

CoMeGAS : Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins
SMG : Syndicat de la Médecine Générale

Le 28 mai 2009

Lettre ouverte aux Parlementaires : cri d'alerte pour l'accès aux soins

Mesdames et Messieurs les Députés et Sénateurs,

Après être passé à l'Assemblée, le projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire est maintenant devant le Sénat (1), puis ce sera au tour de la Commission mixte paritaire de l'examiner

En tant que soignants, nous vous lançons un cri d'alerte sur les problèmes de plus en plus importants rencontrés par les patients pour accéder aux soins : refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire (2), « restes à charge » de plus en plus importants, pesant tout particulièrement sur ceux qui n'ont pas de couverture complémentaire (3), augmentation des dépassements d'honoraires (4), multiplication des franchises et forfaits à la charge des patients (5), obligation d'avance des frais liée à l'absence de tiers payant (6).

Les quelques progrès en termes d'accès aux soins contenus dans la loi HPST viennent d'être remis en cause au détriment de l'intérêt des patients.

En tant que soignants nous dénonçons la suppression par le Sénat de « l'amendement Préel » qui donnait aux "Agences régionales de santé" la possibilité d'obliger les cliniques privées à garantir un quota d'actes sans dépassements d'honoraires, quand l'offre à tarifs opposables serait trop limitée dans la région. Nous sommes d'autant plus inquiets que la loi HPST met en place des "Groupements de Coopération Sanitaire public-privé" qui ne laisseront subsister sur certains secteurs géographiques que des établissements privés à dépassements d'honoraires. Ceci va poser des problèmes d'accès aux soins d'autant plus importants que les patients auront des revenus plus faibles ou seront dans des zones moins bien pourvues en établissements publics ou à tarifs opposables.

En tant que soignants, nous dénonçons les reculs successifs sur la question des refus d'accès aux soins. L'article 18, pour faciliter la preuve des refus de soins, proposait d'instaurer une présomption de preuve en faveur des assurés, il imposait au professionnel de santé auteur d'un refus de soins de prouver que ce refus était « justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination ». Il permettait aux caisses d'Assurance maladie de pratiquer des « tests aléatoires » auprès du soignant pour vérifier s'il pratiquait des refus de caractère discriminatoire. Les députés ont inversé la charge de la preuve au détriment des patients et la Commission des affaires sociales du Sénat propose de supprimer la pratique des « test aléatoires ». Médecins généralistes de terrain, nous rencontrons tous les jours ces patients victimes de refus de soins parce qu'ils ont la Couverture Maladie Universelle ou l'Aide Médicale d'Etat, nous savons que c'est la honte d'avoir été rejeté qui domine chez eux et le souhait de trouver un praticien qui les soigne. Devenir responsable de la charge de la preuve est le plus sûr moyen de les faire taire et de masquer ce problème, hélas non marginal, que tout le monde s'accorde à considérer comme une honte pour la profession.

En tant que soignants, nous vous demandons, dans l'immédiat, de maintenir les amendements et articles qui apportaient une amélioration pour l'accès aux soins des patients.

Vous êtes les représentants de tous les citoyens, nous vous demandons que soit enfin menée une politique garantissant en tout point du territoire la possibilité d'égal accès aux soins pour tous : accès aux soins sans dépassements d'honoraires, possibilité de tiers payant, baisse des restes à charge pour les patients.

Signataires :

CoMeGAS : Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins

Contact : Mady Denantes 06 20 69 38 64

<http://leblogducomegas.blogspot.com/>

SMG : Syndicat de la Médecine Générale

Contact : Marie Kayser 06 86 55 80 02

<http://www.smg-pratiques.info/>

Références :

- 1) <http://www.senat.fr/dossierleg/pjl08-290.html>
- 2) La récente enquête- testing menée par le CISS, montre que 22% des spécialistes de secteur 2 (et 50 % à Paris) refusent de soigner les bénéficiaires de la CMU complémentaire : <http://www.leciss.org/actualites.html>
- 3) Selon l'enquête IRDES de 2006, 14 % des Français déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois et 32 % parmi ceux qui n'ont pas de couverture complémentaire.
- 4) <http://www.irdes.fr/EspacePresse/CommuniquésDePresse/ComPresseAutre/DossierPresseESPS2006.pdf>

- 5) Les dépassements d'honoraires représentent 2 milliards d'euros (sur 18 milliards d'euros d'honoraires totaux), dont les deux tiers pèsent directement sur les ménages, après intervention des organismes d'assurance complémentaire. Le montant des dépassements d'honoraires dans le secteur 2 a doublé en moins de 15 ans en valeur réelle.
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/depassements_honoraires/rapport.pdf
- 6) Le montant des franchises médicales pour 2008 est de 800 millions d'euros qui sont à la charge des patients
<http://www.lesechos.fr/medias/2008/1110//300307397.pdf>
- 7) CREDES : bulletin d'informations en économie de la santé n°27, mars 2000 et Argumentaire tiers payant
http://www.smg-pratiques.info/Argumentaire-pour-le-Tiers-Payant.html?var_recherche=Tiers%20payant