



Montréal, le 9 septembre 2009

À l'ensemble de nos affiliés,

Membre de la *Coalition solidarité santé*, la FTQ a appuyé la démarche de la Coalition en vue d'en savoir plus sur la facturation des soins de santé au Québec.

Comme vous le savez, le système de santé du Québec comporte deux grands régimes d'assurance publique, celui de l'assurance-maladie et celui de l'assurance-médicaments, appelés à couvrir l'ensemble des services et des soins médicalement requis.

Essentiellement, il s'agit des soins et services suivants :

- Les examens cliniques (questionnaire sur l'état de santé et examen physique).
- Les consultations (examen exigé par un médecin auprès d'un autre médecin).
- Les services diagnostiques (procédés utilisés par le médecin pour établir l'état de santé, comme par exemple, une prise de sang, l'examen d'urée, etc.).
- Les actes thérapeutiques (le traitement de la maladie).¹
- Les traitements psychiatriques.
- Les chirurgies.
- La radiologie.
- L'anesthésie.

Ces soins et services peuvent avoir été rendus en cabinet privé, en centre hospitalier, dans un CLSC, un CHSLD ou un centre de réadaptation. Les soins à domicile y sont aussi inclus, de même que l'hébergement en centre hospitalier.

Toutefois, certains services ne sont couverts qu'en centre hospitalier, comme la plupart des services de laboratoire et d'examens très spécialisés (échographies, tomographies et imagerie par résonance magnétique).

Enfin, certains soins et services ont carrément été exclus de la couverture publique :

- Les soins et services liés à des chirurgies à visée exclusivement esthétique¹.
- Les soins dentaires.
- Les examens de la vue, les lunettes et verres de contact.

¹ Les chirurgies esthétiques à visée réparatrice sont couvertes par l'assurance publique.

- Les soins obtenus dans une autre province et à l'étranger.
- Les médecines douces (acupuncture, massothérapie, chiropractie, etc.).
- Traitement de varices par injection.
- Psychanalyse en cabinet.
- Consultations par téléphone, courriel, télécopieur ou correspondance.
- Visites aux fins de renouveler une ordonnance.
- Les examens requis aux fins d'expertise légale.

Les frais accessoires

Même si une personne présente sa carte d'assurance maladie afin de bénéficier de l'un ou l'autre des soins et services couverts par l'assurance publique, il se peut que certains services lui soient facturés, comme les médicaments et agents anesthésiques utilisés en cabinet privé.

Ces dernières années, partout au Canada, on a constaté un recours de plus en plus fréquent à la facturation pour obtenir des soins et services. On a également constaté que plusieurs personnes sont encouragées à recourir à des services pour lesquelles elles doivent payer.

Le questionnaire ci-dessous vise donc à recueillir des données sur cette facturation croissante. In ne s'agit pas d'un questionnaire comportant l'identification des participants mais en tout état de cause, la *Coalition solidarité santé* s'engage à respecter la confidentialité des répondants.

Dans la première section, il s'adresse donc aux personnes qui ont eu à payer, **de leur poche ou par le biais d'une assurance collective**, certains frais pour obtenir des soins et des services médicaux. Dans la deuxième, il s'adresse aux personnes qui ont renoncé à payer de tels frais, devant l'ampleur des coûts ou pour toute autre raison. Enfin, une troisième section vise à recueillir des données pour des fins statistiques.

Nous vous demandons de faire circuler ce questionnaire et de le faire parvenir à l'adresse suivante :

FTQ-questionnaire santé
565, boul. Crémazie Est
Bureau 12100
Montréal (Québec)
H2M 2W3

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à cette initiative.

Le président

Le secrétaire général

Michel Arsenault

René Roy

Facturation en santé : parlons-en!

A)	1	<p>Avez-vous eu à payer pour des soins de santé (physiques et psychologiques) ou des services liés à ces soins, pour vous-même ou pour vos proches depuis 2004?</p> <p>Oui _____ Non _____</p> <p>Si vous n'avez pas pu payer ou si vous avez choisi de ne pas payer pour ces soins, passez à la section B.</p>
----	---	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	2	Quels étaient les soins ou les services pour lesquels vous avez eu à payer :	Combien de fois	Montant total	Année	Carte soleil ¹
						Oui Non
		• examen de laboratoire (prise de sang, biopsie, prélèvement)?				
		• imagerie médicale (radiographie, échographie, résonance magnétique, scanner, etc.)?				
		• consultation ou traitement (médecin généraliste, médecin spécialiste, psychologue, ou autre professionnel) ?				
		• service de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie ou autre)?				
		• soins à domicile (traitements, bain, etc.)?				
		• chirurgie?				
		• matériel ou traitement (vaccin, atèle, plâtre, azote, pansement, béquilles, etc.)?				
		• frais administratifs (formulaire, rapport, ouverture de dossier, etc.)?				

¹ En plus de payer, vous a-t-on demandé votre carte soleil pour ce soin ou ce service?

Facturation en santé : parlons-en!

B	7	Avez-vous renoncé à des soins de santé (physiques et psychologiques) ou à des services liés à ces soins pour vous-même ou pour vos proches, depuis 2004, parce qu'on vous demandait de déboursier pour ces soins?		Oui _____	Non _____		
	8	Avez-vous une assurance complémentaire ou collective :		pour vous	Oui _____	Non _____	
	9	Quels étaient les soins ou les services pour lesquels on vous a demandé ou conseillé de payer :		pour vos proches	Oui _____	Non _____	Année
		<ul style="list-style-type: none"> examen de laboratoire (prise de sang, biopsie, prélèvement) imagerie médicale (radiographie, échographie, résonance magnétique, scanner, etc.) consultation ou traitement (médecin généraliste, spécialiste, psychologue ou autre professionnel) service de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie ou autre) soins à domicile (traitements, bain, etc.) chirurgie matériel ou traitement (vaccin, atèle, plâtre, azote, pansement, béquilles, etc.) frais administratifs (formulaire, rapport, ouverture de dossier, etc.) 					



Coalition Solidarité Santé

Facturation en santé : parlons-en!

10	<p>Pour quel(s) motif(s) avez-vous dû payer pour ces services? Cochez une ou plusieurs raisons, s'il y a lieu.</p> <p>Attente trop longue : _____</p> <p>Un professionnel vous a référé à ces services : _____</p> <p>Par choix : _____</p> <p>Autre : _____</p> <p>Expliquez s'il y a lieu : _____</p>
11	<p>Quels sont le ou les motifs pour lesquels vous avez refusé de payer :</p> <p>Incapacité de payer _____</p> <p>Préférence pour le réseau public _____</p> <p>Autre _____</p> <p>Expliquez, s'il y a lieu _____</p>
12	<p>Est-ce que le fait de ne pas payer a eu des conséquences? Cocher une ou plusieurs réponses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Délais supplémentaires pour vous faire soigner _____ • Difficulté d'accès aux services requis _____ • Aucun accès aux services requis _____ • Aggravation de l'état de santé _____ • Autre _____ <p>Précisez, s'il y a lieu : _____</p>



Facturation en santé : parlons-en!

13	<p>Si vous n'avez pas eu accès aux soins ou aux services requis, qu'avez-vous fait?</p> <p>Expliquez : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
14	<p>Donnez des précisions, s'il y a lieu, sur les situations où l'attente, le fait de ne pas avoir d'accès, et/ou l'aggravation de l'état de santé ont été occasionnés par l'incapacité de payer : _____</p> <p>_____</p>



Coalition Solidarité Santé

Facturation en santé : parlons-en!

C	15	Je remplis ce questionnaire pour :	moi-même pour une autre personne	_____	_____	un de mes proches	_____
	16	Âge	_____ ans				
	17	Sexe	Féminin _____ Masculin _____				
	18	Ville	_____				
	19	La personne qui a répondu à ce questionnaire est :	Salarée Sans emploi	_____	_____	Travailleur (se) autonome Retraité(e)	_____
	20	Coordonnées (facultatif) : j'autorise la <i>Coalition solidarité santé</i> à communiquer avec la personne suivante					
		Nom	_____	Prénom	_____		
		Adresse	_____				
		Adresse courriel	_____	Téléphone	_____		

Veillez remettre ce questionnaire à la personne désignée à cet effet par votre organisme ou le poster à :

FTQ-questionnaire
565, boul. Crémazie Est, Bureau 12100
Montréal (Québec) – H2M 2W3

ET MERCI !!!