

Titre 4. L'exercice conventionnel

Sous-Titre 1. Les Conditions d'exercice

Article 28. Principes

Conformément aux dispositions réglementaires en vigueur, les consultations médicales sont données au cabinet du praticien sauf d'une part, lorsque l'assuré est dans l'incapacité de se déplacer selon des critères soit médico-administratifs, soit sociaux et environnementaux d'autre part, lorsqu'il s'agit d'une activité de télémedecine telle que définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. Les consultations médicales peuvent également être données dans les maisons médicales.

Les médecins placés sous le régime du présent texte s'engagent à faire bénéficier leurs malades de soins consciencieux éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science.

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale les médecins observent dans tous leurs actes et prescriptions la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité du traitement.

Article 29. Enregistrement du médecin auprès de la caisse

Les médecins sont tenus de faire connaître aux caisses notamment leur notification d'inscription à l'ordre comportant notamment leur numéro RPPS (répertoire personnel des professionnels de santé), leurs différentes structures d'activité et les coordonnées de celle-ci, la date de début d'activité, le cas échéant l'agrément radio ou les informations de demande d'agrément.

Les partenaires conventionnels s'engagent à accompagner la mise en œuvre du « guichet unique » au niveau de l'Ordre organisant la nouvelle procédure d'enregistrement des professionnels sur la base d'un identifiant unique RPPS.

Article 30. Situation des médecins exerçant au sein d'une structure regroupant plusieurs praticiens

Conformément au code de déontologie, dans les cabinets regroupant plusieurs praticiens exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique, l'exercice de la médecine doit rester personnel. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle.

Les médecins adhèrent individuellement à la convention, et sauf dispositions contraires, conservent individuellement le choix et le bénéfice des options conventionnelles prévues par la présente convention.

L'ensemble des associés exerçant au sein de la société doivent se déterminer de manière identique au regard de leur volonté ou non d'exercer dans le cadre de la présente convention.

L'exercice de la médecine par un médecin salarié d'une société d'exercice ou d'un associé d'une telle société est assimilé à de l'exercice libéral. Il adhère également individuellement à la convention.

Article 31. Situation des collaborateurs salariés de praticiens libéraux conventionnés

Le médecin salarié par un praticien libéral ne peut adhérer personnellement à la convention médicale des médecins libéraux.

Il exerce sous la responsabilité du médecin conventionné et n'étant pas adhérent lui-même à la convention, il applique les tarifs opposables au sens de l'article [X] de la présente convention, quel que soit le secteur conventionnel du médecin employeur.

Toutefois, lorsque le collaborateur salarié d'un médecin exerçant en secteur à honoraires différents détient lui-même les titres ouvrant l'accès à ce secteur, il peut appliquer les tarifs correspondant au dit secteur.

Article 32. Situation du remplaçant

Le remplaçant d'un médecin exerçant dans le cadre de la présente convention est tenu de faire connaître aux caisses son numéro d'inscription à l'ordre des médecins de son département ou/et son numéro de licence de remplacement, ainsi que son adresse personnelle et celle du cabinet professionnel dans lequel il assure son activité de remplacement.

Le médecin remplacé vérifie que le médecin remplaçant remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention.

Il s'engage à porter à la connaissance de son remplaçant les dispositions de la présente convention et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

Le médecin remplacé s'interdit toute activité médicale rémunérée dans le cadre de la présente convention durant son remplacement.

Le remplaçant adopte la situation du remplacé au regard des droits et obligations qui découlent de la présente convention, à l'exception du droit permanent à dépassement (DP) et du régime de cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales.

La caisse d'assurance maladie peut en tant que de besoin demander communication de l'attestation de remplacement.

L'activité du remplaçant est assimilée à celle du remplacé dans le cadre des suivis d'activité et de dépenses.

Article 33. Situation des adjoints et des assistants des praticiens libéraux conventionnés

Le médecin conventionné qui fait appel à un adjoint ou à un assistant dans les conditions définies aux articles R. 4127-88 et L. 4131-2 du code de la santé publique est tenu d'en informer sa caisse d'assurance maladie. Il transmet dans ce cadre une copie des autorisations nécessaires.

L'adjoint ou l'assistant exerce sous la responsabilité du médecin conventionné et n'étant pas adhérent lui-même à la convention, il ne peut appliquer que les tarifs opposables au sens de l'article [X] de la présente convention, quel que soit le secteur conventionnel du médecin employeur.

Sous-Titre 2. Les secteurs conventionnels

Article 34. Secteur à Honoraires Opposables

Les médecins adhérant à la convention s'engagent à respecter les tarifs qui y sont fixés.

Le respect des tarifs opposables ainsi que les modalités d'utilisation des possibilités de dépassements limitativement énumérés aux paragraphes suivants s'imposent aux médecins adhérents.

Les médecins appliquent les tarifs opposables, fixés dans l'annexe [X] de la présente convention, sauf dans les cas énumérés ci après.

Article 34.1. Cas particulier de l'accès non coordonné

Lorsqu'ils sont consultés en dehors du parcours de soins coordonnés, et en dehors des cas d'urgence ou d'éloignement occasionnel du patient et excepté pour les soins délivrés aux patients bénéficiaires de la CMU complémentaire, les praticiens spécialistes régis par la présente convention et appliquant les tarifs opposables sont autorisés à pratiquer des dépassements.

Ces dépassements sont plafonnés, pour les actes cliniques, de manière à ce que, arrondi à l'euro supérieur, le montant facturé n'excède pas de plus de 17,5% la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

Ces dépassements sont plafonnés à hauteur de 17,5% pour chaque acte technique effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

De plus pour l'ensemble de son activité le praticien s'engage à respecter :

- pour les actes techniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70%, avec pour base le système national d'information inter-régimes - Assurance maladie (SNIIR-AM),
- pour les actes cliniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70%, avec pour base le SNIIR-AM.

Si les soins réalisés dans le parcours de soins coordonnés ne permettent pas d'atteindre le ratio de 70%, le praticien doit, en facturant des honoraires selon les tarifs opposables du parcours de soins coordonnés, respecter les limites suivantes :

- pour les actes cliniques, appliquer à la consultation la majoration forfaitaire transitoire (MPC) ainsi qu'un dépassement ne pouvant excéder le montant de la majoration de coordination prévue dans le parcours de soins coordonnés,
- pour les actes techniques, appliquer les tarifs issus des listes citées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 35. Autres secteurs conventionnels

Article 35.1. Secteur à honoraires différents

Les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents à la date d'entrée en vigueur de la présente convention en conserve le bénéfice.

Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents les médecins qui, à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente convention, s'installent pour la première fois en exercice libéral et sont titulaires des titres énumérés ci-après, acquis dans les établissements publics ou au sein de la Faculté libre de médecine de Lille, ou de titres équivalents acquis dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ex établissements privés participant au service public hospitalier) ou acquis au sein de l'Union européenne et de la Confédération Helvétique :

- ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n° 84-135 du 24 février 1984 ;
- ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique ;
- médecin ou chirurgien des hôpitaux des armées dont le titre relève du décret n°2004-538 du 14 juin 2004 ;
- praticien hospitalier nommé à titre permanent dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique ;
- praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions et dont le statut relève des articles R. 6152-201 et suivants du code de la santé publique.

S'agissant des titres acquis dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif et ceux acquis au sein de l'Union européenne et de la Confédération helvétique, leur équivalence aux titres énumérés au paragraphe précédent est reconnue par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation du cabinet principal du médecin conformément aux décisions de la caisse nationale d'assurance maladie, après avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins et en tant que de besoin, des services ministériels compétents.

Pour bénéficier du droit d'appliquer des honoraires différents, le médecin doit, dès la date de sa première installation en exercice libéral :

- déclarer, à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de son cabinet principal, sa volonté de bénéficier du droit de pratiquer des honoraires différents,
- informer par écrit simultanément l'URSSAF dont il dépend de sa décision.
- indiquer dans les mêmes conditions le régime d'assurance maladie dont il souhaite relever.

En l'absence de déclaration expresse, le praticien est réputé exercer en secteur à honoraires opposables.

Le médecin autorisé à pratiquer des honoraires différents peut revenir sur son choix à tout moment et opter pour le secteur à honoraires opposables pour la durée de la convention. Dans ce cas, il en informe la caisse primaire du lieu d'implantation de son cabinet principal.

Dans le cadre de l'application des dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-1 du code de la sécurité sociale, lorsqu'un praticien spécialiste autorisé à pratiquer des honoraires différents facture un dépassement d'honoraire à un patient le consultant en dehors du parcours de soins coordonnés et en dehors des cas d'urgence et d'éloignement, celui est réputé, correspondre à un dépassement autorisé prévu à l'article [X] dans la limite du plafond fixé par ce même article.

Situation de l'exercice en secteur privé par un praticien hospitalier.

Par dérogation, l'exercice d'une activité libérale au sein d'un établissement de santé public pour les praticiens hospitalier n'est pas assimilé à une première installation en libéral au sens de la présente convention.

Article 35.2. Secteur droit à dépassement permanent (DP)

Les médecins titulaires du droit à dépassement permanent à la date d'entrée en vigueur de la présente convention en conservent le bénéfice.

Sous-Titre 3. Mise en œuvre de l'option de coordination

Afin de favoriser l'accès aux soins et de prendre en compte, dans le cadre du parcours de soins coordonnés, leur engagement dans la coordination des soins réalisés à tarifs maîtrisés, cette option de coordination est proposée aux médecins généralistes et spécialistes (hors les spécialistes entrant dans le champ d'application du secteur optionnel dans l'hypothèse où il serait mis en place) qui sont autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit permanent à dépassement.

Article 36. Engagements du praticien adhérent à l'option de coordination

Le praticien adhérent s'engage, pour les actes qu'il effectue pour les patients qui entrent dans le parcours de soins coordonnés, à pratiquer les tarifs suivants :

- Pour les actes cliniques : les tarifs opposables sans dépassement
- Pour les actes techniques : les tarifs opposables avec un dépassement pratiqué avec tact et mesure plafonné pour chaque acte à 15% de sa valeur.

Pour l'ensemble de son activité le praticien s'engage à respecter :

- Pour les actes techniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 30%, avec pour base le système national inter-régimes des professionnels de santé (SNIR-PS),
- Pour les actes cliniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 30%, avec pour base le SNIR-PS.

Ces dépassements ne sont pas applicables en cas de consultation en urgence médicalement justifiée, ni lorsque le praticien reçoit un enfant de moins de 16 ans. Il bénéficie dans ce dernier cas de la majoration forfaitaire transitoire (MPC) prévue à l'article 2bis des dispositions générales de la NGAP.

Article 37. Engagements de l'assurance maladie vis-à-vis du praticien adhérent à l'option de coordination

Les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations sociales dues par le médecin adhérent à l'option de coordination au titre de ses honoraires en application des articles L. 242-11, L. 645-2 et L. 722-4 du code de la sécurité sociale. Cette prise en charge s'effectue dans les conditions définies à l'article [X] et s'applique sur la part de l'activité du praticien réalisée aux tarifs opposables.

La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel, par la CPAM ou la CGSS du lieu d'implantation du médecin. La CPAM ou la CGSS du

lieu d'implantation du médecin établit le bilan annuel d'activité à tarif opposable par praticien ayant opté pour l'option de coordination avant le 30 juin de l'année n+1 et informe chaque médecin concerné des montants de cotisations prises en charge.

En outre, lorsqu'il reçoit un patient, en accès coordonné ou spécifique, pour des soins itératifs et procède à un retour d'information au médecin traitant, le praticien adhérent applique la majoration de coordination définie au titre 2, point [X] de la présente convention.

Article 38. Modalités d'adhésion à l'option

Le médecin formalise son adhésion à l'option de coordination par le biais d'un formulaire (modèle en annexe [X] du présent texte) qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Sans réponse de la caisse dans le mois suivant la réception du formulaire, l'adhésion est réputée acquise pour la durée d'application de la présente convention.

Article 39. Modalités de suivi des engagements

A compter de son adhésion à l'option de coordination, le médecin reçoit chaque trimestre des documents de suivi relatifs au respect de ces différents engagements : suivi du respect des tarifs opposables et des dépassements d'honoraires dans les conditions définies à l'article [X].

Si à l'issue d'un trimestre, une caisse constate un non respect par le médecin de l'un ou plusieurs engagements souscrits dans le cadre de l'option de coordination, elle lui adresse un courrier d'avertissement par lettre recommandée avec accusé de réception signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le trimestre suivant un nouveau non respect des engagements est constaté une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies au point [X].

Article 40. Modalités de résiliation par le médecin

Le médecin ayant adhéré à l'option de coordination peut à tout moment revenir sur ce choix.

Dans ce cas il doit informer la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation est effective un mois après la réception du courrier par la caisse.

Article 41. Résiliation par la caisse en cas de non respect des engagements par le médecin

La caisse qui dans les conditions définies au point [X] constate le non respect par un médecin de ses engagements deux trimestres consécutifs alors qu'elle a mis en œuvre la procédure d'avertissement visé au point [X], adresse un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception de ce courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou par la commission paritaire locale définie à l'article [X]. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option de coordination par lettre recommandée avec accusé de réception.

A compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin à la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales visée au point [X]. La caisse peut également engager une récupération des sommes versées au titre de l'adhésion à l'option de coordination.

Article 42. Respect des honoraires opposables et modalités de dépassements exceptionnels.

Article 42.1. Cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical (DE).

En cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical, le praticien peut facturer un montant supérieur au tarif opposable uniquement pour l'acte principal qu'il a effectué et non pour les frais accessoires.

Le praticien fournit au malade toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'assurance maladie et lui en indique notamment le montant et le motif.

L'indication « DE » est portée sur la feuille de soins.

Ce dépassement n'est pas cumulable avec un dépassement autorisé plafonné (DA) tel que défini au paragraphe suivant.

Article 42.2. Cas de dépassements autorisés plafonnés (DA), pour les soins non coordonnés, au sens de la présente convention

Le médecin spécialiste conventionné en secteur à honoraires opposables peut pratiquer un dépassement autorisé plafonné (DA) défini à l'article [X] dans le cas où un patient le consulte sans avoir été orienté par son médecin traitant.

Il informe le malade du montant du dépassement autorisé non remboursé par l'Assurance Maladie et lui en explique le motif.

Ce dépassement ne peut se cumuler avec un dépassement pour exigence particulière du patient (DE) tel que défini au paragraphe précédent.

Article 42.3. Application de dépassements maîtrisés (DM) sur les tarifs opposables des seuls actes techniques

Les médecins adhérant à l'option de coordination décrite à l'article [X] de la présente convention et autorisés à pratiquer des honoraires différents au sens des précédents paragraphes ont la possibilité de pratiquer des dépassements maîtrisés (DM) sur les tarifs opposables des seuls actes techniques.

Article 42.4. Application de dépassements maîtrisés (DM) dans le cadre de l'application du secteur optionnel

Les médecins adhérant au secteur optionnel décrit à l'article [X] de la présente convention dans l'hypothèse où il serait mis en place ont la possibilité de pratiquer des dépassements maîtrisés (DM) sur une partie de leurs actes.

Dans toutes les situations précédentes, le médecin fixe ses honoraires avec tact et mesure, conformément aux obligations qui résultent du code de déontologie.

Le sous-titre 4. est une version provisoire

Sous-Titre 4. Mise en œuvre du secteur Optionnel

Conformément aux dispositions du titre I de la présente convention et dans un souci de faciliter l'accès aux soins des assurés sociaux par un encadrement des dépassements d'honoraires, un nouveau secteur d'exercice dit secteur optionnel est créé pour les professionnels des spécialités de chirurgie, anesthésie-réanimation et gynécologie obstétrique ayant une activité technique prépondérante (termes retenus dans le protocole d'accord) ou remplissant le nombre d'actes sous l'appellation « acte de chirurgie », « acte d'anesthésie » ou acte d'obstétrique » visé à l'article R. 4031-27 du code de la santé publique (critère pour l'établissement des listes du 2ème collège pour les élections aux URPS).

Article 43. conditions d'adhésion au secteur optionnel

Peuvent adhérer au secteur optionnel les médecins définis au paragraphe précédent.

- les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents à la date d'entrée en vigueur de la présente convention ;

- les médecins titulaires du droit à dépassement permanent à la date d'entrée en vigueur de la présente convention ;

- les médecins titulaires des titres visés au point [X°] permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral ;

- les médecins titulaires des titres visés au point [X°] permettant d'accéder au secteur à honoraires différents ;

Article 44. Engagements du praticien adhérent au secteur optionnel

Le médecin adhérent au secteur optionnel s'engage :

- à réaliser au moins 30% de ses actes au tarif opposable, ce qui inclut, d'une part, les cas où le médecin est soumis à l'obligation d'appliquer les honoraires opposables dans les situations d'urgence médicale et, d'autre part, les soins délivrés aux assurés sociaux en situation de précarité. Cette proportion est évaluée en comparant la part des honoraires des actes réalisés au tarif opposable à l'ensemble des honoraires opposables des actes inscrits à la nomenclature réalisés par le praticien ;

- à facturer les autres actes uniquement avec des compléments d'honoraires inférieurs ou égaux à 50 % de la base de remboursement de l'acte y compris les modificateurs (notamment les modificateurs J et K) les suppléments conventionnels sans qu'aucun autre supplément ni dépassement ne soit exigible ;

- à remettre au patient une information détaillée préalable à l'intervention, faisant apparaître le coût du séjour, des actes, les bases de remboursement et les compléments de rémunération demandés pour les honoraires des consultations et des actes techniques - y compris pré et post opératoires ; les partenaires conventionnels conviennent d'établir des documents destinés à formaliser cette démarche approfondie de transparence des tarifs ;

- à réaliser un volume annuel d'actes suffisant, permettant d'assurer un niveau raisonnable de sécurité des soins. Ce volume d'actes fixé par spécialité est validé par la Haute Autorité de Santé et les collèges des spécialités médicales concernées ;

- à mettre en œuvre lorsqu'ils seront définis par la Haute Autorité de Santé les référentiels et les outils de suivi sur la pertinence des indications et la qualité des actes ;

Article 45. Transparence sur la qualité et les pratiques professionnelles

Article 45.1. Référentiels sur la pertinence des indications et la qualité des actes

Dès l'ouverture du secteur optionnel, des « référentiels de pertinence » sont demandés à la Haute Autorité de Santé pour deux actes fréquents et à volume important pour chacune des spécialités ou sous spécialités concernées, arrêtés par les partenaires conventionnels. Ces référentiels ont pour objet de déterminer à la fois la pertinence des indications et la qualité des actes. Chaque année, les partenaires conventionnels s'engagent à solliciter de nouveaux référentiels ;

Un suivi des performances est réalisé sur la base d'indicateurs et d'objectifs validés par la Haute Autorité de Santé. Les modalités de suivi des « référentiels de pertinence » sont définies dans ces référentiels.

Article 45.2. Engagement sur le volume d'actes

Dans l'année suivant l'ouverture du secteur optionnel, les partenaires conventionnels s'engagent à définir avec la validation de la Haute Autorité de Santé, le volume annuel d'actes suffisant par spécialité permettant d'assurer un niveau raisonnable de sécurité des soins.

Parallèlement, ils s'engagent à entreprendre un travail technique visant à mettre à disposition des assurés sociaux des informations sur le nombre d'actes réalisés par praticien chaque année. Les actes traçants par spécialité et sous spécialités retenus pour cette information sont arrêtés et actualisés conjointement.

Cette information aux assurés est diffusée par les caisses d'assurance maladie dans le cadre de leur mission générale d'information définie à l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale via notamment l'outil Ameli-direct.

Article 45.3. Engagement sur l'accréditation

Les médecins adhérents au secteur optionnel doivent s'engager dans une démarche d'accréditation telle que définie à l'article L. 4135-1 du code de la santé publique. En effet, cette démarche s'inscrit pleinement dans le cadre de la transparence de la qualité et des pratiques professionnelles que les parties signataires souhaitent développer notamment au travers des procédures spécifiques d'analyse et de réduction des risques visant des bénéfices individuels et collectifs dans la prise en charge des patients que doivent mettre en œuvre les médecins engagés dans l'accréditation.

Article 46. Engagements de l'assurance maladie vis-à-vis du praticien adhérent au secteur optionnel

Les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations sociales dues par le médecin adhérent au secteur optionnel au titre de ses honoraires en application des articles L. 242-11, L. 645-2 et L. 722-4 du code de la sécurité sociale. Cette prise en charge s'effectue dans les conditions définies à l'article [X] et s'applique sur la part de l'activité du praticien réalisée aux tarifs opposables.

La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel, par la CPAM ou la CGSS du lieu d'implantation du médecin. La CPAM ou la CGSS du

lieu d'implantation du médecin établit le bilan annuel d'activité à tarif opposable par praticien ayant opté pour le secteur optionnel avant le 30 juin de l'année n+1 et informe chaque médecin concerné des montants de cotisations prises en charge.

Les soins réalisés par les médecins adhérents au secteur optionnel bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

Article 47. Engagements de l'UNOCAM

L'UNOCAM et ses membres s'engagent à inciter les organismes d'assurance maladie complémentaires à prendre en charge ce nouveau secteur auprès de leurs assurés et adhérents et, sans préjudice de leur liberté contractuelle, de s'assurer dans les offres de prise en charge préférentielle des compléments d'honoraires maîtrisés demandés par les professionnels dans ce cadre.

A compter de l'entrée en vigueur effective du secteur optionnel définie à l'article [X], l'UNOCAM s'engage à diffuser et à mettre à jour la liste des organismes complémentaires offrant une prise en charge des compléments d'honoraires du secteur optionnel.

L'UNOCAM et ses membres s'engagent à inciter les organismes complémentaires à mettre à disposition de leurs adhérents et assurés d'une part, la liste des praticiens ayant fait le choix du secteur optionnel et d'autre part, les engagements sur les tarifs et la qualité des pratiques professionnelles définies à l'article [X] pris par ces praticiens.

Les partenaires conventionnels et l'UNOCAM se déclarent favorables à ce que les dépassements d'honoraires facturés dans le cadre du secteur optionnel défini au présent chapitre soient intégrés dans les garanties visées aux articles L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Article 48. Modalités d'adhésion et entrée en vigueur du secteur optionnel

Lors de l'adhésion à la présente convention dans les conditions définies à l'article [X], les médecins entrant dans le champ du secteur optionnel sont invités à se prononcer sur leur volonté ou non d'adhérer audit secteur. Ils disposent d'un délai de 6 mois à compter de l'entrée en vigueur de la présente convention pour opérer ce choix.

Le médecin déclare son souhait d'adhérer à cette option auprès de sa CPAM ou CGSS de son lieu d'installation par le biais du formulaire type défini en annexe [X].

Ce formulaire précise que la mise en œuvre du secteur optionnel et l'enregistrement de l'adhésion du médecin ne sont effectifs que s'il est constaté au niveau national par les partenaires conventionnels, à l'issue de cette période de 6 mois, que les praticiens issus du secteur à honoraires différents ou remplissant les conditions pour s'installer dans ce secteur sont majoritaires au sein des médecins ayant exprimé leur souhait d'adhérer au secteur optionnel.

Dans l'affirmative, l'adhésion au secteur optionnel est notifiée par la CPAM ou CGSS d'installation à chaque médecin ayant formulé son souhait d'adhérer au secteur optionnel avec mention d'une date d'entrée en vigueur.

Dans le cas contraire, si les partenaires conventionnels constatent au niveau national que les conditions exposées ci-dessus pour mettre en œuvre le secteur optionnel ne sont pas réunies, chaque médecin ayant exprimé sa volonté d'adhérer au secteur optionnel est informé que ce dernier ne peut finalement pas être mis en place.

A compter de la date d'entrée en vigueur effective du secteur optionnel arrêtée dans les conditions définies aux alinéas précédents, un médecin répondant aux conditions d'entrée dans le secteur optionnel peut adhérer à tout moment au secteur optionnel par le biais du formulaire type défini à l'annexe [X].

Article 49. Modalités de suivi des engagements

A compter de son adhésion au secteur optionnel, le médecin reçoit chaque trimestre des documents de suivi relatifs au respect de ces différents engagements : suivi du respect des tarifs opposables et des dépassements d'honoraires dans les conditions définies à l'article [X], respect des engagements sur la transparence tarifaire, les volumes d'actes et le respect des référentiels sur la pertinence et les indications des actes dès lors qu'ils sont mis en place.

Si à l'issue d'un trimestre, une caisse constate un non respect par le médecin de l'un ou plusieurs engagements souscrits dans le cadre du secteur optionnel, elle lui adresse un courrier d'avertissement par lettre recommandée avec accusé de réception signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le trimestre suivant un nouveau non respect des engagements est constaté une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies au point I.

Article 50. Modalités de résiliation par le médecin

Le médecin ayant adhéré au secteur optionnel peut à tout moment revenir sur ce choix.

Dans ce cas il doit informer la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation est effective un mois après la réception du

courrier par la caisse.) Le médecin regagne alors à cette date son secteur conventionnel d'origine ou celui pour lequel il aurait pu opter lors de son installation dans le secteur optionnel.

Un médecin pouvant adhérer au secteur optionnel dès sa première installation en libéral, il peut, dans le cas où il souhaite résilier son adhésion à cette option, rejoindre le secteur à honoraires différents auquel ses titres lui donne accès.

Article 51. Résiliation par la caisse en cas de non respect des engagements par le médecin

La caisse qui dans les conditions définies au point [X] constate le non respect par un médecin de ses engagements deux trimestres consécutifs alors qu'elle a mis en œuvre la procédure d'avertissement visé au point G, adresse un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception de ce courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou par la commission paritaire locale définie à l'article [X], avec une possibilité d'appel en CPN. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion au secteur optionnel par lettre recommandée avec accusé de réception.

A compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin à la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales visée au point [X]. La caisse peut également engager une récupération des sommes versées au titre de l'adhésion au secteur optionnel.

Le médecin regagne alors à cette date son secteur conventionnel d'origine ou celui pour lequel il aurait pu opter lors de son installation dans le secteur optionnel.

Un médecin pouvant adhérer au secteur optionnel dès sa première installation en libéral, il peut, dans le cas où il souhaite résilier son adhésion à cette option, rejoindre le secteur à honoraires différents auquel ses titres lui donne accès.

Article 52. Objectifs fixés sur l'encadrement des dépenses

L'objectif des parties signataires est que l'attractivité du secteur optionnel permette d'entraîner à terme l'adhésion d'une grande majorité de praticiens appartenant au secteur à honoraires différents.

Ainsi, les partenaires conventionnels se fixent pour objectif d'atteindre à l'issue des 3 ans de durée de l'option une offre à tarif opposable et maîtrisé à hauteur de:

- 80 % pour l'anesthésie

- 55 % pour la chirurgie

- taux à compléter pour l'obstétrique (les données n'étaient pas disponibles lors de la signature du protocole en 2009)

Dans ce même délai, les partenaires conventionnels et l'UNOCAM souhaitent que la grande majorité de la population couverte par les organismes complémentaires puisse bénéficier de la prise en charge des compléments d'honoraires dans le cadre du secteur optionnel.

Article 53. Durée de l'option au secteur optionnel

Le secteur optionnel est mis en place pour une durée de 3 ans à compter de la date d'entrée en vigueur effective définie au point [X]. La reconduction de ce secteur est décidée par les partenaires conventionnels au regard du bilan réalisé notamment sur les critères suivants : nombre d'adhésions au secteur optionnel par région et par établissement, évolution du nombre de praticiens en secteur à honoraires différents par région et par établissement, respect des professionnels de leurs engagements tarifaires et sur la qualité des actes, prise en charge des compléments d'honoraires maîtrisés dans les offres des organismes d'assurance maladie complémentaire

Article 54. Suivi et bilan de l'option

A chaque date anniversaire de l'entrée en vigueur effective du secteur optionnel définie à l'article [X], les partenaires conventionnels dressent un bilan de la mise en œuvre de ce secteur. Au regard des résultats constatés, ils prennent le cas, échéant, toute mesure nécessaire à l'atteinte des objectifs fixés à l'article [X].

