

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction de la régulation  
de l'offre de soins

Bureau évaluation, modèles  
et méthodes (R5)

#### **Instruction DGOS/R5 n° 2014-71 du 25 février 2014 relative à l'application dans les anciens hôpitaux locaux de l'avenant n° 8 à la convention médicale**

NOR : AFSH1405813J

Validée par le CNP le 21 février 2014. – Visa CNP 2014-32.

*Catégorie* : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

*Résumé* : les établissements ex-hôpitaux locaux doivent inclure dans les honoraires des praticiens libéraux intervenant en leur sein la majoration de 5 € (minorée de la redevance) prévue par l'avenant n° 8 à la convention médicale pour les consultations des personnes âgées de plus de quatre-vingt-cinq ans réalisées depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013 et à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014 pour les consultations des personnes âgées de plus de quatre-vingts ans.

*Mots clés* : ex-hôpitaux locaux – convention médicale – médecins libéraux – consultations personnes âgées.

*Référence* : arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011.

*Annexe* : extrait des textes réglementaires relatifs à l'application de l'avenant n° 8.

*Le directeur général de l'offre de soins à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé et Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé ex-hôpitaux locaux (pour mise en œuvre).*

Cette instruction a pour objet de préciser les conditions d'application, à l'ensemble des établissements de santé ex-hôpitaux locaux, des dispositions de l'avenant n° 8 à la convention médicale signé le 25 octobre 2012 et approuvé par l'arrêté du 29 novembre 2012.

Cet avenant à la convention médicale prévoit une majoration de 5 € par consultation ou visite effectuée auprès de patients âgés de quatre-vingt-cinq ans et plus. Elle s'applique depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013 et sera élargie aux patients de quatre-vingts ans et plus à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014.

Cette majoration est réservée aux médecins libéraux de secteur 1, généralistes ou spécialistes, ainsi qu'aux médecins de secteur 2 ayant adhéré au contrat d'accès aux soins.

Elle s'applique aux consultations ou visites effectuées par ces différentes catégories de médecins libéraux auprès des patients pris en charge au sein des ex-hôpitaux locaux.

Les dispositions applicables sont celles de l'article L. 6146-2 du code de la santé publique et du décret n° 2011-345 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des EPS (*cf.* annexe). Il résulte de ces dispositions que les honoraires des médecins libéraux sont à la charge de l'établissement. La rémunération que leur verse l'établissement est

réglementée et fondée sur le tarif d'une consultation, dont le montant est minoré d'une redevance de 10 % (arrêté du 28 mars 2011 relatif à la redevance prévue à l'article R. 6146-21 du CSP) au bénéfice de l'établissement.

La majoration des 5 € (minorée de 10 %) doit par conséquent être payée par l'établissement de santé aux médecins libéraux concernés<sup>1</sup>.

Je vous remercie donc d'informer les établissements ex-hôpitaux locaux de la nécessité d'inclure dans les honoraires des praticiens libéraux intervenant en leur sein la majoration de 5 € (minorée de la redevance) prévue par l'avenant n° 8 pour les consultations des personnes âgées de plus de quatre-vingt-cinq ans réalisées depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013 et à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014 pour les consultations des personnes âgées de plus de quatre-vingts ans.

Vous avez la possibilité d'envisager, dans le cadre du dialogue de gestion avec les établissements concernés, une compensation du surcoût induit par le versement dans le cas où la situation budgétaire de ces derniers le nécessiterait.

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général de l'offre de soins,*  
J. DEBEAUPUIS

*Le secrétaire général  
des ministères chargés des affaires sociales,*  
P.-L. BRAS

---

<sup>1</sup> Cf. textes en annexe.

ANNEXE

TEXTES RÉGLEMENTAIRES (EXTRAITS)

**Arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011**

« Les partenaires conventionnels souhaitent améliorer la prise en charge des patients âgés de quatre-vingts ans et plus, pour tenir compte de leurs comorbidités et de la complexité du suivi des traitements en veillant notamment à la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse. À cet effet, les médecins de secteur 1 et les médecins de secteur 2 adhérant au contrat d'accès aux soins bénéficient d'une rémunération forfaitaire (MPA), versée trimestriellement, calculée sur la base de 5 € par consultation ou visite réalisée pour leurs patients âgés de plus de quatre-vingt-cinq ans au 1<sup>er</sup> juillet 2013 puis pour leurs patients âgés de plus de quatre-vingts ans au 1<sup>er</sup> juillet 2014. »

**Article L. 6146-2 du code de la santé publique**

« Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile. Par exception aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires aux tarifs prévus au 1<sup>o</sup> du I de l'article L. 162-14-1 du même code, minorés, le cas échéant, d'une redevance. »

**Décret n° 2011-345 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé**

« Chaque professionnel de santé ayant conclu un contrat mentionné à l'article R. 6146-17 transmet au directeur de l'établissement un état mensuel comportant la liste des actes dispensés à chaque patient. Au vu de ces documents et compte tenu des informations transmises en application du troisième alinéa de l'article L. 6113-7, l'établissement procède à la détermination du montant et au versement des honoraires prévus à l'article L. 6146-2.

L'établissement communique les états mensuels prévus au présent article à la caisse primaire d'assurance maladie dont relève chaque professionnel de santé. »