

Pétition citoyenne : Pour l'Égalité Face aux Soins et le Respect de Notre Pouvoir d'Achat !

<https://petitions.assemblee-nationale.fr/initiatives/4666>

Depuis des décennies, l'Assurance-Maladie (AM) tente de réduire ses dépenses en utilisant toutes sortes de méthodes, quitte pour y parvenir de transgresser la loi en s'attaquant à un des trois piliers essentiels et fondateurs de la sécurité sociale, reflets des valeurs républicaines de la France libérée— Liberté, Égalité, Fraternité.

Si la liberté de choix du médecin et la proportionnalité des cotisations au nom de la fraternité sont encore respectées, l'égalité des cotations et des remboursements des actes médicaux a été, quant à elle, supprimée par **un système d'une perversité exemplaire**.

Cette pétition a pour objectif de restaurer l'égalité de tarification entre les médecins et de garantir l'égalité des remboursements des actes médicaux pour tous les assurés sociaux, sans aucune forme de discrimination.

Le système choisie par l'AM repose sur une cotation de l'acte médical et un remboursement différents selon le secteur d'exercice du médecin conventionné consulté : secteur 1, secteur 1 OPTAM, secteur 2 à honoraires différents, secteur 2 à honoraires différents OPTAM. (OPTAM : option de modération tarifaire)

Secteur	Tarif	Base de remboursement	Montant remboursé (après déduction du forfait de 2 €)
Secteur 1	30 €	30 €	19 €
Secteur 1 (consultation complexe)	47,50 €	47,50 €	31,25 €
Secteur 1 (consultation très complexe)	60 €	60 €	40 €
Adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) Secteur 2	Honoraires avec dépassement maîtrisé	30 €	19 €
Secteur 2	Honoraires libres	23 €	14,10 €

<https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/F1069>

Ainsi tout patient, X ou Y se présentant à une consultation se verra attribuer une lettre clé **G** ou **C** dans le cadre de son parcours de soins coordonnés.

Si le patient X consulte un médecin secteur 1, secteur 1 OPTAM, Secteur 2 à honoraires différents OPTAM son acte médical sera coté **G**.

Sa base de remboursement sera de 30 € et jusqu'à 60 € pour les actes très complexes comme l'annonce d'un cancer et son traitement ! **Le remboursement par l'AM sera de 70% soit 21€ pour un acte à 30 € et jusqu'à 42 € pour un acte très complexe à 60 €.**

Si le patient Y consulte un médecin secteur 2 à honoraires différents non signataire de l'OPTAM, son acte médical sera coté **C**.

Sa base de remboursement sera de 23 € même pour les actes complexes comme l'annonce d'un cancer et son traitement. **Le remboursement par l'AM sera de 70% soit 16,10 € quel que soit l'acte, très complexe ou non.**

Remarque : S'il n'a pas désigné de médecin traitant, il subit une baisse du taux de remboursement qui passe de 70% à 30 %. La difficulté de trouver désormais un médecin traitant pose un problème évident d'égalité. Le taux de 30 % constitue en soi une menace pour l'accès aux soins.

À cette différence de cotation s'ajoute pour le patient X et Y une participation forfaitaire de 2€ si l'assuré a plus de 18 ans d'âge. Celle-ci n'est pas remboursée par l'AM et encore moins par les mutuelles au nom du contrat « responsable » (décret du 18/11/2014).

Le patient X sera donc remboursé de **19 €** pour un acte de base de 30 € et de **40 €** pour un acte très complexe.

Le patient Y sera remboursé de **14,10 €** pour tout acte même très complexe car coté uniformément 23 €.

Une différence de cotation et de remboursement par acte médical de 4,9 € à 25,9 € qu'il est impératif de supprimer.

<https://petitions.assemblee-nationale.fr/initiatives/4666>

Cette pétition le réclame pour la simple raison qu'elle ne bénéficie qu'aux mutuelles et non à l'AM et à l'État. Il en est de même de la prise en charge à 30 %, punitive, qui frappe tout patient n'ayant pu trouver et désigner un médecin traitant. La désertification médicale en étant la cause.

Sachant qu'un médecin secteur 1 OPTAM ou secteur 2 à honoraires différents OPTAM et secteur 2 à honoraires différents peuvent demander un dépassement d'honoraires, quel est l'impact de ce dépassement sur la partie remboursée par l'AM ? **Aucun car l'AM n'a jamais remboursé un cent d'euro d'un dépassement d'honoraires demandé par tout médecin qui en a la possibilité et ce, depuis la création du secteur 2.** Une liberté obtenue en échange de la suppression d'importants avantages conventionnels qui aggravaient de façon conséquente le premier déficit de l'AM. **Un acte citoyen en quelque sorte...**

Dès lors, étant donné que l'AM ne rembourse aucun dépassement d'honoraires, pour quelles raisons l'AM et l'État ont décidé de mettre en place en 2012 un système punitif et discriminatoire envers les assurés sociaux et les médecins secteur 2 à honoraires différents ?

La perversité exemplaire de ce système est actée par le décret du 18 novembre 2014 effectif au 1er janvier 2017. C'est pourquoi il doit être supprimé.

Pourquoi a-t-il fallu attendre 3 ans pour le mettre en place ? La raison est là encore idéologique. Cela permettait de donner le temps nécessaire aux mutuelles pour transformer en catimini leur contrat en en minorant leurs avantages et d'éduquer les esprits pour faire des médecins spécialistes ou généralistes en voie de choisir ou appartenant au secteur d'exercice à honoraires différents, anciennement secteur 2 conventionné à honoraires libres, tout à fait légal et citoyen, de parfaits boucs émissaires, car seuls responsables aux yeux de l'AM de la difficulté d'accès aux soins des assurés sociaux.

Un pur mensonge, sans aucune preuve qui plus est, qui s'ajoute à une réalité bien plus concrète cette fois-ci : celle d'une **désertification médicale** qui ne fait que s'aggraver et que ce système pervers va inéluctablement renforcer.

La perte d'attractivité de l'exercice médical côté spécialiste mais aussi côté généraliste du fait de contraintes inappropriées voire idéologiques est la seule raison à la difficulté d'accès aux soins.

Par le passé, le remboursement des dépassements d'honoraires dépendait du contrat de la mutuelle choisi par l'assuré social. Un choix qui était laissé libre jusqu'à la promulgation du décret du 18/11/2014. Ce décret l'a non seulement rendu obligatoire et ensuite imposable, mais il en a surtout fixé le niveau de remboursement qui ne peut dépasser les 200% du tarif de base pour les seuls médecins secteur 1 et secteur 2 ayant adhéré à un contrat de modération tarifaire. Il exclut désormais de tout remboursement les dépassements d'honoraires des médecins secteur 2 à honoraires différents mais n'ayant pas adhéré au contrat et par effet domino les médecins secteur 3, non conventionnés.

Dès lors, si la difficulté d'accès aux soins est de la seule responsabilité des médecins secteur 2 à honoraires différents, on s'étonne que l'AM ait décidé de créer **la lettre clé C** remboursée sur la base de 23 € créant une nette différence par rapport à la lettre clé G désormais à 30 € pour combattre la difficulté d'accès aux soins.

Restaurons par cette pétition l'égalité de tarification entre les médecins et garantissons l'égalité des remboursements des actes médicaux pour tous les assurés sociaux, sans aucune forme de discrimination.

Une difficulté d'accès aux soins aggravée par l'enrichissement éhonté des mutuelles, les plus importantes étant mutualistes, que favorise le décret du 18 novembre 2014.

C'est effectivement aux mutuelles que revient la tâche de compléter la différence de remboursement pour atteindre dans l'idéal un reste à charge le plus proche des 2 € de participation forfaitaire, désormais non remboursable, économie oblige... Or on sait que tout reste à charge trop important dégrade l'accès aux soins. D'où la création de la C2S comprenant la mutuelle gratuite pour les personnes moins précaires.

Ainsi, pour le patient X pour un acte à 30 €, la mutuelle lui rembourse 9 € en l'absence d'affection longue durée (ALD). Si le patient X est en ALD, la mutuelle ne rembourse rien ou 0 €. Un cadeau inestimable ! Les mutuelles le rendent-elles aux assurés sociaux et à l'État ? Rien n'est moins sûr...

Pour le patient Y, la mutuelle ne lui rembourse que 6,9 € soit 2,1 € de moins. De même, si le patient est en ALD, la mutuelle ne rembourse rien ou 0 €. Un cadeau une fois de plus inédit, qui va à l'encontre de l'objectif recherché d'améliorer l'accès aux soins.

De plus, pour le patient Y, son pouvoir d'achat est amputé de la différence entre 23 € et 30 € au nom de l'inégalité de cotation (C versus G) auquel se rajoute l'éventuel dépassement d'honoraires puisque le médecin secteur 2 à honoraires différents n'a aucun intérêt à coter 30 € voire même 60 € pour un acte très complexe. Un reste à charge d'autant plus grand que les mutuelles ne remboursent aucun dépassement depuis le 1er janvier 2017 suivant à la lettre près le décret du 18/11/2014.

Autant de facilités de caisse qui ne profitent finalement qu'aux mutuelles et amputent d'autant le le pouvoir d'achat des assurés sociaux. En situation de crise due à la désertification médicale, nombreuses sont les spécialités tout secteur confondu qui deviennent pratiquement inaccessibles. Une difficulté qui n'épargne pas l'hôpital qui fonctionne désormais en cycle fermé, n'autorisant un accès aux consultations que par le biais des urgences. Quel progrès !

<https://petitions.assemblee-nationale.fr/initiatives/4666>

Comment a-t-on pu laisser imaginer un tel système basé sur une inégalité de cotation et de remboursement grévant le pouvoir d'achat des assurés sociaux ?

Pour y parvenir, l'AM a inventé le CAS ou contrat d'accès aux soins en 2013, préambule au décret du 18/11/2014, pour désigner comme boucs émissaires les médecins secteur 2 qui continueraient à pratiquer les honoraires libres ou différents sans y adhérer. **Puis, faute d'efficacité financière suffisante pour punir les assurés qui les consultent et les médecins qui refusent d'y adhérer, elle a instauré l'OPTAM ou option de modération tarifaire dès le 1er janvier 2017.** Cette option apporte une nouveauté qui verrouille la résultante des dépassements et des actes conventionnés stricts à un seuil de 100%. Un verrouillage qui profite non pas à l'AM et à l'État mais essentiellement aux mutuelles privées et surtout mutualistes.

De plus, et si on s'en tient au modèle proprement dit, il est facile de constater que l'OPTAM repose sur une tromperie volontaire pure et vicieuse. En effet, l'AM depuis sa création n'a jamais rempli la part de son contrat puisqu'elle se refuse de donner trimestriellement la totalité chiffrée des dépassements réalisés par le médecin signataire de l'OPTAM. Un délai trimestriel que le contrat OPTAM, proposé à chaque médecin, confirme dans ses écritures et que l'AM s'est imposé à elle-même ! Avait-elle déjà l'idée de faire de l'OPTAM un véritable marché de dupes ?

L'AM a même été encore plus loin dans sa volonté de duper les médecins puisqu'elle a abaissé le seuil de 100% initialement proposé dans le contrat originel à la moyenne du seuil atteint par chaque médecin signataire lors des deux années 2022 et 2023. Or ce taux désormais personnalisé est naturellement plus bas dans la mesure où il est

impossible pour un médecin d'atteindre la limite de 100 %, au risque de le dépasser du fait du manque d'information trimestrielle sur leur niveau de dépassement. Une tromperie volontaire qui incitera les médecins conventionnés secteur 2 signataires à dénoncer leur contrat, ne serait-ce pour échapper aux sanctions que le dépassement inévitable du seuil ainsi nouvellement calculé entraînera. Il était déjà difficile depuis 2017 de ne pas le dépasser, faute d'information ! Leur retour en secteur 2, légal et toujours citoyen, aura comme conséquences la diminution financière de toutes leurs cotations dont celle de base de G à C, et de leurs remboursements par les mutuelles (décret du 18/11/2014. L'ensemble portera atteinte au pouvoir d'achat des assurés sociaux. Il favorisera encore et toujours plus les mutuelles qui dans ce contexte ne se privent pas d'augmenter leurs cotisations.

D'où cette pétition visant à rétablir l'égalité de cotation et de remboursement des actes médicaux pour tous les assurés sociaux et les médecins, sans aucune discrimination.

L'OPTAM, présente un autre effet absolument pernicieux qui s'ajoute à l'augmentation des dépenses de santé que les assurés sociaux doivent seuls assumer ! Il agit sur la cohésion sociale, en créant un clivage encore plus prononcé entre les précaires de plus en plus aidés et la classe moyenne, laissée pour compte. Les riches y échappant naturellement ! D'où sa perversité exemplaire.

Dans ces conditions, particulièrement fallacieuses, il est clair que l'AM par le biais de son OPTAM n'a d'autre objectif que de diminuer drastiquement le remboursement des actes médicaux des assurés sociaux qui cotisent ou ont cotisé.

L'AM le fait-elle pour financer la totale gratuité des soins, sans contrepartie, à tous ceux qui en bénéficient et dont une partie, la plus aidée, ne cotise pas voire n'a jamais cotisé. Un financement pourtant déjà payé par les assurés sociaux par la taxe prélevée sur le prix de leur mutuelle obligatoire au nom de la solidarité... Pour quelles raisons les mutuelles profitent-elles de tant d'avantages depuis 2012 ? La question se pose !

En conclusion, le désengagement financier volontaire et fallacieux de l'AM, mis sur le dos des médecins conventionnés secteur 2 à honoraires différents non adhérents à l'OPTAM, en boucs émissaires tout trouvés, repose sur une politique idéologique, clivante et discriminatoire financièrement, pénalisant toujours plus les assurés sociaux. Elle est contraire aux objectifs de santé publique.

Soyez juge ! Pour contrer cette politique idéologique favorisant la désertification médicale, n'hésitez pas à signer la pétition. Votre santé et votre pouvoir d'achat sont en danger...

<https://petitions.assemblee-nationale.fr/initiatives/4666>

Explications sur le site de prévention <https://www.voyage-aptitude-senior.fr/fr> , billets politiques. Crise hospitalière avant et après covid : une saga en trois actes

https://www.voyage-aptitude-senior.fr/wa_res/files/CRISE_HOSPITALIERE.pdf?t=6be10f38_bb23_4030_8100_be492deb0e92

[https://www.voyage-aptitude-senior.fr/wa_res/files/La_sante_comme_en_1941.pdf?
t=6be10f38_bb23_4030_8100_be492deb0e92](https://www.voyage-aptitude-senior.fr/wa_res/files/La_sante_comme_en_1941.pdf?t=6be10f38_bb23_4030_8100_be492deb0e92)