

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Avenants à la convention médicale

NOR : SANX0700779X

A V E N A N T N° 1 7 B I S

À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX
ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 12 JANVIER 2005

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 162-5 ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005 publiée au *Journal officiel* du 11 février 2005, ses annexes et avenants,

Les parties signataires à la convention nationale conviennent de ce qui suit :

Article unique

A l'annexe 8.13 de la convention nationale, les alinéas 1 à 5 du point 8.13.3 sont remplacés par :

« Au titre de leur participation à une formation agréée FPC, les médecins peuvent prétendre au versement d'une indemnité quotidienne (hors dimanches et jours fériés) pour perte de ressources, sous réserve de remplir les conditions cumulatives suivantes :

- exercer sous le régime de la présente convention nationale ;
- suivre intégralement une action de formation agréée dans les conditions définies par la présente convention, et d'une durée :
 - soit égale à une journée entière, entendue comme 7 heures de formation effective hors temps de pause et de repas ;
 - soit au moins égale à deux journées entières consécutives ;
 - soit au moins égale à trois journées entières consécutives ou non, pour un cursus de formation selon les modalités du cahier des charges défini par le CPN FPC. »

Fait à Paris, le 7 février 2007.

Pour l'UNCAM :
F. VAN ROEKEGHEM,
directeur général

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :

F. BENOUAICH,
président

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

A V E N A N T N° 1 8

À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX
ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 12 JANVIER 2005

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 162-5 ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005 publiée au *Journal officiel* du 11 février 2005, ses avenants et ses annexes,

Les parties signataires à la convention nationale conviennent de ce qui suit :

Préambule

Le dispositif du médecin traitant place le médecin généraliste au cœur de l'organisation et de la coordination des soins. Les parties signataires se sont attachées à renforcer les missions du médecin traitant, notamment dans le domaine de la prévention, de la permanence des soins et de la formation professionnelle continue.

La convention nationale prévoit la mise en œuvre d'un dispositif permettant la convergence du médecin traitant et de l'option médecin référent.

A cet effet, les parties signataires souhaitent, par le présent avenant, fixer les modalités de versement d'une indemnité individuelle, proportionnelle et dégressive afin d'assurer cette convergence.

Article 1^{er}

Les dispositions de l'article 1.1.5 « Cas des praticiens ayant adhéré à l'option médecin référent » de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie sont remplacées par ce qui suit :

« Les parties signataires ont convenu de la nécessité de réexaminer la situation des options conventionnelles, notamment celle de l'option médecin référent, afin d'assurer sa convergence avec le dispositif du médecin traitant.

Les parties signataires conviennent d'attribuer, en fonction de la situation de chaque médecin référent concerné, une indemnité forfaitaire proportionnelle et dégressive calculée en fonction du nombre de patients adhérents au médecin référent au 12 février 2005 et selon les modalités définies en annexe au présent avenant.

Par ailleurs, les patients qui ont choisi leur médecin référent comme médecin traitant et leurs ayants droit continuent de bénéficier de la dispense d'avance des frais. »

Article 2

Les dispositions de l'annexe 8-15 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie relatives à l'option conventionnelle du médecin référent sont abrogées, exceptées celles concernant l'application de la dispense d'avance des frais prévues aux articles 5-9 et 5-12 du chapitre 8-15-1 et article 6 du chapitre 8-15-2, maintenues jusqu'au 31 décembre 2009.

Fait à Paris, le 7 février 2007.

Pour l'UNCAM :
F. VAN ROEKEGHEM,
directeur général

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :

F. BENOUAICH,
président

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

A V E N A N T N° 2 1

À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX
ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 12 JANVIER 2005

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 162-5 ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005, publiée au *Journal officiel* du 11 février 2005, ses avenants et ses annexes ;

Vu le protocole d'accord signé le 21 décembre 2006 entre les parties signataires à la convention nationale des médecins libéraux relatif aux bénéficiaires de la CMU-C, et notamment son point 4,

Préambule

Les parties conventionnelles réaffirment solennellement leur attachement à l'égalité d'accès aux soins : tous les assurés, quel que soit leur niveau de revenu, doivent pouvoir bénéficier des soins qui leur sont nécessaires.

Les parties conventionnelles rappellent également leur refus de toute discrimination. Les discriminations sont inacceptables et contraires à l'éthique médicale. Elles constatent d'ailleurs que l'immense majorité des professionnels de santé, et notamment des médecins, partagent ces valeurs et soignent chaque jour tous leurs patients sans aucune distinction, si ce n'est celle de leur besoin de soins.

S'appuyant sur les préconisations formulées par le ministre de la santé et des solidarités le 19 décembre 2006 et leur protocole d'accord en date du 21 décembre 2006, les parties conventionnelles ont souhaité décider des mesures à mettre en œuvre dans les meilleurs délais pour répondre aux difficultés rencontrées.

L'UNCAM s'engage à informer les bénéficiaires de la couverture maladie universelle de leurs droits à être soignés en dispense d'avance de frais par l'ensemble des professionnels de santé et des procédures mises en place pour résoudre les difficultés d'accès aux soins et de refus de soins. L'UNCAM s'engage à rappeler à l'ensemble des acteurs ses devoirs, notamment la nécessité de respecter le parcours de soins pour bénéficier de la meilleure prise en charge et de la coordination des soins.

L'assurance maladie s'engage également à accompagner les personnes en situation de précarité et à améliorer l'information donnée aux bénéficiaires de la CMU-C lors d'une nouvelle ouverture de droit ou du renouvellement de leur droit à ces prestations et à inciter à cette occasion les bénéficiaires de ces prestations qui ne l'ont pas encore fait à choisir leur médecin traitant.

Les professionnels qui assurent la dispense d'avance de frais ont droit à un remboursement rapide des soins assurés.

Pour ce faire, l'assurance maladie s'engage à tenir les objectifs fixés par l'Etat dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion en termes de délais tant pour la délivrance des cartes Vitale aux bénéficiaires de la CMU-C que pour le remboursement effectif des soins.

A cet effet, un bilan des délais de remboursement et de délivrance des cartes Vitale sera réalisé par l'assurance maladie, d'ici le 31 mars 2007. Une analyse du processus de renouvellement des droits sera réalisée dans les mêmes délais.

L'UNCAM rappellera aux professionnels de santé les finalités de la couverture maladie universelle et des obligations qui leur incombent en application des textes réglementaires.

Les caisses d'assurance maladie informeront quant à elles les commissions paritaires locales des saisines du conseil de l'ordre qu'elles pourraient être amenées à réaliser en cas de refus de soins.

La situation des assurés dont la caisse de rattachement n'est pas connue sera examinée dans le cadre du groupe de travail sur les simplifications administratives.

Par ailleurs, les parties signataires à la convention nationale conviennent de ce qui suit :

Article 1^{er}

A la suite du troisième alinéa de l'article 7.2 de la convention nationale, est ajouté : « Par dérogation, à titre transitoire et au plus tard jusqu'à la fin de la présente convention, lorsqu'à l'occasion d'une consultation auprès d'un bénéficiaire de la CMU complémentaire, le médecin correspondant, indépendamment de son secteur d'exercice, a facturé une majoration de coordination et qu'il est constaté que l'assuré n'avait pas déclaré de médecin traitant, cette majoration est versée par l'organisme d'assurance maladie au praticien au titre de la dispense d'avance des frais. »

Article 2

Au premier alinéa de l'article 1.4.4 de la convention nationale, après : « et en dehors des cas d'urgence et/ou d'éloignement occasionnel du patient », est ajouté : « et excepté pour les soins délivrés aux patients bénéficiaires de la CMU complémentaire ».

Article 3

Le second alinéa de l'article 4.1.3.1 est remplacé par l'alinéa suivant :

« Les médecins ne peuvent facturer de dépassements sur ces actes qu'en cas d'exigence particulière du patient, au sens du point *a* de l'article 4.3 de la présente convention. »

Fait à Paris, le 7 février 2007.

Pour l'UNCAM :
F. VAN ROEKEGHEM,
directeur général

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :

F. BENOUAICH,
président

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

A V E N A N T N° 2 2

À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX
ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 12 JANVIER 2005

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 162-5 ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005 et publiée au *Journal officiel* du 11 février 2005, ses annexes et avenants,

Les parties signataires à la convention nationale conviennent de ce qui suit :

Article unique

Conformément à l'article 3 de l'avenant n° 15 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005, les partenaires conventionnels conscients de l'importance des actions de prévention et d'éducation sanitaire pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire, et afin de poursuivre une politique préventive active et nécessaire pour les jeunes, ont convenu, par le présent avenant de déterminer les modalités de participation des médecins stomatologistes au dispositif de prévention bucco-dentaire pour les patients âgés de 6 à 18 ans et ce conformément, à ce qui est déjà prévu dans le cadre de la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

1. *Parties concernées*

Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention s'adresse aux enfants ou adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, ayants droit ou assurés sociaux et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie.

Les médecins stomatologistes

Les médecins stomatologistes relevant des dispositions de la convention nationale des médecins libéraux participent à l'action de prévention.

2. *Contenu du dispositif*

Les jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans bénéficient d'un examen de prévention et des soins consécutifs éventuellement préconisés lors de cet examen.

Le contenu de l'examen de prévention

L'examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse ;
- un examen bucco-dentaire ;
- des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation à la santé bucco-dentaire (hygiène bucco-dentaire, enseignement du brossage dentaire...), recommandations d'hygiène alimentaire.

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabuccales ;
- l'établissement d'un programme de soins.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser, celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir, au cours d'une même séance, facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

Les soins consécutifs à l'examen de prévention

Entrent dans le champ du dispositif les seuls actes correspondant à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques, cotés respectivement par les lettres clés SCM, KC, Z de la NGAP dont le champ est précisé à l'article 1^{er} de l'avenant n° 15 à la convention nationale.

Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif.

Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention

Les tarifs ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

- La rémunération de l'examen systématique annuel de prévention pour les jeunes âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans est fixée initialement à 25 euros. Elle est versée directement par la caisse d'assurance maladie au médecin stomatologiste.
- Cet examen peut être complété (si nécessaire) par une prise de radiographie(s) intrabuccale(s) rémunérée(s) sur la base d'un forfait, quelle que soit la technique utilisée, de la façon suivante :
 - pour la réalisation de un ou deux clichés : 11 euros ;
 - pour la réalisation de trois ou quatre clichés : 22 euros.

3. Modalités pratiques

Dans le mois qui précède la date d'anniversaire de l'assuré ou de l'ayant droit, la caisse d'assurance maladie dont il relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré-identifié, accompagné d'un courrier d'invitation à l'examen de prévention, personnalisé en fonction de l'âge.

Le courrier d'invitation peut être adressé en son nom propre si l'adolescent est lui-même l'assuré ou à ses parents si l'adolescent est à leur charge.

Conformément à l'avenant n° 15, les soins de prévention bucco-dentaire peuvent être réalisés en accès spécifique. Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant ou l'adolescent consulte le médecin stomatologiste de son choix, ou du choix de ses parents, dans les 6 mois qui suivent la date d'anniversaire. Il présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge, pré-identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Après la réalisation de cet examen, le médecin stomatologiste complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à l'organisme d'affiliation de l'assuré pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure « renseignements médicaux » est à conserver par le médecin stomatologiste dans le dossier du patient. Pour ce qui concerne les enfants de 6 et 12 ans, ces renseignements sont également portés par le médecin stomatologiste dans le carnet de santé.

Pour bénéficier d'une prise en charge à 100 %, le programme de soins établi, le cas échéant, lors de l'examen, doit être commencé dans les trois mois qui suivent cet examen et s'achever dans les six mois suivant la date de début des soins.

En ce qui concerne les soins consécutifs éventuels, dans l'attente de la possibilité de leur télétransmission, la feuille de soins bucco-dentaire habituelle acquittée est adressée directement par le bénéficiaire ou l'assuré dont il dépend à l'organisme d'affiliation en vue du remboursement, sauf dans les cas de dispense d'avance des frais prévus par la loi.

Les caisses d'assurance maladie s'engagent à permettre la télétransmission de cet examen et des soins consécutifs à partir du 1^{er} janvier 2007.

4. Engagements des parties

Les engagements du médecin stomatologiste

Le médecin stomatologiste s'engage à :

- respecter les clauses du présent texte et à faire bénéficier ses patients des tarifs conventionnels comme prévu à la convention nationale en s'interdisant l'usage des dépassements d'honoraires visés par la convention ;
- permettre au patient d'accéder à l'ensemble des avantages prévus dans le dispositif ;
- informer son patient et son représentant légal, s'il est présent, de l'état bucco-dentaire constaté et, le cas échéant, du nombre de dents à traiter et de la nature des soins à engager, tout en précisant les priorités ;
- accompagner sa démarche de conseils d'hygiène et de prévention en soulignant l'intérêt d'un traitement précoce, d'un suivi régulier et de la continuité des soins ;
- participer à l'évaluation du dispositif en :
 - conservant dans le dossier médical du patient les « renseignements médicaux » relatifs à l'examen de prévention et au programme de soins éventuels ;
 - transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;
 - répondant à toute enquête ou recueil d'informations réalisés sur la base des modalités définies dans le cadre de la convention dentaire ;
 - répondant aux modalités de suivi indiquées ci-après ;
- participer à la campagne de prévention bucco-dentaire.

Les engagements de l'UNCAM

L'UNCAM s'engage à :

- faire bénéficier les patients concernés par le dispositif de la procédure de dispense d'avance des frais pour l'examen de prévention annuel et son complément radiologique éventuel ;
- honorer directement l'examen annuel de prévention et son complément radiologique éventuel aux médecins stomatologistes ;
- mettre en place une gestion active des bénéficiaires du dispositif de manière à les suivre au plus près et à les inciter à y participer ;
- accompagner la mise en œuvre du dispositif de prévention de campagnes d'information destinées aux assurés, aux bénéficiaires potentiels et aux médecins stomatologistes ;
- restituer aux médecins stomatologistes dans le cadre des commissions paritaires locales les informations et analyses pertinentes résultant des évaluations ;
- émettre l'ordre de virement de la facturation dans un délai maximum de quinze jours à compter de la réception du support de facturation dûment complété ;
- en cas de support électronique, ce délai est ramené à cinq jours.

5. Evaluation du dispositif

Les dispositions générales

Les parties signataires considèrent que la procédure d'évaluation doit être réalisée dans trois domaines : médical, économique et social.

L'ensemble des acteurs étant amené à participer à cette évaluation dans ses trois composantes, les praticiens s'engagent en conséquence à répondre le plus efficacement possible à toute sollicitation des caisses ou des tiers habilités afin de faciliter cette démarche. En contrepartie, les caisses d'assurance maladie conviennent de mettre à disposition des médecins stomatologistes concernés les éléments analytiques d'évaluation du dispositif de prévention.

Le contenu des volets de l'évaluation

Les parties signataires doivent recueillir les éléments principaux permettant de répondre aux objectifs suivants :

1. Domaine médical :

- nombre d'enfants ayant un besoin de soins/nombre total de bénéficiaires ayant eu un examen de prévention ;
- nombre de programmes de soins réalisés/nombre de programme de soins proposés ;
- analyse du type d'actes prodigués au cours de l'examen de prévention ;
- analyse de l'indice CAO.

2. Domaine économique :

- suivi de l'indice CAO ;
- suivi du volume d'actes de soins conservateurs par cotation et par tranche d'âge.

3. Domaine social :

- impact de la mise en œuvre du dispositif sur l'activité des stomatologistes ;
- impact de la mise en œuvre du dispositif sur le comportement des bénéficiaires (recours aux soins ou recours à l'examen par exemple), par tranche d'âge et par cible ;
- enquête de satisfaction auprès des stomatologistes ;
- enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires et des assurés.

La formalisation de l'évaluation

La méthode utilisée et les critères retenus pour l'évaluation dans ses trois composantes seront déterminés, en conformité avec le dispositif prévu pour les chirurgiens-dentistes.

6. Modalités de suivi par les instances conventionnelles

Les partenaires conventionnels conviennent d'étudier l'application et le suivi du dispositif dans le cadre des instances conventionnelles.

Le suivi par la commission paritaire nationale

La commission paritaire nationale confie à un comité paritaire de suivi qu'il désigne, le soin de suivre l'application du dispositif, d'en analyser les effets et de proposer d'éventuels aménagements.

Celui-ci coordonne et oriente l'application du dispositif au niveau local.

Les commissions paritaires locales

Les commissions paritaires locales examinent les conditions d'application du dispositif de prévention bucco-dentaire et tiennent informée la commission paritaire nationale.

Fait à Paris, le 7 février 2007.

Pour l'UNCAM :
F. VAN ROEKEGHEM,
directeur général

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :

F. BENOUAICH,
président

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président