

15ème législature

Question N° : 4816	De M. Sébastien Jumel (Gauche démocrate et républicaine - Seine-Maritime)	Question écrite
Ministère interrogé > Solidarités et santé		Ministère attributaire > Solidarités et santé
Rubrique >assurance maladie maternité	Tête d'analyse >Dispense d'avance des frais de santé et accès équitable à l'offre de soins	Analyse > Dispense d'avance des frais de santé et accès équitable à l'offre de soins.
Question publiée au JO le : 30/01/2018 Réponse publiée au JO le : 27/11/2018 page : 10726 Date de signalement : 20/11/2018		

Texte de la question

M. Sébastien Jumel attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé concernant les avances de frais pour les personnes prises en charge à 100 % et sur le renoncement à la généralisation du tiers-payant. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé prévoyait une généralisation du tiers-payant et une dispense d'avance de frais pour les personnes prises en charge à 100 % par la sécurité sociale, suite au constat de la persistance d'un inégal accès aux soins de santé, notamment pour les personnes en difficultés économiques. Cette disposition qui constituait un véritable progrès en matière d'accès à la santé, qui s'inscrivait dans la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 et qui correspondait aux besoins de nombreux citoyens, a cependant été supprimée par le Gouvernement en novembre 2017 dans le cadre de l'examen du PLFSS 2018. Si la loi santé signait la dégradation du système hospitalier, en prévoyant son regroupement et la fermeture de nombreuses antennes accroissant l'inégal accès géographique à la santé, elle offrait toutefois l'opportunité de se soigner sans avoir à avancer les frais au sein du réseau de la médecine de ville. La suppression de la dispense d'avance de frais, ne laisse aujourd'hui aux citoyens peu aisés, que la possibilité de consulter des spécialistes en milieu hospitalier lorsqu'il est possible d'être dispensé de l'avance de frais mais qui sont parfois éloignés des lieux d'habitation et qui sont consultables dans des délais importants. S'ajoute à cela que certains spécialistes n'exercent pas dans la fonction publique hospitalière. Ainsi, cette disposition, accompagnée de la réduction des crédits alloués au secteur public hospitalier, tend à renforcer un système de santé à double vitesse. Il tient à rappeler que cette suppression compromet, chaque jour, l'accès aux soins, de milliers de citoyens et maintient le caractère inéquitable de notre système de santé en tolérant le renoncement aux soins d'une partie de la population, quand une autre partie peut aisément s'offrir le privilège de rencontrer des médecins spécialistes et généralistes. Il donne l'exemple d'un couple de retraités, malades, tous les deux reconnus en situation de handicap et pris en charge à 100 % par la sécurité sociale. À eux deux, ils perçoivent 1 400 euros par mois. Les consultations de médecins généralistes et spécialistes font partie de leur quotidien. La plupart des spécialistes refusent d'appliquer le tiers-payant. Le couple doit choisir entre régler l'intégralité de ses charges courantes ou jouir de l'ensemble des soins que leur état de santé nécessite, en avançant les frais médicaux. Au regard de ces éléments, il lui demande de lui apporter des réponses concrètes pour permettre à chaque citoyen français d'accéder équitablement à l'offre de soins.

Texte de la réponse

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a, dans son article 63, codifié l'obligation pour les professionnels de santé d'appliquer le tiers payant aux assurés en affection de longue durée (ALD), consolidant ainsi ce droit dont ils bénéficient depuis le 31 décembre 2016. La pratique du tiers payant en faveur de ces assurés est massive, s'élevant à 98,6 % en 2017. L'obligation de tiers payant concerne également d'autres publics pris en charge à 100 % par la sécurité sociale, notamment les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, des personnes prises en charge au titre du régime des accidents du travail et maladies professionnelles et de celles couvertes au titre de l'assurance maternité. Pour les autres assurés qui ne sont pas pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire, l'article 63 susmentionné a prévu la remise au Parlement d'un rapport sur le calendrier de mise en œuvre opérationnelle du tiers payant intégral et les prérequis techniques à cette mise en œuvre. Ce rapport a été remis au Parlement au mois d'avril 2018. Depuis lors, des réunions régulières du comité de pilotage du tiers payant permettent de suivre l'avancement du déploiement des outils nécessaires à une pratique simple et fiable du tiers payant intégral pour les différents professionnels de santé. Au regard des engagements des représentants des organismes d'assurance maladie complémentaire et des éditeurs de logiciel, ces outils devraient couvrir la quasi-totalité des assurés en septembre 2019. Par ailleurs, une attention particulière est portée à certaines situations ou populations prioritaires en matière d'accès aux soins et de santé publique, pour lesquelles la pratique du tiers payant intégral revêt un intérêt certain. Les actes pris en charge à 100% par la sécurité sociale mais non soumis à l'obligation de tiers payant (qui concernent essentiellement les pensionnés d'invalidité et diverses situations de prévention), ou encore les actes réalisés dans les centres de santé ou dans le cadre de la permanence des soins, font à ce titre l'objet de concertations spécifiques pour identifier les solutions cibles.