



Loi de santé : décryptage

Paris, le 4 janvier 2015

1 - Les risques du tiers payant généralisé

Cet aspect de la loi a déjà été largement développé et médiatisé. Nous souhaitons surtout attirer votre attention sur d'autres points.

Cependant, vous trouverez [ci-joint le mémorandum](#) de notre avocate à ce sujet qui détaille les risques juridiques d'une telle mesure selon le plan suivant :

Cette mesure s'avère risquée à plusieurs titres :

1- pour le patient :

- en termes d'incitation à la surconsommation aux soins, du fait de l'absence d'avance des coûts correspondants.
- en termes de risque de trésorerie.
- en termes d'indemnisation en réparation des préjudices subis du fait d'un tiers.

2- pour le praticien :

- en termes de surcharge administrative.
- en termes de financement et de risque de perte financière : Qui va payer cette mesure?

Mais comme la loi de santé n'a pas que le tiers payant généralisé à revoir, nous vous incitons fortement à vous pencher sur ces 4 autres points :

2. Une ARS toute puissante qui administre la santé et le soin

L'ARS aura tout pouvoir et dans tous les domaines. Chaque ARS des nouvelles régions sera chargée d'appliquer la loi pilotée par le Ministère de la santé, avec les structures étatiques, les tutelles et les acteurs, tous aux ordres.

La CPAM ne sera plus alors qu'un payeur aveugle de contrats signés par les ARS avec des acteurs de terrains aux abois (art L1411-2, L 1434-14 et L 1434-15). Le Service Territorial de Santé au public (STSP) sera le contremaître de ce projet tentaculaire à côté de chez vous (art L1434-11). Les plateformes d'appui, nos petits chefs d'équipe. (L6331-1). Les Libéraux en cabinet (nous !) seront aux ordres !

Le service public hôpital sera refondé et on ne doute pas de la capacité de l'Etat à lui

donner encore et toujours des moyens, quitte à aggraver le déficit public (art 26). Les cliniques libérales seront soumises aux hôpitaux du territoire, avec des contrats contraignants sur la Permanence des Soins en Spécialité; des pertes de dotation sont déjà prévues (art 27).

La permanence des soins libérale en médecine générale sera en danger, puisque l'ARS déterminera seule le numéro d'appel et l'organisation, mettant ainsi en danger l'équilibre de nos entreprises et la qualité de la réponse au patient (art L6314-1 code santé publique).

L'ARS pourra imposer, disposer, contraindre, interdire, refuser, sur votre territoire (art 12), et grâce au STSP, orienter toutes les activités du soin, de la prévention, de l'offre, mais aussi prendre part au choix des rémunérations, puisqu'elle mettra en place de nouveaux systèmes de rémunération qui favoriseront le seul modèle qu'elle propose : regroupement physique des soignants en structure, maison de santé, centre de santé, Accord Cadre Interprofessionnel (ACI) et Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR), dont on voit déjà poindre les difficultés après quelques années d'existence.

L'ARS contractualisera tout programme (contrat territorial de santé, art L 1434-11) et les 97 % des soignants libéraux exerçant différemment des regroupements seront exclus du système.

L'investissement privé deviendra donc impossible. Sans contrat avec l'ARS, aucune aide au développement de la médecine libérale pour nos cabinets. En groupe de médecins, ou même travaillant seul, investir dans l'outil de travail qu'est notre cabinet deviendra impossible. Il y aura attaque en règle de nos revenus libéraux.

C'est ainsi que le revenu de notre famille sera directement attaqué, puisque les conventions médicales avec la CNAM seront encadrées par le ministère (les avantages conventionnels pourraient disparaître) et, dans ce cas, peu d'évolution positive est prévisible : nos charges ne cesseront d'augmenter locatif URSSAF CARMF (Art 40, art 41), et nous perdrons alors toute marge de manœuvre, de flexibilité de notre entreprise.

3. Les compétences médicales attaquées

(Art 30 et 32) (Art L 5134-1) (Art L 6211-3)

Les compétences de chacune de nos professions médicales seront mises à mal, tour à tour, et cela a déjà commencé en créant des filières permettant à d'autres professions non médicales de modifier leurs compétences.

Et ce n'est que le début car chaque profession de santé sera touchée à son tour.

4. Les moyens de nous contraindre à obéir

Le nombre de médecins formés en 2020 sera en très forte hausse (+30% l'an), sans toucher au numerus clausus! Effectivement en 2020, 30 % des médecins n'aura jamais intégré le PCEM1, mais aura bénéficié chaque année de passerelles les intégrant directement en 2ème ou 3ème année d'étude de médecine !

- Le numerus clausus ne sera pas changé, mais 3500 médecins de plus seront ainsi formés chaque année et l'on passera ainsi de 6500 étudiants à 10 000 médecins sortants par an.
- Le conventionnement se fera lors de l'installation (nouveau) ou suite à un

déménagement (déjà installé), et c'est l'ARS qui délivrera le conventionnement suivant ses besoins en terme de zonage.

La profession sera dépréciée, avec des acteurs venus à elle sans vocation. Nos médecins issus du concours classant seront contraints d'accepter des postes sous-payés dans des zones sous-dotées ou dans des hôpitaux pour pouvoir espérer exercer leur art, et tout simplement avoir un revenu (art 1411-2).

5. Les Mutuelles seront les grandes gagnantes

Les mutuelles spendieuses et joufflues sont les danseuses de notre société ! Rappelons que les mutuelles ont des frais de structure et de fonctionnement de 20 % (personnel, publicité TV, investissements, etc. ...), la CNAM : 4%!

Le cadeau fait aux mutuelles en janvier 2013 (Accord National Interprofessionnel ANI) obligeant tous les employeurs à offrir une mutuelle à leurs salariés était le premier acte de ce mouvement, acte qui a fait basculer des familles du non imposable vers l'impôt, grevant encore un peu plus leur budget (Somme à rajouter aux revenus, ce qui les a rendus imposable).

Non seulement les français qui travaillent continueront à payer des charges pour alimenter la sécurité sociale (URSSAF) pour le « gros soin », « gros soin » qui n'assurera bientôt que la prise en charge des patients en ALD (CNAM).

Mais les français devront aussi, et en plus de la mutuelle « low-cost » de leur employeur, prendre des sur-complémentaires, tout en continuant à payer la CSG RDS, et à la fin de l'année c'est encore une fois l'impôt qui alimentera les pertes des structures hospitalières déficitaires (ONDAM des libéraux respecté depuis 3 ans).

Les français paieront leur attachement au soin français 5 fois plus cher qu'il ne vaut, pour n'avoir à terme qu'une médecine de masse, qui aura perdue tout le sens de la qualité et de la relation médecin/patient, pourtant chère au serment d'Hippocrate.

Et pensez à écouter notre cher président sur France inter entre 7h et 9h demain matin, qui abordera très probablement cette loi.

Éric HENRY William JOUBERT Philippe VERMESCH
Président Secrétaire général Secrétaire général