



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

conventions avec les praticiens

Question écrite n° 22962

Texte de la question

M. Pascal Terrasse attire l'attention de M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées sur le mouvement de déconventionnement des médecins spécialistes. En effet, les négociations conventionnelles entre les syndicats représentatifs des médecins et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) n'ont pas abouti. Il en résulte que bon nombre de médecins spécialistes de secteur pratiquent des honoraires qui selon eux concordent avec un coût réel de leur fonctionnement. Les sanctions encourues par les médecins sont le déconventionnement. Les conséquences seraient notamment la fermeture de certains établissements faute de médecin ce qui risque d'entraîner une pénurie dans certaines spécialités mais également un moindre remboursement pour les assurés sociaux. Il est à noter que ce problème se posera avec d'autant plus d'acuité dans les départements ruraux, comme l'Ardèche, qui rencontrent déjà des difficultés de démographie médicale. C'est pourquoi il lui demande quelles réponses il compte apporter aux spécialistes et aux patients dans le cadre du débat sur l'assurance maladie.

Texte de la réponse

L'attention du ministre a été appelée sur le mouvement de déconventionnement des médecins spécialistes. Suite aux échecs renouvelés de la négociation conventionnelle au cours des derniers mois, les médecins spécialistes sont les seuls professionnels de santé qui continuent à être régis par un règlement conventionnel minimal (RCM) et ceci depuis 1998. Ce dernier précise les relations entre les médecins spécialistes et les caisses nationales d'assurance maladie. Il fixe ainsi les tarifs dus par les assurés sociaux aux professionnels. En contrepartie, les médecins bénéficient d'une prise en charge par l'assurance maladie d'une partie de leurs cotisations maladie, complémentaire vieillesse et allocations familiales. Il s'agit donc d'un échange de type contractuel constitué d'obligations réciproques et de dispositifs qui s'appliquent lorsque ces obligations ne sont pas respectées. Il est donc légitime qu'en cas de non-respect des dispositions réglementaires ou de manquements au RCM, ce dernier prévoit certaines mesures de sanction envers les médecins spécialistes dont la possibilité de suspendre, notamment, l'exercice sous règlement conventionnel, avec ou sans sursis. Le ministre de la santé et de la protection sociale rappelle que, sous réserve de fixer leurs honoraires avec tact et mesure, pour les médecins du secteur I, seul l'usage du dépassement exceptionnel pour exigences particulières est autorisé par les textes conventionnels lors de la facturation des honoraires opposables. Cette pratique répond à des exigences de temps ou de lieu de la part du patient, sans justification médicale avérée. Son emploi doit rester exceptionnel et non répétitif. Il convient enfin de souligner que cette pratique pénalise les patients qui sont remboursés uniquement sur la base du tarif de responsabilité. Aussi, dès lors qu'un médecin pratique des dépassements d'honoraires qui vont au-delà de ce que prévoit le RCM, il encourt des sanctions qui peuvent prendre la forme d'un déconventionnement, comme il est prévu à l'article 17 du RCM. Toutefois, le ministre chargé de la santé, attentif à la situation des médecins spécialistes, notamment ceux exerçant en secteur à tarifs opposables (secteur 1), a pris acte des propositions du relevé de conclusions signé le 25 août 2003 entre les trois caisses nationales d'assurance maladie d'une part, et la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) d'autre part. Le Gouvernement a souhaité traduire juridiquement les orientations arrêtées par les

signataires en prenant des mesures de revalorisation transitoires, rapidement opérationnelles et ciblées sur les médecins tenus de respecter les tarifs conventionnels. Ainsi, l'arrêté du 22 septembre 2003 (J.O. du 25 septembre 2003) portant modification du RCM a instauré, pour les médecins spécialistes de secteur 1 : la mise en place d'une majoration forfaitaire transitoire pour certaines spécialités - cette dernière s'élève à 2 EUR (s'agissant des neurologues, neuropsychiatres et psychiatres, cette majoration (MPC) de la consultation s'élève à 2,70 EUR) ; les spécialistes concernés doivent en contrepartie élaborer des accords de bon usage des soins ; une meilleure prise en charge par l'assurance maladie des cotisations de sécurité sociale des médecins ; des compléments de rémunération pour les médecins des spécialités techniques (chirurgie, obstétrique, anesthésie) exerçant en secteur 1 dans le cadre de contrats de pratique professionnelle (CPP), incluant la prise en charge des surcoûts résultant des fortes hausses de primes de responsabilité civile médicale. L'arrêté du 19 décembre 2003 portant sur ces CPP a été publié au Journal officiel du 24 décembre 2003. Ces contrats ont un double objet - la prise en charge à titre strictement exceptionnel du surcoût des primes d'assurance en responsabilité civile médicale, selon des modalités spécifiques à chaque discipline et au titre de 2003 ; l'apport d'un complément de rémunération pour les médecins exerçant dans ces trois spécialités pouvant aller jusqu'à 7 000 EUR pour les chirurgiens. Les difficultés rencontrées par la médecine ambulatoire ne peuvent être résolues que dans le cadre d'une réflexion globale sur les conditions d'exercice de la médecine. A cet égard, s'agissant des difficultés de démographie médicale que pourraient rencontrer certains départements ruraux, le ministre rappelle que, dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie et après la publication du diagnostic partagé établi par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, son prédécesseur a lancé le 9 février dernier la deuxième phase du processus de réforme dédiée à la concertation. Un groupe de travail porte notamment sur la meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire. Le Gouvernement a introduit également par voie d'amendement, dans le cadre du projet de loi sur le développement des territoires ruraux, une disposition permettant l'exonération de tous les professionnels de santé de taxe professionnelle pendant une durée maximale de cinq ans en zone de revitalisation rurale. Il a également permis, dans ce même projet de loi, aux collectivités locales de financer des actions de maintien et d'installation de professionnels de santé en zones sous-médicalisées. Par ailleurs, l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a instauré une aide en vue de faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux dans des zones urbaines ou rurales où est constaté un déficit en matière d'offre de soins, en contrepartie d'obligations définies par décret. Le financement de ces mesures est prévu à travers le fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL), s'agissant des médecins. Le décret n° 2003-1140 du 28 novembre 2003 définissant le mode de détermination des zones sous-médicalisées a été publié au Journal officiel du 30 novembre 2003 s'agissant de la médecine générale. D'ores et déjà, les DRASS, avec l'aide des comités régionaux de l'observatoire national de la démographie des professions de santé, peuvent donc définir les zones éligibles à ces aides. Une circulaire en cours de diffusion vise à les aider dans cette démarche. Un décret en Conseil d'État sera prochainement publié. Il a pour objet de définir les conditions dans lesquelles des aides prévues par l'assurance maladie seront attribuées dans ce cadre. Des travaux de même type seront engagés pour la médecine de spécialité.

Données clés

Auteur : [M. Pascal Terrasse](#)

Circonscription : Ardèche (1^{re} circonscription) - Socialiste

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 22962

Rubrique : Assurance maladie maternité : généralités

Ministère interrogé : santé

Ministère attributaire : santé

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 28 juillet 2003, page 5965

Réponse publiée le : 22 juin 2004, page 4764