

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 27 octobre 2006 portant approbation des avenants n° 14 et n° 15 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes

NOR : SANS0624388A

Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5 et L. 162-15,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvé l'avenant n° 14 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvée par l'arrêté du 3 février 2005, annexé au présent arrêté, et conclu le 9 septembre 2006 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Confédération des syndicats médicaux français, le Syndicat des médecins libéraux et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France.

Art. 2. – Est approuvé l'avenant n° 15 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvée par l'arrêté du 3 février 2005, annexé au présent arrêté, et conclu le 9 septembre 2006 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Confédération des syndicats médicaux français, le Syndicat des médecins libéraux et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France.

Art. 3. – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 27 octobre 2006.

Le ministre de la santé et des solidarités,
XAVIER BERTRAND

Le ministre délégué à la sécurité sociale,
aux personnes âgées,
aux personnes handicapées
et à la famille,
PHILIPPE BAS

A V E N A N T N° 14

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 :

Article 1^{er}

L'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale précise que « les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état ». Les soins dispensés au cabinet apportent en effet à la fois une meilleure qualité des soins et une meilleure qualité d'exercice lorsque le patient est en mesure de se déplacer. C'est pourquoi l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux mènent conjointement des actions tendant à optimiser le recours aux visites à domicile.

Entre 2000 et 2005, le rapport national du nombre de visites sur l'ensemble des visites et consultations est passé de 23,5 % à 14 %. Si une diminution a pu être observée dans l'ensemble des régions, les partenaires conventionnels constatent que les variations d'une région à une autre restent importantes (de 8 % à 22,3 %).

Dès lors, dans le cadre d'un engagement de maîtrise médicalisée, les partenaires conventionnels s'engagent à réduire le nombre des visites non médicalement justifiées au regard des référentiels existants. Ils fixent comme objectif national un taux de visites de 10 % en 2008, soit une diminution moyenne de 4 points dans les deux années suivant l'entrée en vigueur du présent avenant.

Est joint en annexe le tableau présentant le poids des visites dans le total de consultations et visites en 2005 ainsi que les déclinaisons régionales de l'engagement de maîtrise médicalisée national défini ci-dessus.

Article 2

Les partenaires conventionnels proposent de modifier l'article 14-2 « Majoration de déplacement », article III-A « dispositions générales », livre III « dispositions diverses » de la liste des actes et prestations, de la manière suivante :

Au paragraphe II, suppression des termes : « A titre exceptionnel, et durant la phase d'évaluation prévue à l'article 5.1 de l'accord national de bon usage des soins annexé à l'arrêté du 26-08-2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins » ;

Suppression du paragraphe III, remplacé par :

« III. – Lorsque le médecin omnipraticien est amené à se déplacer au domicile d'une personne ne rentrant pas dans les situations prévues ci-dessus, la visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration de déplacement MD :

- dès lors que cette personne ne peut se déplacer en raison de son âge ou que la composition de sa famille a une incidence sur sa capacité à se déplacer au cabinet du médecin omnipraticien ;
- dès lors que cette personne est atteinte d'une maladie contagieuse et que la consultation au cabinet est contre-indiquée.

Le médecin omnipraticien communique le motif de la visite mentionnée ci-dessus au service médical, à sa demande. »

Les mesures proposées ci-dessus ne s'appliqueront que sous réserve de la publication préalable de la modification de la liste citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 3

A l'article 8.1.2 « Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins généralistes » de la convention nationale, l'intitulé « Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée MD et MDE » est supprimé et remplacé par :

« Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée MD ».

Article 4

Les partenaires conventionnels conviennent d'étendre le champ de la majoration pour la prise en charge des jeunes enfants par le médecin omnipraticien (MGE) aux visites, dans les mêmes conditions que dans le cadre de consultations.

Cette mesure ne s'appliquera que sous réserve de la publication préalable de la modification de la liste citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 5

Les parties prévoient de porter, au 15 octobre 2006, la valeur de la lettre clé V des médecins généralistes à 21 € pour les médecins exerçant en métropole, à 23,10 € pour les médecins exerçant aux Antilles et en Guyane et à 25,20 € pour les médecins exerçant à la Réunion et à Mayotte.

Les partenaires conventionnels prévoient également de porter, au 15 octobre 2006, la valeur de la lettre clé VS des médecins spécialistes à 23 € pour les médecins exerçant en métropole, à 25,30 € pour les médecins exerçant aux Antilles et en Guyane et à 27,60 € pour les médecins exerçant à la Réunion et à Mayotte.

Fait à Paris, le 9 septembre 2006.

Pour l'UNCAM :

Le directeur général,

F. VAN ROEKEGHEM

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :

Le président,

M. CHASSANG

Pour le SML :

Le président,

D. CABRERA

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :

Le président,

F. BENOUAICH

Pour la CSMF :

Le président,

M. CHASSANG

Pour le SML :

Le président,

D. CABRERA

A N N E X E

RÉGION	POIDS V DANS C + V (2005)	OBJECTIFS RÉGIONAUX 2008 (poids V dans C + V)
Alsace.....	15,9 %	11,0 %
Aquitaine.....	19,0 %	12,2 %
Auvergne.....	15,1 %	10,7 %
Basse-Normandie.....	12,4 %	9,7 %
Bourgogne.....	13,5 %	10,1 %
Bretagne.....	12,9 %	9,9 %
Centre.....	12,1 %	9,6 %
Champagne-Ardenne.....	13,2 %	10,0 %
Corse.....	22,3 %	13,4 %
Franche-Comté.....	11,8 %	9,4 %
Haute-Normandie.....	10,1 %	8,8 %
Ile-de-France.....	11,5 %	9,3 %
Languedoc-Roussillon.....	18,4 %	11,9 %
Limousin.....	21,3 %	13,1 %
Lorraine.....	12,7 %	9,8 %
Midi-Pyrénées.....	17,0 %	11,4 %
Nord - Pas-de-Calais.....	17,7 %	11,7 %
Pays de la Loire.....	9,9 %	8,7 %
Picardie.....	15,0 %	10,7 %
Poitou-Charentes.....	14,7 %	10,5 %
Provence-Alpes - Côte d'Azur.....	16,8 %	11,3 %
Rhône-Alpes.....	8,0 %	7,0 %
<i>France métropolitaine.....</i>	14,0 %	10,0 %

A V E N A N T N° 15

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 :

Article 1^{er}

Sont insérées à l'article 1-3-1 « champ de l'accès spécifique » les dispositions suivantes :

Au premier paragraphe, à la suite de : « ophtalmologie », est ajouté : « et en stomatologie ».

A la suite du paragraphe 3 concernant les soins en ophtalmologie, est ajouté le paragraphe suivant :

« Les soins réalisés par le stomatologiste pouvant donner lieu à un accès spécifique sont les soins bucco-dentaires (actes thérapeutiques et radiographiques) incluant :

- les soins de prévention bucco-dentaire ;
- les soins conservateurs : obturations dentaires définitives, soins d'hygiène bucco-dentaire ;
- les soins chirurgicaux : extractions dentaires, lésions osseuses restant à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et lésions gingivales ;
- les soins de prothèse dentaire ;
- les traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale. »

Les autres actes dispensés par le stomatologiste sont intégrés dans le parcours de soins coordonnés, lorsque le patient est adressé par son médecin traitant ou son chirurgien-dentiste et que le stomatologiste procède à un retour d'information au médecin traitant.

Les parties conventionnelles conviennent d'adapter les règles de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour tenir compte des modalités d'adressage au stomatologiste par le chirurgien-dentiste.

Les règles du parcours de soins coordonné ne s'appliquent pas aux actes de radiodiagnostic portant sur la tête et la bouche qui sont effectués par le radiologue lorsqu'ils sont demandés par le stomatologiste ou le chirurgien-dentiste.

La suite de l'article 1^{er}-3-1 est inchangée.

Article 2

Les soins conservateurs et chirurgicaux sont les premiers besoins de soins auxquels il est nécessaire de répondre dans l'objectif de maintenir et d'améliorer l'état bucco-dentaire de la population.

La classification commune des actes médicaux (CCAM) devra permettre les actualisations nécessaires.

Toutefois, dans l'attente de l'intégration des actes de chirurgie dentaire à la CCAM, les partenaires conventionnels souhaitent des mesures de nomenclature applicables à une catégorie d'actes justifiant une réévaluation de leur niveau actuel de rémunération dans la NGAP.

Les partenaires conventionnels proposent les modifications suivantes du titre III « actes portant sur la tête », chapitre VII « dents, gencives » – section I « soins conservateurs » et section II « soins chirurgicaux » de la Nomenclature générale des actes professionnels :

ACTES	COTATION PROPOSÉE
Reconstitution coronaire 1 face.....	SCM 7
Scellement de sillons.....	SCM 9
Reconstitution coronaire 2 faces.....	SCM 12
Reconstitution coronaire 3 faces.....	SCM 17
Pulpectomie groupe incisivo-canin.....	SCM 14
Pulpectomie groupe prémolaire.....	SCM 20
Pulpectomie groupe molaire.....	SCM 34
Extraction d'une dent permanente.....	KC 16
Extraction(s) suivante(s).....	KC 8
Curetage péri-apical avec ou sans résection apicale.....	KC 24

ACTES	COTATION PROPOSÉE pour les enfants de moins de 13 ans
Reconstitution coronaire 1 face.....	SCM 8
Reconstitution coronaire 2 faces.....	SCM 14
Reconstitution coronaire 3 faces.....	SCM 20
Pulpectomie groupe incisivo-canin.....	SCM 16
Pulpectomie groupe prémolaire.....	SCM 24
Pulpectomie groupe molaire.....	SCM 39

Les mesures proposées dans cet article ne pourront s'appliquer que sous réserve de la publication préalable de modifications de la liste citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 3

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 plus jeunes, les

partenaires conventionnels conviennent de déterminer, par avenant conventionnel au plus tard le 15 novembre 2006, les modalités de participation des médecins spécialistes en stomatologie au dispositif de prévention bucco-dentaire pour les patients âgés de 6 à 18 ans.

Fait à Paris, le 9 septembre 2006.

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

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :
Le président,
M. CHASSANG

Pour le SML :
Le président,
D. CABRERA

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :
Le président,
F. BENOUAICH

Pour la CSMF :
Le président,
M. CHASSANG

Pour le SML :
Le président,
D. CABRERA