

## Débat sur la loi de Santé

### TPG

Le principe de ce TPG est que le patient n'aura plus à avancer les frais pour la consultation.

*Actuellement, pour une consultation chez le généraliste de 23 € :*

- 15,10<sup>e</sup> remboursés par la sécu
- 6,90<sup>e</sup> par les organismes complémentaires
- 1<sup>e</sup> à notre charge

Certains patients n'iraient pas chez le médecin car ils ne peuvent pas avancer les 23<sup>e</sup> : principal argument pour mettre en place le TPG. C'est donc une mesure qui se veut sociale, pour améliorer l'accès aux soins

Certains tiers payants existent déjà pour les plus démunis : CMU-C et AGE (c'est une part très faible).

Le médecin peut encaisser le chèque quand il veut : il peut s'arranger avec le patient s'il a un souci de paiement. Il peut également pratiquer le tiers payant de manière "officielle".

TPG et charge administrative: le médecin, au lieu d'avoir un seul payeur (le patient) en a des centaines. L'assurance santé paiera sa part, et l'autre sera versée par les mutuelles, problème, il y en a plus de 400 en France. Le médecin aura des centaines d'interlocuteurs ce qui prendra beaucoup de temps au moindre problème. Il devra choisir entre embaucher une secrétaire ou passer du temps à se charger de tâches administratives, aux dépens sans doute de son temps de consultation.

Le TPG ne prend pas en compte les dépassements d'honoraire (donc c'est faux de dire que le patient ne payera rien pour toutes les consultations).

*Quelques chiffres:*

- 26% des français ont déjà renoncé une fois à se soigner pour des raisons financières. L'inégalité à l'accès aux soins existe en France, et le prix des soins peut être un frein. Cependant, une grande partie de ces renoncements (près de 50%) seraient dus aux soins dentaires et optiques, étant très mal remboursés, l'impact du TPG serait que très faible.

- 7 français sur 10 ont déjà renoncé à consulter: un chiffre impressionnant, dénonçant les problèmes d'accès aux soins. Il faut savoir que la principale raison à ce renoncement est le délai d'attente, il serait donc important de travailler sur la surcharge de patients des spécialistes notamment.

**Obligation de prendre une mutuelle** : avec le TPG, on serait obligé d'avoir une mutuelle. Or les cotisations des mutuelles sont totalement libres !

Le souci c'est que quand on ne paye pas, les patients sont moins regardant sur la part des paiements. Cela pourrait permettre à l'état de diminuer sa part de remboursement au profit des mutuelles.

La grande différence entre la sécu et les mutuelle se trouve dans la cotisation, la première est fonction des revenus du cotisant et la seconde est fonction de l'âge et des soins demandés.

Toutes les mutuelles auront accès aux données dans ce cas : on aura pour conséquence des variations de tarifs selon les maladies des patients, faites arbitrairement par les mutuelles.

Le but est de créer des **réseaux de soin** : et ce réseau t'orientera vers des médecins qui sont liés aux mutuelles (pour être remboursé par la mutuelle, il faut aller voir un médecin désigné par la mutuelle) : **on perd donc le choix du médecin.**

Alternative au Tiers payant :

- Carte de paiement : l'argent est débité un mois après la consultation
- Tiers Garant des suisses : même principe

Il y a quelques jours : Marisol Tourraine paraissait reculer en voulant peut être l'appliquer pour les étudiants et les patients qui sont en ALD.

Le problème de la sécurité sociale c'est la **surconsommation des soins** : **ce n'est pas un problème d'avancement d'argent** (qui concerne une minorité). L'obligation de payer à chaque consultation devrait être obligatoire, sauf pour les gens qui ne peuvent pas (dans ce cas, ce sont les CMU qui s'en chargent). Même les étudiants ne sont pas forcément les plus grands consommateurs de soins.

Le **TPG dématérialise le coût de la médecine** : le patient a l'impression que c'est gratuit, malgré sa cotisation. Il y a plein d'exams que l'on fait et qui coutent très cher. Les médecins ne sont pas forcément formés à s'informer des prix qu'une batterie d'examen coute d'après des externes.

# ARS : gain de pouvoir et perte d'autonomie du médecin

Agence Régional de Santé

L'ARS est rattaché à l'Etat. C'est une agence qui a des missions de santé publique.

Si on contracte avec l'ARS, on devient un salarié de l'ARS. L'Etat peut si il veut nous obliger à s'installer où ils veulent.

On veut faire une loi de décentralisation et donner le pouvoir aux ARS.

Le danger de cette loi : **perte de l'indépendance des médecins et de la santé**. Les médecins se transformeront en exécuteurs de tâche de l'ARS.

Comme tout organisme, il y a une administration qui va diriger les choses derrière des graphismes : et non devant la réalité. L'ARS va coordonner l'installation des médecins derrière des ordinateurs, sans forcément être confronté à la réalité.

Une seule entité va rembourser : et ils auront comme objectif et intérêt de rembourser le moins possible.

Il y aura un risque de devoir contracter avec les ARS pour travailler dans certaines régions d'abord puis un risque non négligeable de devoir **être salarié**.

Certaines personnes dans l'AG (*minoritaire : 2 personnes*) (*y'a pas eu de vote, juste deux personnes qui ont dit ça, on sait pas ce que pensent les autres ;)*) pensent qu'on doit s'orienter dans la salariale in fine, et que le libéral est révolu.

Certains médecins sont d'accord avec le fait d'être salarié à 35h, mais pour certains spécialistes c'est différent.

Si tout le monde doit être salarié, on revient au système anglo-saxon qui est moins performant que le système français. Mais certains systèmes québécois marchent très bien, donc ce n'est pas comparable.

Si tout le monde est salarié, on a une médecine à 2 vitesses :

- Normaux : avec le TPG, ils ne payent pas
- Riches : s'orienteront vers du privé et payeront du fait que les mutuelles ne remboursent pas forcément.

Si tu mets tout le monde salarié : à l'heure actuelle, il fait 35h. Or d'après la majorité de l'AG, on ne peut pas mettre tous les médecins en 35h. Ce n'est pas possible.

Les spécialistes sont là de 13 à 17h à l'hôpital.

Dans ce contexte, certains médecins vont utiliser les frais publics (en utilisant les locaux de l'hôpital et le matériel) et vont faire des dépassements d'honoraires (en privé). **Ce système salarial va tendre vers de la privatisation dans tous les cas, et de façon inégale.**

L'important est de laisser le **choix à l'individu à exercer en privé ou public**. On peut préférer ouvrir son service quand on veut, être son propre chef, payé plus d'impôts et s'installer où on veut.

Certains soulèvent le **Burn out des médecins libéraux**. Il y a des inconvénients, mais certains pensent que les médecins doivent faire le choix de leurs inconvénients.

Le libéral convient à certains nombre de personnes et des pratiques. La médecine libérale a des raisons d'exister d'après la majorité de l'AG

Si on est salarié par les mutuelles : l'Etat est en déficit partout, comment ils vont trouver les moyens de payer tout le monde ?

L'Etat paye déjà les médecins certes, mais là justement dans le contexte actuel **l'Etat tend à se désengager**.

L'ARS, selon la dotation en médecin dans certaines zones, pourrait dire aux internes de faire leur stage dans certaines régions particulières.

Les collectivités territoriales pourront intervenir sur l'ouverture des portes pour les internes. Il va manquer un PH dans un service (Lot et Garonne) : le maire va ouvrir un poste d'interne, sans Pu PH au-dessus (**biais de formation des internes**).

**Les PH remplaçants** : Le CNG aurait un pool de jeune PH qui remplacerait dans les hôpitaux les places vacantes. On fait des heures pas possibles pour pouvoir finir PH. Or là pendant un certain nombre d'années, on ferait des remplacements et boucherai les trous dans les différents services dans l'Hôpital publique. De plus, il serait mis en place d'un plafond salariale. Cette mesure est mise en place pour répondre à la problématique de l'intérim médicale. Le risque est la précarisation des jeunes PH.

**Réforme des Supers Internes** : on est en train de revoir les différentes maquettes des spécialités. La chirurgie orthopédique c'est 5 ans -> ils veulent les diviser en 3 phases (dont le super interne serait 3eme phase).

Ils travaillent comme un PH mais avec un salaire d'interne.

Il y aurait des stages du 3<sup>ème</sup> socle, or l'ARS renforce son pouvoir en assignant les stages comme ils veulent. Donc ça ne peut pas coller. On se retrouverait avec des **internes qui seraient dans des stages inappropriés à cause du fait que l'ARS va diriger l'attribution des stages.**

## Dossier médical partagé

Ca fait dépenser à l'Etat + de 500M d'euros. Ce dispositif est d'éviter toutes les infos qui n'auraient pas été transmises entre 2 équipes.

Ca simplifie la vie du patient, et d'éviter de toujours se rappeler des ATCD.

Les médecins sont assez réticents à travailler avec le DMP : c'est le patient qui choisit comment le gérer (pour éviter que certains médecins puissent le voir).

On a peur que les mutuelles accèdent à ces DMP : ce qui pourrait entraîner des effets pervers, moduler les cotisations selon les pathologies.

Open Data : ouvrir la base de données, qui est protégée et anonyme. Mais le patient peut contrôler qui peut y avoir accès. Pour le bien-être des patients, c'est parfait. Mais si tout le monde pourra y toucher.

Info sur :

Une infirmière clinicienne : elle serait là pour pallier les actes qui sont répétitifs (5 ans d'études). C'est l'intermédiaire entre les cliniciens et les infirmières.

Le but c'est de créer des **professions intermédiaires** : car des infirmières font des actes (du à un manque de personnel et de temps) et ne sont pas protégés pour autant.

## Mobilisation

La présidente de l'asso des Internes de Bordeaux (*AIHB*) prend la parole.

La grève est le moyen de rencontrer le plus de monde possible ; c'est pour cela que ça se fait entre 12 et 14h au Hall d'entrée du tripode.

Les chirurgiens Seniors soutiennent, mais certains services où les grévistes sont assez mal vus.

On déclare au Chef de service, et ça remonte pour voir comment le service peut marcher en minimum.

Les chefs de service doivent faire tourner leur service en service minimum.

Grève national et mobilisation local.

**Dimanche 15 Mars** : tous les syndicats internes sont inviter à manifester : on attend les PH, les Carabins, et même les paramédicaux.

La manifestation aura lieu dans le Hall du tripode.

Pour se mobiliser, c'est le nombre de personne : les blouses blanches dans le Hall du tripode. On pourra discuter, etc. On fait grève pour la profession médicale et pour les patients : donc ça nous concerne tous.

**Médias présents** : M6 et France 3 (qui viendrait à 10h du matin), puis des presses régionales (France bleu gironde).

**Au niveau de l'association, qu'est-ce qu'on fait ?**

Ø Ce qui est important c'est de faire passer l'information.

Ø Il faut être présent demain en blouse blanche au Hall de l'Hôpital en Blouse blanche.

Ø Il faudrait faire des tracts informatifs, que l'on ferait circuler : c'est un moyen d'information assez génial (*faites dans la soirée*)

Au niveau de la Fac, on n'a pas trop de retour au niveau de l'ANEMF. Marseille a fait une grosse AG. Ils rejoignent les internes.

Les carabins de Bordeaux doivent se bouger pour que l'ANEMF se bouge (et qui a plus de poids) puisqu'on est administrateurs à l'ANEMF.

Il faut être acteur au niveau de l'ANEMF.

Il y a un rôle du côté des Internes à jouer : faire le tour des services pour recruter les externes qui sont dans le service.

Pour demain, le mieux c'est de passer dans les services.

Il faut montrer qu'il n'y a pas que les médecins libéraux qui sont touchés : n'importe quel patient qui rentre dans ce système de santé est touché.