



Campagne Coalition Solidarité Santé sur la facturation des soins de santé et de services sociaux

Contexte

Depuis les années 1980, les différents gouvernements du Québec ont remis en question le financement public du système de santé et de services sociaux soit en le réduisant, soit en coupant dans les services, soit en évoquant la privatisation.

Le gouvernement de Jean Charest est le plus audacieux dans ces tentatives de remise en question puisqu'il a introduit de façon légale et administrative le recours aux services privés et qu'il vise désormais à « établir un équilibre entre le financement par les impôts et le financement payé par la tarification » (budget 2009-2010, Assurer la qualité et le financement des services publics, page 10).

Par rapport au financement total, les revenus de tarification du réseau de la santé représentaient, en 2007-2008, 5,8 %, soit 1,3 milliard de dollars. Ces chiffres ne comprennent pas la tarification des services désassurés comme, par exemple, les soins dentaires mais on évalue à 30 % la proportion du financement payé directement par les personnes ayant recours aux soins de santé et de services sociaux.

On peut donc supposer que la rhétorique de « l'équilibre », employée par Monique Jérôme Forget dans le cadre du budget présenté, a pour but de persuader les citoyens qu'il faut corriger à la hausse ce pourcentage de 5,8 % assumé directement par les citoyens. Pour la Coalition Solidarité Santé, cette méthode de financement est hautement régressive. Elle affecte particulièrement les personnes à faible revenu et pénalise les personnes à revenu moyen.

Par conséquent, la Coalition Solidarité Santé s'est fixé comme objectif de rendre visible la diminution du panier de services et de dénoncer le recours de plus en plus fréquent à la facturation. Ces objectifs seront atteints par le biais d'une campagne qui sera menée auprès des groupes et organisations membres de la Coalition qui devront s'assurer de faire le relais à l'intérieur de leurs rangs.

Objectifs

- Montrer que les soins de santé et les services sociaux sont de moins en moins financés publiquement (via la fiscalité), donc de moins en moins universels et accessibles.
- Dénoncer le recours de plus en plus fréquent à la facturation pour obtenir des soins de santé et services sociaux et, par conséquent, à un mode de financement régressif.

Moyen

Recueillir et analyser des données sur la facturation par un questionnaire court. Ce questionnaire est actuellement en élaboration.

À qui s'adresse-t-on?

À des personnes qui ont été référées ou à qui on a recommandé d'aller vers les services pour lesquels elles ont dû payer (incluant les services dans le réseau public mais pour lesquels des frais étaient exigés).

Ces personnes ont :

déboursé d'elles-mêmes ou ont été remboursées par un assureur privé

OU

choisi de ne pas se soigner

OU

sont demeurées dans le réseau public.

Aide-mémoire

Services médicaux – Services couverts¹

Les services médicaux couverts par le régime d'assurance maladie sont ceux qui sont nécessaires sur le plan médical et rendus par un médecin omnipraticien (appelé aussi « médecin de famille » ou « médecin généraliste ») ou par un médecin spécialiste. Ces services sont entre autres :

- les examens; Consiste habituellement en un questionnaire et un examen physique
- les consultations; Examen d'un malade fait par un médecin à la demande d'un autre médecin.
- les services diagnostiques; Procédés qu'utilise un médecin pour évaluer l'état de santé d'une personne et déterminer ou préciser le trouble dont elle est atteinte.
- les actes thérapeutiques; Procédés qu'utilise un médecin pour le traitement d'une maladie.
- les traitements psychiatriques;
- la chirurgie;
- la radiologie;
- l'anesthésie.

Ces services sont couverts peu importe l'endroit où ils sont rendus. C'est le cas notamment :

- en cabinet privé;
- en centre hospitalier;
- en centre local de services communautaires (CLSC);
- en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- en centre de réadaptation;
- au domicile du patient.

Notez que certains services ne sont couverts qu'en centre hospitalier. Il s'agit, entre autres :

- de la plupart des services de laboratoire;
- de certains examens très spécialisés telles l'échographie, la tomographie axiale commandée par ordinateur (que l'on appelle « TACO » ou « CAT ») et l'imagerie par résonance magnétique.

Les frais accessoires

Même si une personne présente sa carte d'assurance maladie afin de bénéficier de services de santé couverts, il se peut que certains services lui soient facturés. En effet, les médecins sont en droit de demander une compensation financière pour : les médicaments et les agents anesthésiques utilisés en cabinet privé (à but non lucratif – ref. aux cliniques de quartier OU à but lucratif – ref. clinique ou exercent des médecins non participants). Il peut s'agir, par exemple, d'une substance utilisée quand une anesthésie locale est nécessaire pour une intervention mineure.

En plus des services médicaux, le régime d'assurance maladie couvre une gamme d'autres services de santé qui répondent à des besoins plus particuliers tels que les services rendus par les travailleurs sociaux, les éducateurs spécialisés, etc. Bien que les services psychologiques soient considérés comme des services couverts, la Coalition Solidarité Santé constate qu'il y a un manque important de psychologues dans le réseau public. La majorité de ces services sont donnés en cabinet privé. Il faut donc une assurance privée ou payer de sa poche dans la majorité des cas pour avoir accès à un psychologue. Pour la Coalition Solidarité Santé, les services psychologiques devraient être accessibles facilement au sein même du réseau public.

¹ Toutes ces informations (services couverts et non couverts) ont été prises sur le site de la RAMQ :

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemaladie/serv_couv_queb/serv_med_sc.shtml

Services médicaux – Services non couverts

Les services de santé qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ne sont pas couverts par le régime d'assurance maladie. La carte d'assurance maladie ne peut être présentée pour en bénéficier, et ce, peu importe le médecin qui les rend. La personne doit payer elle-même pour ces services. Il s'agit entre autres :

- des services rendus pour des raisons esthétiques;
- de l'acupuncture;
- du traitement des varices par injection et de l'examen effectué à cette occasion, en cabinet privé;
- de la psychanalyse (à moins que le service ne soit rendu dans un établissement autorisé à cette fin par le ministre de la Santé et des Services sociaux);
- des consultations par téléphone, par courriel, par télécopieur ou par correspondance;
- des visites faites uniquement pour obtenir le renouvellement d'une ordonnance;
- de la plupart des services de laboratoire (sauf s'ils sont rendus en centre hospitalier);
- de certains examens très spécialisés, telles l'échographie, la tomographie axiale commandée par ordinateur (que l'on appelle « TACO » ou « CAT ») et l'imagerie par résonance magnétique (sauf si ces services sont rendus en centre hospitalier).

Quand une personne voit un médecin et passe des examens dans le seul but d'obtenir un certificat relatif à son état de santé, elle doit aussi payer elle-même. Ces services ne sont pas couverts, puisqu'ils ne sont pas liés à la prévention ou à la guérison d'une maladie. Il s'agit entre autres des visites chez le médecin et, s'il y a lieu, des examens passés pour :

- se procurer une police d'assurance ou permettre sa remise en vigueur;
- obtenir ou conserver un emploi (sauf si l'examen est exigé par une loi du Québec autre que la *Loi sur les décrets de convention collective*);
- obtenir un passeport ou un visa;
- être admis dans un établissement d'enseignement, une association, un organisme, un camp de vacances, un centre de conditionnement physique, un club sportif, une garderie ou un service de loisirs.

De plus, bien que certaines exceptions puissent s'appliquer, les examens qui sont requis aux fins de la justice (expertises légales) ne sont pas couverts.

Pour la Coalition Solidarité Santé, certains des frais qui ne sont pas couverts se rattachent pourtant à des services souvent nécessaires sur le plan médical tels les services laboratoires et les examens très spécialisés.

Bref rappel historique

La construction du régime universel d'assurance maladie

- 1947 :** Le premier régime d'assurance-hospitalisation public et universel est créé en Saskatchewan.
- 1961 :** Le Québec adopte le programme d'assurance-hospitalisation.
- 1971 :** L'Assemblée nationale adopte la *Loi sur les services de santé et des services sociaux*. C'est la mise en place d'un système de santé, avec accès universel et gratuit, sans égard au revenu ou au statut social des citoyennes et des citoyens.
- 1971 à 1982 :** Poursuite de la mise en place progressive du système de santé et des services sociaux par la création des CLSC, des départements de santé communautaire, des centres des services sociaux et de la carte d'assurance-maladie.
- L'assurance-maladie s'élargit à divers programmes :
- 1970 :** examens optométriques
 - 1974 :** soins dentaires aux enfants
 - 1975 :** programme de remboursement des prothèses
 - 1977 :** gratuité des médicaments pour les personnes âgées
- 1997 :** Le nouveau régime d'assurance-médicaments s'applique à toutes les personnes vivant au Québec
- 2009 :** On ajoute la fécondation in vitro au panier de services. Dorénavant, trois essais seront remboursés par la RAMQ.

La déconstruction du régime d'assurance maladie : remise en question des principes d'universalité et de gratuité

- 1982 :** Le gouvernement québécois désassure les soins dentaires pour les enfants de 13 à 15 ans.
- 1992 :** Le gouvernement désassure les soins dentaires pour les enfants de 10 à 13 ans et les examens de la vue pour les personnes de 19 à 40 ans. Dans la même foulée, il introduit le ticket modérateur pour les médicaments des personnes âgées.
- 1993 :** Le gouvernement désassure les examens optométriques pour les personnes de 41 à 64 ans.
- En fait, alors que les gouvernements qui se succèdent à Québec adoptent de grandes politiques, ils imposent, année après année, dès 1982, des compressions au réseau de la santé et des services sociaux qui ont pour effet de diminuer l'accès aux services des physiothérapeutes, des psychologues et des travailleurs sociaux, par exemple.
- 1995 :** C'est le grand remue-ménage qui s'amorce dans la santé. Des compressions de plus d'un milliard \$ sont imposées au réseau entre 1995-1998. On entre de plain-pied dans les virages : virage ambulatoire, virage milieu et désinstitutionnalisation en santé mentale et en déficience physique ou intellectuelle.

- 1998 :** Le premier avril 1998, le ministre Rochon annonce la création du Groupe de travail sur la complémentarité du privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé.
- 2005 :** Jugement Chaoulli, par ce jugement, la Cour Suprême affirme que les délais d'attente pour des chirurgies représentent une menace pour l'intégrité des personnes et somme Québec de mettre en place des mesures pour réduire ces délais.
- 2006 :** Réponse du gouvernement Charest au jugement Chaoulli par l'adoption de la loi 33 : des contrats peuvent être signés avec des cliniques privées pour des chirurgies pour lesquelles les listes d'attente dépassent les délais médicalement requis. Chose étonnante, il n'y a aucun réinvestissement majeur dans le système public pour réduire les listes d'attente.
- 2007 :** Le gouvernement annonce la réduction du nombre de lits dans les CHSLD..
- Le groupe Chaoulli, créé par le médecin du même nom, voit le jour. Il offrira des services de recherche de services médicaux privés.
- 2008 :** En lien avec la loi 33, dépôt d'un règlement sur les cliniques spécialisées : ce règlement vient encadrer les pratiques dans les cliniques privées qui offrent des chirurgies. On y retrouve une liste des chirurgies qui peuvent y être effectuées. Il laisse la porte ouverte aussi pour toute une panoplie de chirurgies non énumérées dans cette liste en spécifiant que ceci s'adresse aussi à « toute autre chirurgie » que celles comprises dans la liste. C'est donc un levier pour les promoteurs du privé. Ce règlement devrait entrer en vigueur en septembre 2009, cependant les centrales syndicales le contestent devant les tribunaux.
- Contrat entre l'hôpital Sacré-Cœur et la Clinique Rockland Md. C'est le « premier bébé » du jugement Chaoulli. C'est un précédent! Le public contracte avec le privé...
- 2009 :** Lors du discours sur le budget 2009, la ministre des Finances annonce une politique de financement des services publics. On vise désormais à « établir un équilibre entre le financement par les impôts et le financement payé par la tarification » (budget 2009-2010, Assurer la qualité et le financement des services publics, page 10).
- Dépôt du projet de loi 34. Ce projet de loi apporte des modifications législatives au règlement sur les cliniques médicales spécialisées. Un petit gain : ce projet de loi vient restreindre les chirurgies qui pourront être effectuées dans le privé à seulement celles énumérées dans la liste contenue au règlement sur les CMS. Par contre, ce projet de loi vient aussi permettre que ces cliniques aient 5 lits. Rien ne nous permet de croire que ce nombre de lits restera aussi peu significatif au cours des prochaines années.

GRILLE PROVINCIALE DES TARIFS POUR LES SERVICES NON ASSURÉS (À TITRE INDICATIF) LES SERVICES DÉASSURÉS ET LES FRAIS ACCESSOIRES – 13/04/2007

(Source : <http://www.fmoq.org/GestionPratique/GestionCabinet/GrilletarifsNA2007.pdf>)

Selon la complexité, le taux horaire peut remplacer les tarifs suggérés SERVICES NON ASSURÉS

SERVICES NON ASSURÉS

1. Services administratifs (excluant l'examen)

Attestation..... 15,00 \$

- état de santé
- absence du travail, de l'école
- retour au travail

Rapport médical sur formulaire pré-établi

- permis de conduire 40,00 \$
- assurance-salaire 40,00 \$ à 75,00 \$
- assurance-chômage 25,00 \$
- indemnisation SAAQ..... 50,00 \$ à 75,00 \$
- RRQ..... 100,00 \$ à 150,00 \$
- autres formulaires..... 50,00 \$ à 60,00 \$

Formulaire de médicaments d'exception..... 20,00 \$

Photocopie

- première page 5,00 \$
- pages supplémentaires 0,50 \$/chac.

Consultation téléphonique 15,00 \$

Renouvellement d'une ordonnance sans visite médicale 10,00 \$

Consultation uniquement pour renouveler une ordonnance..... 20,00 \$

Télécopie..... 10,00 \$

Frais d'interurbain..... 5,00 \$ + frais réels

Messagerie..... 20,00 \$

Rendez-vous non respecté 20,00 \$

2. Services médico-administratifs, requis par un patient ou par un tiers, incluant l'examen médical non assuré

Résumé de dossier

- Rédaction d'un rapport par le médecin taux horaire
- Évaluation de l'aptitude à la conduite automobile..... 90,00 \$ à 125,00 \$
- Colonie de vacances, club sportif, école, université..... 75,00 \$
- Compagnie d'assurance (examen d'admissibilité) 150,00 \$
- Pré-emploi et en cours d'emploi 125,00 \$

3. Service médical non assuré, incluant la consultation ou examen d'un patient non résidant au Québec

Honoraires d'examen..... 50,00 \$ à 175,00 \$

Intervention thérapeutique ou diagnostique non assurée (réparation de plaie, réduction, immobilisation) 50,00 \$ à 200,00 \$

Prélèvement sanguin..... 20,00 \$ à 40,00 \$

4. Frais accessoires (Limités par article 1.1.4 du Préambule général) Médicaments et matériel médical

Xylocaïne pour anesthésie locale..... 15,00 \$

Anesthésie locale et autres médicaments pour une plaie de l'œil 10,00 \$

Médicament appliqué sur les plaies 10,00 \$

Médicaments injectables (Gravol®, adrénaline, par exemple) 15,00 \$

Médicaments pour infiltration (Depo-Medrol®, par exemple) 30,00 \$

Azote liquide..... 10,00 \$

Vaccin..... selon coût

Sterilet..... selon coût

Attelle d'immobilisation (si non fabriquée commercialement) 30,00 \$

Bandage en huit (si non fabriqué commercialement) 30,00 \$

5. Transport

Frais de transport de spécimens biologiques..... 10,00 \$

6. Forfait annuel (block fee)

Selon le contrat négocié avec votre patient

7. Taux horaire pour

- activités médico-administratives 190,00 \$
- activités médico-légales 240,00 \$
- expertise 340,00 \$ (accord préalable requis)

Le patient qui estime que les sommes qui lui sont réclamées visent des services assurés au sens de la Loi sur l'assurance maladie peut, par écrit dans l'année suivant la date du paiement, en réclamer le remboursement à la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui remboursera alors le montant, lorsqu'elle est d'avis que sa facturation n'était pas permise, et récupérera ce montant du professionnel ou du tiers en cause.

An English version is available on request le 13 avril 2007

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES POUR LES MÉDECINS

AFFICHAGE ET FACTURATION

En cabinet privé, le médecin participant ou désengagé doit afficher, à la vue du public dans sa salle d'attente, le tarif des services, fournitures et frais accessoires prescrits ou prévus dans l'Entente et qu'il peut réclamer d'une personne assurée, ainsi que celui des services médicaux non assurés ou considérés comme non assurés.

Aucune autre somme que celle affichée ne peut être réclamée d'une personne assurée.

Lorsqu'un paiement est exigé d'une personne assurée, une facture détaillée doit être remise indiquant le tarif réclamé pour chacun des services, fournitures et frais accessoires et chaque service médical non assuré ou considéré comme non assuré.

L'affiche de vos tarifs et la facture doivent faire mention du recours prévu au premier alinéa de l'article 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* pour demander le remboursement des montants réclamés sans droit.

Le non-respect d'une de ces obligations peut entraîner l'imposition d'une amende au médecin.

Tarif horaire

Activités médico-administratives :

Le temps consacré à un travail destiné à la gestion du dossier du patient, pour celui-ci ou pour un tiers.

Ex. : rédaction d'un résumé de dossier, tri des éléments pertinents. Tarif horaire : 190,00 \$

Activités médico-légales :

Le temps consacré à la préparation du dossier, objet d'un litige ou susceptible de l'être, comprenant, le cas échéant, la présence à la Cour.

Ex. : Rédaction d'une opinion médicale lors d'un divorce, d'un congédiement, d'une contestation.

Tarif horaire : 240,00 \$

Expertise :

Le temps consacré à des services professionnels requis à titre d'expert.

Ex. : rédaction d'un rapport, témoignage en Cour.

Tarif horaire : 340,00 \$

Notez qu'un accord préalable est requis pour pouvoir réclamer de tels frais.