

ASSEMBLÉE NATIONALE

13 octobre 2017

PLFSS POUR 2018 - (N° 269)

Rejeté

AMENDEMENT

N ° AS332

présenté par

M. Aviragnet, Mme Bareigts, Mme Vainqueur-Christophe, M. Vallaud, M. Carvounas,
M. Dussopt, Mme Battistel, M. Jean-Louis Bricout, Mme Biémouret, Mme Pires Beaune,
M. Juanico, M. Potier, M. Garot, M. Saulignac, Mme Untermaier et Mme Manin

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 44, insérer l'article suivant:**

En vue d'assurer le respect du principe posé à l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale, qui définit les objectifs de la politique de santé publique et garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire, le ministre chargé de la santé prend les mesures nécessaires lorsque l'évaluation établie par le directeur général de l'agence régionale de santé et prévue à l'article L. 1434-8 du code de la santé publique fait apparaître que les besoins d'accès aux médecins généralistes pour la population ne sont pas satisfaits.

Un décret en Conseil d'État définit les conditions dans lesquelles ces mesures concilient le respect de la libre installation et les besoins d'installation. Il prévoit notamment les modalités selon lesquelles les prestations effectuées par les praticiens ne respectant pas ces conditions peuvent faire l'objet de restrictions dans le remboursement par les organismes de l'assurance-maladie.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La désertification médicale est aujourd'hui un mal qui atteint nombre de nos territoires, marqués notamment par le nombre sans cesse croissant du non remplacement des médecins prenant leur retraite. Les départements ruraux sont particulièrement affectés par cette situation. À titre d'exemple, l'Aisne connaît une très faible densité de médecins généralistes, 72 pour 100 000 habitants. La Picardie, région qui elle-même a la plus faible densité de généralistes en France métropolitaine est dotée d'une densité de 77 médecins généralistes pour 100 000 habitants dont près de la moitié, en ce qui concerne les médecins généralistes libéraux, partiront en retraite entre 2015-2020.

Tous les remèdes qui ont été jusqu'ici essayés, récemment encore le praticien territorial de santé, ont été sans grand effet.

Plusieurs méthodes incitatives ont été expérimentés jusqu'à aujourd'hui comme les nouveaux contrats qui sont signés dans certains territoires pour favoriser l'installation de jeunes médecins. Cependant, le temps est venu de réfléchir à des mesures plus fortes.

Si la qualité de la médecine française n'est pas sans lien avec le principe de libre installation, il n'en reste pas moins que l'État s'est donné à lui-même l'obligation fixée à l'article L. 111-2-2 du Code de la sécurité sociale, de garantir l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire.

Ces deux obligations qui ont la même portée normative doivent donc être conciliées et il appartient au ministre de la Santé de pourvoir à cette conciliation en faisant en sorte que la libre installation ne conduise pas systématiquement à renforcer la désertification. Des mesures relatives au niveau du remboursement des soins lorsque l'installation du praticien n'a pas permis de remédier à la désertification en dépit des propositions d'installation qui ont pu lui être faites, doivent être envisagées. Elles doivent se fonder sur l'évaluation établie par le directeur général de chaque ARS prévue à l'article L-1434-8 du Code de la santé publique. Les conséquences de cette évaluation, aujourd'hui sans effet contraignant, pourrait faire l'objet d'un décret en Conseil d'État qui définirait les cas et conditions dans lesquels, après concertation avec la profession, il pourrait être décidé de ne pas rembourser ou de ne rembourser que partiellement les prestations faites par des praticiens qui auraient refusé jusqu'à trois propositions successives d'installations.

Tel est le sens du présent amendement.