

ASSEMBLÉE NATIONALE

26 mars 2015

SANTÉ - (N° 2673)

| | |
|--------------|--|
| Commission | |
| Gouvernement | |

AMENDEMENT

N° 397

présenté par

M. Siré

ARTICLE 18

Cet amendement est en cours de traitement par les services de l'Assemblée.

Supprimer l'article 18

EXPOSÉ SOMMAIRE

La disposition qui vise à généraliser le tiers payant doit être supprimé du projet de Loi et ce pour plusieurs raisons. D'une part le tiers payant existe déjà pour les personnes en situation précaire (CMU, ACS, AME), et les médecins libéraux le pratiquent spontanément et volontiers pour les autres patients, en fonction de la situation, mais aussi pour les actes les plus coûteux. D'autre part, la généralisation risque de transformer la carte vitale en carte de paiement et non seulement de déresponsabiliser les patients au regard du coût de leur santé, mais surtout de déprécier les actes médicaux devenus virtuellement « gratuits ». En outre, la bureaucratisation de la médecine libérale que signifierait la généralisation du tiers payant en imposant une gestion et un contrôle des paiements représente un coût chiffré à 3,50 € par acte par la Fédération des centres de santé mutualistes, dont évidemment le Gouvernement ne propose pas la prise en charge pour les praticiens libéraux. La généralisation du tiers payant revient à imposer une baisse tarifaire totalement inacceptable, alors que d'autres solutions, souples et modernes, comme la carte de paiement à débit différé santé, pourraient être développées.

ASSEMBLÉE NATIONALE

SANTÉ - (N° 2673)

| | |
|--------------|--|
| Commission | |
| Gouvernement | |

AMENDEMENT

présenté par
M. Door, M. Robinet et M. Jacob

ARTICLE 18

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article prévoit la "généralisation" du tiers-payant intégral pour l'ensemble des assurés en 2017.

Bien qu'il ait fait l'objet d'une réécriture globale, pour la mise en place d'un dispositif par étapes, il pose de nombreuses questions techniques qui font douter de la faisabilité de cette généralisation en 2017.

Devant l'évidence, le président de la République lui-même avait posé le jeudi 5 février dernier, comme condition à cette généralisation, la simplicité du mécanisme : il ne «*sera mis en place que si un mécanisme simple de paiement est possible pour les professionnels de santé*». Ce mécanisme simple n'existe pas aujourd'hui malgré les promesses de la Ministre.

Au-delà, le tiers-payant généralisé coutera au contribuable et aux professionnels de santé (il faudra résoudre les difficultés techniques, il deviendra difficile de récupérer les franchises, la ministre a annoncé que l'assurance maladie paierait des pénalités si un délai de 7 jours était dépassé pour le paiement etc.) et aura certainement des conséquences inflationnistes sur notre système de soins (l'illusion de la gratuité aidant), est-ce bien la priorité quand l'assurance maladie accuse un déficit de plus de 7 milliards cette année ?

C'est d'autant plus irresponsable que cette mesure coûteuse n'aura pas d'impact positif réel sur l'accès aux soins comme le promet pourtant la majorité.

En effet, le renoncement aux soins est principalement dû au coût de certains soins (optique et dentaire) qui sont peu remboursés par la Sécurité sociale (or le tiers-payant n'aura aucun impact sur le reste à charge dans ces domaines) et aux délais d'attente pour avoir accès à certaines spécialités

médicales (raison invoquée pour 67% des personnes ayant renoncé à des soins selon l'observatoire Ifop pour Jalma paru en février 2015).

Dès lors, il convient de réserver le tiers-payant intégral aux personnes qui en ont réellement besoin (patients à la CMU-c, bénéficiaires de l'ACS, voire certains patients en ALD, les patients qui ont besoin de soins urgents dans les maisons médicales de garde) et certainement pas d'en imposer la mise en place à marche forcée.

C'est pourquoi il convient de supprimer cet article.