



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

conventions avec les praticiens

Question écrite n° 42494

Texte de la question

M. Roland Chassain attire l'attention de M. le ministre de la santé et de la protection sociale sur les difficultés auxquelles se trouvent confrontés les médecins spécialistes qui, lors de leur installation, ont opté pour le secteur 1. Alors qu'initialement ces praticiens avaient la possibilité de passer du secteur 1 au secteur 2, cette faculté a été supprimée à l'occasion d'une modification en 1991 des conventions les liant aux caisses d'assurance maladie, et ce à la seule initiative de celles-ci. A cela s'ajoutent pour le secteur 1, contrairement à ce qui était prévu, la non-participation des caisses au paiement de l'ASV, le blocage depuis 1995 du montant de la consultation de spécialiste et depuis quatorze ans du tarif des actes médicaux techniques. Face à cette situation, nombre de médecins préfèrent opter pour un autre mode d'exercice, voire une autre orientation, ce qui va encore amplifier la désertification médicale constatée dans nos territoires. Il lui demande donc de tout mettre en oeuvre pour que ces médecins puissent, comme cela était prévu dans la convention d'origine, exercer en secteur 1I ou bénéficier d'une liberté tarifaire, convaincu, dans ce dernier cas, que les praticiens sauront tenir compte de la situation financière de leurs patients et ainsi préserver l'accès aux soins de tous. Par ailleurs, il lui demande d'intervenir afin que, dans l'attente du texte qui permettra de revoir le secteur conventionnel, les caisses ne poursuivent pas les médecins qui sont obligés d'augmenter leurs tarifs ou qui sont déconventionnés.

Texte de la réponse

L'attention du ministre des solidarités, de la santé et de la famille est appelée sur la situation des médecins spécialistes de secteur 1. Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille souligne que l'amélioration de la situation de ces médecins a été une priorité pour le Gouvernement, préoccupé par les conséquences fâcheuses pour le fonctionnement du système de santé de l'état de paralysie complète des relations conventionnelles entre les médecins spécialistes et les caisses d'assurance maladie. Il rappelle ainsi que, en l'absence de convention, plusieurs mesures d'attente, rapidement opérationnelles et ciblées sur les médecins tenus de respecter les tarifs conventionnels, ont été prises par son prédécesseur par l'arrêté du 22 septembre 2003 portant modification du RCM. Il s'agit notamment : a) De la mise en place d'une majoration forfaitaire transitoire pour certaines spécialités : cette dernière s'est élevée à 2 euros par consultation et concerne neuf spécialités ; s'agissant en outre des neurologues, neuropsychiatres et psychiatres, cette majoration de la consultation s'élève à 2,70 euros ; b) De l'amélioration de la prise en charge par les caisses des charges sociales pour les spécialistes du secteur 1. En outre, un arrêté du 19 décembre 2003 a prévu des compléments de rémunération pour certaines spécialités techniques (chirurgie, obstétrique, anesthésie) dans le cadre de contrats de pratique professionnelle (CPP), afin de couvrir la majoration de leurs primes d'assurance. Ces contrats, qui concernent les médecins du secteur 1, 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. Ces contrats, annexés dans le RCM, ont été reconduits pour un an par un arrêté du 30 novembre 2004 et étendus aux médecins du secteur 2 qui réalisent une certaine proportion de leurs actes en tarifs opposables. Par ailleurs, pour préserver l'attractivité des filières chirurgicales, un arrêté du 1er octobre 2004 a revalorisé les honoraires

des spécialités chirurgicales de 12,5 %. Au-delà de ces différentes mesures d'attente, la loi n° 2004-8 10 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a jeté les bases de solutions plus pérennes grâce à l'utilisation d'un véritable parcours coordonné de soins. Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille ainsi que le secrétaire d'État à l'assurance maladie ont pris connaissance du protocole d'accord conclu le 15 décembre 2004 entre l'assurance maladie et trois organisations de médecins, représentatives de la majorité des praticiens généralistes et spécialistes. Ils saluent l'esprit de responsabilité qui a animé les partenaires conventionnels tout au long de cette négociation. À travers cet accord, une étape décisive vient d'être franchie par l'assurance maladie et les professionnels de santé dans la mise en oeuvre de la réforme récemment votée par le Parlement. Ce texte définit le rôle du médecin traitant et les modalités du parcours coordonné de soins et permet leur mise en oeuvre à compter du début de l'année 2005. Il constitue un élément majeur de la réussite de la réforme de l'assurance maladie, grâce aux évolutions de comportement de tous les acteurs, les professionnels comme les patients. Il comporte par ailleurs des engagements concrets de la part des médecins en matière de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et de volumes de prescription. Au total, 1 milliard d'euros d'économies sont attendus résultant d'un meilleur respect des protocoles de soins en matière d'affections de longue durée, d'un contrôle renforcé des indemnités journalières, d'une prescription plus adaptée des médicaments (notamment pour ce qui est des antibiotiques et des anxiolytiques) et du développement du générique. Cet engagement des professionnels de santé, fixé de manière précise région par région, amplifiera les objectifs de maîtrise médicalisée que le Gouvernement s'est fixés dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005. Les conditions de rémunération des praticiens ont été adaptées afin de valoriser un exercice coordonné des soins. Une option de coordination est prévue pour les praticiens, dans laquelle les honoraires seront opposables. Par ailleurs, lorsque le patient consultera un spécialiste sans respecter le parcours de soins, l'accord prévoit une possibilité de dépassement modéré et encadré des honoraires des praticiens. Il n'y aura en tout état de cause pas de réouverture du secteur 2 honoraires libres. Enfin, ce texte fixe les modalités de passage à la nouvelle nomenclature qui permettra une rémunération plus juste des actes médicaux.

Données clés

Auteur : [M. Roland Chassain](#)

Circonscription : Bouches-du-Rhône (16^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 42494

Rubrique : Assurance maladie maternité : généralités

Ministère interrogé : santé

Ministère attributaire : solidarités, santé et famille

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 29 juin 2004, page 4889

Réponse publiée le : 25 janvier 2005, page 855