

## ARRETE

### **Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes (extraits)**

#### **Sous-titre 4 Projet de secteur optionnel**

Les parties signataires se sont mises d'accord sur les paramètres suivants relatifs à un 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 sera créé pour les professionnels des spécialités de chirurgie, anesthésie-réanimation et gynécologie obstétrique ayant une activité technique prépondérante 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](#).

#### Conditions d'adhésion au secteur optionnel

Pourront 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 à l'article 35.1 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 à l'article 35.1 permettant d'accéder au secteur à honoraires différents.

Engagements du praticien adhérent au secteur optionnel Le médecin qui adhérera au secteur optionnel s'engagera :

- à réaliser au moins 30 % de ses actes au tarif opposable, ce qui inclura, 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 sera 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) et 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 postopératoires ; les partenaires conventionnels conviendront 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 sera fixé par spécialité et 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.

#### Transparence sur la qualité et les pratiques professionnelles Référentiels sur la pertinence des indications et la qualité des actes

Dès l'ouverture du secteur optionnel, des « référentiels de pertinence » seront 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 auront pour objet de déterminer à la fois la pertinence des indications et la qualité des actes. Chaque année, les partenaires conventionnels s'engageront à solliciter de nouveaux référentiels. Un suivi des performances sera réalisé sur la base d'indicateurs et d'objectifs validés par la Haute Autorité de santé. Les modalités de suivi des « référentiels de pertinence » seront définies dans ces référentiels.

#### Engagement sur le volume d'actes

Dans l'année suivant l'ouverture du secteur optionnel, les partenaires conventionnels s'engageront 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'engageront 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 seront arrêtés et actualisés conjointement. Cette information aux assurés sera 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.

#### Engagement sur l'accréditation

Les médecins qui adhéreront au secteur optionnel devront 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 bénéficiaires individuels et collectifs dans la prise en charge des patients que doivent mettre en œuvre les médecins engagés dans l'accréditation.

### Engagements de l'assurance maladie vis-à-vis du praticien adhérent au secteur optionnel

Les caisses d'assurance maladie participeront 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 pourra s'effectuer dans les conditions définies à l'article 60 et à l'annexe XIX et pourra s'appliquer sur l'ensemble des honoraires sans dépassements.

La participation de l'assurance maladie sera 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 établira 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 devra informer chaque médecin concerné des montants de cotisations prises en charge.

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

### Modalités d'adhésion et entrée en vigueur du secteur optionnel

Lors de l'entrée en vigueur de l'avenant définissant le secteur optionnel, les médecins entrant dans le champ du secteur optionnel seront invités à se prononcer sur leur volonté ou non d'adhérer audit secteur. Ils disposeront d'un délai de six mois à compter de l'entrée en vigueur de l'avenant pour opérer ce choix.

Le médecin déclarera son souhait d'adhérer à cette option auprès de sa CPAM ou CGSS de son lieu d'installation par le biais d'un formulaire type dont le modèle prévisionnel figure en annexe XX. Ce formulaire précisera que la mise en œuvre du secteur optionnel et l'enregistrement de l'adhésion du médecin ne seront effectifs que s'il est constaté au niveau national par les partenaires conventionnels, à l'issue d'une période de six 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 devra être 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 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 sera 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 pourra adhérer à tout moment au secteur optionnel par le biais du formulaire type.

### Modalités de suivi des engagements

A compter de son adhésion au secteur optionnel, le médecin recevra chaque trimestre des documents de suivi relatifs au respect de ces différents engagements : suivi du respect des tarifs opposables et des dépassements d'honoraires, 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 qui constatera un non-respect par le médecin de l'un ou plusieurs engagements souscrits dans le cadre du secteur optionnel lui adressera 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 ci-après.

#### Modalités de résiliation par le médecin

Le médecin ayant adhéré au secteur optionnel pourra à tout moment revenir sur ce choix. Dans ce cas, il devra informer la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation sera effective un mois après la réception du courrier par la caisse. Le médecin regagnera 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 pourra, dans le cas où il souhaite résilier son adhésion à cette option, rejoindre le secteur à honoraires différents auquel ses titres lui donne accès.

#### Résiliation par la caisse en cas de non-respect des engagements par le médecin

La caisse qui, dans les conditions définies précédemment, constatera le non-respect par un médecin de ses engagements deux trimestres consécutifs alors qu'elle a mis en œuvre la procédure d'avertissement adressera 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 disposera d'un délai de deux mois à compter de la réception de ce courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il pourra 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 74, avec une possibilité d'appel en CPN.

A l'issue de ce délai, la caisse pourra 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 sera remis fin à la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales.

La caisse pourra également engager une récupération des sommes versées au titre de l'adhésion au secteur optionnel. Le médecin regagnera 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 pourra, dans le cas où la caisse lui

notifie la fin de son adhésion à l'option, rejoindre le secteur à honoraires différents auquel ses titres lui donne accès.

#### 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 trois ans de durée de l'option une offre à tarif opposable et maîtrisé à hauteur de : 80 % pour l'anesthésie ; 55 % pour la chirurgie ; Le taux pour l'obstétrique sera complété dans l'avenant prévu pour la mise en place du secteur optionnel.

Dans ce même délai, les partenaires conventionnels 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.

#### Durée de l'option au secteur optionnel

Le secteur optionnel sera mis en place pour une durée de trois ans à compter de la date d'entrée en vigueur effective définie précédemment. La reconduction de ce secteur sera 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.

La pérennisation de ce secteur et son extension ne pourront être envisagées que si ce bilan établit le succès du dispositif.

#### Suivi et bilan de l'option

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

Les parties signataires conviennent de transmettre à l'UNOCAM le projet figurant dans le présent sous-titre, aux fins de promouvoir les modalités d'intervention suivantes pour elle-même et ses membres :

- 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 ;
- à compter de l'entrée en vigueur effective du secteur optionnel, diffuser et mettre à jour la liste des organismes complémentaires offrant une prise en charge des compléments d'honoraires du secteur optionnel ;
- inciter les organismes complémentaires à mettre à disposition de leurs adhérents et assurés, d'une part, la liste des

praticiens qui auront fait le choix du secteur optionnel, et, d'autre part, les engagements sur les tarifs et la qualité des pratiques professionnelles pris par ces praticiens. La mise en place effective de ce nouveau secteur optionnel interviendra grâce à un avenant spécifique.