

# Observatoire de la Réforme de l'Assurance Maladie ONRAM



Vous êtes un utilisateur du système de santé et vous êtes en difficulté pour vous faire soigner, ou bien vous êtes le témoin d'une situation d'in accès aux soins. Vous êtes un acteur de santé, et vous intervenez dans la relation d'aide auprès d'un public divers. Vous êtes désarmé face aux difficultés d'accès aux soins. Vous pouvez facilement participer au recensement des inégalités et témoigner. Pour cela il vous suffit de remplir un constat des effets de la réforme.

Ce constat peut être rempli sur le site : [www.onram.org](http://www.onram.org)

Les dimensions dans lesquelles la réforme va dégrader l'accès aux soins et renforcer les inégalités sont très nombreuses. Sans négliger aucune de ces dimensions, nous avons décidé de cibler quatre d'entre elles :

- les difficultés d'accès aux soins
- les difficultés d'accès aux assurances complémentaires ou mutuelles.
- les restrictions des prises en charge au titre des ALD
- les restrictions dans le domaine des arrêts de travail

Les informations recueillies, anonymes, seront traitées de façon statistique de manière à mettre en relief l'ampleur des dégâts de la réforme de l'assurance-maladie en matière d'accès aux soins, et seront rendues publiques.

**Un grand merci pour votre participation.**

# Constat

Caractérisation de la personne victime de la réforme		
	Age	
	Sexe	F/M
	Code Postal	
Quelle personne remplit le constat		
	Personne victime elle même	OUI/NON
	Professionnel de santé	OUI/NON
	Lequel ?	
	Mutuelle ou association	OUI/NON
	Témoin	OUI/NON
Problème de santé rencontré		
	Soin urgent ?	OUI/NON
	Soin chronique ?	OUI/NON
Parcours de soins		
	La victime a-t-elle envoyée par son "médecin traitant" ?	OUI/NON
Problème rencontré : Remplissage de la page suivante en fonction des cases cochées (chapitres)		
	Difficultés d'accès aux soins	OUI/NON
	Difficultés d'accès à la mutualisation	OUI/NON
	Restriction de la prise en charge des ALD	OUI/NON
	Contrôle des arrêts de travail	OUI/NON
Conséquences :		
Conséquences sur la personne malade	Renonciation aux soins ?	OUI/NON
	Aggravation de la maladie ?	OUI/NON
Commentaire libre		
Recevoir la lettre de l'ONRAM par email		
	Souhaitez vous être tenu informé par l'observatoire ?	OUI/NON
Inscrivez votre email :		

Constat à envoyer à : UNRPA Pour l'ONRAM  
 Adresse : 50 rue Edouard Pailleron 75019 PARIS  
 Site Internet : [www.onram.org](http://www.onram.org)

<b>ACCES AUX SOINS</b>		
<b>La personne a-t-elle eu du mal à consulter pour des raisons financières ?</b>		OUI/NON
<b>Si pour des raisons financières, est ce à cause</b>	du forfait hospitalier de 15 euros ?	OUI/NON
	de la franchise de 18 euros ?	OUI/NON
	de l'avance des frais ?	OUI/NON
	de l'absence d'assurance complémentaire ?	OUI/NON
	A-t-elle dû renoncer à des soins à cause des dépassements de tarif non remboursés par la Sécu ?	OUI/NON
<b>Réalité des dépassements pratiqués par certains médecins</b>	Quel a été le montant demandé ?	
	La personne avait-elle été informée au préalable ?	OUI/NON
	La personne avait elle le choix d'un professionnel sans dépassement à proximité ?	OUI/NON/ NSP
<b>Délais des rendez-vous chez le spécialiste</b>	Difficultés pour avoir un rendez vous ?	OUI/NON
	chiffrez le délai (en semaines)	
<b>Y a-t-il eu un refus de soins de la part du soignant ?</b>		OUI/NON
Lequel : Généraliste (MG), Spécialiste (MS), Hôpital (HP) ou Clinique (CL) ?		
<b>Quelle a été la raison donnée par le médecin ?</b>	N'a pas le temps	OUI/NON
	N'accepte pas la CMU ou l'AME ?	OUI/NON
	Refuse le formulaire de prise en charge par la Sécu de l'Accident du Travail ou Maladie Professionnelle ?	OUI/NON

<b>DIFFICULTES À L'ACCES A UNE COMPLEMENTAIRE SANTE</b>		
<b>En cas de protection complémentaire volontaire</b>	Abandon de celle-ci à cause de son augmentation	OUI/NON
	Choix d'une garantie moindre ?	OUI/NON
	Quel coût mensuel proposé ?	
<b>Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé</b>	la personne connaissait-elle son existence ?	OUI/NON
	la personne a-t-elle droit à cette aide ?	OUI/NON
	si oui, a-t-elle contracté une complémentaire ?	OUI/NON
<b>AFFECTIONS LONGUE DUREE prise en charge à 100%</b>		
<b>La réforme cible les économies dans les ALD. Avez-vous constaté des diminutions :</b>		
De prescriptions de la part des médecins ?		OUI/NON
De remboursements de médicaments ?		OUI/NON
De remboursements des examens complémentaires ?		OUI/NON
De remboursements d'autres prestations ?		OUI/NON
<b>La personne a-t-elle eu un refus de prise en charge à 100% ?</b>		OUI/NON

<b>ARRETS DE TRAVAIL</b>		
<b>Y a t il eu un refus de délivrance d'un arrêt par le médecin ?</b>		OUI/NON
<b>Y a-t-il eu renonciation à un arrêt</b>	par la personne elle même ?	OUI/NON
	pour un arrêt maladie (AM) ou accident du travail maladie professionnelle (AT)?	AM/AT
<b>La personne en arrêt</b>	S'est-elle fait contrôler ?	OUI/NON
	A-t-elle été obligée de reprendre le travail ?	OUI/NON
	S'est elle fait pénaliser au niveau des indemnités journalières ?	OUI/NON