

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Avis relatif à l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

NOR : SSAS2015271V

A fait l'objet d'une approbation, en application des articles L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162 15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux, conclu le 14 avril 2020, entre d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et d'autre part, le Syndicat des médecins libéraux (SML), la Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF), la Fédération française des médecins généralistes (MG France), le syndicat « Le BLOC » et la Fédération des Médecins de France (FMF).

**AVENANT N° 8
A LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT
LES RAPPORTS ENTRE LES MEDECINS LIBERAUX
ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNEE LE 25 AOUT 2016**

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5, L.162-14-1 et L.162-15, L. 861-1

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, publiée au Journal officiel du 23 octobre 2016, et ses avenants.

Il est convenu ce qui suit, entre :

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM),

et

La Fédération Française des Médecins Généralistes,

La Fédération des Médecins de France,

Le Bloc,

La Confédération des Syndicats Médicaux Français,

Le Syndicat des Médecins Libéraux.

Préambule

L'avenant 6 à la convention médicale prévoit que la téléconsultation s'inscrit dans un cadre assurant une prise en charge de qualité et respectueuse des principes d'organisation de notre système de soins et notamment du parcours de soins.

Quelques exceptions à ces principes ont été définies dans ce même texte par les partenaires conventionnels afin de permettre un accès à la téléconsultation lorsque le patient ne dispose pas d'un médecin traitant ou que ce dernier n'est pas disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient. Une réponse par téléconsultation doit être nécessairement organisée en proximité et s'appuyer sur des organisations coordonnées, mises en place par les médecins au sein de leurs territoires d'exercice.

Dans le cadre du présent avenant, les partenaires conventionnels souhaitent apporter des précisions complémentaires sur la mise en œuvre de ces exceptions à l'application du parcours de soins de manière à garantir une prise en charge et un suivi des patients de qualité en cohérence avec l'organisation du système de soins.

Par ailleurs, afin d'améliorer l'accès aux soins et faciliter le déploiement de la télémedecine, les parties signataires souhaitent mettre en place un cadre expérimental autorisant le déploiement et l'évaluation de solutions de télémedecine dans des conditions dérogatoires à certains principes de l'avenant 6.

Au vu du résultat de ces expérimentations, les partenaires conventionnels étudieront la nécessité de réviser le texte conventionnel.

En outre, les partenaires conventionnels conviennent de procéder à un certain nombre d'adaptations du texte conventionnel, au regard de différentes réformes législatives et évolutions conventionnelles intervenues au cours des derniers mois. Ils conviennent ainsi :

- de rénover le modèle de devis dentaire conventionnel conformément avec la réforme du « 100% santé », et par ailleurs d'adapter le texte conventionnel à la mise en place de la Complémentaire santé solidaire, en lieu et place de la CMUC et de l'ACS, à compter du 1^{er} novembre 2019. Ils conviennent en outre de transposer aux médecins spécialistes des actes bucco-dentaires, un certain nombre de mesures issues de l'avenant n°3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes.
- d'apporter des compléments aux dispositions relatives à l'aide à l'embauche d'un assistant médical.

Les modifications apportées à la convention nationale sont les suivantes.

Article 1^{er} - Champ d'application de la téléconsultation

A l'article 28.6.1.1 de la convention médicale intitulé « Champ d'application de la téléconsultation », dans le premier sous-titre intitulé « Définition » les modifications suivantes sont apportées.

Après, les termes « exerçant une activité libérale conventionnée » sont ajoutés les termes suivants : « ou dans une structure conventionnée. ».

Au même article, le troisième sous-titre intitulé, « Parcours de soins et connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

« Parcours de soins, connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant et alternance des soins en téléconsultations »

Principe

Les partenaires conventionnels souhaitent que les téléconsultations s'organisent dans le respect du parcours de soins coordonné, tel que défini dans la présente convention.

Ainsi, pour pouvoir ouvrir droit à la facturation à l'Assurance maladie, les patients bénéficiant d'une téléconsultation doivent être orientés initialement par leur médecin traitant, dans les conditions définies à l'article 18.1 de la convention, quand la téléconsultation n'est pas réalisée avec ce dernier.

Pour assurer la qualité des soins, les patients doivent également être connus du médecin téléconsultant, c'est-à-dire ayant bénéficié au moins d'une consultation avec lui en présentiel dans les douze mois précédents, avant toute facturation de téléconsultation, afin que celui-ci puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

Enfin, le suivi régulier du patient s'effectue à la fois par des consultations en présentiel et en téléconsultations (au moins une consultation présente avec le même médecin dans les 12 mois précédent une téléconsultation) au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin, conformément aux dispositions du présent article.

Le respect cumulatif de ces principes conditionne la prise en charge de la téléconsultation par l'assurance maladie.

Exceptions et aménagements

Les aménagements au parcours de soins définis à l'article 17 de la présente convention s'appliquent aux téléconsultations dans les cas suivants :

- patients âgés de moins de 16 ans,
- accès direct spécifique pour certaines spécialités (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie).

En outre et par exception, l'exigence de respect du parcours de soins coordonné ne s'applique pas aux patients, dès lors qu'ils sont dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- ne disposent pas de médecin traitant désigné,
- ou dont le médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec leur état de santé,
- ou en situation d'urgence, telle que définie par le code de la sécurité sociale,
- ou résidant en établissement pour personnes âgées dépendantes ou établissements accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées, souvent éloignées de leur domicile initial,
- ou détenus visés aux articles L. 381-30 et suivants du Code de la Sécurité sociale

« Dans ces cinq dernières situations, le médecin téléconsultant de premier recours n'a pas nécessairement à être connu du patient (exception au principe de connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant défini dans le présent article). Le recours aux téléconsultations doit alors être organisé dans le cadre d'une organisation territoriale dans les conditions définies à l'article 28.6.1.2. ».

Article 2 – Les organisations territoriales coordonnées de soins pour le recours aux téléconsultations

Les modifications apportées à la convention nationale sont les suivantes.

L'article 28.6.1.2 de la convention médicale est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

«Article 28.6.1.2 : L'organisation territoriale de téléconsultation

Principe

La territorialité de la réponse à la demande de soins par la voie de la téléconsultation constitue un principe général s'appliquant tant aux téléconsultations organisées sur orientation du médecin traitant qu'aux téléconsultations sans orientation du médecin traitant.

Le recours aux téléconsultations sans orientation du médecin traitant

Dans les situations dérogatoires au parcours de soins coordonné, telles que définies au dernier alinéa de l'article 28.6.1.1, les partenaires conventionnels s'engagent à accompagner la mise en place et la promotion d'organisations territoriales coordonnées.

Ces organisations doivent permettre aux patients :

- d'être orienté et pris en charge rapidement compte tenu de leurs besoins en soins,
- d'accéder à un médecin, par le biais notamment de la téléconsultation, compte tenu de leur éloignement des offreurs de soins,
- d'être en mesure dans un second temps d'orienter le patient vers un médecin traitant pour leur suivi au long cours et réintégrer ainsi le parcours de soins.

Il peut s'agir de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), d'équipes de soins primaires (ESP), de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), de centres de santé (CDS), ou de toute organisation territoriale qui se proposent notamment d'organiser une réponse en télémédecine de manière coordonnée et ouverte à tous les professionnels de santé du territoire.

Les modalités de recours aux actes de téléconsultation mises en place par ces organisations territoriales coordonnées sont définies dans une logique d'ancrage territorial de proximité, afin de respecter les principes définis ci-dessus et de permettre de pouvoir également orienter les patients dont la situation le nécessite vers une consultation dites « en présentiel » conformément aux dispositions de l'article 28.6.1.1 de la convention et de pouvoir réintégrer à terme le parcours de soins.

Les organisations territoriales coordonnées organisées sous la forme de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes de soins primaires (ESP), de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), de centres de santé sont référencées par la caisse primaire de leur lieu d'implantation, après avoir recueilli l'avis, à titre consultatif, de la commission paritaire locale des médecins libéraux (CPL), si le champ d'intervention de l'organisation territoriale est départemental, ou de la commission paritaire régionale des médecins libéraux (CPR), si le champ d'intervention de l'organisation territoriale est limitrophe à plusieurs départements, et l'avis complémentaire de la commission paritaire régionale des centres de santé dans le cas où l'organisation est constituée sous la forme d'un centre de santé.

Cet avis consultatif peut être recueilli sur pièces, sans nécessité de réunion formelle de l'instance paritaire.

Une fois l'avis de la commission recueilli, le directeur de la caisse informe, par tous moyens, le porteur de projet du référencement ou non de l'organisation territoriale envisagée.

Cette information est rendue dans un délai de deux mois suivants le dépôt de la demande de référencement par le porteur de projet.

Les organisations territoriales coordonnées constituées sous une autre forme doivent faire l'objet d'une validation devant les instances paritaires conventionnelles médecins locales ou régionales (avant de pouvoir faire l'objet d'un référencement par la caisse primaire de leur lieu d'implantation), en fonction de la taille du territoire que recouvre le projet d'organisation territoriale, afin de vérifier qu'elles répondent bien aux principes définis dans la présente convention quant aux conditions de prise en charge des actes de téléconsultations.

La procédure de validation devant les instances paritaires des projets déposés est définie à l'annexe 23.

La caisse dresse une liste exhaustive et complète de l'ensemble des organisations territoriales référencées dans les conditions définies supra afin de mettre à disposition cette liste aux patients, professionnels de santé, et autres acteurs concernés du territoire. ».

Article 3 - Téléconsultations - Mise en place d'un cadre permettant la réalisation d'expérimentations

Un article 28.6.1.6 est créé rédigé de la manière suivante.

« Afin d'améliorer l'accès aux soins et faciliter le déploiement de la télémédecine, les parties signataires souhaitent mettre en place un cadre visant à permettre la réalisation d'expérimentations de solutions de télémédecine nécessitant des dérogations aux principes posés par la présente convention pour encadrer les modalités de prise en charge des actes de téléconsultations : orientation initiale par le médecin traitant, connaissance préalable du patient et alternance sur douze mois de consultations présentiels et de téléconsultations, caractère territorial de la réponse. Au vu du résultat de ces expérimentations, les partenaires conventionnels étudieront la nécessité de réviser le texte conventionnel afin de les inscrire dans le cadre de droit commun.

Ainsi, tout porteur de projet souhaitant mettre en place des modalités de recours aux actes de téléconsultations ne répondant pas aux principes sus visés, peut déposer une demande auprès du Secrétariat de la Commission Paritaire nationale définie à l'article 80 de la présente convention visant à mettre en place une expérimentation de son modèle d'organisation.

Le dossier de demande d'une expérimentation doit notamment préciser le schéma précis de l'organisation envisagée, les dérogations prévues par rapport aux modalités d'organisation et de prise en charge des actes de téléconsultations définies dans la convention, les motifs pour lesquels il apparaît nécessaire de déroger au cadre défini dans la convention, le territoire envisagé pour la mise en place de l'expérimentation, les modalités d'évaluation de l'expérimentation.

Les membres de la CPN se prononcent sur l'opportunité de mettre en place cette expérimentation, sa durée, le ou les territoires retenus pour sa réalisation.

Les modalités de vote sont celles définies à l'annexe 23 de la convention médicale. Une audition du porteur de projet est possible en séance.

La décision conforme à l'avis de la CPN est notifiée par le Directeur de l'UNCAM.

La CPN effectue un suivi régulier des expérimentations menées. ».

Article 4 - Modification du règlement intérieur type des commissions paritaires

Est ajouté à la fin de l'annexe 23 de la convention médicale intitulé « règlement intérieur type des commissions paritaires un article 6 rédigé de la manière suivante.

« Article 6 - Dispositions particulières sur les organisations coordonnées territoriales de proximité dans le cadre de la téléconsultation

Conformément aux dispositions de l'article 28.6.1.2 de la présente convention, les organisations territoriales coordonnées constituées sous une autre forme que communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes de soins primaires (ESP), de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), de centres de santé sont référencées par la caisse primaire à l'issue de la validation de l'organisation proposée par la commission paritaire locale (CPL) ou régionale des médecins libéraux (CPR) selon le territoire d'intervention de l'organisation, afin de s'assurer que celle-ci répond à l'organisation territoriale souhaitée par les partenaires conventionnels dans le cadre des téléconsultations.

Ainsi :

- la commission paritaire locale (CPL) est compétente, si le champ d'intervention de l'organisation territoriale est départemental,
- la commission paritaire régionale (CPR), si le champ d'intervention de l'organisation territoriale est limitrophe à deux ou trois départements.

Les membres de la CPL/CPR se prononcent sur la validation de cette organisation lors d'une réunion de l'instance, qui doit se tenir au plus tard dans un délai de trois mois suivants la réception du dossier complet remis par le porteur de projet.

La commission se prononce en principe sur pièces. Toutefois, à la demande du porteur de projet, ce dernier peut être entendu en séance, pour fournir les explications complémentaires qu'il juge utile.

Les modalités de vote suivent celles définies à l'article 2.2 de la présente annexe.

La commission paritaire émet en séance un avis sur la décision à prendre.

Une fois l'avis de la commission rendu, le directeur de la caisse arrête la décision conforme à l'avis de la commission et la notifie au porteur de projet dans un délai d'un mois.

Dans le cas où l'avis de la commission est réputé rendu (non tenue de la réunion, partage égal des voix) le directeur arrête la décision après avis du Directeur de l'UNCAM.

Dans les deux cas, le directeur de la caisse, adresse simultanément une copie de sa décision au Président et au Vice-Président de la CPL ou de la CPR.

Cette notification, qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose le porteur de projet pour contester la décision. ».

Article 5 - Modification du modèle de devis dentaire

Dans l'hypothèse où les médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale proposeraient aux patients un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de l'assurance maladie complémentaire), ceux-ci s'engagent à proposer une alternative sans reste à charge ou, à défaut, avec un reste à charge maîtrisé chaque fois qu'une alternative thérapeutique existe.

Le modèle de devis établi conformément à ces dispositions est joint en annexe 28 de la convention nationale, accompagné d'une fiche explicative.

Ainsi, l'annexe 28 de la convention nationale intitulée : « devis type pour les traitements et actes bucco-dentaires faisant l'objet d'une entente directe » est annulée et remplacée par l'annexe 28 figurant **en annexe 1** du présent avenant.

Article 6- Mesures spécifiques pour les personnes en situation de handicap sévère

Les dispositions de l'article 12.1 de l'annexe 13 de la convention nationale intitulé « Patients concernés » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Les patients atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap et pour lesquels une adaptation de la prise en charge en santé bucco-dentaire est nécessaire sont concernés par les mesures décrites ci-après.

Afin de faciliter l'identification des situations nécessitant une adaptation de prise en charge en santé bucco-dentaire et permettant au médecin de bénéficier de ces mesures, une grille d'évaluation du comportement et de la coopération de ces patients au cours d'une séance de soins dentaires est proposée en annexe 13 bis de la présente convention. Dès lors que pour un des domaines de la grille, l'adaptation de la prise en charge en santé bucco-dentaire du patient en situation de handicap nécessaire est « modérée » ou « majeure », les mesures de

valorisation prévues à l'article 12.2 sont applicables. La grille doit obligatoirement être complétée par le praticien à la fin de chaque séance réalisée avec un patient en situation de handicap sévère dès lors que le médecin a rencontré une difficulté au cours de la séance. Elle pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle ou à des fins d'évaluation.»

Les deux derniers alinéas de l'article 12.2 intitulé « Valorisation de la prise en charge des patients en situation de handicap et des techniques de sédation consciente utilisées dans ce cadre » sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes :

« Par ailleurs, les partenaires conventionnels souhaitent élargir le champ des actes pris en charge en faveur de ces patients.

Ils proposent donc la création d'un nouveau supplément pour les actes techniques réalisés en deux séances ou plus à hauteur de 200€ non cumulable avec le supplément YYYY183.

Ils proposent également la prise en charge d'une consultation bucco-dentaire complexe à hauteur de 46€.

Ces mesures entreraient en vigueur à l'expiration du délai fixé à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, et sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations visée à l'article L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale.

Le dernier paragraphe de l'article 12.3 de l'annexe 13 intitulé « les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, telles que définies à l'article 12.1 de la convention nationale, les partenaires conventionnels proposent la création d'un supplément de 23€ cumulable à la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire ainsi qu'à celle de l'examen avec la réalisation des radiographies. La grille d'éligibilité définie en annexe 13 bis doit obligatoirement être complétée par le praticien à la fin de chaque séance et pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle.

Cette mesure entrerait en vigueur à l'expiration du délai fixé à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale ».

En outre, est insérée une annexe 13 bis à la convention intitulée « Grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap ». Cette nouvelle annexe 13 bis figure **en annexe 2** du présent avenant.

Article 7 – Aménagements divers du texte conventionnel

Afin de tenir compte de l'entrée en vigueur des dispositions de l'article 52 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, instaurant, à compter du 1^{er} novembre 2019, la complémentaire santé solidaire, les partenaires conventionnels conviennent de procéder aux adaptations suivantes :

Au sous-titre 6 intitulé : « Améliorer l'accès financier aux soins bucco-dentaires », les mots : « CMUC » et « ACS » ou « protection complémentaire en matière de santé » ou « aide à

l'acquisition d'une protection en matière de santé » sont remplacés par les mots « *complémentaire santé solidaire* ».

L'article 11 intitulé « le tiers-payant pour les bénéficiaires de l'ACS » est modifié et rédigé comme suit : «

Article 11- Tiers payant intégral pour les patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire¹

Conformément à la réglementation, le tiers payant sur la part obligatoire et la part complémentaire est proposé aux patients bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé (communément appelé Complémentaire santé solidaire). Cette information figure dans la carte d'assurance maladie et sur l'attestation « tiers payant intégral » remise aux assurés. »

Un nouvel article 11 bis est introduit, intitulé : « Dispositions transitoires », et est rédigé comme suit : « Le tiers payant sur la part obligatoire pour les patients bénéficiaires du dispositif de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire sélectionné avant le 1er novembre 2019 continue de s'appliquer ».

A l'article 15-4-1 de la convention nationale, intitulé : « Le forfait patientèle médecin traitant pour le suivi au long cours des patients » les mots : « patients bénéficiaires de la CMU C » sont remplacés par les mots « patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière. ».

A l'article 16-2 de la convention nationale : « La valorisation du rôle de médecin correspondant » et à l'article 28-1 intitulé : « la consultation de référence » les mots : « patients bénéficiaires de la CMU complémentaire » et « patients disposant d'une attestation de droit à l'ACS » sont remplacés par les mots « patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière ».

A l'article 29 intitulé : « Valorisation des activités techniques », et à l'article 29.2.2 intitulé « Revalorisation du modificateur K », les mots : « patients bénéficiant de la CMU c et de l'ACS » sont remplacés par les mots : « patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière ».

A l'article 37-1 intitulé : « Cas particulier de l'accès non coordonné », les mots : « patients bénéficiaires de la CMU complémentaire » sont remplacés par les mots : « patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière ».

A l'article 38-3 intitulé : « Pratique tarifaire des médecins exerçant en secteur à honoraires différents titulaires du droit à dépassement permanent », les 3 premiers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent fixent et modulent le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

¹ Depuis le 1er novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire. Les contrats ACS en cours de validité au 1er novembre 2019 restent valables jusqu'à leur terme (ces assurés continuent de bénéficier dans ce cadre de la dispense totale d'avance de frais).

En outre, dans le contexte actuel de croissance économique faible, ces médecins s'engagent à modérer leur pratique tarifaire pendant la durée de la présente convention afin de garantir l'accès aux soins.

De plus, en sus des situations déjà prévues par les en application des textes réglementaires, dans les situations d'urgence médicale et de soins délivrés aux patients bénéficiaires de la *Complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière*, les médecins susmentionnés pratiquent leurs actes aux tarifs opposables.

A titre transitoire, pour les patients disposant encore d'une attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) valide, les médecins pratiquent leurs actes aux tarifs opposables. »

De même l'article 38-4 intitulé : « *Engagement de l'assurance maladie sur l'accessibilité au dispositif de l'ACS* » est remplacé par un nouvel article 38-4 rédigé comme suit :

« Article 38-4 : *Engagement de l'assurance maladie sur l'accessibilité au dispositif de la complémentaire santé solidaire*

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires pour :

- favoriser l'accès au dispositif de la *complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière* (information sur les critères d'accessibilité, accompagnement dans les démarches, amélioration des délais de traitement des dossiers, etc.) des assurés sociaux remplissant les critères d'éligibilité ;
- apporter aux médecins libéraux l'information nécessaire sur leurs patients disposant de l'attestation de droit à *complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière*. A cet égard, l'information que le patient bénéficie de la complémentaire santé solidaire figure dans la carte vitale et sur l'attestation tiers payant intégral de l'assuré.

A l'article 41-2 intitulé : « Engagement de l'assurance maladie », les mots : « *patients bénéficiant de la CMUC, de l'ACS* » sont remplacés par les mots « *patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière* ».

A l'article 85 intitulé : « De l'examen des cas de manquements », les mots : « le non-respect du droit à la dispense d'avance des frais ou des tarifs opposables au profit des *bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS* » sont remplacés par les mots : « le non-respect du droit à la dispense d'avance des frais ou des tarifs opposables au profit des *bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière* » ;

A l'article 2.1 « engagement du praticien » de l'annexe 18 de la convention nationale intitulée : « option type – option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), les mots : « *patients en CMUC ou disposant de l'attestation de droit à l'ACS* » sont remplacés par les mots :

«patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière».

A l'article 2.1 « engagement du praticien » de l'annexe 20 de la convention nationale intitulée : « option type – option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique (OPTAM - CO) », les mots : « *patients en CMUC ou disposant de l'attestation de droit à l'ACS* » sont remplacés par les mots : « *patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière* ».

L'annexe 27 de la convention nationale intitulée : « *montant maximal des dépassements applicables aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé visés à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale* » est désormais intitulée : « *montant maximal des dépassements applicables aux bénéficiaires du droit à la complémentaire santé solidaire visés à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale* ».

Dans cette même annexe, aux articles 1 et 2, les mots : « *CMU C* » sont remplacés par les mots : « *complémentaire santé solidaire* ».

Article 8 – Dispositif d'aide à l'embauche d'un assistant médical : mesures complémentaires

Conformément à l'article 9-5-2-4 dernier alinéa de la convention nationale, et compte tenu des besoins exprimés dans le cadre de la mise en œuvre du dispositif d'aide à l'embauche d'un assistant médical, les partenaires conventionnels s'accordent pour élargir les conditions dans lesquelles l'option spécifique de financement d'un assistant médical à hauteur d'un équivalent temps plein pour un médecin est étendue à d'autres territoires que ceux classés en zones d'intervention prioritaires (zones éligibles aux aides conventionnelles) dans la mesure où ils sont soumis à des tensions démographiques fortes. Ils s'accordent également pour assouplir, à titre dérogatoire, les conditions d'exercice regroupé dans le cadre de cette option.

Il est ainsi décidé ce qui suit :

A l'article 9-5-2-4 de la convention nationale, intitulé : « option spécifique de financement et d'engagement en zone sous-dense », le 1^{er} alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Par dérogation, le financement d'un assistant médical à hauteur d'un équivalent temps plein pour un médecin est possible, pour les médecins répondant aux conditions suivantes :

- Installation en zones sous denses, classées comme « Zones d'interventions prioritaires » (ZIP) par les Agences Régionales de Santé (zones éligibles aux aides conventionnelles),
- Installation en zones sous denses, classées comme « Zones d'Actions Complémentaires » (ZAC) par les Agences Régionales de Santé, dont l'APL est d'une valeur inférieure ou égale à 3,5, et les zones dérogatoires telles que définies en commission paritaire locale, conformément à l'article 9-3-5, au paragraphe « médecins exerçant en zones d'actions complémentaires » et dès lors que le médecin a au moins un niveau de patients médecins traitants adultes équivalent au 50^{ème} percentile ou au 50^{ème} percentile de file active de patients déterminé pour chaque spécialité (cf. annexe 2), pour les médecins des autres spécialités.

Les partenaires conventionnels examineront, dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du dispositif d'aide à l'embauche d'un assistant médical, les conditions de révision des présentes dispositions dérogatoires compte tenu des révisions à venir des zonages régionaux concernant la profession des médecins ».

Le dernier alinéa de l'article 9-5-2-4 est supprimé.

A l'article 20.3 de la convention nationale, au 4^e alinéa, la phrase « Pour le financement (article 9-5-2-4), l'aide est répartie de la manière suivante » est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes : « Pour le financement dans le cadre de l'option spécifique pour les médecins exerçant en ZIP ou ZAC dans les conditions telles que définies à l'article 9-5-2-4, l'aide est répartie de la manière suivante : ».

A l'article 9-3-5 intitulé : « dérogations aux critères d'éligibilité », le paragraphe intitulé : « dérogations au principe de regroupement » est modifié de la manière suivante :

Le titre du paragraphe « médecins en zones sous denses », est remplacé par le titre suivant : « médecins exerçant en zones d'interventions prioritaires (ZIP) ».

En outre, à la suite de ce paragraphe, est inséré un paragraphe intitulé :

« - médecins exerçant en zones d'actions complémentaires, et rédigé comme suit :

- Pour les médecins exerçant en zone classée en tant que Zones d'Actions Complémentaires (ZAC) par décision du DG ARS et dont l'APL est d'une valeur inférieure ou égale à 3,5, conformément à l'article 1434-4° du code de la santé publique, la condition de regroupement n'est pas exigée mais le médecin doit avoir au moins un niveau de patients médecins traitants adultes équivalent au 50^{ème} percentile ou au 50^{ème} percentile de file active de patients déterminé pour chaque spécialité (cf. annexe 2), pour les médecins des autres spécialités. Les commissions paritaires locales (CPL) disposent d'une marge de manœuvre locale afin d'adapter, en fonction du contexte local lié à l'offre de soins, ces zones et prendre en compte des zones classées en ZAC avec un APL supérieur à 3,5. Ces zones ne peuvent pas représenter plus de 20 % des médecins éligibles dans les zones classées en ZAC dont l'APL est d'une valeur inférieure ou égale à 3,5. Cet élargissement doit être décidé avant toute décision de dérogation par la caisse lors de la 1^{ère} CPL suivant l'entrée en vigueur des présentes dispositions, la décision étant prise à la majorité des 2/3 des membres présents ou représentés.

En outre, l'annexe 1 intitulé : « contrat type d'aide conventionnelle à l'embauche d'un assistant médical » est modifiée comme suit :

A l'article 2.3.1 intitulé : « vérification de l'atteinte des objectifs du médecin signataire », au 1^{er} alinéa, après les mots : « option spécifique exerçant en zones d'interventions prioritaires » ; sont ajoutés les mots : « ou zone d'action complémentaire dans les conditions telles que définies à l'article 9-5-2-4 ».

De même, à l'article 2.3.2 intitulé : « versement de l'aide en contrepartie du respect des engagements », au paragraphe : « pour le financement d'au moins 1 ETP d'assistants médical », sont ajoutés, après les mots « pour le médecin installé en zone d'intervention prioritaire » les mots : « ou zone d'action complémentaire dans les conditions telles que définies à l'article 9-3-5 ».

Article 9 – Annexe tarifaire

L'annexe 1 de la convention nationale intitulée : « TARIFS DES HONORAIRES, REMUNERATIONS ET FRAIS ACCESSOIRES DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES » est modifiée, pour prendre en compte les différentes décisions UNCAM relatives à la Liste des actes prestations publiées depuis le 1er août 2018, date d'entrée en vigueur de l'avenant 6 à la convention médicale ainsi que pour tenir compte de la mise en place du parcours de soins à Mayotte dans les conditions définies par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Cette annexe 1 revue figure **en annexe 3** du présent avenant.

Fait à Paris, le 11 mars 2020

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
Le Directeur Général,

Nicolas REVEL

Au titre des généralistes

Au titre des spécialistes

Le Président de la Confédération des
Syndicats Médicaux de France
Docteur Jean-Paul ORTIZ

Le Président de la Confédération des
Syndicats Médicaux de France
Docteur Jean-Paul ORTIZ

Le Président de la Fédération Française des
Médecins Généralistes
Docteur Jacques BATTISTONI

Le Président de la Fédération des Médecins
de France
Docteur Jean-Paul HAMON

Le Président de la Fédération des Médecins
de France
Docteur Jean-Paul HAMON

Le Président du Syndicat des Médecins
Libéraux
Docteur Philippe VERMESCH

Le Président du Syndicat des Médecins
Libéraux
Docteur Philippe VERMESCH

Les Co-Présidents du syndicat Le BLOC
Docteur Bertrand de ROCHAMBEAU

Docteur Philippe CUQ

Docteur François HONORAT