

Protocole d'accord

Vu le code de la sécurité sociale et notamment les articles L.162-9, L.162-14-1, L. 645-2 et suivants ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie publiée au Journal Officiel du 18 juin 2006, reconduite le 18 juin 2011, et annexes ;

Préambule

La convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance maladie, publiée au Journal Officiel du 18 mai 2006 et reconduite par tacite reconduction à son échéance le 18 juin 2011, souligne l'engagement des parties signataires autour de 2 thèmes principaux que sont, d'une part, l'accès pour les assurés à des soins de qualité, et d'autre part, le renforcement et le développement de la prévention et de l'éducation bucco-dentaire pour un accès précoce aux soins conservateurs.

En premier lieu les parties signataires du présent protocole entendent rappeler leur attachement à la promotion de la santé publique et à l'égalité d'accès à des soins de qualité pour l'ensemble de nos concitoyens.

Face au constat de difficultés d'accès aux soins prothétiques et orthodontiques, en particulier pour les assurés dont les revenus sont les plus modestes les parties signataires conviennent de la nécessité de mettre en œuvre dans les meilleurs délais, des mesures permettant de favoriser une prise en charge de qualité des soins dentaires à des tarifs accessibles.

Après avoir conforté, au travers de la signature de l'avenant n° 2 à la convention des chirurgiens-dentistes, prévoyant notamment le développement de la prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes, l'amélioration de l'accès aux soins dentaires des patients dans les zones déficitaires, et l'instauration d'une rémunération en contrepartie d'une participation à la permanence des soins, les parties signataires souhaitent poursuivre les négociations autour de 3 principales mesures :

- l'amélioration de l'accès aux traitements prothétiques et orthodontiques des personnes à faibles ressources par la diminution du reste à charge au moyen de la mise en place par la convention de plafonds d'honoraires pour ces soins, et par une amélioration significative de la prise en charge par les assurances complémentaires dans les contrats souscrits par ces patients.
- la revalorisation conjointe des soins conservateurs, avec pour objectif un rééquilibrage de l'activité des chirurgiens-dentistes,
- l'accompagnement des mesures réglementaires permettant de conforter le régime des Prestations Complémentaires Vieillesse des chirurgiens-dentistes, pour en assurer la pérennité.

Il s'agit tout d'abord d'améliorer l'accès aux soins dentaires pour les populations disposant de faibles revenus, particulièrement fragilisées en cette période de crise économique



Le problème se pose avec une acuité particulière pour les populations à revenus modestes qui ne peuvent bénéficier de la Couverture Maladie Universelle complémentaire. Les personnes dont les revenus les rendent éligibles à l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS), disposent, quand ils en ont une, d'une couverture complémentaire qui ne couvre que très partiellement les dépenses prothétiques et orthodontiques. La priorité consiste donc à apporter une solution concrète et efficace à ces assurés afin qu'ils puissent continuer à accéder aux soins dentaires.

Dans le même temps les parties signataires souhaitent rappeler leur attachement à la promotion des soins conservateurs, dans un intérêt de santé publique mais également d'équilibre et de solvabilité de la dépense, pour les patients, les organismes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires ainsi que pour les chirurgiens dentistes.

Enfin, les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité d'accompagner les mesures réglementaires confortant le régime de la Prestation Complémentaire Vieillesse pour les chirurgiens-dentistes, afin d'assurer l'équilibre de leur régime de retraite et sa pérennité dans un contexte de vieillissement des praticiens de cette profession et du déséquilibre de son financement induit par ce contexte.

Il est donc convenu ce qui suit :

1. Améliorer l'accès aux soins des personnes à faibles ressources

Depuis plus de dix ans, avec l'instauration de la Couverture Maladie Universelle et sa partie complémentaire (CMU-C), l'accès aux soins dentaires des populations les plus défavorisées s'est fortement accru, grâce à la définition d'un panier de soins totalement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire et à l'effort demandé aux chirurgiens-dentistes au travers de l'obligation légale de respecter des tarifs réglementés, notamment sur les soins prothétiques et orthodontiques.

Cependant, cette avancée substantielle pour la prise en charge des patients de condition modeste n'a pas résolu le problème de l'accès aux soins pour les populations se situant juste au-dessus du seuil d'éligibilité à la CMU-C. En effet, leur niveau de revenus ne leur permet pas, dans la plupart des cas, de souscrire une assurance maladie complémentaire ou, quand ils le peuvent, souscrire à un contrat offrant une couverture suffisante pour prendre en charge tout ou partie des traitements prothétiques et d'orthopédie dento-faciale.

Ainsi, depuis plusieurs années, de nombreux travaux et enquêtes ont montré que les assurés renonçaient de plus en plus souvent aux prothèses dentaires et traitements orthodontiques, notamment pour des raisons financières, et que le phénomène semblait s'être accru depuis le début de la crise économique. En effet, le renoncement aux soins dentaires pour raisons financières concernait 10% de la population en 2008. Dans toutes les enquêtes, les soins dentaires constituent le premier poste de renoncement, devant l'optique.

En outre, le renoncement aux soins pour raisons financières est le plus fréquent pour les soins dentaires dans les départements où les tarifs pratiqués sont les plus élevés. Les personnes précaires sont naturellement les plus touchées.

Si l'instauration de la CMU-C a très nettement favorisé l'accès aux soins pour cette catégorie de la population, celle se situant juste au dessus du seuil d'éligibilité n'en a pas bénéficié et est aujourd'hui confronté à de réels problèmes de recours aux soins, notamment dentaires.



Les personnes relevant de cette catégorie ont aujourd'hui la possibilité de bénéficier de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) qui est une aide financière à l'acquisition d'une complémentaire, d'un montant de 100 à 500€ par an pour une personne seule (en fonction de l'âge du bénéficiaire). Le plafond de revenus permettant de bénéficier de l'ACS est de 35% au dessus du plafond de la CMUC (soit 874€ / mois pour une personne seule depuis le 1er janvier 2012).

Dans ce cadre, le contrat souscrit auprès d'un organisme d'assurance maladie complémentaire doit être un contrat dit « responsable » (contrat répondant à des exigences spécifiques : prise en charge du ticket modérateur sur médecin traitant, médicaments et analyses, non prise en charge des franchises, obligation de prise en charge d'actes de prévention, etc...). Néanmoins, les garanties souscrites par les bénéficiaires de l'ACS ne couvrent que très partiellement les soins prothétiques et orthodontiques laissant ainsi un important reste à charge pour le patient.

Par ailleurs, l'ACS n'entraîne pas l'application de forfaits opposables par les chirurgiens-dentistes, limitant le reste à charge des patients, comme dans le cadre de la CMU-C.

Afin d'améliorer l'accès aux soins prothétiques et orthodontiques au profit des personnes dont les revenus sont les plus modestes, les partenaires conventionnels souhaitent s'engager, dès 2012, dans des négociations permettant la maîtrise des honoraires des soins prothétiques et orthodontiques pour les assurés bénéficiaires de l'ACS.

Pour ces assurés, la mise en place par la convention de plafonds d'honoraires pour les soins prothétiques et orthodontiques dont l'évolution prendra en compte l'augmentation du coût de la vie et les contraintes de fonctionnement des cabinets dentaires, pourra se faire concomitamment et en contrepartie d'une revalorisation des soins conservateurs.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour considérer que l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins prothétiques et orthodontiques suppose par ailleurs une meilleure prise en charge dans les contrats complémentaires souscrits par les patients bénéficiaires de l'ACS, de manière à réduire significativement le reste à charge.

La mise en place de ce dispositif interviendra dès que les évolutions législatives et réglementaires préalables nécessaires à sa mise en œuvre seront adoptées.

Les parties signataires s'accordent pour saisir les pouvoirs publics dans les meilleurs délais afin que ces évolutions interviennent dès 2013.

2. Revaloriser les soins conservateurs

Les parties signataires s'accordent à reconnaître la nécessité d'une revalorisation des soins conservateurs, dans un intérêt de santé publique. En effet, afin de favoriser la santé bucco-dentaire des patients et s'assurer à long terme de son maintien à un niveau satisfaisant, il est préférable de recourir aux soins conservateurs ou de prévention.

Compte tenu du coût des soins conservateurs et de leur niveau de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, comparé à ceux des soins prothétiques, il est de l'intérêt des patients et des organismes d'assurance maladie de favoriser la revalorisation des soins conservateurs.

De plus, afin de favoriser la prévention et d'améliorer le diagnostic, les parties signataires conviennent d'examiner les conditions dans lesquelles une radiographie rétroalvéolaire doit être réalisée au cours d'une consultation et les conditions de cotations de cet acte.

3. Assurer la pérennité du régime de Prestations Complémentaires de Vieillesse (PCV) des chirurgiens-dentistes

Les représentants syndicaux des chirurgiens-dentistes et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie réaffirment leur attachement au régime PCV des chirurgiens-dentistes et à sa pérennisation, qui constitue un des socles fondamentaux de la convention dentaire, en raison d'une population professionnelle vieillissante et en constante diminution depuis une dizaine d'années.

Afin de poursuivre la pérennisation de ce régime, entreprise à la signature de la convention de la présente convention en 2006, des efforts doivent être réalisés :

- dans le respect du contrat conventionnel établi, l'Assurance Maladie confirme son engagement dans le cadre du PCV ;
- cotisants, anciens cotisants et retraités participeront conjointement et de manière proportionnée à leurs capacités contributives aux efforts de pérennisation de leur régime afin que chacune des générations en bénéficie, en cohérence avec le niveau de sa contribution.

Dans le cadre de la réforme de ce régime, qui doit être mise en place par voie réglementaire les partenaires conventionnels s'accordent pour que l'Assurance Maladie conforte sa participation à la cotisation d'ajustement prévue à l'article L. 645-3 du code de la sécurité sociale, et due par les chirurgiens-dentistes conventionnés au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse.

Fait à Paris, le 16 avril 2012

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie,
Mr Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur Général,



Et

Pour la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires,
Mr Roland L'HERRON, Président



Et

Pour l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie
Mr Fabrice HENRY, Président

