

ASSEMBLÉE NATIONALE

27 mars 2015

SANTÉ - (N° 2673)

Commission	
Gouvernement	

Non soutenu

AMENDEMENT

N ° 824

présenté par
M. Terrasse

ARTICLE 18

À l'alinéa 4, substituer aux mots :

« d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine les solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il »

les mots :

« aux professionnels de santé ayant fait ce choix, l'envoi des actes nomenclaturés et la réception en un flux unique du paiement des actes réalisés dans un délai maximum de sept jours. Ce rapport, établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé, ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

La mise en place de la CMU-C a permis l'accès aux soins pour les patients les plus démunis, surtout lorsqu'ils consultent un professionnel en secteur 1. Cependant, il reste une grande partie de la population pour laquelle l'avance de frais représente une réelle difficulté. En effet, certains Français gagnent trop pour pouvoir bénéficier de la CMU-C, mais pas assez pour, soit accéder à une complémentaire santé, soit se permettre d'avancer 23 ou 25 € dans une consultation.

Certains médecins traitants et médecins du 1^{er} recours, ont dû mettre en place des solutions pour résoudre ces difficultés afin que leur patients ne renoncent pas aux soins, et que des retards de diagnostics et de prise en charge n'apparaissent pas dans leur parcours de santé. Les moyens les plus souvent utilisés sont l'encaissement différé des chèques le temps que le patient soit remboursé par son régime obligatoire ; la réalisation du 1/3 payant sur la part AMO, ne restant à charge pour le patient que les 6,90 € de l'AMC (dans le cas d'une consultation en médecine générale à 23 €).

Malgré ces mesures personnelles, il reste des difficultés d'accès aux soins. Les médecins traitant ont un statut bien particulier au sein du parcours de soins, et ils doivent être assurés d'être payé de l'intégralité de leurs actes par leur régime obligatoire. Afin de vérifier ces paiements, ils vérifient leurs remboursements chaque jour après leurs consultations, et, si nécessaire, refont les démarches pour obtenir le versement des consultations dues. Cela représente 4 à 5 heures par semaine consacrées à autre chose qu'à soigner les Français. Certains choisissent de payer des heures supplémentaires à leurs secrétaires pour qu'elles se chargent de ces tracasseries administratives. Mais cela reste à leur charge, sans aucune compensation existante. Il persiste malgré tout une perte de revenus évaluée entre 2000 et 4000 € par généraliste et par an, liée à des changements de caisses, des déclarations de médecin traitant ou encore des arrêts de travail non enregistrés. Ces solutions génèrent non seulement des dépenses en plus mais participent également à l'usure morale des généralistes.

C'est pourquoi le 1/3 payant intégral doit s'appliquer en un flux unique géré par le régime obligatoire pour les professionnels désignés comme médecin traitant et que ces organismes s'occupent d'obtenir le règlement de l'AMC par les complémentaires ; de façon facultative ; et avec une période d'évaluation de sa mise en place plus longue.