans une uniformisation des formations, le public risque de finir dans le cabinet d'un médecin.

La propriété des cliniques médicales au Québec

Le projet de loi 67 comporte des dispositions sur les personnes morales à but non lucratif et des modifications aux articles 94 p) et 187.11 du *Code des professions*. La FMOQ croit que le projet de loi 67 est une opportunité à ne pas manquer pour aborder la question de la propriété des cliniques médicales au Québec.

En effet, la gestion des cliniques médicales par des non-médecins prend de l'ampleur au Québec et dans le reste du Canada. La FMOQ croit que le gouvernement doit intervenir

pour protéger le public et les professionnels. Plus précisément, nous croyons que la propriété de l'entité juridique, qui est propriétaire et gestionnaire de la clinique, devrait être réservée aux médecins.

De plus en plus de cliniques médicales sont acquises par des entreprises à but lucratif qui n'ont pas l'intérêt de la population comme objectif premier.

Ces entreprises peuvent subventionner les cliniques médicales afin d'attirer d'autres locataires tels qu'une pharmacie, un laboratoire, une clinique de physiothérapie, etc. Les médecins, pratiquant dans ces cliniques, ressentent alors une certaine pression à référer leurs patients chez leurs voisins locataires.

Plusieurs problèmes ont été rapportés par les autres provinces lorsque les cliniques médicales sont gérées par des entreprises étrangères et/ou par de non-médecins: ²

- DMÉ: Les dossiers médicaux sont la propriété des entreprises gestionnaires. Les patients et les médecins n'ont plus accès aux dossiers lors d'un départ de médecin ou de la fermeture d'une clinique. Le Collège des médecins du Québec mentionne d'ailleurs dans leur mémoire un tel cas au Québec pour lequel l'intervention d'avocats s'est avérée nécessaire.
- DMÉ: Les renseignements personnels et médicaux des patients canadiens sont conservés sur des serveurs à l'étranger et sont plus à risque de vols de données.
- DMÉ: Les entreprises anonymisent les données médicales contenues aux dossiers de patients pour ensuite les vendre à profit aux entreprises pharmaceutiques ou autres.
- Fuite vers le privé: Les entreprises étrangères opèrent souvent de façon privée, recrutant des médecins et infirmières du système public.
- Perte de l'autonomie des médecins: Dans les cliniques privées hors régime, les médecins sont normalement salariés. La relation entre l'exploitant et le médecin en devient une d'employeur-employé et l'indépendance professionnelle du médecin est remplacée par un lien de subordination.

² *Corporate ownership of clinics raises worries, including privacy*, Vancouver Sun, Mme Daphne Braham, 21 février 2023

- Pression pour référer: Les médecins subissent de la pression du gestionnaire pour voir plus de patients ou encore, pour référer inutilement leurs patients aux autres locataires de la clinique (pharmacie, physiothérapie, laboratoire, etc.)
- Clinique virtuelle: Plusieurs entreprises étrangères offrent des consultations virtuelles seulement, augmentant ainsi le risque de mauvais diagnostics pour les patients. De plus, les médecins n'ont aucun contrôle sur la gestion des dossiers médicaux.

La littérature de recherche en gestion³ démontre clairement depuis plus de vingt (20) ans que la présence de médecins cliniciens (mais non d'autres professionnels) sur le conseil d'administration d'un organisme de santé produit des soins de meilleure qualité à un coût moindre.

Il est dans l'intérêt de la population et de la saine gestion gouvernementale, que les médecins soient les propriétaires majoritaires des cliniques médicales du Québec.

Enfin, la FMOQ rappelle que le législateur a déjà protégé le public en prévoyant que la gestion des pharmacies devait relever uniquement des pharmaciens ou de sociétés par actions détenues par des pharmaciens. Même chose pour les laboratoires d'imagerie médicale et les centres médicaux spécialisés qui doivent rester la propriété des radiologues et chirurgiens.

Voir les extraits des lois pertinentes en **Annexe 1**.

Il irait dans la même logique d'éviter que la propriété des cliniques médicales tombe entre les mains d'entreprises étrangères à but lucratif. Plusieurs réseaux de cliniques médicales dans les autres provinces sont déjà la propriété d'entreprises étrangères.

Vous retrouvez en **Annexe 2**, notre suggestion de texte réglementaire qui protégerait la propriété des cliniques médicales du Québec.

³ *Physician-leaders and hospital performance: Is there an association?*, Social Science and Medicine, par Amanda H. Goodall, 6 Juillet 2011

COMMENTAIRES PARTICULIERS

MODIFICATIONS AU CODE DES PROFESSIONS

Articles 3 et 36 :

Nous réitérons notre commentaire général que les règlements à venir devront délimiter clairement les diagnostics de « troubles mentaux » pouvant être posés par chaque ordre professionnel (infirmières, psychologues et conseillers en orientation) et surtout, les obligations de traitement, le suivi médical et le suivi administratif en lien avec le diagnostic posé.

Des trajectoires de soins devront être négociées collectivement entre les professionnels afin d'assurer l'objectif du projet de loi qui est d'élargir la première ligne et non la complexifier.

Article 13 :

Aucun commentaire sauf ceux prévus à la section « *La propriété des cliniques médicales au Québec* » de la page 9.

Article 27 :

Nous nous questionnons sur le sens et la portée de l'ajout de l'article 187.19.1 au Code des Professions et plus précisément sur les termes « ...un coût modique ».

Plusieurs médecins exercent au sein de coopératives de santé ou autres personnes morales à but non lucratif. Ces médecins facturent les honoraires négociés par la FMOQ avec le MSSS et payables par la RAMQ. Est-ce que ces honoraires sont visés par cet article?

De plus, la FMOQ questionne dans l'ensemble l'imposition d'un coût modique pour des services médicaux prodigués au sein d'un OSBL. Le fait d'être un OSBL n'est pas incompatible avec la facturation de prix raisonnables pour les services reçus.

Le but d'un OSBL est d'offrir une forme de services à la population sans viser la réalisation de profit. Tout profit doit être réinvesti dans sa mission, c'est-à-dire dans son budget pour l'année suivante. Cela ne veut pas dire que les médecins de l'organisme ne peuvent pas facturer des honoraires raisonnables qui permettront à la clinique de couvrir ses dépenses.

L'expression « coût modique » est très dangereuse au niveau de son interprétation. Les membres des OBNL pourraient contester les honoraires des professionnels et forcer la fermeture de plusieurs cliniques, dont les coopératives de santé qui desservent plusieurs milieux ruraux du Québec. Est-ce l'objectif recherché par cette disposition?

Nous suggérons de remplacer « coût modique » par « un coût raisonnable ».

MODIFICATION À LA LOI SUR LA PHARMACIE

Article 40: LA FMOQ note que des règlements de conditions et modalités des activités des pharmaciens sont à venir pour les paragraphes 5 à 11. Ces règlements seront très importants pour la protection du public et ils auront un impact sur la pratique des médecins. La FMOQ demande d'être consultée en amont de leur rédaction.

Article 41 :

Modification à l'article 17 de la Loi sur la pharmacie :

L'article 17 de la *Loi sur la pharmacie*, qui définit cette profession et énumère ses activités réservées, est substantiellement modifié par le PL67.

Premier alinéa :

D'abord, une nouvelle définition est prévue et elle semble permettre aux pharmaciens de poser des diagnostics (« évaluer »), prévenir des maladies et les traiter.

Nous réitérons notre commentaire général de la page 7 à l'effet que la FMOQ croit qu'il est préoccupant pour le public de permettre aux pharmaciens de poser des diagnostics et d'établir des traitements alors qu'ils n'ont pas la formation requise et qu'ils n'ont pas l'organisation spatiale et technique pour le faire (bureau privé, DMÉ, personnel).

Si le souhait du gouvernement est de permettre aux pharmaciens d'effectuer des diagnostics et de prescrire des traitements pour en faire des intervenants de la première ligne, au même titre que les médecins, IPS et autres professionnels en santé mentale, il est primordial de modifier leur formation universitaire et clinique et d'attendre que les nouvelles cohortes entrent sur le marché. En précipitant un changement aussi important, sans formation, la santé des Québécois est en jeu.

Comment un pharmacien peut-il évaluer médicalement une personne alors qu'il n'a pas toujours accès à un bureau de consultation adapté, qui devrait respecter les mêmes exigences réglementaires que celles applicables aux médecins, qu'il n'a pas accès aux DMÉ et que sa présence est déontologiquement requise en laboratoire pour la préparation des médicaments et la vérification du travail des commis sous sa surveillance?

Comment peut-il poser un diagnostic fiable dans de telles conditions ?

De plus, le pharmacien sera en conflit d'intérêts direct lors de toute consultation avec un client de sa pharmacie puisque toute vente de médicaments signifie un profit pour lui. Il n'a clairement pas l'indépendance professionnelle requise, contrairement aux médecins et infirmières qui n'ont aucun incitatif à prescrire des médicaments.

Les changements proposés pourraient engendrer une augmentation de la facture annuelle du Trésor pour la médication payable par la RAMQ.

Nous croyons donc que l'ancien texte de l'article 17 de la *Loi sur la Pharmacie* protégeait beaucoup mieux le public et le Trésor en limitant la capacité d'évaluation des pharmaciens à « *évaluer l'usage approprié des médicaments* » et non l'état de santé d'une personne. Il ne faut pas oublier que les pharmaciens n'ont pas reçu de formations académique et clinique relatives aux examens physiques ou psychologiques des personnes.

Article 17, 2^{ème} alinéa, paragraphe 1.1 : Même commentaire, la FMOQ croit préoccupant pour le public de permettre aux pharmaciens *d'évaluer la condition physique et mentale d'une personne* sans détenir la formation et l'expérience clinique pour diagnostiquer les maladies, en plus de ne pas avoir un environnement de travail adéquat : local de consultation adapté, prise de rendez-vous et temps suffisant pour effectuer une vraie consultation.

Inutile de dire que toute consultation médicale doit être privée afin de respecter le droit fondamental des citoyens à leur vie privée. La confidentialité des informations partagées lors d'une consultation est très sensible et personnelle. Cette consultation ne peut se faire dans la partie publique et ouverte des pharmacies.

La suppression de mots « *dans le but d'assurer l'usage approprié des médicaments* » nous laisse croire que l'intention du législateur est de permettre à un pharmacien de poser divers diagnostics des personnes présentes à leur comptoir.

Nous présumons que ce n'est pas le cas et que le texte doit donc être clarifié.

Cette modification ne réfère pas à des conditions d'application dans un règlement à venir, ce qui est inquiétant.

Article 17, 2^{ème} alinéa, paragraphe 6 :

Nous comprenons que le droit de prolonger une ordonnance sera revu dans un règlement à venir. Il faudra bien encadrer ce droit afin de protéger le public et les coûts annuels de la RAMQ.

Un règlement de modalités est à venir. La FMOQ demande à être consultée en amont lors de sa rédaction.

Article 17, 2^{ème} alinéa, paragraphe 8 :

Notre compréhension de cette modification est que les pharmaciens pourront substituer un médicament prescrit par un autre selon les conditions d'un règlement à venir. Le texte actuel permet la substitution uniquement pour cinq cas listés.

D'abord, il faudrait que toute substitution se fasse par un médicament dont les propriétés médicamenteuses et les effets secondaires sont les mêmes ou moindres.

Un règlement de modalités est à venir. La FMOQ demande à être consultée en amont lors de sa rédaction.

Article 17, 2^{ème} alinéa, ajout du paragraphe 10 :

Même commentaire que celui relatif au paragraphe 1.1.

La suppression de mots « *dans le but d'assurer l'usage approprié des médicaments* » nous laisse croire que l'intention du législateur est de permettre à un pharmacien de poser un diagnostic au comptoir et de prescrire sur le champ des analyses de laboratoire, sans l'exigence d'un lien avec les médicaments prescrits.

La FMOQ croit donc que le règlement d'application à venir devra délimiter les situations pour lesquelles un pharmacien peut prescrire des analyses ou tests.

Nous rappelons au Trésor que plus il y a de professionnels qui pourront prescrire des médicaments et des analyses de laboratoire, plus la facture des dépenses en santé gonflera annuellement et ce, de façon exponentielle avec l'arrivée des nouvelles cohortes de ces différents ordres professionnels.

Un règlement de modalités est à venir. La FMOQ demande à être consultée en amont lors de sa rédaction.

Article 17, 2^{ème} alinéa, paragraphe 11 :

Ce nouveau paragraphe très court au niveau du texte est potentiellement long du point de vue des répercussions. Il prévoit simplement : « *prescrire un médicament* ».

Actuellement, le pouvoir des pharmaciens de prescrire des médicaments sans ordonnance d'un médecin ou autre professionnel de la santé est réglementé par le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien* (M-9, R. 12.2.1.). Ce règlement a été adopté en vertu de la *Loi médicale*.

Le pouvoir des pharmaciens de prescrire des médicaments sans ordonnance remonte à 2013.

Le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien* (M-9, R. 12.2.) prévoyait une liste de conditions mineures, en Annexe 1, pour lesquelles le pharmacien pouvait prescrire un médicament si :

- i. un diagnostic avait été posé par un médecin et,
- ii. un médicament avait déjà été prescrit par un médecin.

Le pharmacien devait alors communiquer certaines informations au médecin traitant en lien avec sa prescription.

Avec la COVID, ce règlement a été modernisé en 2020 par un nouveau texte simplifié portant le même nom. : *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien* (M-9, R. 12.2.1).

Ce deuxième règlement prévoit treize (13) conditions mineures pour lesquelles un pharmacien peut prescrire un médicament si moins de cinq (5) ans se sont écoulés depuis la dernière prescription du médecin (sauf quelques conditions au délai de deux (2) ans).

Afin de protéger le public, le règlement exige une puissance égale ou inférieure au médicament prescrit antérieurement.

Ce règlement sera abrogé lors de l'entrée en vigueur du PL67. La FMOQ croit que le nouveau règlement devra limiter le droit des pharmaciens de prescrire à des conditions déjà diagnostiquées par un médecin ou IPS dans le passé.

Un nouveau règlement de modalités est à venir. La FMOQ demande à être consultée en amont, lors de sa rédaction.

MODIFICATIONS AUX RÈGLEMENTS DE CERTAINS ORDRES PROFESSIONNELS : Conseillers en orientation, psychologues, sexologues et infirmières

Articles 47 à 58 :

Ces articles prévoient essentiellement le remplacement des termes « évaluation » par « diagnostic » dans plusieurs règlements des ordres professionnels identifiés ci-haut.

Nous comprenons que certains pourraient y voir simplement une précision de sémantique, mais la FMOQ croit que l'intention du législateur est plutôt de permettre à différents professionnels du domaine de la santé d'établir des diagnostics afin de soulager les médecins des consultations qui ne visent qu'à confirmer ce diagnostic mais surtout, à remplir des formulaires administratifs des assureurs, employeurs, gouvernements, commissions scolaires, CNESST, SAAQ, exigeant un «diagnostic» officiel dans plusieurs situations.

Il faut donc revoir les obligations professionnelles et déontologiques des professionnels qui peuvent diagnostiquer des troubles mentaux, sexuels et de langage, afin qu'ils assurent le suivi administratif en lien avec leur diagnostic.

La FMOQ désire réitérer certains de nos commentaires généraux relativement à la responsabilité en lien avec le pouvoir de poser un diagnostic.

- Le professionnel qui pose un diagnostic est responsable du suivi médical et du suivi administratif de la personne, sous réserve de la prise en charge subséquente par un autre professionnel;
- Les obligations déontologiques des différents ordres devront être revues pour assurer la prise en charge des patients et préciser les nouvelles obligations en lien avec les diagnostics posés;
- Sans trajectoire de soins clairement définie pour chaque type de diagnostic, les citoyens, qui seront vus en première ligne par un non-médecin, vont finir dans le cabinet d'un médecin de famille pour recommencer tout leur épisode de soins;
- La phase de déploiement doit être négociée collectivement pour assurer un succès sur le terrain. Sans la mobilisation des différents professionnels impliqués, le statu quo sera maintenu.

CONCLUSION

Tel que mentionné en introduction, la FMOQ est en accord avec l'objectif ultime du gouvernement visant à élargir le champ de pratique de professionnels de santé en première ligne afin de la rendre plus performante. Notre but commun est de permettre aux citoyens de consulter le bon professionnel pour sa condition médicale, le tout dans un délai optimal.

La FMOQ déplore que les deux grandes fédérations regroupant tous les médecins du Québec, omnipraticiens et spécialistes, n'aient pas été invitées en commission parlementaire pour commenter le PL67. Le but du PL67 étant d'élargir la première ligne de soins au Québec, pourquoi ne pas entendre la voix des médecins ? Le projet de loi va changer la pratique médicale de plusieurs professionnels dont les médecins du Québec.

Le diagnostic n'étant plus un acte exclusif réservé aux médecins, il n'en demeure pas moins que les changements prévus au PL67 vont impacter toute la première ligne de soins qui se compose, pour l'instant, majoritairement de médecins. Pourquoi ne pas avoir entendu les piliers de la première ligne ? La FMOQ ne comprend pas.

Nous désirons rappeler au gouvernement son obligation constitutionnelle de négocier tout changement aux conditions de pratiques des médecins du Québec. L'élargissement des professions du domaine de la santé affectera la façon de faire de tous les intervenants en première ligne, dont les médecins. La FMOQ aurait dû être consultée avant la rédaction de ce projet de loi ou, à tout le moins, lors des commissions parlementaires.

RECOMMANDATIONS

VOICI LA LISTE DES RECOMMANDATIONS CONTENUES DANS CE MÉMOIRE :

- Le pouvoir de diagnostiquer les troubles mentaux, sexuels ou de langage doit comprendre la prise en charge des soins et des obligations administratives (formulaires et autre paperasse en lien avec le diagnostic);
- Selon la FMOQ, le succès du PL67 dépend du développement d'un plan intégré de trajectoires de soins entre les différents professionnels. Selon un type de diagnostic, le plan intégré dictera qui assume le traitement, le suivi du traitement et la charge administrative reliée au diagnostic. Les médecins feront partie de ces trajectoires de soins;
- Les nouveaux intervenants de première ligne devront faire partie d'un plan regroupant les effectifs médicaux d'une région;
- Les nouveaux intervenants devront offrir des plages au GAP (comme les IPSPL et les médecins) et le triage devra se faire selon le plan intégré des trajectoires de soins;
- Les règlements à venir devront donc être négociés pas seulement entre les ordres professionnels mais aussi avec les organismes représentatifs des professionnels dont les conditions de pratique seront affectées par l'élargissement.
- Il sera important de bien définir quels troubles mentaux pourront être diagnostiqués par les professionnels eu égard à leur formation et leur expérience. Il faudra également revoir les obligations déontologiques et professionnelles de ceux qui pourront poser de tels diagnostics afin qu'ils prennent en charge le suivi du patient.
- Il faut repenser la possibilité de laisser les pharmaciens diagnostiquer seuls des maladies tout en leur permettant, de façon concomitante, de prescrire des médicaments en lien avec leur diagnostic et ainsi faire un profit instantané.
- Il faut profiter du PL67 pour légiférer sur la propriété des cliniques médicales au Québec. Les cliniques doivent conserver une vocation de services de soins à la population, tel que les établissements le sont. Il faut éviter que les cliniques médicales deviennent la propriété d'intérêts étrangers visant la recherche du profit ou encore, la vente des renseignements de santé contenue dans les dossiers médicaux des millions de citoyens du Québec.

Vous pouvez compter sur la disponibilité de la FMOQ pour contribuer à la rédaction de la version finale du PL67 ou encore, des règlements à venir.

ANNEXE I

Loi sur la pharmacie, chapitre P-10:

1973, c. 51, a. 26; 1989, c. 31, a. 4; 2000, c. 13, a. 91.



27. Sous réserve des articles 28 à 30, seuls peuvent être propriétaires d'une pharmacie, ainsi qu'acheter et vendre des médicaments comme propriétaires d'une pharmacie, un pharmacien, une société de pharmaciens ou une société par actions dont toutes les actions du capital-actions sont détenues par un ou plusieurs pharmaciens et dont tous les administrateurs sont pharmaciens.

1973, c. 51, a. 27; 2001, c. 34, a. 20.



28. Au cas de décès d'un pharmacien propriétaire de pharmacie, l'héritier, le liquidateur de succession ou le fiduciaire de la succession peut administrer cette pharmacie pendant les trois années qui suivent le décès, en la plaçant sous la surveillance personnelle d'un pharmacien.

1973, c. 51, a. 28; 1999, c. 40, a. 212.



29. Au cas où un pharmacien propriétaire de pharmacie est sous tutelle ou mandat de protection et est en conséquence rayé du tableau, le tuteur ou le mandataire peut administrer cette pharmacie pendant une période de trois ans, en la plaçant sous la surveillance personnelle d'un pharmacien.

1973, c. 51, a. 29; 1989, c. 54, a. 180; 2020, c. 11, a. 202.

LOI SUR LES LABORATOIRES MÉDICAUX ET SUR LA CONSERVATION DES ORGANES ET DES TISSUS, chapitre L-0.2



30.2. Seul un médecin titulaire d'un certificat de spécialiste en radiologie diagnostique délivré par le Collège des médecins du Québec peut exploiter un laboratoire d'imagerie médicale générale. Si ce médecin agit pour le bénéfice d'une association, tous les membres de cette association doivent être titulaires d'un tel certificat. S'il agit pour le bénéfice d'une personne morale ou d'une société, plus de 50% des droits de vote rattachés aux actions ou aux parts de cette personne morale ou de cette société doivent être détenus:

1° soit par des médecins titulaires d'un tel certificat;

2° soit par une personne morale ou société dont les droits de vote rattachés aux actions ou aux parts sont détenus en totalité:

- a) par des médecins visés au paragraphe 1°; ou
- b) par une autre personne morale ou société dont les droits de vote rattachés aux actions ou aux parts sont détenus en totalité par de tels médecins;

3° soit à la fois par des médecins visés au paragraphe 1° et une personne morale ou société visée au paragraphe 2°.

Les affaires d'une personne morale, d'une société ou d'une association pour le bénéfice de laquelle un permis de laboratoire d'imagerie médicale générale est délivré doivent être administrées par un conseil d'administration ou un conseil de gestion interne, selon le cas, formé en majorité de médecins radiologistes qui exercent leur profession dans le laboratoire; ces médecins doivent en tout temps constituer la majorité du quorum d'un tel conseil.

Les actionnaires d'une personne morale ou les associés d'une société pour le bénéfice de laquelle un permis de laboratoire d'imagerie médicale générale est délivré ne peuvent, par convention, restreindre le pouvoir des administrateurs de cette personne morale ou de cette société.

2008, c. 28, a. 2; 2009, c. 29, a. 20.



30.3. Un laboratoire d'imagerie médicale générale ne peut être exploité que suivant l'une ou l'autre des formes suivantes:

1° un laboratoire où exercent exclusivement des médecins radiologistes soumis à l'application d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie ([chapitre A-29](#));

2° un laboratoire où exercent exclusivement des médecins radiologistes non participants au sens de cette dernière loi.

L'exploitant d'un laboratoire d'imagerie médicale générale doit, selon la forme sous laquelle le laboratoire est exploité, s'assurer du respect des exigences prévues au paragraphe 1° ou 2° du premier alinéa.

2008, c. 28, a.

ANNEXE II

SUGGESTION DE TEXTE POUR LA PROPRIÉTÉ DES CLINIQUES MÉDICALES AU QUÉBEC

Seul un médecin ou des médecins, titulaires d'un permis d'exercice en vigueur délivré par le Collège des médecins du Québec, peuvent exploiter une clinique médicale.

Si le ou les médecins agissent pour le bénéfice d'une personne morale sans but lucratif, plus de 50% des administrateurs de cette personne morale doivent être titulaires d'un tel permis.

Si le ou les médecins agissent pour le bénéfice d'une société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL) ou société par actions, plus de 50 % des droits de vote rattachés aux parts sociales ou aux actions doivent être détenus :

1° soit par un ou des médecins titulaires d'un tel permis;

2° soit par une personne morale, une fiducie ou une autre entreprise dont les droits de vote rattachés aux actions, aux parts sociales ou aux titres de participation sont détenus en totalité par au moins un médecin:

a) par un ou des médecins visés au paragraphe 1°; ou

b) soit par une personne morale, une fiducie ou une autre entreprise dont les droits de vote rattachés aux actions, aux parts sociales ou aux titres de participation sont détenus en totalité par au moins un médecin;

c) soit à la fois par des personnes, fiducies ou entreprises visées aux sous-paragraphe a ou b.

Les affaires d'une personne morale, d'une société ou d'une association pour le bénéfice de laquelle le cabinet est exploité sont administrées par un conseil d'administration ou un conseil de gestion interne, selon le cas, formé en majorité de médecins titulaires d'un permis d'exercice en vigueur délivré par le Collège des médecins du Québec qui exercent à la clinique médicale. Ces médecins doivent en tout temps constituer la majorité du quorum d'un tel conseil.

ANNEXE III

Daphne Bramham: *Corporate ownership of medical clinics raises worries, including privacy*

Extrait du Vancouver Sun du 21 février 2023

Sections Search

Subscribe for \$0.50/week

VANCOUVER SUN
Sign In

Daphne Bramham: Corporate ownership of medical clinics raises worries, including privacy

Opinion: It may be too late for governments to regulate this quiet takeover of a key health-care sector

Daphne Bramham

Published Feb 21, 2023 • Last updated Feb 22, 2023 • 4 minute read



A medical clinic inside a store in New York City. This model is favoured by a number of corporate owners of medical clinics in Canada. PHOTO BY SPENCER PLATT /Getty Images

Consultation sur le projet de loi n° 67

Over the past decade or so, both large and small corporations have been encroaching on Canada's public-health system by buying and building primary-care clinics.

Almost as quietly, doctors — who in the past have gone on strike to protest being put on government salaries — are signing on as corporate employees.

It's gone so far that some health-policy researchers believe Canada may have passed the tipping point with little that governments can now do to regulate them in ways that ensure both the public and patients' interests are protected.

The B.C. Health Ministry has incomplete data on walk-in clinics, according to a spokesperson. But of the 516 that it has identified, close to one in five is owned by a "non-physician corporation."

The 97 non-physician corporations include Jack Nathan Health, Primacy Management and the multinational Well Health. Of the 97 companies, 27 have applied for government help since it announced a \$118-million stabilization fund for primary care clinics.

The \$118 million is intended to pay administrative and overhead costs of doctors' clinics until the new payment system for family physicians kicks in, according to a ministry spokesperson. Under the new model, the total remuneration for family physicians is about to increase by more than 50 per cent to an average of \$385,000 a year.

For years, the B.C. government has pursued the Cambie Surgery Centre Clinic in the courts. In December, the Medical Services Commission filed a request for an injunction against Telus Health, alleging that it provides preferential access to publicly funded services. This month, it took a similar step against Harrison Healthcare.

But companies like Jack Nathan, Primacy and Well Health have largely flown under the radar.

That may be changing.

"The ministry is aware of concerns about the growth of large corporate entities in the provision of primary-care services and is actively engaging in policy discussions in response," a spokesperson said in an emailed response to my questions.

In November 2021, Ontario-based Jack Nathan bought five walk-in clinics in B.C., adding to the two it already owned here.

It now employs more than 400 physicians working in six provinces in 80 clinics. All but four are in Walmart Supercenters. It has another 114 clinics in Mexico, all in Walmarts.

Last year's capstone achievement was the opening of a large 4,000-square-foot clinic in Victoria.

It seems unlikely that Health Minister Adrian Dix was there for the ribbon cutting.

According to its unaudited financial statement, revenue increased 77 per cent in the first nine months of 2022. But it's still not making a profit. So now, it says, it must "focus on reassessing and controlling its operating costs."

Primacy Management owns more than 150 clinics in Canada including some in Loblaw stores, including Superstores, and employs 900 doctors. Owned by the publicly traded Calian Group Ltd., Primacy's website says it "provides innovative health care, communications, learning and cybersecurity solutions."

Like Jack Nathan, Primacy's fourth quarter results in 2022 marked another record year in revenue growth.

Canada's largest corporate owner is the multinational Well Health Technologies Corp. It owns 20 walk-in clinics in B.C., including one in the Richmond community centre built for the 2010 Olympic speedskating competition.

Its [website](#) says its more than 2,500 health professionals in Canada and the United States have had more than 4.6 million patient “interactions” and collected more than 23 million patient profiles.

The proliferation of these corporate health providers is something that Lindsay Hedden, an SFU health sciences professor, said governments ought to have anticipated.

“The horse has now left the barn on corporate influence,” she said. “They should have seen it coming with dentists and veterinarians. But they did nothing proactive to create policies or legislation to put boundaries on what companies can do in order to protect patients and our interests.”

She and others have long raised concerns that this can result in doctors being pressured to see more patients than they otherwise would. There may be incentives for ‘upselling’ patients into other clinic services and products not covered by medicare — things like physiotherapy, counselling and nutritional supplements.

But Hedden said of greater concern is what happens to personal information.

Without patient consent, commercial data brokers are already collecting and selling anonymized data from these clinics, pharmacies, private drug insurers and the federal government.

The primary purchasers are pharmaceutical companies, according to Dr. Sheryl Spithoff and other University of Toronto researchers. But governments are also buying it because they do such a poor job of collecting and sharing data themselves.

The bigger threat though are companies like Primacy, Well Health and Telus whose data collection isn’t necessarily covered under privacy legislation.

“Since many Canadian pharmacies, and an increasing number of medical clinics and virtual care platforms, are owned by large corporations, internal research and development could include very broad uses, such as the development of commercial marketing tools,” Spithoff and her collaborators [reported](#) last year in the Canadian Medical Association Journal.

There are a million British Columbians and five million other Canadians without family doctors.

To see a doctor, they often line up hours before clinics open for the day. They may then spend several more hours browsing Walmart and Superstore until a pager beeps to let them know that the doctor can see them.

Does it matter to them what happens to their personal data? Probably.

But what choice do they have? Aside from hospital emergency departments, these clinics are their lifeline.⁴

dbramham@postmedia.com



⁴ <https://vancouversun.com/opinion/columnists/daphne-bramham-corporate-ownership-of-medical-clinics-raises-worries-including-privacy>

ANNEXE IV

Amanda H. Goodall: *Physician-leaders and hospital performance: Is there an association?*

Social Science and Medicine

Social Science & Medicine 73 (2011) 535e539



Contents lists available at ScienceDirect

Social Science & Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/socscimed



Short report

Physician-leaders and hospital performance: Is there an association?

Amanda H. Goodall ^{a,b,c,*}

^a IZA Institute for the Study of Labor, Schaumburg-Lippe-Str. 5-9, 53113 Bonn, Germany

^b Visiting Fellow, Cass Business School, UK

^c Associate Fellow, University of Warwick, UK

ARTICLE INFO

Article history:

Available online 6 July 2011

Keywords:

Leadership
Hospitals
Physicians
Professional managers
USA

ABSTRACT

Although it has long been conjectured that having physicians in leadership positions is valuable for hospital performance, there is no published empirical work on the hypothesis. This cross-sectional study reports the first evidence. Data were collected on the top-100 U.S. hospitals in 2009, as identified by a widely-used media-generated ranking of quality, in three specialties: Cancer, Digestive Disorders, and Heart and Heart Surgery. The personal histories of the 300 chief executive officers of these hospitals were then traced by hand. The CEOs are classified into physicians and non-physician managers. The paper finds a strong positive association between the ranked quality of a hospital and whether the CEO is a physician or not ($p < 0.001$). This kind of cross-sectional evidence does not establish that physician-leaders outperform professional managers, but it is consistent with such claims and suggests that this area is now an important one for systematic future research.

© 2011 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Introduction

In the past, hospitals were routinely led by doctors. That has changed. In the United Kingdom (UK) and the United States (US), most hospital chief executive officers (CEOs) are non-physician managers rather than physicians (Darzi, 2009; Falcone & Satiani, 2008; Halligan, 2008; Horton, 2008). Of the 6500 hospitals in the US, only 235 are led by physicians (Gunderman & Kanter, 2009). It has been suggested that placing physicians into leadership positions can result in improved hospital performance and patient care (Candace & Giordano, 2009; Darzi, 2009; Dwyer, 2010; Falcone & Satiani, 2008; Halligan, 2008; Horton, 2008; Stoller, 2009). The UK has recently established five Academic Health Science Centres (AHSCs). Their mission is to bring the practice of medicine closer to research in the hope that innovative science can more quickly be translated into clinical procedures (Smith, 2009). Physician leadership was also prioritized in the 2008 National Health Service (NHS) review (Darzi, 2008, 2009; Horton, 2008). Some outstanding American medical facilities for example the Cleveland and Mayo Clinics have explicitly introduced leadership training (e.g. Stoller, Berkowitz, & Bailin, 2007), and management and leadership education is being incorporated into medical degrees (Fairchild, Benjamin, Gifford, & Hout, 2004; Stern & Papadakis, 2006); this is

supported by a new literature that focuses on the key competencies required to be an effective

physician-leader (Chaudry, Jain, McKenzie, & Schwartz, 2008; Stoller, 2008).

Currently, however, there are no empirical studies that assess the physician-leadership hypothesis that hospitals perform better when they are led by doctors (see Dwyer, 2010 for a review of the literature on medical managers). To establish a clear relationship between leadership and organizational outcomes is challenging because many of the conditions required for an unambiguously causal analysis cannot be met. This paper provides an empirical inquiry. It looks at the leaders currently being hired by hospitals and examines the question: are CEOs in hospitals ranked higher typically physicians or non-medical managers?

The wealthiest and most prestigious hospitals arguably have the widest choice of leadership candidates. If it can be shown that hospitals positioned higher in a widely-used media ranking are more likely to be led by medical experts rather than managers, this is one form of evidence that physician-leaders may make effective CEOs.

A related study, although not concerned explicitly with leadership, is Yasaitis, Fisher, Skinner, & Chandra, 2009, which influenced this paper's choice of title.

* IZA Institute for the Study of Labor, Schaumburg-Lippe-Str. 5-9, 53113 Bonn, Germany. Tel.: +49 (0) 7962 211317.

E-mail address: amanda@amandagoodall.com.

Data and methods

The paper identifies the CEOs in the top ranked hospitals in America - determining whether those hospitals situated higher in the league table are more likely to be headed by physician-leaders or professional managers. To do this, one particular quality ranking is used, namely, the league tables produced by US News and World Report's "Best Hospitals" 2009.

The study constructs a dataset on CEOs in the top-100 hospitals in the three specialties of Cancer, Digestive Disorders, and Heart and Heart Surgery.

Data

The US News and World Report (USNWR) ranking is designed to inform consumers about where to seek treatments for serious or complex medical problems. Media-generated league tables cannot be viewed as entirely reliable measures of quality; nonetheless, using rating systems as heuristic devices to assess healthcare providers has become common in the US (Schneider & Epstein, 1998) and it has been shown to influence consumers' behavior (Pope 2009).

This study uses the USNWR classification because it is one of the most established. Its Index of Hospital Quality (IHQ) incorporates a number of empirical measures and over the years serious attempts have been made at consistency. The underlying methodology for the ranking was developed by the National Opinion Research Center at the University of Chicago, which compiled the league tables from 1993 to 2004. In 2005, Research Triangle Institute (RTI) International started producing the ranking. RTI states that, despite some refinements and additions, the methodology is approximately the same as in earlier years. (RTI's introduction to the 2009 rankings methodology can be found in the web-accessible version of this paper in Appendix A).

In the 2009 USNWR ranking, 4861 medical facilities are assessed across 16 specialties. Of the sixteen, twelve of the specialties are rated using IHQ scores. These twelve include: Cancer, Diabetes and Endocrine Disorders, Digestive Disorders, Ear, Nose and Throat, Geriatric Care, Gynecology, Heart and Heart Surgery, Kidney Disorders, Neurology and Neurosurgery, Orthopedics, Respiratory Disorders, and Urology. For the remaining 4 e Ophthalmology, Psychiatry, Rehabilitation, and Rheumatology e just physicians' reputational score is used by USNWR. Only hospitals evaluated using IHQ scores are considered in this study.

The American Hospital Association (AHA) Annual Survey Database is the main source of information for each medical facility assessed by USNWR. To qualify for ranking in a given IHQ-driven specialty, every hospital is required to pass through two stages of eligibility. The first set of criteria oblige hospitals to either be

a member of the Council of Teaching Hospitals (COTH), be affiliated with a medical school (American Medical Association or American Osteopathic Association), to have at least 200 hospital beds set up and staffed or, finally, to have available at least four of eight important key technologies (for example, a cardiac intensive care unit, or endoscopic ultrasound) and have at least 100 hospital beds set up and staffed. Stage 2 of the eligibility process requires hospitals to demonstrate that they can successfully treat and discharge a specified number of complex cases in a given specialty. Of the 4861 medical facilities initially assessed by USNWR in 2009, 1859 hospitals were deemed eligible for analysis in at least one of the IHQ-driven specialties.

Three areas of healthcare performance are reflected within the IHQ quality scores: structure, process, and outcomes. These are described in Table 1. 'Structure' is assigned 30% of the IHQ total score. It refers to the resourcing of patient care, such as, for example, the number of nurses, available technologies and patient services. 'Outcomes' is a measure of mortality rates 30 days after admission for the IHQ-driven specialty. The mortality rates are risk-adjusted to control for the severity of a patient's illness, their age and other factors. 'Process' is about the delivery of care; it incorporates diagnosis, treatment and prevention. The process component draws on survey data from board-certified physicians who assign a reputation score in their field of medicine. Finally, a 'patient-safety index' is included. This measure incorporates factors such as safety and "freedom from accidental injury", and the practice of up-to-date medical procedures. The Outcomes and Process measures each account for 35% of overall IHQ scores, which includes 5% weight allocated to patient-safety (distributed between outcomes and process).

No single general ranking exists in the USNWR tables. Instead, the top-50 hospitals are identified in each of the 16 specialist fields and published in U.S. News & World Report. In addition, there is an extra and more selective ranking of 'Honor Roll' hospitals e those that performed well in at least 6 of the 16 specialties. Twenty-one institutions made it on to this elite list in the 2009 Honor Roll.

The data in this paper cover the top-100 hospitals in the three specialist fields of Cancer, Digestive Disorders, and Heart and Heart Surgery. These three fields were chosen because they are assessed using IHQ scores and they represent ailments that are believed to be important and relatively common among the general population.

In this study the top-50 ranked hospitals in each of the three IHQ-driven specialties are taken from the 2009 USNWR ranking. To identify the second 50 (which creates the top-100 tables in this

Table 1
Construction of the dependent variable - Index of Hospital Quality (IHQ).^a

Structure 30% Weight	Outcomes 35% Weight	Process 35% Weight
<ul style="list-style-type: none"> ∩ Availability of key technologies (15 technologies linked to specialty fields). ∩ Volume index (number of medical and surgical discharges). ∩ Nurse staffing e intensity of outpatient and inpatient, and level of excellence. ∩ Presence of a trauma center. ∩ Patient services index (e.g. presence of an Alzheimer's center, fertility clinic, etc.). ∩ Have at least one specialist in critical care medicine. 	<ul style="list-style-type: none"> ∩ Mortality rates 30 days after admission for all IHQ-driven specialties. It is calculated using a risk-adjusted method which includes: Volume of cases; Severity of illness; and a specialty-specific risk-adjusted mortality calculation. ∩ Patient-safety index includes: "freedom from accidental injury", the practice of modern medical procedures and safety. This accounts for 5% of total score and is tied to both Outcomes and Process. 	<ul style="list-style-type: none"> Reflects physicians' decisions made in the hospital setting, such as: ∩ Choices about admission ∩ Diagnostic tests ∩ Course of treatment ∩ Choice of medication ∩ Length of stay. <p>This information is acquired through a survey of randomly selected board-certified specialist physicians in each specialty field.</p>

^a The weights add to 100%. This information has come from "America's Best Hospitals" 2009 methodology produced by Research Triangle Institute (RTI) International. IHQ scores are assigned to the 12 specialty fields that are data-driven: Cancer, Diabetes and Endocrine Disorders, Digestive Disorders, Ear, Nose and Throat, Geriatric Care, Gynecology, Heart and Heart Surgery, Kidney Disorders, Neurology and Neurosurgery, Orthopedics, Respiratory Disorders, and Urology. 1859 US hospitals out of a total of 4861 were assessed by USNWR in at least one specialty and ranked.

paper), this study ranked all the remaining hospitals by their IHQ scores, which were listed on the USNWR website. This generated a ranking of top-100 hospitals.

Next, data were collected on each hospital CEO. To do this, the study used hospitals' websites, and on some occasions personal contact with institutions (in the form of a request for the name of the CEO). Each chief executive officer was classified into one of two categories e physician-leaders, and leaders who are non-physician managers. To qualify as a physician-leader, by this study's criterion, a CEO must have been trained in medicine (MD). Some information was available about the extent to which MD-trained leaders in the dataset had been career physicians. Most MD chief executive officers reported that they had clinical experience. Consistent information was not available on the level or number of years of clinical experience that each CEO had obtained. There were three nurses among the CEOs in the sample, and they were categorized as non-physicians.

The data used in this paper were acquired through public sources e USNWR's website and from hospital websites e so that for this study no further ethics approval was necessary.

Analysis

To establish whether hospitals higher in the USNWR rankings are more likely to be led by physicians, the study uses *t*-tests and regression equations. It does this for the top-100 hospitals in each of three medical fields; the statistical results are presented in the form of tables and a bar diagram.

Table 2 reveals how IHQ hospital-quality scores are distributed across the top-100 hospitals in each of the three fields in this study: Cancer, Digestive Disorders and Heart and Heart Surgery. For Cancer, for example, the mean of the IHQ scores in the sample is 28.0 (whereas for each of the three specialties, the maximum feasible score is normalized at 100) and the standard deviation is 12.6. There are 51 physician-leaders among this set of 100 CEOs. Thirty-three are in the top-50 hospitals, and 18 lead hospitals in the lower 50 group. Of the 100 leaders, 15 of the CEOs are female.

For the other two specialties, there are, respectively, 34 physician-leaders in the top-100 hospitals in Digestive Disorders, and 37 in Heart and Heart Surgery.

IHQ scores do not follow a normal distribution. With a sample of 100 observations, however, there can be expected, by the Central Limit Theorem, to be no major bias to later results.

Findings

Fig. 1 depicts the mean hospital-quality scores e for the separate fields of Cancer, Digestive Disorders, and Heart and Heart Surgery e for physician-headed and manager-headed hospitals. In each of the three cases, the mean IHQ score of hospitals where the Chief Executive Officer is a physician is greater than the mean score of the hospitals where the CEO is a professional manager. For example,

Table 2
Distribution of the Index of Hospital Quality (IHQ) scores for the top-100 hospitals in the specialties of cancer, digestive disorders, and heart and heart surgery.^a

	Cancer	Digestive disorders	Heart and heart surgery
Maximum IHQ score	100	100	100
Minimum IHQ score	19.3	16.6	20.3
Mean IHQ score	28.0	22.0	25.8
Standard deviation	12.6	11.2	11.2

^aThe top-50 in each of the twelve IHQ-driven specialties is published in USNWR. To identify the second 50 (which creates the top-100 data in this paper), this study ranked all the remaining hospitals by their IHQ scores, which are available on the USNWR website. This generated a ranking of top-100 hospitals.

the mean IHQ hospital-quality score of the Cancer hospitals led by physicians is 31.63 (SD ¼ 16.29) while the mean quality score of Cancer hospitals led by non-physician managers is 23.61 (SD ¼ 4.18).

Table 3 depicts the relationship more formally. The regression equations reveal that the presence of a physician-CEO is associated at the *p* < 0.001 level with an extra 8 to 9 hospital-quality points (as measured by an IHQ scale). In size, that is equivalent to approximately two-thirds of 1 standard deviation in IHQ hospital quality. The explanatory power of Table 3's equations is modest. For Cancer hospitals, for example, the R-squared is 0.09.

For the field of Cancer, a variable for the size of hospital, the number of beds, was checked as one possible confounding factor. The mean number of beds per hospital is 652 (SD ¼ 361). This variable always entered with a coefficient insignificantly different from zero and did not alter the coefficient on the physician-leadership variable.

If the analysis is re-run with hospitals ranked in an ordinal way instead of being allocated an actual IHQ score, the statistical relationship continues to hold (*p* < 0.001). It might be feared that a handful of hospitals of all-round quality is what drives the study's result; however, if the sample is restricted to those hospitals that appear only once in any of the three rankings, and the ranked position of each hospital is correlated with whether the leader is a physician, the relationship still holds. Although this latter check is not ideal because it necessarily omits observations, it shows, encouragingly, that the pattern remains strong when the hospitals that perform the best across more than one category are removed (i.e. it is not just the best, or the same, hospitals driving the results in the three specialties).

Finally, it is of interest to study the USNWR so-called 'Honor Roll'. Within this selective group of the highest-ranking hospitals, the majority of CEOs e 16 out of 21 e are physicians. Among Honor Roll hospitals, USNWR quality scores are graded differently; they vary on a scale from a maximum score of 30 to a minimum score of 7. The mean hospital IHQ quality score for the Honor Roll sample is 17.0 (SD ¼ 7.22). Among these hospitals run by physicians, the mean IHQ score is 18.38 (SD ¼ 7.37); the mean score of Honor Roll hospitals led by managers is 12.60 (SD ¼ 5.03).

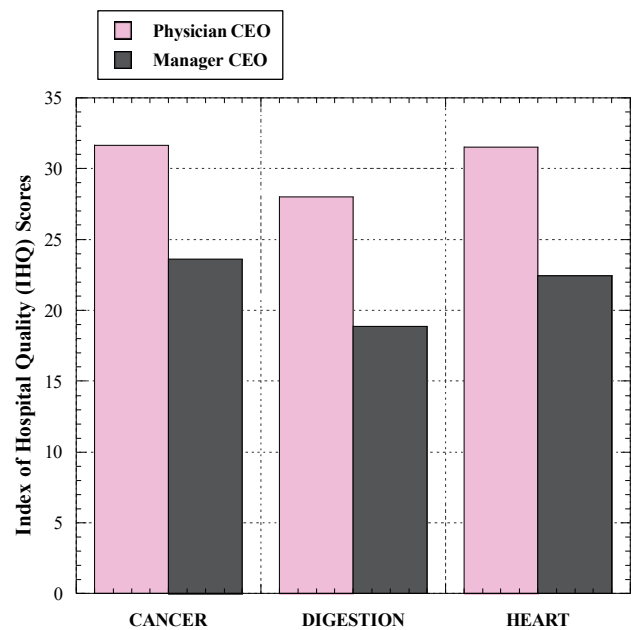


Fig. 1. Mean Index of Hospital Quality (IHQ) Score of Hospitals Led by Physician CEOs and Manager CEOs in Three Specialty Fields

Table 3
Regression equations for IHQ hospital-quality in the fields of cancer, digestive disorders, and heart and heart surgery.^a

	1	2	3
	The top-100 hospitals in the field of cancer	The top-100 hospitals in the field of digestive disorders	The top-100 hospitals in the field of heart and heart surgery
Hospital led by a physician ^b	8.02*** (3.34)	9.19*** (4.21)	9.06*** (4.21)
Adjusted R ²	0.09	0.15	0.14
Constant	23.61	18.85	22.44
	n ¼ 100	n ¼ 100	n ¼ 100

The dependent variable is an IHQ hospital-quality score. The independent variable is a (1,0) dummy variable.

Coefficients are shown with t-statistics in parentheses; *** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$.

These estimates are cross-section associations.

^a Data from US News and World Report 'Best Hospitals' 2009.

^b This is a variable where 1 ¼ Physician-leaders; 0 ¼ Non-Physician-leaders.

Discussion

This study's results are cross-sectional associations and use one particular hospital-quality ranking. This means they have important limitations. The findings do not prove that doctors make more effective leaders than professional managers. Potentially, they may even reveal a form of the reverse assortative matching in that the top hospitals may be more likely to seek out MDs as leaders and vice versa. Arguably, however, the better hospitals will have a wider pool of CEO candidates from which to choose, because of the extra status and wealth that they attract. This makes the fact established in this paper an interesting one. The study's results show that hospitals positioned highest in the USNWR ranking have made judgments that differ from those hospitals lower down: on average they have chosen to hire physician-leaders as CEOs.

In the literature, vigilance about reliance on USNWR rankings is reported: some authors are more condemning (e.g. Halasyamani & Davis, 2007; McGaghie & Thompson, 2001) than others (e.g. Wang et al., 2007; Philibert, 2009; Souba, 2008). Philibert suggests (citing Schneider & Epstein, 1998, and Hannan, Stone, Biddle, & DeBuono, 1997) that 'the "America's Best Hospitals" rankings are valued by institutions and enjoy greater public recognition than more "scientific" sources of information on clinical quality available to patients and referring physicians' (2009, p. 178). Nevertheless, she points to Halasyamanti and Davis (2007), who contrast performance rankings based on adherence to clinical guidelines using Medicare program's 'Hospital Compare'. Medicare's 'Hospital Compare' is produced by the U.S. Department of Health and Human Services, and, like the USNWR ranking, it is designed to inform the public about the care offered to adult patients for a range of medical treatments in their local hospitals. Halasyamanti and Davis (2007) found an imperfect correlation for cardiac diagnoses and respiratory disorders between the highest-ranked hospitals in USNWR and those in 'Hospital Compare'. Philibert's (2009) main criticisms of the USNWR rating are that prestigious institutions stand to gain the most; high-profile hospitals can attract more qualified clinicians and this does not necessarily translate into a better learning environment; and in the USNWR ranking too much emphasis is placed on specialized medical services instead of prevention and health maintenance (Philibert, 2009, p. 183).

Discrepancies between rankings and other hospital-quality measures highlight the difficulty for researchers. In the UK there are disagreements about the two most commonly used hospital-performance indicators: the NHS's Care Quality Commission and Dr. Foster Research (see Thompson, 2009).

Cross-sectional analyses can only be suggestive of causality. The results in this paper are consistent with complementary evidence on the role of 'expert leaders' that is emerging from other (non-

medical) areas e summarized for example in Goodall (2006,2009a,b); Goodall, Kahn, & Oswald, 2011). Goodall argues that experts have the advantage that they have acquired a deep intuitive knowledge about the core business of their organizations and this may help with decision-making and institutional strategy. Falcone & Satiani (2008) suggest that a physician-leader who has spent years as a medical practitioner has acquired integrity that implies "walking the walk" (2008, p. 92) which, they argue, enhances a leader's credibility. Physician-leaders who have greater credibility may act as role models for medical staff and their presence may help hospitals to attract talented medical personnel. However, such explanations are merely suggestive; the mechanisms are not properly understood. The next, and vital, step for researchers is to design longitudinal inquiries into the possibility that physician-leaders improve the (later) performance of American hospitals. Other important variables, such as a CEO's tenure and the level and number of years of clinical experience that each CEO had obtained, could also be included. If it can be shown that physician-leaders improve hospital performance, then the ensuing empirical question to be addressed is why and how this happens e by examining the transfer processes through which hospitals are influenced by their leaders' actions.

Conclusion

There has been much discussion in the USA, and increasingly in the UK, about the relative merits of having physicians and non-physician managers in leadership positions. Yet no evidence has been published one way or the other. Given the difficulty of creating objective hospital performance measures, it is necessary to be cautious in empirical work. This paper does not establish that physicians make more effective leaders when compared with professional managers; but it starts the empirical process. It finds e in each of three disciplinary fields e that hospitals positioned higher in the US News and World Report's "Best Hospitals" ranking are led disproportionately by physicians.

Acknowledgments

For valuable discussions, I thank: Nick Bloom, the late Yvonne Carter, Julian Le Grand, Paul Nightingale, Andrew Oswald, Devin Pope, Jenny Simpson, Stephen Smith, James Stoller and Steven Thornton. For helpful comments on the paper I am grateful to Peter Davis, Senior Editor, and three anonymous reviewers. Thanks also to the Leverhulme Trust for funding my research fellowship.

Appendix. Supplementary data

Supplementary data associated with this article can be found, in the online version, at doi:10.1016/j.socscimed.2011.06.025.

References

- America's Best Hospitals. (2009). *Methodology and ranking, produced by Research Triangle Institute (RTI) international*. available at http://www.rti.org/pubs/abhmethod_2009.pdf.
- Candace, I., & Giordano, R. W. (2009). Doctors as leaders. *British Medical Journal*, *338*, b1555.
- Chaudry, J., Jain, A., McKenzie, S., & Schwartz, R. W. (2008). Physician leadership: the competencies of change. *Journal of Surgical Education*, *65*, 213e220.
- Darzi, A. (2008). *High quality care for all: NHS next stage review final report*. London: Department of Health.
- Darzi, A. (2009). A Time for revolutions of the role of physicians in health care reform. *New England Journal of Medicine*, *361*, e8.
- Dwyer, A. J. (2010). Medical managers in contemporary healthcare organisations: a consideration of the literature. *Australian Health Review*, *34*, 514e522.
- Fairchild, D. G., Benjamin, E. M., Gifford, D. R., & Huot, S. J. (2004). Physician leadership: enhancing the career development of academic physician administrators and leaders. *Academic Medicine*, *79*, 214e218.
- Falcone, B. E., & Satiani, B. (2008). Physician as hospital chief executive officer. *Vascular and Endovascular Surgery*, *42*, 88e94.
- Goodall, A. H. (2006). Should research universities be led by top researchers, and are they? *Journal of Documentation*, *62*, 388e411.
- Goodall, A. H. (2009a). Highly cited leaders and the performance of research universities. *Research Policy*, *38*, 1079e1092.
- Goodall, A. H. (2009b). *Socrates in the boardroom: Why research universities should be led by top scholars*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.
- Goodall, A. H., Kahn, L. M., & Oswald, A. J. (2011). Why do leaders matter? A study of expert knowledge in a superstar setting. *Journal of Economic Behavior and Organization*, *77*, 265e284.
- Gunderman, R., & Kanter, S. L. (2009). Educating physicians to lead hospitals. *Academic Medicine*, *84*, 1348e1351.
- Halasyamani, L. K., & Davis, M. M. (2007). Conflicting measures of hospital quality: ratings from "Hospital Compare" versus "Best hospitals". *Journal of Hospital Medicine*, *2*, 128e134.
- Halligan, A. (Jul 7 2008). Aidan Halligan on why Darzi needs clinical leadership. *Health Services Journal*.
- Hannan, E. L., Stone, C. C., Biddle, T. L., & DeBuono, B. A. (1997). Public release of cardiac surgery outcomes data in New York: what do New York state cardiologists think of it? *American Heart Journal*, *134*, 1120e1128.
- Horton, R. (2008). The Darzi vision: quality, engagement, and professionalism. *The Lancet*, *372*, 3e4.
- McGaghie, W. C., & Thompson, J. A. (2001). America's best medical schools: a critique of the U.S. news and world report rankings. *Academic Medicine*, *76*, 985e992.
- Philibert, I. (2009). Can hospital rankings measure clinical and educational quality? *Academic Medicine*, *84*, 177e184.
- Pope, D. G. (2009). Reacting to rankings: evidence from "America's best hospitals". *Journal of Health Economics*, *28*, 1154e1165.
- Schneider, E. C., & Epstein, A. M. (1998). Use of public performance reports. *Journal of the American Medical Association*, *279*, 1638e1642.
- Smith, S. K. (2009). The value of academic health science centres for UK medicine. *The Lancet*, *373*, 1056e1058.
- Souba, W. W. (2008). Rankings. *Journal of Surgical Research*, *148*, 109e113.
- Stern, D. T., & Papadakis, M. (2006). The developing physician becoming a professional. *New England Journal of Medicine*, *355*, 1794e1799.
- Stoller, J. K. (2008). Developing physician-leaders: key competencies and available programs. *Journal of Health Administration Education*, Fall.
- Stoller, J. K. (2009). Developing physician-leaders: a call to action. *Journal of General Internal Medicine*, *24*, 876e878.
- Stoller, J. K., Berkowitz, E., & Bailin, P. L. (2007). Physician management and leadership education at the Cleveland clinic foundation: program impact and experience over 14 years. *Journal of Medical Practice Management*, *22*, 237e242.
- Thompson, G. (2009) *Indicators of hospital performance*. Care Quality Commission and Dr. Foster Research, House of Commons Standard Note: SN/SG/ 5237.
- Wang, O. J., Wang, Y., Lichtman, J. H., Bradley, E. H., Normand, S. T., & Krumholz, H. M. (2007). "America's best hospitals" in the treatment of acute myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, *167*, 1345e1351.
- Yasaitis, L., Fisher, E. S., Skinner, J. S., & Chandra, A. (2009). Hospital quality and intensity of spending: is there an association? *Health Affairs*, *28*, W566eW572.¹