

PROJET DE LOI DE SANTÉ

Décryptage

POURQUOI LA FNMR S'OPPOSE AU PROJET DE LOI DE SANTE

Contrairement aux affirmations de la ministre, ce projet de loi aboutira à la destruction de notre système de santé par aveuglement administratif et étatique.

En effet, ce projet de loi ne répond pas ou mal aux enjeux de la santé : maintien de la qualité et de l'accessibilité aux soins, diminution du reste à charge pour le patient, rationalisation de l'offre de soins hospitalière, articulation médecine libérale-médecine hospitalière, lutte contre les déserts médicaux, équilibre financier de la sécurité sociale.

Les solutions proposées sont inadaptées et dictées par des principes technocratiques déconnectés de la réalité qui conduiront inéluctablement à la diminution de l'accès aux soins et à rendre le système de financement des soins moins solidaire avec toujours plus d'étatisation, plus d'administration, plus de rigidité, plus d'hôpital public, plus de pouvoir aux Agences Régionale de Santé, plus de déserts médicaux, plus de reste à charge pour le patient et moins de médecins, moins de médecine libérale, moins de liberté pour le patient.

Ce projet de loi remet en cause le principe de solidarité fondateur de la sécurité sociale qui permettait à chaque patient d'avoir accès aux soins, non pas en fonction de ses moyens, mais en fonction de ses besoins.

Ce projet de loi ignore complètement la moitié des médecins en n'intégrant pas la médecine spécialisée libérale dans le parcours de soins.

Seuls les assureurs privés et les organismes complémentaires seront les vrais bénéficiaires de ce texte.

Le rejet du projet est unanime. Tous les syndicats de médecins demandent, au moins, sa réécriture concertée et pour certains, son retrait. L'ordre des médecins et l'Académie de médecine demandent, eux aussi, une réécriture concertée. Les médecins hospitaliers s'interrogent, à juste titre, sur les effets qu'aura cette loi sur le fonctionnement des hôpitaux.

Après 45 jours de grève des médecins et maintenant des internes, la ministre veut faire passer en force son texte.

Les médecins et leurs patients s'opposeront ensemble à ce projet.

LES POINTS D'OPPOSITION DE LA FNMR A LA LOI DE SANTE

1. Généralisation du tiers-payant (Art .18) :

Les médecins radiologues ne sont pas opposés au tiers-payant. Une grande majorité d'entre eux le proposent déjà à leurs patients. C'est le caractère obligatoire et généralisé qui pose problème.

Pour le patient :

- Le tiers-payant laisse à penser que les soins sont gratuits. Cela peut induire un effet inflationniste de la consommation des soins (comme le souligne l'Académie de médecine), mais aussi une déconsidération de l'acte médical.
- Il masque la part de financement des mutuelles et de l'assurance maladie avec la possibilité de désengagement rampant de l'assurance maladie. Nous passerions d'un système solidaire à un système inégalitaire avec des cotisations calculées en fonction du profil à risque du patient.
- A terme, il débouchera sur la création de réseaux de soins organisés par les mutuelles et les assurances privées avec une perte de liberté de choix du médecin et une médecine en rapport avec le niveau de garantie du patient
- Les réseaux de soins financés par les mutuelles et les assureurs imposeront des règles de prise en charge des patients aux médecins qui seront dictées par des impératifs économiques. La médecine passera d'une médecine « sur-mesure et personnalisée » à une médecine standardisée ne tenant pas compte de l'individu, mais basée sur des cohortes statistiques.

Pour les médecins :

- Le tiers-payant augmentera leur travail administratif au détriment de l'activité de soin. Alors que le temps médical est rare et précieux en rapport avec une démographie négative, il sera en partie transformé en temps administratif.
- Ce tiers payant aura un coût qui devra être assuré par les médecins. Cela équivaut à une baisse de leurs honoraires qui sont déjà parmi les plus bas de l'OCDE.
- Les médecins devront se soumettre aux recommandations de prises en charge du payeur pour être rémunéré. Le conflit d'intérêt sera présent dans la relation médecin-patient. La relation médecin-patient risque d'être altérée.

Ce que nous demandons :

La possibilité de proposer le tiers-payant à tous nos patients sans caractère obligatoire avec une simplification technique n'obligeant pas le médecin à « courir » après ses honoraires auprès des 680 organismes complémentaires.

Le tiers-payant monétique est une solution garantissant l'accès aux soins sans obstacle financier pour le patient et le paiement des actes au médecin dans des délais courts. C'est aussi un moyen de faire prendre conscience du coût des soins au patient.

Il permet au médecin de garder une certaine indépendance par rapport au payeur dans l'intérêt du patient.

2. Le service territorial de santé au public (Art. 12) :

Les Agences Régionales de Santé (ARS) verront leurs attributions étendues à l'organisation de la médecine de premier recours.

Les médecins connaissent bien le rôle des ARS, sur l'organisation des établissements privés et publics, mais aussi sur les autorisations de scanner et d'IRM. Les processus décisionnels sont très lourds, très coûteux et très contraignants. La coordination entre médecins spécialistes et généralistes existe déjà.

Demander à l'ARS d'organiser le fonctionnement de la médecine de ville est inadapté : c'est nier ou méconnaître l'existant et ajouter de nouvelles contraintes. Les médecins renonceront encore plus à une installation libérale et l'accès aux soins sera encore diminué. Des territoires entiers seront sans médecins et les patients devront aller vers l'hôpital qui est, bien souvent, saturé.

Le service territorial au public géré par les ARS est le meilleur moyen pour aggraver les déserts médicaux.

Ce que nous demandons :

- Privilégier les mesures incitatives pour favoriser l'exercice libéral et ne pas contraindre les médecins dans un cadre réglementaire strict tourné vers l'hôpital et ignorant la médecine spécialisée de ville.
- Favoriser le regroupement des médecins libéraux de manière incitative avec, par exemple, des majorations tarifaires des consultations ou des actes techniques pour l'installation en secteur sous dotés, mais aussi pour permettre l'embauche de secrétaires ou d'infirmières.
- Enseigner aux patients le bon usage de l'hôpital (pathologies lourdes et urgences vitales).
- Favoriser le recours du patient à la médecine de ville (générale et spécialisée) pour les dépistages, examens de suivis, pathologies chroniques, pathologies aiguës ne nécessitant pas d'hospitalisation, urgences non vitales, car la médecine de ville est souvent plus proche géographiquement que l'hôpital, elle est moins coûteuse et plus efficiente.
- Autoriser les scanners et les IRM aux médecins radiologues sur des plateaux techniques complets en établissements et hors établissements. Eux seuls peuvent assurer le bon usage des examens d'imagerie car ils ne sont pas auto-prescripteurs. Les patients leurs sont adressés par des médecins correspondants pour un problème diagnostique. C'est le médecin radiologue qui connaît le meilleur examen à réaliser dans l'intérêt du patient. L'imagerie médicale en ville est moins coûteuse qu'à l'hôpital.
- Fixer les tarifs des actes soient en rapport avec le coût de la pratique, et ne pas s'en servir comme variable d'ajustement pour les comptes de l'assurance maladie.
- Rééquilibrer les enveloppes budgétaires entre l'hospitalisation et la médecine de ville. La France dépense 25 milliards d'euros de plus pour l'hospitalisation que la moyenne de l'OCDE et les dépenses de ville ne représentent que 30% du total (moyenne OCDE 45%).

3. Service Public Hospitalier (art.26) :

Certaines missions de service public sont autorisées par les ARS, elles sont au nombre de quatorze : (1) la permanence des soins, (2) la prise en charge des soins palliatifs, (3) l'enseignement universitaire et post-universitaire, (4) la recherche, (5) le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, (6) la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence, (7) les actions d'éducation et de prévention pour la sante et leur coordination, (8) l'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, (9) la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination, (10) les actions de sante publique, (11) la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application du code de la sante publique ou du code de procédure pénale, (12) les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, (13) les soins dispensés aux personnes retenues en application du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, (14) les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-medico-judiciaires de sureté.

Aujourd'hui, ces missions sont attribuées aux établissements privés et publics de manière détaillée et ciblée par les ARS.

Demain, le projet de loi de santé prévoit que ces autorisations de missions de service public ne soient autorisées qu'aux hôpitaux publics, ce qui exclut de fait les cliniques privées et la moitié des médecins exerçant en France.

Une mesure dérogatoire est prévue pour les établissements privés s'ils sont capables d'assurer l'ensemble de ces missions et si leurs médecins ne pratiquent aucun dépassement d'honoraires. Mais à l'hôpital, les praticiens hospitaliers conserveraient, eux, le droit à dépassement d'honoraires.

A l'hôpital, les patients hospitalisés supportent un reste à charge élevé avec le Tarif Journalier de Prestation (TPJ) qui varie entre 350 euros et 3500 euros. C'est le système opaque de tarification des hôpitaux, différent d'un établissement public à l'autre pour une même prestation, et qui sert de variable d'ajustement à leur financement : c'est sur ce TPJ qu'est calculée la part fixe (20%) du reste à charge des patients.

Ce que nous demandons :

Permettre aux établissements privés et aux médecins libéraux de remplir une ou plusieurs missions de service public hospitalier sans critères financiers.

Revaloriser les tarifs conventionnés en fonction du coût réel de la pratique afin de faire diminuer les dépassements d'honoraires et le reste à charge.

(Cela permettra aussi de réduire le reste à charge à l'hôpital qui est de 320 euros en moyenne par hospitalisation).

4. Autorisations de scanner et IRM (Art.51) :

Le projet prévoit que des décrets d'application modifieront la délivrance des autorisations d'activités et d'équipements lourds. Il prévoit également "d'harmoniser les différents régimes d'autorisation" sans autre précision.

Qu'y aura-t-il dans les décrets ? La réponse est apportée par la Fédération Hospitalière Française (FHF) qui, après une rencontre avec le cabinet de la ministre de la santé, se félicitait des réponses apportées "à ses propositions pour améliorer l'accès à l'imagerie dans les établissements publics" par la prise en compte de cette spécialité dans la future loi de santé "avec la simplification des autorisations et la facilitation des projets de mutualisation". La FHF ajoute «cette mutualisation au sein de plateformes "privilégiant les partenariats public-public" permettrait de constituer une équipe de taille suffisante»!

De son côté, le directeur du cabinet de la ministre a déclaré que "l'imagerie médicale devra être au cœur de ces nouveaux dispositifs", à savoir les groupements hospitaliers de territoire (GHT). La nouvelle organisation territoriale et les nouveaux GHT pourraient monopoliser les autorisations d'imagerie en coupe pour les hôpitaux en excluant totalement les médecins libéraux et leurs patients.

Ce que nous demandons :

Que les autorisations de scanners et IRM puissent être attribuées aux médecins radiologues libéraux, comme cela est le cas aujourd'hui, sans conditions d'exercice d'autres missions de service public afin que tous les patients puissent bénéficier d'un accès facilité à l'imagerie en coupe.

Que les forfaits techniques destinés à financer le matériel, et son fonctionnement soient réévalués afin de permettre l'équilibre économique de ces installations.

Que ces matériels puissent être mutualisés, entre le secteur public et le secteur privé quand cela est nécessaire, sans caractère obligatoire.

Que soit favorisée la coopération des services d'imagerie hospitaliers et libéraux avec la création d'entités public-privé selon le modèle du Projet Professionnel Commun proposé par le Conseil professionnel de l'imagerie médicale.

5. La convention médicale (art. 40 et 41) :

Le projet veut "renforcer l'alignement stratégique entre l'État et l'assurance maladie". Pour ce faire, il prévoit que "les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent définir conjointement des lignes directrices préalablement aux négociations des accords, contrats et conventions".

"Les conventions nationales [...] peuvent prévoir, par les mêmes contrats-type, des modalités d'adaptation régionale d'autres mesures conventionnelles (autres que les mesures favorisant l'installation des professionnels), à l'exception de celles relatives aux tarifs [...] et aux rémunérations de nature forfaitaire fixées par les conventions".

La convention est aujourd'hui négociée par les syndicats représentatifs des médecins avec l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM). Demain, le ministère des finances et celui de la santé fixeront les objectifs et l'UNCAM les appliquera, contournant ainsi toutes possibilités réelles de négociation.

Avec ce projet, le décret ministériel ou les arrêtés des Agences Régionales de Santé (ARS) remplaceront le principe de la négociation et du contrat.

Au niveau national : le système conventionnel actuel disparaîtrait pour passer dans les mains du ministère de la santé et des finances. Il n'y aura donc plus de système conventionnel vrai ni de négociations possibles. Au niveau régional : les ARS auraient un pouvoir renforcé mettant les médecins libéraux, et notamment les médecins radiologues, sous tutelle.

Ce que nous demandons :

Que le système conventionnel perdure et permette aux partenaires (CNAM, Unocam et syndicats de médecins) de négocier au niveau national.

La régionalisation des négociations conventionnelles menées par les ARS est un danger pour l'équité entre régions. Il y a un risque d'appliquer des objectifs régionaux de dépense de santé.

6. L'accentuation de la délégation des tâches (art.30, 34 et 51) :

Le projet : L'article 30 prévoit la création d'un "exercice en pratique avancée pour les professions paramédicales". Pour le Gouvernement, "des réponses convergent pour promouvoir à partir des métiers socles de nouveaux métiers dans le champ de la santé, situés entre le « bac+8 » du médecin et le « bac+3/4 » des paramédicaux". Dans l'immédiat, il ne s'agit que du métier d'infirmier clinicien.

Selon le projet, des pratiques, correspondant à l'exercice en pratique avancée, émergent déjà, par exemple : "les radiologues et les manipulateurs d'électroradiologie médicale, [qui] s'engagent dans la délégation d'actes techniques, tels les échographies, avec l'appui de leurs représentations professionnelles respectives".

Le projet prévoit la modification du code de la santé publique avec "la simplification de l'exercice des manipulateurs d'électroradiologie médicale en supprimant la condition obsolète de présence physique du médecin à ses côtés". L'article 51 dispose que le code sera modifié "pour préciser et simplifier les relations du manipulateur d'électroradiologie médicale avec les différents professionnels de santé".

La délégation de tâche concerne directement les radiologues. Les manipulateurs qui peuvent, aujourd'hui dans un cadre strict, pratiquer les échographies d'acquisition réalisées sous la responsabilité d'un radiologue pourront peut-être, dans quelques années, devenir une profession intermédiaire comme l'infirmière clinicienne prévue dans ce projet.

Ce que nous demandons :

Que la délégation des tâches reste sous la responsabilité du médecin.