

Facturation en santé : parlons-en!

Vous avez certainement, à un moment ou un autre, eu à payer pour des soins de santé ou des services liés à votre santé pour vous ou l'un de vos proches. Dans cette situation, il est possible que vous ayez été surpris par le fait de payer. Il est possible également que vous ayez été dans l'incapacité de payer ou que vous ayez accepté cette contrainte parce que vous n'aviez pas le choix.

Nous pensons qu'il est de plus en plus fréquent d'avoir à déboursier pour des soins de santé et que cela affecte certaines catégories de personnes particulièrement celles dont les revenus sont bas. Pour ces raisons, la Coalition solidarité santé cherche à obtenir, au moyen d'un questionnaire, de l'information sur ces situations que vous ou vos proches avez peut-être vécues.

Le questionnaire, auquel nous vous demandons de répondre, vise donc à évaluer si la facturation pour des soins de santé est courante au Québec et si elle affecte l'accès aux soins de santé pour les citoyennes et citoyens. Il a seulement pour objet d'obtenir de l'information et d'en faire une analyse.

Ne répondez pas à ce questionnaire si vous avez eu à payer pour :

- des soins ou des services liés à des chirurgies à visée exclusivement esthétique. (Les chirurgies esthétiques à visée réparatrice doivent être indiquées);
- des soins dentaires;
- des examens de la vue, des lunettes ou des verres de contact;
- des soins obtenus à l'étranger ou dans une autre province.

La Coalition Solidarité Santé s'engage à respecter la confidentialité des répondants.

Nous vous remercions du temps que vous consacrerez à remplir ce questionnaire.

Facturation en santé : parlons-en!

A)	1.	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?				
		Oui _____ Non _____				
		Si vous n'avez pas pu payer ou choisir de ne pas payer pour ces soins, passez à la section B.				
	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, attelle, 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 pour vous? ----- pour vos proches?	Oui _____ Non _____ Oui _____ Non _____	
	9.	Quels étaient les soins ou les services pour lesquels on vous a demandé ou conseillé de payer :	Nombre de fois	Année
		• 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, attelle, plâtre, azote, pansement, béquilles, etc.)?			
	• frais administratifs (formulaire, rapport, ouverture de dossier, etc.)?			



Coalition Solidarité Santé

Facturation en santé : parlons-en!

	<p>10. Pour quels motifs vous a-t-on demandé de payer pour ces services? Cochez une ou plusieurs raisons.</p> <p>Attente trop longue : _____</p> <p>Un professionnel vous a conseillé de payer pour ces services : _____ Autre : _____</p> <p>Expliquez, s'il y lieu : _____</p> <p>_____</p>
	<p>11. Quels sont le ou les motifs pour lesquels vous avez refusé de payer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • incapacité de payer : _____ • je préfère rester dans le réseau public : _____ • autre : _____ <p>Expliquez, s'il a lieu : _____</p> <p>_____</p>
	<p>12. 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 : _____ <p>Précisez, s'il y a lieu : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



Facturation en santé : parlons-en!

	<p>13. 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>
	<p>14. Donnez des précisions, s'il y a lieu, sur les situations ou 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> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



Coalition Solidarité Santé

Facturation en santé : parlons-en!

C	15.	Je remplis ce questionnaire pour moi-même : _____ pour un de mes proches : _____ pour une autre personne : _____	
	16.	Âge	_____
	17.	Sexe	Féminin : ____ Masculin : _____
	18.	Ville	_____
	19.	La personne qui a répondu à ce questionnaire est :	
	Salariée : _____	Travailleur(se) autonome : _____	
	Sans emploi : _____	Retraitée : _____	
20.	Coordonnées (facultatif)		
	J'autorise la Coalition Solidarité Santé à communiquer avec la personne dont les coordonnées apparaissent ci-dessous : oui ____ non ____		
	Nom : _____	Prénom : _____	
	Adresse : _____		
	Adresse courriel : _____		
	Téléphone : _____		

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

Coalition Solidarité Santé
1601 De Lorimier, app. 45
Montréal, Québec H2K 4M5

MERCI!