

LE SYSTEME CONVENTIONNEL FRANÇAIS

l'essentiel

Les conventions gèrent les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé exerçant une activité en secteur « libéral » de soins. Les professionnels de santé adhèrent (ou non) à la convention nationale. La loi du 6 mars 2002 a mis en place une architecture conventionnelle à 3 niveaux :

1. Un accord cadre interprofessionnel
2. Des conventions sectorielles
3. De nouveaux outils de promotion de la qualité des soins :
 - Des accords collectifs : (ACBUS ou **AC**cord de **Bon Usage** des Soins)
 - Des contrats individuels : (CBP ou **C**ontrat de **Bonne Pratique**)

Historique des conventions avec les médecins :

1959 : Les conventions médicales doivent être conformes à une convention type.

1971 : La loi établit un nouveau cadre institutionnel des conventions nationales. Les rapports avec les professions de santé, jusque-là réglés au plan des caisses primaires, sont désormais définis au plan national.

1976 : Mise en place de la procédure de tiers payant

1980 : Institution d'une maîtrise concertée des dépenses, création du secteur 1 à honoraires opposables et du secteur 2 à honoraires libres (à fixer avec tact et mesure)

1985 : Instauration du principe de la tacite reconduction de la convention.

1990 : Limitation du secteur 2

1993 : Objectifs prévisionnels annuels quantifiés, références médicales opposables, codage des actes et des pathologies.

1998 : Naissance de la carte Vitale, rôle du médecin référent, coordination des soins

La convention actuelle avec les médecins

La convention nationale en cours est celle parue au journal officiel du 11 février 2005. Elle s'applique à la fois aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes. Elle ouvre la voie à la mise en œuvre de la réforme instaurée par la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie, qui prévoit :

- L'instauration d'un **parcours de soins** coordonné : le **médecin traitant** (MT - la plupart du temps un généraliste) en garantit la coordination, la qualité et la continuité des soins. Ce parcours doit permettre de réduire les soins redondants et d'optimiser l'accès aux soins spécialisés.
- Le recours à un **médecin correspondant** (MC). Il est spécialiste ou expert et participe, à ce titre, à l'élaboration du protocole de soins pour les ALD (Affections de Longue Durée) avec le médecin

traitant, et assure un retour d'information au médecin traitant. Il s'engage à recevoir le patient adressé par le médecin traitant dans des délais compatibles avec une bonne prise en charge.

- L'élaboration et le suivi du **dossier médical personnel (DMP)**, qui vise principalement à diminuer les risques de contre-indications médicamenteuses et les examens inutiles, ainsi qu'à améliorer le dialogue patient / professionnels de santé. Ce dossier informatique contiendra tous les antécédents médicaux du patient et sera géré par le médecin traitant.
- Le libre **choix garanti** : le parcours de soins garantit au patient la liberté de choisir son médecin traitant. En cas d'urgence, d'éloignement ou d'absence du médecin traitant, le patient peut consulter un autre médecin et les tarifs conventionnels s'appliquent. Par ailleurs, certains actes spécifiques en gynécologie, ophtalmologie et psychiatrie sont à accès direct sans consultation préalable du médecin traitant
- La **valorisation de la coordination des soins** : pour l'assuré et dans le cadre du parcours, il s'agit de maintenir un bon niveau de remboursement. Pour le médecin traitant, c'est assurer une rémunération annuelle, pour le suivi du patient en ALD. Pour le médecin correspondant, c'est avoir la possibilité d'appliquer une majoration pour les patients en dehors du parcours de soins.
- La **formation professionnelle conventionnelle** : les parties signataires mettent en place un dispositif de formation (FPC) destiné aux médecins libéraux. Il accompagne les orientations de la convention, notamment les engagements de maîtrise médicalisée. Il permet aux médecins d'adapter leur pratique à un exercice actualisé de la médecine et concourt ainsi à la qualité des soins et à la maîtrise des dépenses.
- Des sanctions sont prévues en cas de non respect des dispositions conventionnelles, dans le cadre des instances conventionnelles paritaires mises en place.

Engagements des médecins

Les médecins s'engagent collectivement à atteindre des objectifs quantifiés, issus d'une bonne pratique médicale, afin de contribuer à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé. Des engagements au niveau national ont été pris pour 2006 et pour 2007 (selon l'avenant n° 12 à la convention nationale - arrêté du 23 mars 2006 - JO du 30 mars 2006) :

***Les engagements pour 2006 au niveau national** : > pour l'année 2006, il existe des objectifs de maîtrise médicalisée portant sur les thèmes 2005 suivants : 1/ sous forme d'engagements de maîtrise médicalisée : prescriptions d'antibiotiques, dépenses liées aux arrêts de travail, statines, prescriptions d'anxiolytiques et d'hypnotiques, respect de la réglementation de l'ordonnance bizona et des feuilles de soins. 2/ sous forme d'accords de bon usage de soins (ACBUS) : efficacité des prescriptions d'antiagrégants plaquettaires, bon usage de la coloscopie après polypectomie. > pour 2006, il y a définition des nouveaux thèmes et objectifs de maîtrise médicalisée suivants : 1/ finalisation du projet de protocole d'accord interprofessionnel avec les syndicats nationaux de pharmaciens favorisant le développement de la prescription de médicaments génériques. 2/ respect des recommandations médicales et des indications thérapeutiques remboursables des inhibiteurs de la pompe à protons, effort additionnel sur la prescription des médecins dans le répertoire du médicament générique, notamment sur la classe thérapeutique des statines, des IPP et des inhibiteurs de l'enzyme de conversion, et des sartans. 3/ utilisation d'un référentiel médical permettant d'adapter le mode de transport prescrit à l'état de santé du malade et à son degré d'autonomie.

***Les engagements pour 2007 au niveau national** : > pour l'année 2007, il est convenu de continuer la maîtrise médicalisée sur les thèmes retenus pour 2005 et 2006 avec les objectifs suivants : 1/ sous forme

d'engagements de maîtrise médicalisée : prescription d'antibiotiques, statines, promotion des génériques de la simvastatine et de la pravastatine, prescriptions d'anxiolytiques et d'hypnotiques, arrêts de travail, ALD, prescription dans le répertoire du médicament générique (notamment sur la classe thérapeutique des statines, des IPP et des IEC, des sartans), prescription des IPP, prescriptions de transports. 2/ sous forme d'ACBUS : maintien des objectifs définis pour 2006 : efficacité des prescriptions d'antiagrégants plaquettaires, bon usage de la coloscopie après polypectomie. > pour 2007, il y a définition des nouveaux thèmes et objectifs de maîtrise médicalisée suivants : 1/ prescriptions d'antihypertenseurs. 2/ actes diagnostiques et thérapeutiques redondants. 3/ prescription de location de lits médicalisés au-delà de la première année au bénéfice de l'achat de lits médicalisés.

***Pour l'année 2008** : les parties signataires souhaitent renforcer la dynamique engagée en matière de maîtrise médicalisée sur les thèmes retenus en 2006 et en 2007, dans le souci de maintenir une assurance maladie solidaire et d'améliorer la prise en charge des patients.

Avenants à la convention nationale de 2005

Plusieurs avenants ont complété et précisé la convention nationale des médecins de février 2005 :

Avenant 1 (26 mai 2005) [J.O. 1^{er} juin 2005] : Il précise la rémunération du médecin traitant (les dépassements pour l'accès non coordonné).

Avenant 2 (21 mars 2005) [J.O. 30 mars 2005] : Il est consacré à la mise en œuvre la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) avec publication des tarifs.

Avenant 3 (26 mai 2005) [J.O. 1^{er} juin 2005] : La Commission Paritaire Nationale délibère sur les orientations de la politique conventionnelle et particulièrement sur le suivi annuel du dispositif optionnel, sur le suivi annuel du dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonné, sur le suivi annuel de la permanence des soins.

Avenant 4 (26 mai 2005) [J.O. 1^{er} juin 2005] : Fonctionnement de la permanence des soins. Cet avenant établit la participation de l'assurance maladie au financement de l'astreinte.

Avenant 5 (28 juillet 2005) [J.O. 7 août 2005] : Revalorisation des actes d'anatomo-cyto-pathologie.

Avenant 6 (28 juillet 2005) [J.O. 7 août 2005] : Conditions particulières de cotation de la C2 pour les médecins anesthésistes-réanimateurs.

Avenant 7 (16 août 2005) [J.O. 26 août 2005] : Modification de certains tarifs des actes de la CCAM

Avenant 8 (28 juillet 2005) [J.O. 7 août 2005] : Dispense d'avance de frais (DAF) pour les personnes et leurs ayants droit exonérées ou non du ticket modérateur pouvant prétendre au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire.

Avenant 9 (17 janvier 2006) [J.O. 29 janvier 2006] : Adaptation des dispositions de la convention à l'exercice des médecins de Mayotte.

Avenant 10 (19 décembre 2005) [J.O. 7 février 2006] : Détermination des conditions d'un accès spécifique aux soins de psychiatrie réalisés par les psychiatres et les neuropsychiatres dans le cadre du parcours de soins coordonnés - Amélioration de l'accès aux soins et de la continuité des prises en charge.

Avenant 11 (19 décembre 2005) [J.O. 7 février 2006] : Il concerne : - en cas d'urgence médicalement justifiée, sous certaines conditions, le médecin spécialiste pour ce qui concerne la facturation de la majoration de coordination "MCS", applicable à la consultation ou à la visite - la modalité de partage entre les régimes d'assurance maladie de la participation aux cotisations sociales des médecins - l'application de la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste.

Avenant 12 (3 mars 2006) [J.O. 30 mars 2006] : Définition annuelle des objectifs et thèmes de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé pour les années 2006 et 2007. L'annexe 1 aborde les 3 actions de prévention du médecin traitant (cancer du sein, rôle du médecin traitant dans la coordination des soins et la prévention des risques cardio-

vasculaires des patients diabétiques, ainsi que la prévention de la iatrogénie médicamenteuse pour les patients de plus de 65 ans. L'annexe 2 est dédiée aux mesures d'accompagnement pour certaines spécialités et qualifications.

Avenant 13 (12 juin 2006) [J.O. 25 juillet 2006] : Il mentionne en particulier le fait qu'au 1^{er} août 2006, la valeur de la lettre clé C est portée à 21 euros pour les médecins généralistes exerçant en métropole, à 23,10 euros pour les médecins généralistes exerçant aux Antilles et en Guyane, et à 25,20 euros pour les médecins généralistes exerçant à la Réunion et à Mayotte.

Avenant 14 (9 septembre 2006) [J.O. 27 octobre 2006] : Il aborde notamment des actions tendant à optimiser le recours aux visites à domicile. (**avenant annulé par le Conseil d'Etat**)

Avenant 15 (9 septembre 2006) [J.O. 27 octobre 2006] : Il aborde en particulier les soins réalisés par le stomatologiste pouvant donner lieu à un accès spécifique, ainsi que des propositions de modification de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels. (**avenant annulé par le Conseil d'Etat**)

Avenant 16 (25 octobre 2006) [J.O. 30 décembre 2006] : Il mentionne notamment que en particulier les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins généralistes et spécialistes en Guyane sont alignés sur ceux appliqués à la Réunion.

Avenant 19 (29 novembre 2006) [J.O. 21 janvier 2007] : Il aborde l'application de la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste et comporte, en annexe, la liste des spécialités donnant droit à la majoration forfaitaire transitoire. (**avenant annulé par le Conseil d'Etat**)

Avenant 20 (7 février 2007) [J.O. 28 mars 2007] : Il aborde l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires. L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement par la caisse de l'acte d'adhésion, dans la limite de la durée de la convention nationale soit jusqu'au 11 février 2010.

Avenant 17 BIS (7 février 2007) [J.O. 17 avril 2007 et J.O. 19 avril 2007] : Il indique qu'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 certaines conditions cumulatives.

Avenant 18 (7 février 2007) [J.O. 17 avril 2007 et J.O. 19 avril 2007] : Il ressort le fait que 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.

Avenant 21 (7 février 2007) [J.O. 17 avril 2007 et J.O. 19 avril 2007] : Il aborde la CMU complémentaire.

Avenant 22 (7 février 2007) [J.O. 17 avril 2007 et J.O. 19 avril 2007] : Il concerne les médecins stomatologistes qui participent à l'action de prévention s'adressant aux enfants ou adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans qui bénéficient d'un examen de prévention et des soins consécutifs éventuellement préconisés lors de cet examen.

Avenant 23 (2 mai 2007) [J.O. 3 mai 2007] : Il aborde notamment des actions de prévention, les engagements de maîtrise médicalisée.

Avenant 24 (25 juillet 2007) [J.O. 12 septembre 2007] : Il concerne en particulier la radiologie, l'option « archivage » des images de radiologie, la classification commune des actes médicaux technique.

Avenant 25 (15 novembre 2007) [J.O. 27 décembre 2007] : Il aborde l'application de la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste.

Avenant 26 (20 novembre 2007) [J.O. 27 décembre 2007] : Il concerne notamment les tarifs de la classification commune des actes médicaux technique.

Avenant 27 (19 décembre 2007) [J.O. 27 décembre 2007] : Il aborde la permanence des soins.

Avenant 28 (1^{er} octobre 2008) [J.O. 30 décembre 2008] : Il concerne la lettre clé « KMB ».

Avenant 29 (10 avril 2009) [J.O. 17 juillet 2009] : Il aborde le comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives.

Avenant 30 (10 avril 2009) [J.O. 17 juillet 2009] : Il concerne la création d'un comité du fonds des actions conventionnelles, les missions de ce comité, le règlement intérieur de cette instance.

Avenant 31 (7 mai 2009) [J.O. 8 septembre 2009] : Il indique que les médecins libéraux intervenant au titre d'experts à une formation agréée FPC sont indemnisés au prorata de leur temps d'intervention, sans que cette durée ne soit inférieure à une demi-journée de temps de présence effectif.

Autres conventions avec les professionnels de santé

Tous les professionnels dont les actes donnent lieu à prise en charge par l'assurance maladie sont concernés. Des Accords de Bon Usage et de Contrats de Bonne Pratique ont été signés avec tous les professionnels de santé.

Toutes ces conventions mettent en place des instances conventionnelles paritaires et prévoient le financement d'une formation professionnelle conventionnelle.

Les parties signataires ont décidé d'acter, dans la convention nationale, des objectifs consistant à garantir à tous les assurés l'accès à des soins de qualité et à améliorer leur prise en charge. Quelques exemples :

Les **chirurgiens-dentistes** : promotion de l'utilisation des reconstitutions coronaires, de scellements de sillons, de prescription en odontostomatologie.

Les **sages-femmes** : mise en place d'une démarche qualité sur les modalités de réalisation des séances de préparation à la naissance ; remboursement satisfaisant des soins exécutés par les sages-femmes ; respect du niveau annuel minimum des actes obstétricaux cotés S, C, ou V.

Les **masseurs-kinésithérapeutes** : élaboration et utilisation de la fiche de synthèse du bilan-diagnostic.

Les **orthophonistes** : architecture rédactionnelle des comptes rendus de bilans orthophoniques.

Les **orthoptistes** : utilisation de la fiche de traitement orthoptiste.

Les **laboratoires privés d'analyses médicales** : calcul de la clairance de la créatinine dans le diagnostic des insuffisances rénales ; amélioration de la surveillance biologique des patients sous traitement par antivitamine K.

Les **opticiens** : Etude des pratiques de prix et réflexion sur les moyens permettant de limiter la somme à charge des assurés. L'opticien doit par ailleurs, disposer d'un matériel spécifique destiné aux tests d'évaluation.

Les **pharmaciens** : * L'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques a fait l'objet d'un arrêté d'approbation daté du 30 juin 2006, publié au journal officiel du 25 juillet 2006.

* L'arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie est paru au journal officiel du 25 juillet 2006. Il est abordé notamment la durée de la convention qui est conclue pour une durée de 5 ans, renouvelable par tacite reconduction, les conditions et les critères de la dispensation de produits de santé aux assurés sociaux, la facturation et le règlement des prestations, avec en particulier la facturation sous le système Sésam-Vitale, le suivi de l'application du régime conventionnel avec la commission paritaire nationale, les commissions paritaires locales, le non-respect des engagements conventionnels par le pharmacien, le non-respect des engagements conventionnels par les organismes de prise en charge.

Les **transporteurs sanitaires privés** : libre choix du transporteur pour l'assuré ; formalisation de la fiche clinique du patient, élaborée par l'ambulancier et remise au médecin régulateur du centre 15.

Le système conventionnel français, négocié entre l'assurance maladie et les partenaires sociaux, est soumis à l'agrément ministériel. Il s'inscrit dans une relation dynamique, permettant de concilier qualité des soins et régulation médicalisée des dépenses d'assurance maladie.