

ASSEMBLÉE NATIONALE

13 novembre 2015

SANTÉ - (N° 3215)

Commission	
Gouvernement	

Rejeté

AMENDEMENT

N° 704

présenté par
M. Lurton

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 très nombreuses questions techniques qui font douter de la faisabilité de cette généralisation en 2017. Les cinq organisations représentatives des médecins viennent d'ailleurs d'adopter une résolution commune dans laquelle ils s'opposent à la généralisation à marche forcée du tiers payant. On ne fait pas une réforme devant une opposition unanime des acteurs, la Ministre n'a pas raison contre tout le monde !

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 coûtera 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.