



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

conventions avec les praticiens

Question écrite n° 62516

Texte de la question

M. Patrick Balkany appelle l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur le protocole d'accord historique destiné à limiter les dépassements d'honoraire des médecins libéraux tout juste intervenu entre l'assurance maladie, les syndicats de médecins CSMF et SML et les organismes complémentaires. Ce protocole d'accord, qui ne concerne pour l'heure que les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens et les anesthésistes, prévoit l'instauration d'un secteur dit « optionnel ». Ce dernier permettrait d'autoriser des dépassements limités, à la condition que 30 % minimum des actes réalisés soient facturés au tarif de la sécurité sociale. Ce faisant, il lui demande de bien vouloir lui indiquer les prochaines échéances qui permettront de mettre en oeuvre cette mesure et de lui préciser si un calendrier concernant les autres professions médicales est d'ores et déjà envisagé.

Texte de la réponse

Conformément à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les conventions pour les médecins et celles pour les chirurgiens-dentistes définissent les cas autorisés de dépassements des tarifs conventionnels. La convention médicale du 12 janvier 2005 fixe ainsi les différents cas de dépassements. Certains médecins, qui remplissent des conditions de titre ou diplôme, peuvent être autorisés à facturer des dépassements sur l'ensemble de leurs actes et consultations, tels les praticiens autorisés à pratiquer des honoraires différents (secteur 2) ou ceux titulaires d'un droit permanent à dépassement (secteur 1 DP). Les médecins, qui appliquent les tarifs opposables, peuvent ponctuellement s'en affranchir en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical (DE) ou pour non-respect du parcours de soins (DA). Dans tous les cas, le médecin fixe ses honoraires avec tact et mesure. Par ailleurs, le niveau de dépassement peut être plafonné dans les cas du DA et du dépassement maîtrisé (DM) pour les médecins de secteur 2 adhérant à l'option de coordination. Quelle qu'en soit la nature, le dépassement n'est pas pris en charge par l'assurance maladie. En fonction du niveau de couverture de la complémentaire santé, il sera plus ou moins remboursé. Afin de limiter les dépassements, le Gouvernement a renforcé l'information des patients sur les tarifs facturés par les professionnels. Tout d'abord, l'assurance maladie a mis en place, à la demande du Gouvernement, un dispositif d'information sur le secteur conventionnel et les tarifs des professionnels de santé. Il s'agit de la plateforme « Infosoins », disponible sur www.ameli.fr et par téléphone. L'ordre des médecins s'est également saisi du problème en rappelant aux médecins leurs obligations déontologiques (accueil des patients les plus modestes, respect du tact et de la mesure) et en intervenant auprès des professionnels pour régulariser leurs dépassement. Ensuite, depuis le début de l'année 2009, plusieurs textes d'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 sont venus renforcer les obligations de transparence tarifaire des professionnels de santé à l'égard de leurs patients. L'obligation d'affichage des honoraires des professionnels de santé dans leurs cabinets a été renforcée par le décret du 10 février 2009. Ainsi, dès son entrée dans la salle d'attente, le patient peut désormais prendre clairement connaissance des tarifs des cinq prestations les plus courantes et des conditions de remboursement. Depuis le 1er février 2009, en vertu de l'arrêté du 3 octobre 2008, le professionnel de santé doit, s'il pratique un

dépassement, délivrer à son patient une information écrite préalable sur le tarif des actes effectués, ainsi que sur le montant et la nature du dépassement facturé. Le non-respect de cette obligation peut faire l'objet, en cas de plainte des patients, d'une sanction financière prononcée par les caisses locales d'assurance maladie. Tout ceci permet aux assurés de disposer d'une visibilité accrue sur le montant à payer et sur la base de remboursement et de mieux s'orienter dans le système de soins. Enfin, depuis le 1^{er} janvier 2009, les dépassements contraires au tact et à la mesure peuvent être sanctionnés : le décret paru le 31 décembre 2008 définit l'appréciation du tact et de la mesure au travers de cinq critères issus de la jurisprudence (notoriété, fortune du patient, technicité de l'acte, service rendu, moyenne des autres praticiens). Les termes de ce décret sont en passe d'être repris par le décret d'application de l'article 54 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) actuellement en cours de publication et qui définit le refus de soins et résume l'ensemble des sanctions applicables en cas d'entrave à l'accès financier aux soins : information écrite préalable, refus de soins et dépassements abusifs. Pour les dépassements d'honoraires abusifs, le décret précise l'intention du législateur et propose de fixer des montants maximums de sanction à deux fois le montant des dépassements en cause et en cas de récidive, retraits du droit à dépassement pendant cinq ans pour les médecins de secteur II ou arrêt de la participation au financement des cotisations sociales pendant la même durée, pour les médecins de secteur I.

Données clés

Auteur : [M. Patrick Balkany](#)

Circonscription : Hauts-de-Seine (5^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 62516

Rubrique : Assurance maladie maternité : généralités

Ministère interrogé : Santé et sports

Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clé(e)s

Question publiée le : 3 novembre 2009, page 10367

Réponse publiée le : 26 janvier 2010, page 893