

## LE TIERS PAYANT GENERALISE

### OU LA PRIVATISATION RAMPANTE DE L'ASSURANCE MALADIE

13 décembre 2014 | Par [HELL TITILLEUR](#)

Source : MEDIAPART

La loi de santé défendue par Marisol Touraine remporte au moins un succès : Elle a réussi à unir les syndicats de médecins sur un projet de grève.

Mais les revendications catégorielles, pour légitimes qu'elles soient ne doivent pas cacher le piège que renferme le tiers payant généralisé. Ce piège concerne tous les Français, il est très subtil, et nos énarques l'ont mis en place tout doucement depuis des années. **Ce piège a pour but ultime de privatiser l'Assurance Maladie en la transférant aux assureurs privés.**

Eclairons un peu ce chapitre de la loi en prenant comme exemple le prix de la consultation de médecine générale (secteur 1 comme 98 % des généralistes). Actuellement le patient pour une consultation paye 23 euros dont 15,1€(AMO) sont remboursés par l'assurance maladie, et le reste appelé ticket modérateur (AMC) par la mutuelle complémentaire : 6,90 euros. Remarquez que le compte n'y est pas. Il reste 1€ non remboursé. C'est le reste à charge servant à limiter la consommation de soins (tiens quand c'est trop bien remboursé on consomme trop ?).

Que prévoit la loi concernant le tiers payant généralisé ?

Le patient ne payera plus rien à la consultation et ceci quelle que soit sa situation, riche ou pauvre. Par la Carte Vitale le praticien recevra ses honoraires (23€) payé pour l'AMO par la Sécurité Sociale, et pour l'AMC par la Mutuelle Complémentaire. Notons au passage que le reste à charge de 1€ devient plus difficile à récupérer.

Le motif invoqué joue sur la corde émotionnelle : permettre l'accès aux soins aux plus démunis car l'avance de ces frais pour certains est un frein à l'accès à la santé. C'est un mensonge. Et un mensonge plus il est gros plus il passe facilement. Expliquons-nous :

Citons le Carnet de Santé de la France 2012 (ouvrage sous la direction de Jean de Kervasdoué, éditions Economica). « *Malgré l'avancée de la CMU un nombre croissant de nos concitoyens retardent leur accès aux soins pour des raisons financières. Il s'agit principalement des soins dentaires et de l'optique, 7% n'ont aucune couverture complémentaire.* ». Or les soins optiques et dentaires ne sont que très peu pris en charge par le régime obligatoire. *Ce n'est donc sûrement pas sur ces dépenses que le tiers payant améliorera l'accès aux soins puisque la part non remboursée reste à charge du patient et cette part est importante pour ces soins.*

Pour les soins courant les plus démunis bénéficient déjà du tiers payant : Ils ont droit à la CMU (Couverture Médicale Universelle). Cette CMU est une mutuelle prise en charge par la nation qui vient compléter les remboursements de l'assurance maladie. Ils sont dispensés de faire l'avance des frais et le professionnel de santé est obligé de faire le tiers payant pour la part AMO et AMC. Pour d'autres qui sont juste au dessus du seuil de CMU, il existe l'aide à la complémentaire santé. Dans ce cas le professionnel de santé et grâce au système Vitale, doit faire en sorte que la part AMO lui soit réglée directement par la caisse sans que le patient ne fasse l'avance de toute la somme. C'est le tiers payant sur la part obligatoire (AMO). Il reste au patient à régler 6,9 € qui seront remboursés par la mutuelle s'il en a une (dans la loi de programmation des finances sociales cette avance est même supprimée et dès 2015 ils seront traités comme les CMU.)

Pour ceux qui ne sont pas bénéficiaires de ces aides, le praticien est libre de faire le tiers payant pour l'AMO, réduisant l'avance de frais à 6,9€

*On voit donc que notre système de protection, notre filet de sécurité sociale est déjà bien garni. Il permet déjà l'accès aux soins des plus démunis. Le paiement de l'acte médical n'est en rien un frein à l'accès au soin dans notre pays. Et le tiers payant n'améliorera pas l'accès aux soins dentaires et optiques mal remboursés et chers.*

**Alors un motif aussi mensonger jouant sur le registre de l'émotion ne peut être qu'un écran de fumée qui veut cacher le vrai but : la privatisation de la Sécurité sociale.**

Et comment le tiers payant généralisé permet il de privatiser la sécurité sociale ?

Le plan est subtil et comme dans une partie d'échec chaque coup à sa raison d'être et annonce le suivant.

Le coup précédent a permis de livrer aux mutuelles tout le marché de la santé en France : au premier janvier 2015 toutes les entreprises devront prendre en charge une complémentaire santé pour leurs salariés. Ainsi près de 95% de la population aura une mutuelle complémentaire (actuellement on est à 78%) et si on ajoute les CMU et ACS plus de 98% aura une mutuelle. Grâce à ce deal entre le Patronat et l'Etat l'ensemble des consommateurs de soins sont dans les mains des assureurs privés.

L'avant dernier coup pour la privatisation de l'assurance maladie est donc le tiers payant généralisé. Comment ? Tout simplement par anesthésie des consommateurs de soins (patients).

En effet une fois le tiers payant devenu systématique le consommateur de soins ne faisant plus d'avance de frais n'a plus à vérifier s'il est remboursé. Puisqu'il ne surveille plus qui rembourse il ne sait plus qui de la Sécurité Sociale ou de sa mutuelle a payé les soins qu'il a consommé. Et d'ailleurs il dira vite que cela n'a pas d'importance puisqu'il ne paye rien.

Et alors vient l'enchaînement des coups conduisant à échec et mat : Il suffira à l'Assemblée Nationale, par des votes de DMOS (diverses mesures d'ordre sociales), dans la nuit du 4 janvier, devant un parterre clairsemé de députés acquis à cette idée, tout doucement, en quelques années, de faire passer la part AMO de 65 % à 10 voire 5 % pour que, dans un silence assourdissant l'Assurance Maladie soit privatisée. Puis celle-ci verra son rôle ramené à la prise en charge des maladies longues et coûteuses, et les populations non rentables pour les mutuelles (ALD, CMU, retraités trop pauvres pour se payer une mutuelle, chômeurs..) .

Les Français continueront à payer leurs cotisations à l'URSSAF, le temps de combler le trou. Mais leur mutuelle n'oubliera pas d'augmenter les cotisations chaque année car le budget publicitaire est lourd.....