

PLFSS 2025 : encore plein de surprises !

Paris, le 21/10/2024

A la veille du vote parlementaire du **PLFSS 2025**, notre attention se focalise notamment sur l'**article 16**.

En effet, celui-ci instaurerait qu'une prise en charge par l'assurance maladie d'une prescription ou acte pourrait être subordonnée à l'établissement par le prescripteur d'un « **document attestant que sa prescription respecte les indications ouvrant droit au remboursement ou les recommandations de la Haute autorité de santé** ».

Comment peut-on expliquer à la population, qui souffre aujourd'hui d'un accès aux soins désastreux, que l'on souhaite ajouter une **surcharge administrative** à leur médecin, à l'heure où le temps médical est compté ?

Par ce texte, les législateurs souhaiteraient-ils accabler encore une fois les médecins d'une **nouvelle responsabilité** et leur faire risquer des indus de la part de l'Assurance Maladie en cas de non respect de cette attestation ?

Par ailleurs, la **médecine basée sur les preuves** est l'union de l'expertise clinique, de l'expérience du médecin, du contexte propre au patient et des recommandations. Elle ne peut donc se résumer aux uniques recommandations d'une agence médico-économique, la HAS, qui est régulièrement mise en défaut par les sociétés scientifiques, et qui oublie la singularité du patient.

La liste des produits de santé, prestations et actes serait dévoilée par décret. Ceci sous-entend une modification possible dans le futur, sans avis des parlementaires.

L'administration s'introniserait ainsi médecin en décidant à la place du spécialiste des traitements et actes nécessaires au patient, et ce pour des raisons budgétaires plus que sanitaires. Les administratifs qui ne connaissent que des numéros de Sécurité Sociale décideraient à la place du médecin qui connaît son patient !

A l'extrême, nous pourrions imaginer demain, un patient atteint d'une pathologie ne lui permettant de bénéficier d'une consultation remboursée que X fois par an, toute consultation en dehors de ce cadre n'étant alors plus remboursée.

Les médecins ne se risqueront plus à se faire facturer des indus par l'assurance maladie et pratiqueront des honoraires non conventionnels, c'est-à-dire non remboursés.

Tout ceci fait le terreau d'un **déconventionnement à marche forcée et institutionnalisé**.

Etonnant, quand on sait que l'assurance maladie s'est battue pendant des mois l'an dernier pour éviter que les médecins ne se déconventionnent par milliers !

Quand la logique budgétaire se heurte à l'humain.

