

ASSEMBLÉE NATIONALE

13 novembre 2015

SANTÉ - (N° 3215)

Commission	
Gouvernement	

Non soutenu

AMENDEMENT

N° 519

présenté par
M. Accoyer

ARTICLE 18

I. – À l'alinéa 1, après le mot :

« pratiquer »,

insérer les mots :

« , pour les professionnels qui le souhaitent, ».

II. – En conséquence, à l'alinéa 3, après le mot :

« ville »,

insérer les mots :

« qui le souhaitent, ».

III. – En conséquence, procéder à la même insertion à l'alinéa 6.

IV. – En conséquence, à l'alinéa 7, après le mot :

« payant »,

insérer les mots :

« par les professionnels qui le souhaitent, ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article n'apporte pas les réponses que l'on pourrait légitimement attendre sur la généralisation du tiers-payant, aucune étude d'impact n'est faite pour la bonne raison que le dispositif technique de mise en œuvre n'existe pas et doit encore être trouvé.

La rédaction initiale de l'article 18 restait floue. Cette nouvelle rédaction, introduite par amendement, en première lecture à l'Assemblée nationale, est pire que la précédente, alors qu'elle était censée être issue de la concertation : cet article est rejeté par l'ensemble des syndicats représentatifs des médecins qui sont les principaux concernés.

En effet, si le Gouvernement propose de procéder par étape, il a évolué d'une rédaction qui se voulait générale vers un dispositif très contraignant qui transforme le tiers-payant en un droit pour le patient et donc une obligation pour le professionnel de santé.

Cet amendement de repli vise donc à supprimer les alinéas qui entérinent ce droit à chaque étape pour garder à la généralisation du tiers-payant un caractère facultatif.

Ce « droit » que le Gouvernement brandit comme un étendard n'aura aucun d'impact positif réel sur l'accès aux soins.

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.