

AVENANT N° 21
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 Vitales 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

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 2007,

Pour l'UNCAM,
Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur général

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF,
Docteur Michel CHASSANG, Président

Pour le SML,
Docteur Dinorino CABRERA, Président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance,
Docteur Félix BENOUAICH, Président

Pour la CSMF,
Docteur Michel CHASSANG, Président

Pour le SML,
Docteur Dinorino CABRERA, Président