

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

12 mars 2015

SANTÉ - (N° 2302)

Rejeté

**AMENDEMENT**

N° AS446

présenté par

M. Door, M. Robinet, M. Aboud, M. Accoyer, M. Jean-Pierre Barbier, Mme Boyer, M. Cherpion, M. Costes, M. Delatte, M. Dord, M. Guaino, M. Jacquat, Mme Le Callennec, M. Leonetti, M. Lett, Mme Levy, M. Lurton, M. Marcangeli, M. Morange, M. Perrut, Mme Poletti, M. Siré, M. Tian et M. Vialatte

-----

**ARTICLE 18**

Supprimer cet article.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

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

Il pose de nombreuses questions techniques qui font douter de la faisabilité d'une telle généralisation en 2017 malgré les annonces de la ministre qui souhaite procéder par étapes. 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*».

S'il est admis que la mise en place du tiers-payant généralisé coûtera au contribuable et aux professionnels de santé (il faudra résoudre les difficultés techniques, il deviendra impossible de récupérer les franchises, la ministre a annoncé que l'assurance maladie paierait des pénalité 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), il n'aura pas d'impact 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.