

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 28 juillet 2005 portant approbation des avenants n° 5, n° 6 et n° 8 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes

NOR : SANS0522837A

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}. – Sont approuvés les avenants n° 5, n° 6 et n° 8 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvée par l'arrêté du 3 février 2005, annexés au présent arrêté et conclus le 16 juin 2005 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. – 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 28 juillet 2005.

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

ANNEXE

AVENANT N° 5

À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE

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

L'anatomo-cyto-pathologie (ACP) est une spécialité en évolution constante. Elle occupe désormais une place essentielle dans la lutte contre le cancer. Pour autant, la nomenclature des actes d'ACP n'a pas suivi l'évolution des pratiques professionnelles. La cotation de certains actes n'est plus en rapport avec leur technicité et leur difficulté d'exécution.

La classification commune des actes médicaux (CCAM) devra permettre les actualisations nécessaires. Les actes d'ACP ne sont toutefois pas concernés par la première version de la CCAM publiée en mars 2005.

Dans l'attente de l'intégration des actes d'ACP à la CCAM, le présent avenant a pour objet de proposer des mesures de nomenclature transitoires applicables à une catégorie d'actes justifiant une réévaluation de leur

niveau actuel de rémunération dans la NGAP. Dans le domaine des pathologies tumorales, ces actes constituent, en effet, un élément fondamental du diagnostic, du pronostic et du choix thérapeutique. Ils engagent, à ce titre, une responsabilité très importante de l'anatomo-cyto-pathologiste.

Article 1^{er}

Les parties signataires conviennent de tout mettre en œuvre pour que la CCAM correspondant aux actes d'anatomo-cyto-pathologiste puisse être mise en place au cours du premier semestre 2006.

Article 2

Dans l'attente de la mise en place de la CCAM, les parties conviennent de proposer une modification de la NGAP pour revaloriser, dans certaines situations, la réalisation de l'acte suivant :

0008	Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe d'une pièce opératoire complexe ou de prélèvements nécessitant l'application d'un protocole complexe validé.....	P 220
------	---	-------

Cette revalorisation se traduirait par la création d'une majoration provisoire conventionnelle de P 50 applicable lorsque cet examen est réalisé dans le cadre de l'exploration d'une lésion tumorale, qui pourrait être libellée de la façon suivante :

CODE	LIBELLÉ DE L'ACTE	COTATION
XXXX	Majoration provisoire conventionnelle qui s'ajoute à la cotation de l'acte 0008 uniquement pour les diagnostics histopathologiques portant sur des lésions tumorales	P 50

Article 3

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie saisira la Haute Autorité de santé sur les deux thèmes suivants :

1. L'immunohistochimie ;
2. Les examens extemporanés.

L'élaboration par la Haute Autorité de santé de recommandations sur les indications de ces examens permettra d'élaborer sur ces deux thèmes des accords de bon usage des soins (AcBUS), dont l'objectif est de limiter les examens inutiles.

Fait à Paris, le 16 juin 2005.

Pour l'UNCAM :

F. VAN ROEKEGHEM,
directeur général

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :
DOCTEUR M. CHASSANG,
président

Pour le SML :
DOCTEUR D. CABRERA,
président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :
DOCTEUR F. BENOUAICH,
président

Pour la CSMF :
DOCTEUR M. CHASSANG,
président

Pour le SML :
DOCTEUR D. CABRERA,
président

A V E N A N T N° 6

À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS
ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE

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 conviennent de ce qui suit :

Préambule

La convention médicale prévoit, dans le cadre du parcours de soins coordonnés, de définir les conditions particulières de cotation de la C2 pour les médecins anesthésistes-réanimateurs.

Les parties décident que la définition de ces conditions particulières portera sur la consultation préanesthésique.

Celle-ci présente en effet des particularités qui la distinguent des consultations réalisées par les autres médecins spécialistes :

- elle constitue une obligation réglementaire définie par les articles D. 712-40 et D. 712-41 du code de la santé publique pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale en cas d'intervention programmée ;
- le patient est le plus souvent adressé par l'opérateur qui a posé l'indication de l'intervention chirurgicale ou de l'acte invasif ;
- elle est suivie, dans l'immense majorité des cas, par un acte technique réalisé par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
- elle a pour objectif d'améliorer la sécurité anesthésique par une prise en charge adaptée à l'état du patient et à la nature de l'intervention. Elle doit répondre à une triple exigence : évaluation du risque, information du patient et communication avec les autres professionnels impliqués dans sa prise en charge.

Cependant le contenu de cette consultation est identique à celui de toute consultation médicale et comprend un interrogatoire, un examen clinique et d'éventuels examens complémentaires.

Article 1^{er}

La convention précise que la cotation C2, au sens de l'article 18 des dispositions générales de la NGAP, ne s'applique pas aux consultations réalisées dans le cadre de séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant.

S'agissant des anesthésistes-réanimateurs, les parties conviennent de proposer aux instances compétentes une modification de l'article 18 des dispositions de la Nomenclature générale de la NGAP qui serait complété par un article 18-1 ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'article 22 de ces dispositions générales, et dans le cadre du parcours de soins coordonnés défini dans le chapitre 1^{er} de la convention médicale, la consultation préanesthésique définie aux articles D. 712-40 et D. 712-41 du code de la santé publique peut donner lieu à une cotation C2 pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (classification ASA). »

Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant.

La classification ASA est rappelée en annexe du présent avenant.

Article 2

Pour la répartition des malades selon la classification ASA, les parties conviennent de retenir les critères tels qu'ils sont rédigés dans l'annexe 1 des recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé sur les examens préopératoires systématiques, publiées en décembre 1998.

Article 3

Les parties conviennent de la nécessité d'une évaluation annuelle des effets de ces dispositions sur l'activité des anesthésistes-réanimateurs libéraux. Au vu des constats effectués, les modalités d'application de cette consultation majorée pourront faire l'objet d'une nouvelle définition.

Fait à Paris, le 16 juin 2005.

Pour l'UNCAM :

F. VAN ROEKEGHEM,
directeur général

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :
DOCTEUR M. CHASSANG,
président

Pour le SML :
DOCTEUR D. CABRERA,
président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :
DOCTEUR F. BENOUAICH,
président

Pour la CSMF :
DOCTEUR M. CHASSANG,
président

Pour le SML :
DOCTEUR D. CABRERA,
président

A N N E X E

CLASSIFICATION ASA

*(Classification proposée
par l'American Society of Anesthesiologists)*

ASA I : patient n'ayant pas d'affection autre que celle nécessitant l'acte chirurgical.

Exemple : hernie inguinale chez un patient par ailleurs en bonne santé.

ASA II : patient ayant une perturbation modérée d'une grande fonction, en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection.

Exemple : bronchite chronique, obésité modérée, diabète contrôlé par le régime, infarctus ancien, HTA modérée.

ASA III : patient ayant une perturbation sévère d'une grande fonction, en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection.

Exemple : insuffisance coronarienne avec angor, diabète insulino-dépendant, obésité morbide, insuffisance respiratoire modérée.

ASA IV : patient courant un risque vital du fait de l'atteinte d'une grande fonction.

Exemple : insuffisance cardiaque sévère, angor rebelle, arythmie réfractaire au traitement, insuffisance respiratoire, rénale, hépatique ou endocrinienne avancée.

ASA V : patient moribond.

Exemple : rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale en grand état de choc.

(Extrait de *Les examens préopératoires systématiques*, ANAES, décembre 1998.)

A V E N A N T N° 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 le 2° *bis* de 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 annexes,

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

Préambule

L'assurance maladie se doit de garantir l'accès aux soins de l'ensemble de ses bénéficiaires.

La loi du 13 août relative à l'assurance maladie et la convention avec les médecins qui a suivi ont mis en place à cet effet un parcours de soins coordonné reposant sur le médecin traitant.

De plus, la loi de santé publique de 2004 prévoit dans ses objectifs la réduction des obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU (objectif 33).

La loi du 13 août 2004 a apporté une réponse en créant un dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire pour les personnes dont les revenus sont supérieurs de 15 % au plafond ouvrant droit à la CMU.

Les partenaires conventionnels avaient par ailleurs convenu dans l'article 4.1.3 de la convention médicale signée le 12 janvier 2005 d'étudier la possibilité de mise en place d'une procédure de dispense d'avance de frais pour les assurés bénéficiaires de cette aide à l'acquisition d'une complémentaire.

En effet, la dispense d'avance des frais en permettant le versement direct au médecin, par l'organisme d'assurance maladie, de la part des honoraires pris en charge par les caisses d'assurance maladie constitue un véritable outil d'amélioration de l'accès aux soins et de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Article 1^{er}

Dispense d'avance de frais pour les assurés présentant des difficultés d'accès aux soins pour raisons financières

Les partenaires conventionnels conviennent d'instaurer une dispense d'avance de frais pour les personnes et leurs ayants droit exonérés ou non du ticket modérateur pouvant prétendre au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire mis en place par l'article 56 de la loi du 13 août 2004.

Cette dispense d'avance de frais est réalisée sur la seule part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoires.

Elle s'applique aux assurés et ses ayants droit pour les soins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant, le ou les médecins correspondants et les médecins en accès spécifique.

De plus, elle est possible à compter de la remise par la caisse de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire et ceci pour une durée de dix-huit mois, que l'assuré choisisse ou non d'exercer son droit à l'aide à la mutualisation auprès d'un organisme complémentaire.

La justification du droit à cette modalité de dispense d'avance de frais est fournie au médecin consulté par la carte Vitale de l'assuré et par la présentation du document papier attestant du droit de l'assuré à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire.

Article 2

Dispense d'avance de frais pour les patients ayant recours au médecin de permanence

L'avenant n° 4 à la convention médicale définit les montants et les modalités de facturation des majorations spécifiques pour les actes médicaux réalisés la nuit, le dimanche ou les jours fériés par le médecin d'astreinte dans un secteur donné suite à une régulation (art. 3 dudit avenant).

Dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte suite à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, en application des dispositions de l'article R. 732 du code de la santé publique, le patient bénéficie de plein droit d'une dispense d'avance de frais.

Cette dispense d'avance de frais est réalisée sur la part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoires.

Article 3

Engagements des caisses

Conscientes de l'importance pour les professionnels du respect des délais de paiement lorsqu'ils se trouvent en procédure de dispense d'avance de frais, les caisses proposent de fixer un délai maximum de paiement à compter de la réception de la feuille de soin de :

14 jours pour les feuilles de soins papier ;

5 jours pour les FSE.

Comme précisé au point 8.11.4.3 de l'annexe de la convention nationale médicale, les caisses d'assurance maladie s'engagent à garantir le paiement de la part obligatoire des prestations facturées en cas de dispense d'avance de frais.

L'assurance maladie s'engage par ailleurs à apporter aux médecins toutes les informations nécessaires, notamment en matière de taux de remboursement.

Article 4

Date d'effet

Les dispositions des articles 1^{er} à 3 du présent avenant s'appliqueront à compter du 1^{er} janvier 2006.

Article 5

Sont supprimés au dernier alinéa du point *d* de l'article 4.3 « Secteurs conventionnels et tarifs » de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, les termes : « pour l'application des contrats prévus à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ».

Article 6

Est ajouté à l'annexe 8.3 « Participation aux cotisations sociales des médecins adhérant à l'option de coordination », dernier paragraphe :

- « La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel, par :
- la CPAM du lieu d'installation du médecin pour la cotisation due au titre du régime d'assurance maladie, maternité et décès et pour la cotisation due au titre des allocations familiales ;
 - chacun des organismes participant au financement pour la cotisation due au titre du régime des avantages complémentaires vieillesse.

La répartition entre les trois grands régimes s'effectue selon la part de chacun dans les dépenses (ONDAM). »

Fait à Paris, le 16 juin 2005.

Pour l'UNCAM :

F. VAN ROEKEGHEM,
directeur général

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :
DOCTEUR M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

DOCTEUR D. CABRERA,
président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :
DOCTEUR F. BENOUAICH,
président

Pour la CSMF :

DOCTEUR M. CHASSANG,
président

Pour le SML :
DOCTEUR D. CABRERA,
président