

## Accords conventionnels, OPTAM-CO pour les Urologues.

### **A. Introduction :**

Notre syndicat (le SNCUF) est adhérent de l'Union des Chirurgiens Français (UCDF) qui forme avec l' Association des Anesthésistes Libéraux (AAL) et le Syndicat des Gynécologues Obstétriciens (SYNGOF), le BLOC.

Majoritaire aux élections aux URPS dans le collège 2, le Bloc a participé comme en 2011 aux négociations conventionnelles. Son objectif était d'éviter un règlement minimal, d'éviter la suppression du secteur II et de faire évoluer le contrat d'accès aux soins pour le rendre plus flexible, plus juste, plus attractif.

### **B. La convention :**

Elle a été signée le 25 Août 2016 par la FMF, le Bloc et MG France. Elle a été publiée au Journal officiel le 23 Octobre 2016. Elle comporte 461 Pages.

([http://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/12/Arrete\\_du\\_20-10-16\\_JO\\_23-10-16\\_-convention\\_medicale.pdf](http://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/12/Arrete_du_20-10-16_JO_23-10-16_-convention_medicale.pdf)).

L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont décrits dans le titre 4 de la convention, sous-titre 3, articles 40 à 58. L'objectif « officielle » de l'Assurance Maladie est d'améliorer l'accès aux soins par une meilleur prise en charge des honoraires libres des médecins de SII, avec une diminution du reste à charges puisque la législation des contrats responsables obligent les complémentaires santé à plafonner la prise en charge des honoraires libres à 100 % (voir texte ci-dessous).

En échange de quoi les médecins de SII bénéficient de toutes les majorations du Tarif opposable des médecins de SI.

### **C. Ce qui change en consultation :**

- Au 1 Janvier 2017 : (Essentiellement pour les médecins généralistes) :

- Contrat d'Aide installation CAIM
- Contrat de stabilisation et de coordination COSCOM
- Contrat de transition COTRAM
- Contrat de santé territoriale : CSTM
- Forfait structure
  - Volet 1 : Accompagnement pour investissement dans l'équipement du cabinet : 1225 € en 2017/1610 € en 2018/1960€ en 2019
  - Volet 2 : Nx indicateurs qualité et innovation : 525€(2017), 1610€ (2018), 2660 € (2019)

- Au 1 Juillet 2017 :

- La consultation médecine générale (C) devient G + MCG : 23€ + 5 € : 30 €
- **Pour la consultation des médecins spécialistes dont les Urologues** : La MCS (Majoration Coordination de Soins) passe à 5 €  
Ainsi en SI ou SII avec Options (OPTAM ou OPTAM-CO) mais aussi pour les S2 en tiers-payant social (CMU-C, ACS, AME): la consultation devient :  
Cs+MPC (2€) + MCS (5€) =30€

- **Le K passe à 20%** pour SI, SII avec Option et SII (uniquement : AME, CMU-C, ACS et Urgences)
  - **69 nouveaux actes prennent J + K**
  - **4 actes perdent le J+K : les LEC**
  - depuis le 15 Juin, la lettre 7 (présence continue) des Anesthésistes est passée de 4 à 6 %
- Au 1 Octobre 2017 :
- **Le C2 devient APC (Avis Ponctuel de Consultant) : 48 €** au lieu de 46 € ( ne pas oublier lettre du et au médecin traitant, pas d'autre C2 dans les 4 mois)
  - **Le C3 pour les PU-PH reste à 69 €** malgré nos demandes mais devient APU !
- Au 1 Novembre 2017 :
- Consultation complexe : majoration MCX de 16 € que pour les SI et SII avec options PAS pour les SII : Cs+MPC+MCS+MCX : 46€ ou APC (ex C2) : 48+16, **pour les urologues uniquement** si :
    - 1 cs d'un couple pour bilan stérilité (noter MPS)
  - Consultation très complexe : majoration MTX de 30 € que pour les SI et SII avec options PAS pour les SII : Cs+MPC+MCS+MTX : 60 € ou APC (ex C2) + 30 € = 78 €, **pour les urologues uniquement** si :
    - Consultation d'info et de stratégie thérapeutique en Cancéro noter MSP dans le dossier mais facturer MTX
    - Cs de synthèse pour IR Terminale avant greffe rénale noter IGR dans le dossier patient mais MTX pour la facturation.
- Au 1 Janvier 2018 :
- **Majoration pour prise en charge dans les 48 H00**, à la demande du Médecin Traitant : MCU : 15 €, que **pour les SI et SII avec options**, PAS pour les SII : Cs+MPC+MCS+MCU : 45 € ou APC (ex C2) + MCU : 63 €
  - S : majoration nuit profonde : + 80 €
  - U : 20h00-Minuit : + 50 €
  - F : majo Dimanche et jour fériés : + 40 €
  - MNU : majo d'urgence en journée si prise en charge < 6 h00 : + 80 € (pour toutes les interventions pour le chirurgiens et pour l'anesthésiste)
- Au 1 Juin 2018 :
- APC (ex C2) passe à 50 €

## **C.L'OPTAM et l'OPTAM-CO :**

### **1. Engagement du médecin :**

#### **A. Ne pas pratiquer de dépassement au delà de 100 %.**

- B. **Être en dessous de la moyenne de ses dépassements (recalculés !) des années 2013-2014-2015.** Le dépassement recalculé est le dépassement réalisé par rapport au tarif TO majoré réservé aux médecins SI.  
Taux de dépassement actuel : Total des dépassements/Total HSD (tarifs S2 + J)  
Taux de dépassement recalculé : Total des dépassements recalculés/ Total HSD recalculés (tarif S1 + J + K 20%)

**Voici un tableau qui compare les tarifs de Secteur I ou Secteur II avec OPTAM-CO et qui compare le pourcentage de dépassement avant OPTAM-CO et après (dépassement recalculé)**

Tarif/ Intervention J 6,5 K 20%	Tarif Opposable SI ou SII-OPTAMCO	Tarif opposable SII	SII OPTAMCo Dépassement recalculé	SII Ex de dépassement
<b>Nephrectomie élargie JAF009</b>	532,46 € +J +K : <b>680 €</b>	426,97€ +J : <b>454,72 €</b>	225,28€ : 33%	500 € : 110%
<b>Bricker JDFA003</b>	1197,50 € +J +K : <b>1530,40€</b>	983,50€ +J : <b>1047 €</b>	17 € : 1,1 %	500 € : 48%
<b>RTUV (1-3) JDFE002</b>	177,96 +J +K : <b>227,43€</b>	173,44 +J : <b>184,24€</b>	256€ : 112 %	300 € : 63%
<b>PRadicale JGF006</b>	832,37€ +J +K : <b>1063€</b>	692,72 +J : <b>736,98€</b>	174€ : 16%	500 € : 70%
<b>RTUP JGFE023</b>	281,29€ +J + K : <b>359,50€</b>	281,29€ +J : <b>299,57€</b>	60€ : 17%	300 € : 100%
<b>PBP JGHJ001</b>	76,80€	76,80€	150€ : 195%	150€ : 195%
<b>Fibroscopie JDQE001</b>	38,40€	38,40€	80 € : 200%	80 € : 200 %
<b>Consultation  Majoration possible</b>	Cs : 23+MPC+MCS : 30	Cs : 23 €	42 € : 40%	47 € de dépassement : 200%
<b>Dépassement moyen :</b>			recalculé : 40%	Moyen : 130 %

Les contrats responsables remboursent 100-500 % de dépassement pour les médecins SII OPTAM-CO et souvent 0 % pour les SII.

Ainsi pour les patients le reste à charge pour un chirurgien en SI ou SII OPTAM-CO est Nul !!!

Si votre dépassement moyen est de 130 % et que votre dépassement moyen recalculé est de 40 %, les complémentaires santé et les patients ont économisé cette différence (90%) qui est prise en charge par l'Assurance Maladie. Les patients n'ont plus de reste à charge chez un praticien OPTAM-CO. Par contre le praticien ne peut plus prendre que 40% de dépassement moyen.

Il gagne la même chose. Par contre le K passant à 20% au lieu de 11,5 il augmentera ses revenus de 9,5%, sur tous les patients au TO où il ne prenait pas d'honoraires libres, de

plus la prise en charge de la prime d'assurance se majorera de 11 % (passant de 55 % à 66 %) si il est dans la démarche d'accréditation.

**C. Réaliser autant d'actes ou plus d'actes au TO y compris patient CMU-C, AME, ACS, urgences...**

Taux actuel d'honoraires à en TO : Total HSD au TO/ Total HSD (Tarifs S2 +J)

Taux honoraires en TO recalculé : Total HSD au TO/Total HSD recalculés (tarif SI + J+ K 20% en OPTAM-CO)

**D. Pour les médecins sans activité complète entre 2013 et 2015, leurs indicateurs sont calculés sur la moyenne de leur région.**

**E. Peuvent adhérer à l'OPTAM-Co tous les urologues « titrés » (Ancien CCA, ASS ou PH) installé avant le 1 Janvier 2013, ou pour une première installation. Il faut réaliser au moins 50 actes/ an de chirurgie.**

**F. Durée de l'Option : 12 mois, reconductible par tacite reconduction sauf dénonciation 1 mois avant date anniversaire par LRAR. Sortie théorique quand on veut avec un mois de préavis.**

**G. Le médecin SI ou SII-OPTAMCO peut facturer en consultation toutes les majorations conventionnelles : Majoration de coordination, majoration d'urgence, majoration pour consultation complexes et très complexes.**

**H. Particularités pour les Praticiens hospitaliers avec secteur libéral statutaire qui vont s'installer en libéral. Certaines caisses veulent calculer leurs indicateurs sur le passé de leur activité libérale. Hors les textes précisent que l'activités libéral des PH ne rentrent pas en compte et qu'il faut considérer leur installation en libéral comme une première installation. Dans son article 38.1.2 l'accord conventionnel précise que l'exercice d'une activité libérale par les praticiens statutaires plein temps dans un établissement de santé public N'EST PAS ASSIMILE à UNE PREMIERE INSTALLATION EN LIBERAL.**

**I. Particularités pour les groupes : Médecins exerçant la même spécialité au sein d'un groupe ou d'une structure** : possibilité de demander la fixation des engagements sur la base de **la moyenne des taux de l'ensemble** des médecins de la même spécialité exerçant au sein du groupe (y compris pour l'exercice en clinique) ou de la structure et qui désirent adhérer sur la période de référence (2013, 2014 et 2015). En fonction des taux des médecins du groupe, la caisse :

- calcule la moyenne des taux pour les médecins concernés
- modifie les taux d'engagement proposés dans le bulletin d'adhésion
- Chaque médecin adhère toujours individuellement à l'option et le suivi du respect des engagements est individuel

Carte n°53 : Densités et Variation des densités des médecins spécialistes en chirurgie urologique

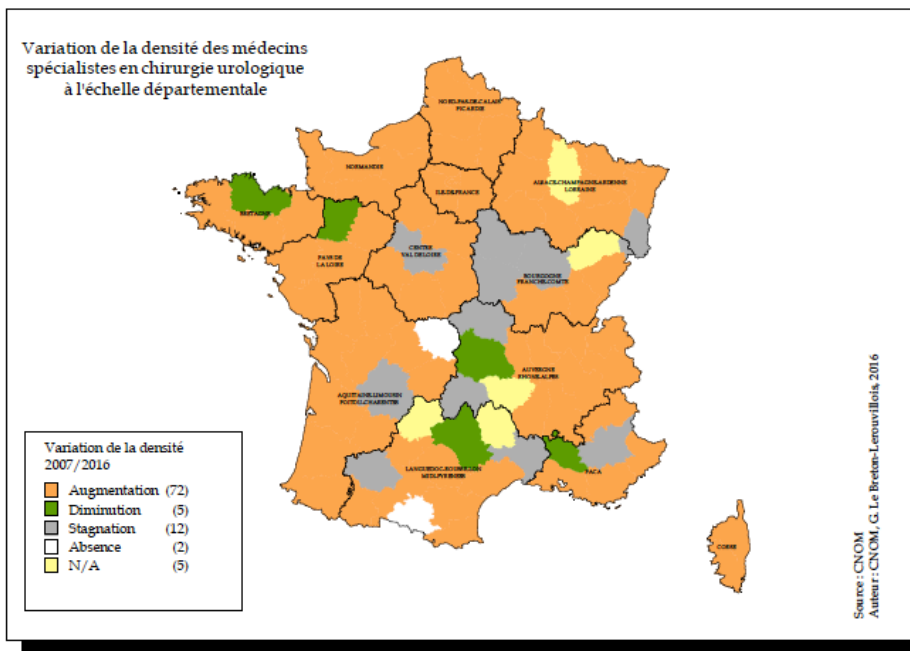
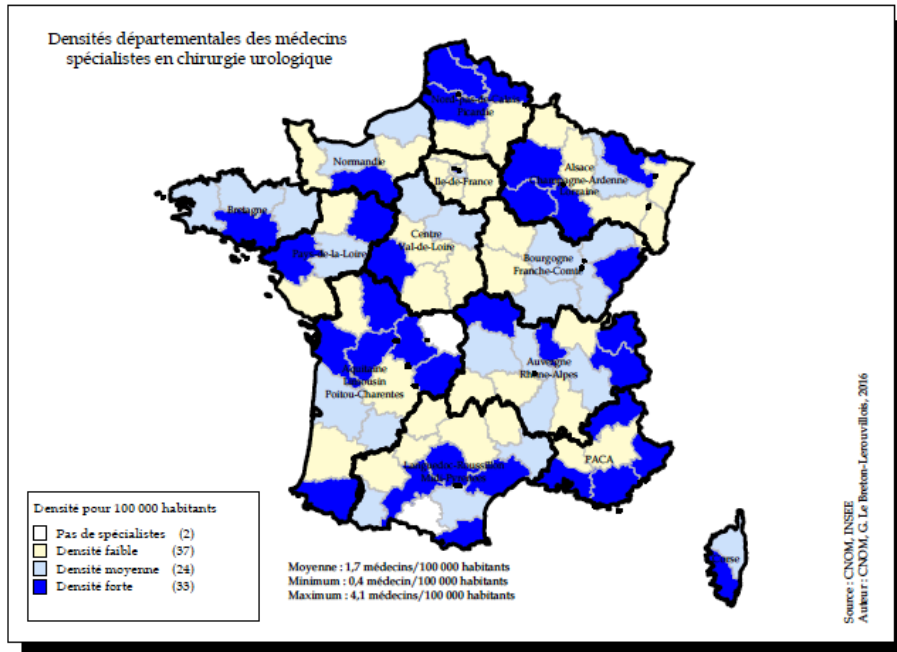


Tableau n°159 : Modes d'exercice par genre en chirurgie urologique

	Libéral	Mixte	Salarié	Total
Hommes	566	276	260	1102
Femmes	33	6	28	67
Total	599	282	288	1169

1ère	libelle	Tarif Secteur 1 et 2 CAS	Tarif secteur 2 non CAS	nombre d'actes 2015	Montants remboursés 2015
JCAH00110	Dilatation de l'uretère, par urétrocystoscopie avec guidage radiologique	166,62 €	86,40 €	1 367	99 774 €
JCEE00110	Refoulement de calcul de l'uretère par sonde urétérale, par endoscopie rétrograde	116,28 €	103,73 €	2 847	283 714 €
JCGE00310	Ablation unilatérale ou bilatérale d'une sonde urétérale, par endoscopie rétrograde	48,00 €	48,00 €	2 853	101 949 €
JCGE00410	Ablation d'une endoprothèse urétérale, par endoscopie rétrograde	48,00 €	48,00 €	28 512	1 060 329 €
JCGH00210	Ablation d'une endoprothèse urétérale par une néphrostomie déjà en place, avec guidage radiologique	56,01 €	38,40 €	26	839 €
JCKE00110	Changement d'une sonde urétérale, par endoscopie rétrograde	107,06 €	98,38 €	1 232	90 928 €
JCKE00210	Changement d'une endoprothèse urétérale, par endoscopie rétrograde	90,75 €	88,93 €	5 922	396 258 €
JCLD00110	Pose d'une endoprothèse urétérale, par une néphrostomie déjà en place	133,29 €	113,59 €	594	48 585 €
JCLE00110	Pose d'une sonde urétérale à visée thérapeutique, par endoscopie rétrograde	86,40 €	86,40 €	4 451	226 775 €
JCLE00210	Pose d'une endoprothèse urétérale, par endoscopie rétrograde	101,39 €	95,10 €	36 369	2 236 252 €
JCLE00310	Pose d'une sonde urétérale à visée diagnostique, par endoscopie rétrograde	79,41 €	66,21 €	436	19 664 €
JCPE00110	Incision d'une urétérocèle, par endoscopie	199,94 €	152,25 €	172	20 745 €
JCPE00210	Incision du méat urétéral, par endoscopie	110,60 €	100,44 €	149	9 011 €
JDCA00210	Cystostomie cutanée, par laparotomie	128,33 €	127,10 €	1 103	91 536 €
JDCJ00110	Cystostomie, par voie transcutanée avec guidage échographique	125,40 €	125,40 €	2 404	272 402 €
JDGE00110	Ablation de calcul ou de corps étranger de la vessie, par endoscopie	139,67 €	133,68 €	5 730	546 720 €
JDHE00110	Biopsie de la vessie à l'anse coupante, par endoscopie	87,21 €	86,87 €	570	35 842 €
JDHE00210	Biopsie de la vessie à la pince, par endoscopie	44,67 €	38,01 €	1 142	28 568 €
JDHE00310	Biopsie randomisée de la vessie, par endoscopie	106,35 €	97,97 €	2 426	204 419 €
JDJE00110	Décaillotage de la vessie, par endoscopie	90,04 €	88,51 €	3 728	250 476 €

JDNE00110	Destruction de lésion de la vessie, par endoscopie	106,35 €	106,04 €	4 170	358 783 €
JDPA00110	Myotomie du corps de la vessie pour agrandissement, par laparotomie	273,67 €	211,40 €	10	1 480 €
JDPE00110	Incision de collet de diverticule de la vessie, par urétrocystoscopie	199,94 €	152,25 €	1 004	90 228 €
JDQE00210	Exploration endoscopique d'une néovessie intestinale	52,47 €	46,56 €	644	26 810 €
JECE00110	Ouverture de diverticule de l'urètre, par endoscopie	99,26 €	97,90 €	11	807 €
JEEE00110	Alignement de rupture traumatique de l'urètre, par endoscopie	192,14 €	147,72 €	152	21 204 €
JEFE00110	Résection de tumeur de l'urètre, par endoscopie	173,71 €	141,07 €	279	32 684 €
JEFE00310	Résection du sphincter strié de l'urètre, par endoscopie	130,46 €	115,98 €	11	826 €
JEFE00410	Résection de sténose de l'urètre à l'anse coupante, par endoscopie	153,14 €	129,15 €	337	34 735 €
JEFE00510	Résection de valve de l'urètre, par endoscopie	121,95 €	111,05 €	13	1 388 €
JEGE00110	Ablation de corps étranger de l'urètre, par urétroscopie	95,72 €	91,80 €	199	14 394 €
JEGE00210	Ablation d'une endoprothèse temporaire de l'urètre, par endoscopie	96,00 €	96,00 €	116	8 818 €
JEGE00310	Épilation de l'urètre, par endoscopie	109,90 €	104,06 €	26	2 542 €
JEGE00410	Ablation d'une endoprothèse définitive de l'urètre, par endoscopie	96,00 €	96,00 €	39	2 681 €
JEHE00110	Biopsie de l'urètre à l'anse coupante, par endoscopie	79,41 €	58,15 €	48	2 007 €
JEHE00210	Biopsie de l'urètre à la pince, par endoscopie	73,74 €	54,86 €	80	3 504 €
JEKE00110	Changement d'une endoprothèse de l'urètre, par endoscopie	164,49 €	135,72 €	36	4 442 €
JELE00110	Injection sousmuqueuse intra-urétrale de matériel hétérologue, par endoscopie	96,00 €	96,00 €	55	4 690 €
JELE00210	Pose d'une endoprothèse de l'urètre, par endoscopie	120,53 €	110,22 €	169	16 325 €
JELE00310	Pose d'une endoprothèse de l'urètre cervicoprostatique, par endoscopie	132,58 €	117,22 €	146	15 011 €
JEMA01610	Méatoplastie de l'urètre avec lambeau préputial ou cutané, chez l'adulte	127,49 €	127,49 €	29	2 996 €
JENE00110	Destruction de lésion de l'urètre, par endoscopie	116,99 €	108,18 €	369	37 572 €
JEPE00110	Incision du sphincter strié de l'urètre, par endoscopie	111,31 €	104,88 €	62	4 511 €

JEPE00210	Urétrotomie, par endoscopie	98,55 €	97,48 €	8 681	615 997 €
JEPH00110	Incision de valve de l'urètre par endoscopie, avec contrôle radiologique	121,95 €	96,00 €	7	531 €
JFJA00110	Évacuation de collection périrénale, par abord direct	289,27 €	220,45 €	95	20 404 €
JFJC00110	Évacuation de collection périrénale, par cœlioscopie ou par rétro-péritonéoscopie	332,52 €	225,12 €	30	6 075 €
JGFA01610	Résection ou marsupialisation de collection de la prostate ou de diverticule de l'urètre, par urétrocystoscopie	173,71 €	141,07 €	35	4 520 €
JGFE00410	Résection et/ou désobstruction des conduits éjaculateurs, par urétrocystoscopie	133,29 €	117,63 €	14	1 410 €
JHFA00210	Résection plastique ou exérèse du scrotum	70,90 €	58,68 €	233	11 342 €
JHGA00210	Ablation d'une prothèse de testicule	54,59 €	47,79 €	35	1 414 €
JHHA00210	Biopsie unilatérale du testicule, par abord direct	65,94 €	54,37 €	60	1 849 €
JHHA00310	Biopsie bilatérale du testicule, par abord direct	90,75 €	76,83 €	168	8 002 €
JHMA00510	Plastie du scrotum pour éléphantiasis	175,12 €	155,12 €	22	3 345 €
JHPA00210	Désenfouissement du pénis par fixation des fascias	253,11 €	200,36 €	628	132 921 €
JHQA00210	Exploration du contenu scrotal sans biopsie, par abord scrotal	75,15 €	59,72 €	115	5 562 €
JHQA00310	Exploration du contenu scrotal avec biopsie, par abord scrotal	88,63 €	67,53 €	73	3 336 €
JJPC00210	Ovariectomie exploratrice, par cœlioscopie	171,62 €	131,79 €	184	17 775 €
JRPA00110	Section d'une bandelette synthétique infra-urétrale, par abord vaginal	99,26 €	83,90 €	442	34 124 €

Code_aap	Libelle	Quantité d'actes	Honoraires sans dépassement (HSD)	Dépassement	Impact suppression du J	Impact suppression du K	TOTAL Suppression J et K
JCNM00110	Lithotritie extracorporelle de l'uretère, avec guidage échographique	730	191 995 €	38 767 €	-10 670 €	-10 008 €	-20 678 €
JCNM00210	Lithotritie extracorporelle de l'uretère, avec guidage radiologique	3 955	1 075 126 €	313 084 €	-56 470 €	-34 091 €	-90 561 €
JANM00210	Lithotritie extracorporelle du rein, avec guidage échographique	7 765	2 093 349 €	314 414 €	-106 990 €	-84 680 €	-191 670 €
JANM00110	Lithotritie extracorporelle du rein, avec guidage radiologique	16 522	4 539 361 €	1 326 071 €	-252 754 €	-153 699 €	-406 453 €
JHFA00910	Posthécotomie	61 904	4 739 682 €	5 768 969 €	-264 359 €	-200 041 €	-464 400 €
	<b>Total suppression liste des actes</b>	<b>90 876</b>	<b>12 639 513 €</b>	<b>7 761 305 €</b>	<b>-691 243 €</b>	<b>-482 519 €</b>	<b>-1 173 762 €</b>

La circoncision a gardé le J et le K, à condition que les urologues ne réalisent que les circoncisions « médicales ». Si les circoncisions rituelles sont « passées » en « médicales », la CNAM a annoncé qu'elle supprimerait le J et le K. Le SNCUF s'est engagé à vous informer pour vous rappeler que seuls les actes médicaux doivent être remboursés.

### Décret des contrats Responsables :

**Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales**

NOR: AFSS1420950D

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/11/18/AFSS1420950D/jo/texte>

Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/11/18/2014-1374/jo/texte>

Publics concernés : organismes d'assurance maladie complémentaire et leurs assurés.

Objet : détermination des règles que doivent respecter les contrats complémentaires en santé pour

bénéficiaire des aides fiscales et sociales attachées au dispositif des « contrats responsables ».

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur à compter du 1er avril 2015 à l'exception des contrats collectifs et obligatoires pour lesquels la modification devra intervenir lors de la première modification de l'acte qui les institue et au plus tard le 31 décembre 2017.

Notice : le présent décret définit le nouveau « cahier des charges » des contrats dits « responsables » en application des modifications introduites par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Il précise donc le panier minimum des garanties ainsi que les plafonds de garanties applicables à certains postes de soins que doivent respecter les contrats complémentaires en santé pour bénéficier des aides fiscales et sociales attachées à ce dispositif.

Ainsi, ces contrats devront obligatoirement couvrir l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie. Ils doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier.

Le décret fixe également des plafonds de prise en charge pour certaines dépenses de soins afin de limiter la solvabilisation par les organismes complémentaires des pratiques tarifaires excessives de certains professionnels. Ainsi, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif du contrat d'accès aux soins sera limitée à 125 % du tarif de la sécurité sociale dans un premier temps puis à 100 % de ce tarif à compter de 2017 et devra nécessairement être inférieure à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ce dispositif.

Dans la même logique, la prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction nécessaire. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les deux ans sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.

Enfin, il est créé un observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale afin de suivre précisément l'évolution de ce secteur et de s'assurer de l'impact des mesures sur l'accès aux soins.

Références : les dispositions du [code de la sécurité sociale](#) modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le [code de la sécurité sociale](#), notamment ses articles L. 863-1 et L. 871-1 ;

Vu la [loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013](#) de financement de la sécurité sociale pour 2014, modifiée par la [loi n° 2014-892 du 8 août 2014](#) de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, notamment son article 56 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 18 septembre 2014 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en date du 19 septembre 2014 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

## **Article 1 [En savoir plus sur cet article...](#)**

Au [1° de l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale](#), la référence à l'article L. 161-36-2 est remplacée par la référence à l'[article L. 1111-15 du code de la santé publique](#).

## **Article 2 [En savoir plus sur cet article...](#)**

L'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 871-2.-Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

« 1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ;

« 2° **Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;**

« 3° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des

minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :

« a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

« b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

« c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

« d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

« e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

« f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.

« Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.

« Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an ;

« 4° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.

»

### **Article 3 [En savoir plus sur cet article...](#)**

Il est créé auprès du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale un observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale.

Cet observatoire est chargé d'analyser les prix de vente, les caractéristiques et la qualité des équipements d'optique et leur niveau de couverture par les contrats complémentaires en santé. Il évalue les évolutions du marché des équipements d'optique, de l'accès des assurés à ces équipements et de la filière dans laquelle s'inscrivent leur production et leur distribution. Il remet aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, au plus tard le 30 juin de chaque année, un rapport portant sur les pratiques constatées et formulant, le cas échéant, des préconisations sur l'évolution de l'encadrement du secteur et des contrats d'assurance complémentaire.

L'observatoire comprend des représentants :

1. Des services des ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'économie et de l'industrie ;
2. De l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;
3. Des organismes d'assurance maladie complémentaire ;
4. Des distributeurs de dispositifs médicaux d'optique ;
5. Des fabricants de dispositifs médicaux d'optique ;
6. Des assurés.

La composition et les règles de fonctionnement de l'observatoire sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

### **Article 4 [En savoir plus sur cet article...](#)**

Les dispositions du présent décret entrent en vigueur dans les conditions prévues aux troisième et quatrième alinéas du II de l'article 56 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 modifiée.

Par dérogation aux dispositions prévues au 2° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du présent décret, la limite de 100 % est portée à 125 % pour les soins délivrés en 2015 et en 2016.

Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 3, le premier rapport de l'observatoire mentionné au premier alinéa du même article est remis au plus tard le 30 juin 2016.

### **Article 5 [En savoir plus sur cet article...](#)**

Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le secrétaire d'Etat chargé du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

## **Sous-Titre 1.Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)**

L'accès aux soins de tous les assurés sociaux quelles que soient leurs ressources financières constitue une priorité des partenaires conventionnels.

Il apparaît donc nécessaire de poursuivre la dynamique de baisse des dépassements d'honoraires engagée avec la mise en place du contrat d'accès aux soins et les actions conventionnelles sanctionnant les pratiques tarifaires excessives, conformément à l'engagement de modération tarifaire fixé par l'article 38.3.

*Note DL : Rappelons ici que le système PAS, AME, CMU-C, ACS : permet à plus de 13 millions de personnes d'accéder aux soins en tiers-payant et sans reste à charge !!!*

*La pratique tarifaire « excessive » définie lors des discussions de l'avenant 8, correspond à un taux **moyen** de dépassement du TO (tarif opposable) de 150 %. Selon la CNAM, il n'y a que 250 praticiens sur 30 000 médecins en SII qui sont en pratique tarifaire excessive, soit 0,001 %. De quoi justifié une réforme NATIONALE !!!!*

Au regard des résultats obtenus, tant en termes de baisse des dépassements d'honoraires qu'en ce qui concerne l'augmentation des actes à tarif opposable, les parties signataires s'accordent pour maintenir une option ouverte à l'ensemble des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit permanent à dépassement qui souhaitent s'engager en contrepartie d'avantages conventionnels dans la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires afin de favoriser l'accès aux soins de leurs patients.

*Note DL : Depuis l'avenant 8, le TO de certains actes à augmenter de 10 à 20 %, mais le montant total des honoraires du praticien au CAS ne doit pas augmenter. L'augmentation du TO permet surtout aux complémentaires santé de diminuer leur prise en charge des honoraires libres. Les complémentaires grâce aux contrats responsables ne remboursent plus les honoraires libres des secteurs 2. Elles remboursent les honoraires libres des médecins à l'OPTAM mais ces honoraires étant plafonnés, le TO augmentant les complémentaires rembourseront de moins en moins.*

*Anesthésiste Idem S1, et S2 mais le patient est mieux remboursé si l'anesthésiste adhère OPTAM.*

*Chirurgien rémunération identique S1 et S2 car le passage en OPTAM-CO ne doit permettre de gagner plus mais uniquement , y d'améliorer le remboursement patient*

### *L'adhésion à l'OPTAM :*

- *est importante pour pouvoir prendre des honoraires libres pour un S1,*
- *est importante pour améliorer le remboursement de ses honoraires au patient pour un S2 mais le professionnel touche la même rémunération.*
- *En adhérant à l'OPTAM on plafonne sa liberté tarifaire et on permet aux mutuelles de bénéficier d'un TO majoré*
- *Dans tous les cas les gagnants sont les complémentaires santé.*

*Si un chirurgien S2 prend 300 € d'honoraires libres en plus du TO (337,86), il prend donc :  $337,86 + J 6,5 + 300 \text{ €} = 659,82 \text{ €}$*

*Reste à charge patient 300 € si son contrat responsable rembourse rien*

*S'il passe en S2 + OPTAM : il bénéficie d'un TO majoré à 409,09 + J+ K : 517,50 €, comme le texte prévoit qu'il ne peut pas prendre plus de 659,82 €, donc il ne prendra plus que 142 € d'honoraires libres : le reste à charge patient est de 0 € car son contrat responsable rembourse les 142 €.*

*Le contrat précise que le médecin ne peut pas augmenter son tarif.*

*Donc c'est intéressant pour les confrères de S2, qui ne veulent plus s'emmerder avec leurs honoraires libres, ....*

Toutefois, elles décident de revoir les modalités d'application du contrat d'accès aux soins défini dans la convention approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 pour améliorer sa lisibilité et son attractivité auprès des médecins.

Dans ce cadre, le contrat d'accès aux soins est désormais remplacé par deux options, une option dénommée option pratique tarifaire maîtrisée applicable (OPTAM) à **l'ensemble des médecins** à l'exception des spécialités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique et une option dénommée option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou une spécialité de gynécologie-obstétrique (**OPTAM-CO**).

Ces options conventionnelles ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en **améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie**.

Dans cet objectif, l'assurance maladie s'engage, à faire bénéficier les médecins souscrivant à l'option des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.

L'objectif est de favoriser l'activité à tarifs opposables et l'attractivité de l'option.

*Note DL : et de permettre aux complémentaires de diminuer considérablement leur remboursement grâce aux contrats responsables.*

L'UNOCAM s'engage à inciter les organismes complémentaires d'assurance maladie, lorsque les garanties ou les contrats le prévoient, à prendre en charge de façon privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérant à l'option pendant la durée de celui-ci.

*Note DL : et surtout de ne plus rembourser les honoraires des médecins de SII en dehors de l'OPTAM.*

Dans les contrats d'assurance maladie complémentaire déjà souscrits à titre collectif ou individuel, les partenaires conventionnels demandent aux pouvoirs publics de considérer que les garanties faisant référence au "contrat d'accès aux soins" visent désormais l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

## **Article 1. Les médecins éligibles à l'option**

*Note DL : L'option OPTAM est réservée aux médecins (non chir et non Gynéco-obstétrique) installés ou qui s'installent pour la première fois exerçant en secteur II. Les médecins en secteur I au moment de la signature de la convention n'y ont pas droit sauf ceux qui étaient éligibles au CAS avant le 1 Janvier 2013.*

*IL est donc IMPERATIF pour les nouveaux installés « titrés » de s'installer en secteur 2 avec ou sans option car ensuite ils seront DEFINITIVEMENT en secteur 1 pour toute leur carrière. Pour les pH avec secteur libéral optionnel, cela n'est plus considéré comme une première installation.*

*Les anesthésistes « titrés » peuvent choisir l'OPTAM et pas l'OPTAM-CO.*

L'option est ouverte à tous les médecins quelle que soit leur spécialité d'exercice à l'exception des médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique et ayant réalisé au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « acte de chirurgie » ou « acte d'obstétrique » sur la liste mentionnée aux articles L. 162-1-7 et R. 162-52 du code de la sécurité sociale durant l'année civile précédant leur demande d'adhésion à l'option.

Peuvent adhérer à l'option :

- les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents en application de l'article 38.1,
- les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral en secteur à honoraires différents,
- les médecins titulaires du droit à dépassement permanent

Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 et installés antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2013 en secteur à honoraires opposables peuvent adhérer à l'option pratique tarifaire maîtrisée.

## **Article 2. Les engagements de l'option**

Le médecin qui souscrit l'option s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

*Note DL : pour que le patient soit gagnant en cas d'augmentation du TO il faut que son reste à charge diminue, donc il faut que la part prise en charge par la mutuelle lui permettent de voir diminuer son reste à charge. Donc il faut plafonner la liberté tarifaire du médecin.*

## **Article 2.1 Engagements du médecin à l'option**

*Note DL : Le médecin adhérent à l'OPTAM s'engage à :*

- *ne pas dépasser son dépassement moyen calculé sur les 3 années précédentes sur les actes avec dépassement, sans que ce dépassement moyen ne dépasse 100 %. Ainsi pour les médecins à dépassement supérieur à 100 % ils n'ont pas intérêt de prendre l'option. Rappelons que le dépassement moyen en France des 30 000 médecins de SII est < 50 %. (Chiffre CNAM TS)*
- *Activité au TO (Urgences, CMUC, AME, ACS) doit rester stable ou augmenter. Rappelons ici que les médecins de SII peuvent prendre des honoraires libres aux CMU simples non CMU-C.*
- *Les CMU ont des revenus sans cotisations sociales et ils cotisent pour avoir une couverture maladie en pourcentage de leurs revenus.*
- *Pour les médecins de SI installés avant le 1 Janvier 2013 qui veulent prendre l'option cette activité au TO ne peut pas être inférieure à 30 %.*
- *L'Assurance maladie recalcule chaque année les actes réalisés au TO et le dépassement moyen en fonction de l'augmentation du TO. Afin que l'augmentation des tarifs de remboursement bénéficie à la fois aux patients en améliorant la prise en charge des soins et au médecin adhérent à l'option qui tout en réduisant son taux de dépassement doit pouvoir conserver une certaine latitude dans la fixation de ses tarifs, un avenant à l'option lui est soumis dans lequel figure les taux de dépassement et d'activité à tarifs opposables recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement. Ces nouveaux taux d'engagement sont fixés de manière à ce que le gain lié aux revalorisations des tarifs de remboursement soit partagé à part égale entre lui et ses patients.*
- *L'adhésion à l'option est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.*
- *Résiliation avec un préavis de 1 mois*

Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible à l'option **un état de sa pratique tarifaire**. Cet état comporte les tarifs pratiqués par le médecin pour les principaux actes qu'il réalise, la part de ses actes réalisés aux tarifs opposables constaté au cours des trois dernières années civiles ainsi que le taux de dépassement constaté au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés.

Par ailleurs, le médecin qui n'était pas adhérent au contrat d'accès aux soins antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente convention est informé du taux de dépassement et du taux d'activité à tarifs opposables qui auraient été le sien si les actes

avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables (taux de dépassement et taux d'activité à tarifs opposables recalculés).

#### 1<sup>er</sup> indicateur : le taux de dépassement

En adhérant à l'option, le médecin s'engage à respecter le taux de dépassement moyen défini au 1<sup>er</sup> alinéa du présent article. L'option ne peut pas comporter d'engagement de taux de dépassement recalculé, tel que défini à l'article 2 de l'annexe 21, supérieur à 100 %.

Les modalités de calcul du taux de dépassement sont définies en annexe 21.

#### 2<sup>ème</sup> indicateur : le taux d'activité à tarif opposable

L'option comporte, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter. Ce pourcentage qui inclut les cas visés l'article 38.3 de la présente convention (situations d'urgence médicale, patients en CMUC ou disposant de l'attestation de droit à l'ACS) doit être supérieur ou égal à celui constaté tel que défini au premier alinéa du présent article.

#### Cas particulier des médecins nouvellement installés ne disposant de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés :

Les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an qui ne disposent pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés peuvent adhérer à l'option. Dans ce cas, le taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatée pour les médecins éligibles à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés sur la période de référence définie à l'article 41.1 de la même spécialité et de la même région, à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie et de médecine nucléaire, pour lesquelles le taux national est retenu. Les médecins s'engagent sur une part minimale d'actes à tarif opposable incluant les cas visés à l'article 38.3 de la convention correspondant à la moyenne des taux constatée définie selon les mêmes règles que le taux de dépassement.

#### Cas particulier des médecins de même spécialité médicale exerçant en groupe ou en structure

Par dérogation, les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe ont la possibilité de demander à ce que la fixation de leurs taux d'engagement dans l'option soit effectuée non pas au regard de leur pratique tarifaire individuelle observée au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés mais au regard de la moyenne des taux de

l'ensemble des médecins constituant le groupe au cours de cette même période de référence.

Cependant, chaque médecin du groupe adhère de manière individuelle à l'option.

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins (Note DL : les ESPICS)

Par dérogation, pour la fixation des taux d'engagement dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable réalisée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours des trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés.

Les taux d'engagement dans l'option sont fixés en tenant compte à la fois de la pratique tarifaire, de l'activité réalisée en cabinet de ville libéral, au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés et de l'activité au sein des structures sur la même période.

Cas particulier des médecins titulaires des titres visés à l'article 37 n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2013 :

Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement, constatée pour les médecins éligibles à l'option de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie à l'article 41.1 à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne et de néphrologie, de radiothérapie et de médecine nucléaire, pour lesquelles le taux national est retenu. La part d'activité à tarif opposable est fixée selon les mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30%.

## **Article 2.2 Engagement de l'assurance maladie**

*Note DL :*

- Les médecins OPTAM bénéficient du TO des secteurs 1.
- Rémunération sous la forme d'une Prise en charge d'une partie des cotisations sociales (maladie, allocations familiales et ASV) uniquement sur les actes réalisés au TO. Ce versement est réalisé à N+1. Il varie de 3 à 8,7 % selon la spécialité (voir tableau). Cela pousse à la réalisation des actes en TO et permet aux complémentaires de ne prendre en charge que le reste à charge sur les consultations Hors ALD. Cette prise en charge diminue de 10 à 100 % en fonction du respect des objectifs.
- Contrôle et information trimestriel.
- Tacite reconduction annuelle et Résiliation avec un préavis de 1 mois

- La caisse peut également engager, à l'encontre des médecins qui n'ont pas respecté de manière manifeste les termes de leur contrat, une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option

- Les médecins aux CAS peuvent signer l'OPTAM ou l'OPTAM CO(chir et Gyneco-Obs)

## ANNEXE 19. OPTAM - TAUX MOYENS APPLIQUES AUX HONORAIRES REALISES A TARIFS OPPOSABLES

Article 1 Taux moyen appliqué aux honoraires opposables, par spécialité.

Spécialité	Taux moyen appliqué aux honoraires réalisés aux tarifs opposables
ACP	4,7%
Anesthésistes	7,0%
Cardiologues	7,0%
Chirurgiens*	7,2%
Dermatologues	8,3%
Endocrinologues	8,8%
Gastro-entérologues	7,1%
Généralistes	8,6%
MEP	8,4%
Gynécologues-médicaux	7,5%
Gynécologues-obstétriciens et mixtes	7,1%
Internistes	7,6%
MPR	7,9%
Médecins nucléaires	3,3%
Néphrologues	4,6%
Neurologues	7,8%
ORL	7,4%
Ophthalmologues	5,7%
Pneumologues	7,4%
Psychiatres-neuro-psychiatres	8,6%
Pédiatres	8,7%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	4,6%
Radiothérapeutes	2,8%
Rhumatologues	7,5%
Stomatologues	8,0%

Chirurgiens : Chirurgie générale, Neurochirurgie, Chirurgie urologique, Chirurgie orthopédique et traumatologie, Chirurgie infantile, Chirurgie maxillo-faciale, Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, Chirurgie vasculaire, Chirurgie viscérale et digestive

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

Afin de valoriser l'activité à tarif opposable réalisée par les médecins adhérant à l'option, est mise en place une rémunération spécifique au profit des médecins ayant respecté les engagements de leur option souscrite.

Cette rémunération est calculée de la manière suivante :

Est appliqué un taux sur les honoraires réalisés à tarifs opposables correspondant au taux de cotisations moyen sur les trois risques, maladie maternité décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse. Ce taux varie en fonction de chaque spécialité, tel que défini à l'annexe 19.

Le montant résultant de l'application de ces taux sur le montant total des honoraires à tarifs opposables réalisé annuellement (année N) par le médecin est versé chaque année au médecin au moment de la vérification du respect de ses engagements contractuels (en juillet de l'année N+1).

#### Mise en place d'une rémunération dégressive en fonction du niveau de respect des engagements

Les médecins pour lesquels un faible écart par rapport à leurs engagements contractuels est constaté dans les conditions définies à l'article 44 bénéficient d'une rémunération minorée dans les conditions suivantes :

- Ecart de 1 à 2 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 90 % du montant de la rémunération spécifique,
- Ecart de 2 à 3 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 70 % du montant de la rémunération spécifique,
- Ecart de 3 à 4 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 50 % du montant de la rémunération spécifique,
- Ecart de 4 à 5 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 30 % du montant de la rémunération spécifique.
- Ecart supérieur à 5 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : aucun versement de la rémunération spécifique.

#### Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

- 
- Pour le calcul de la rémunération spécifique des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures. Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures concernées précisant le

nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

### **Article 3. Avenant à l'option**

Pendant la durée de l'option, les évolutions des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement et la part d'activité réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifiés conformément aux dispositions de l'annexe 21.

### **Article 4. Modalités d'adhésion et durée de l'option**

Le médecin déclare son souhait d'adhérer à l'option auprès de la CPAM ou de la CGSS de son lieu d'installation, dans les conditions définies à l'article 41.1, par le biais d'un contrat conforme au contrat-type dont le modèle figure à l'annexe 18 qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception. Est joint au contrat un état de la pratique tarifaire du médecin sur les X années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés établi conformément aux dispositions de l'article 41.1

La caisse enregistre l'adhésion à la date de réception de cette lettre et adresse au médecin un courrier attestant cet enregistrement.

L'adhésion à l'option est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

### **Article 5. Modalités de suivi des engagements**

A compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin, chaque trimestre, sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des dépassements d'honoraires. Le médecin est informé de la mise à disposition de ces données sur Espace Pro.

Si, à l'issue de deux trimestres consécutifs, la caisse constate le non-respect par le médecin de l'un ou l'autre des engagements souscrits dans le cadre de l'option, elle lui adresse un courrier d'avertissement signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le non-respect des engagements est constaté à l'issue d'une année civile, une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies à l'article 45.

A l'issue de chaque année civile, quelle que soit la date d'adhésion à l'option dans l'année, l'assurance maladie procède à la vérification du respect des engagements dans l'option. Cette vérification intervient lorsque les données consolidées de l'année N sont

disponibles (activité en date de soins réalisée sur l'année N et liquidés à la date du 31 mars de l'année N+1).

### Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

- Pour la vérification du respect des engagements dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures. Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des établissements précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

## **Article 6. Modalités de résiliation**

### **Article 6.1 Modalités de résiliation par le médecin**

Le médecin ayant adhéré à l'option peut s'opposer à la reconduction tacite de l'option à la date anniversaire de celle-ci. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception reçue par la caisse au plus tard un mois avant l'échéance de l'option. Cette résiliation est effective à la date d'échéance de l'option. A compter de cette date, le médecin perd les avantages conférés par l'option. Le médecin peut également décider de résilier à tout moment son adhésion à l'option. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation est effective un mois après réception du courrier par la caisse.

### **Article 6.2 Modalités de résiliation par la caisse**

La caisse qui, dans les conditions définies précédemment, constate à l'issue de chaque année civile telle que définie à l'article 44, le non-respect par un médecin de ses engagements 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.

La procédure prévue au présent article s'applique également en cas de constatation par la caisse, dans un délai de deux mois après l'envoi par la caisse de la proposition de l'avenant prévu à l'article 42, de l'absence de signature du médecin. La caisse adresse à l'issue de ce délai un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant à l'option.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception des courriers définis aux paragraphes précédents 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 86, avec une

possibilité d'appel en CPN. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.

A compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages conférés par l'option.

- La caisse peut également engager, à l'encontre des médecins qui n'ont pas respecté de manière manifeste les termes de leur contrat, une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option.

#### **Article 7. Impact de la nouvelle convention sur le contrat d'accès aux soins défini dans la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011**

Les contrats d'accès aux soins souscrits dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont prorogés jusqu'au 31/12/2016 dans les conditions définies en annexe 17.

Les médecins qui à la date d'entrée en vigueur de la présente convention ne sont pas adhérent au contrat d'accès aux soins issu de la convention de 2011 précitée ont la possibilité d'adhérer à ce contrat dans les conditions définies à l'annexe 17.

Aucune adhésion au contrat d'accès aux soins issu de la convention de 2011, dans les conditions définies à l'annexe 17, n'est possible à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

#### **Article 8. Modalité de mise en œuvre de l'option OPTAM**

- L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est ouverte à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017. Les médecins adhérent au contrat d'accès aux soins issu de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 se voient proposer d'adhérer à la nouvelle option en signant un avenant au contrat.

#### **Article 9. Suivi des pratiques tarifaires**

- Chaque année, les partenaires conventionnels suivent la mise en œuvre de l'option OPTAM et plus généralement l'évolution des pratiques tarifaires au regard des dispositions de l'article **XX.X** de la convention dans le cadre d'un observatoire dont la composition et les missions sont définies en annexe 26.

### **Sous-Titre 2. Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO)**

**Note DL :** *Le médecin adhérent à l'OPTAM-CO s'engage à :*

- *Option réservée aux praticiens du collège 2 sauf anesthésistes (le Bloc négocie actuellement l'ouverture de cette option pour les anesthésistes.*
- *ne pas dépasser son dépassement moyen calculé sur les 3 années précédentes sur les actes avec dépassement, sans que ce dépassement moyen ne dépasse 100 %. Ainsi pour les médecins à dépassement supérieur à 100 % ils n'ont pas intérêt de prendre l'option. Rappelons que le dépassement moyen en France des 30 000 médecins de SII est < 50 %. (Chiffres CNAM TS)*
- *Activité au TO (Urgences, CMUC, AME, ACS) doit rester stable ou augmenter. Rappelons ici que les médecins de SII peuvent prendre des honoraires libres aux CMU simples non CMUC car ce sont des patients qui ont des revenus sans cotisations sociales et qui cotisent pour avoir une couverture maladie en pourcentage de leur revenus. Pour les médecins de SI installés avant le 1 Janvier 2013 qui veulent prendre l'option cette activité au TO ne peut pas être inférieure à 30 %.*
- *L'Assurance maladie recalcule chaque année les actes réalisés au TO et le dépassement moyen en fonction de l'augmentation du TO. Afin que l'augmentation des tarifs de remboursement bénéficie à la fois aux patients en améliorant la prise en charge des soins et au médecin adhérent à l'option qui tout en réduisant son taux de dépassement doit pouvoir conserver une certaine latitude dans la fixation de ses tarifs, un avenant à l'option lui est soumis dans lequel figure les taux de dépassement et d'activité à tarifs opposables recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement. Ces nouveaux taux d'engagement sont fixés de manière à ce que le gain lié aux revalorisations des tarifs de remboursement soit partagé à part égale entre lui et ses patients.*
- *L'adhésion à l'option est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.*
- *Résiliation avec un préavis de 1 mois*

### **Article 10. Les médecins éligibles à l'option tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique**

L'option est ouverte aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « acte de chirurgie » ou « acte d'obstétrique » sur la liste mentionnée aux articles L. 162-1-7 et R. 162-52 du code de la sécurité sociale durant l'année précédant leur demande d'adhésion à l'option.

Peuvent adhérer à l'option :

- les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents en application de l'article 38.1,

- les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral en secteur à honoraires différents,
- les médecins titulaires du droit à dépassement permanent

Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 et installés antérieurement au 1er janvier 2013 en secteur à honoraires opposables peuvent adhérer à l'option pratique tarifaire maîtrisée.

Pour les médecins, nouvellement installés dans les spécialités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique, le seuil des 50 actes réalisés ne pouvant s'appliquer, ceux-ci choisissent au moment de leur adhésion l'option de leur choix, OPTAM ou OPTAM-CO.

### **Article 11. Adhésion à l'option et engagements du médecin**

Le médecin qui souscrit l'option s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible à l'option un état de sa pratique tarifaire. Cet état comporte les tarifs pratiqués par le médecin pour les principaux actes qu'il réalise, la part des actes réalisés aux tarifs opposables au cours des X dernières années, ainsi que le taux de dépassement moyen constaté au cours des X années précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés. Par ailleurs, le médecin qui n'était pas adhérent au contrat d'accès aux soins antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente convention est informé du taux de dépassement et du taux d'activité à tarifs opposables qui auraient été les siens si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables (taux de dépassement et taux d'activité à tarifs opposables recalculés).

1<sup>er</sup> indicateur : le taux de dépassement

En adhérant à l'option, le médecin s'engage à ne pas augmenter sa pratique tarifaire et à respecter le taux de dépassement moyen défini au 1<sup>er</sup> alinéa du présent article. L'option ne peut pas comporter d'engagement de taux de dépassement recalculé, tel que défini à l'annexe 21, supérieur à 100 %.

Les modalités de calcul du taux de dépassement sont définies en annexe 21.

2<sup>ème</sup> indicateur : le taux d'activité à tarif opposable

L'option comporte, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter. Ce pourcentage qui inclut les cas visés l'article 38.3 de la présente convention (situations d'urgence médicale, patients en CMUC ou disposant de l'attestation de droit à l'ACS) doit être supérieur ou égal à celui constaté tel que défini au premier alinéa du présent article.

Cas particulier des médecins nouvellement installés ne disposant de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés :

Les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an qui ne disposent pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés peuvent adhérer à l'option. Dans ce cas, le taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles à l'option pratique tarifaire maîtrisée de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie au présent l'article, à l'exception des chirurgiens cardio-vasculaires et thoraciques, des chirurgiens infantiles, des neurochirurgiens pour lesquelles le taux national est retenu. Les médecins s'engagent sur une part minimale d'actes à tarif opposable incluant les cas visés à l'article 38.3 de la convention correspondant à la moyenne des taux constatée définie selon les mêmes règles que le taux de dépassement.

Cas particulier des médecins de même spécialité médicale exerçant en groupe ou en structure

Par dérogation, les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe ont la possibilité de demander à ce que la fixation de leurs taux d'engagement dans l'option soit effectuée non pas au regard de leur pratique tarifaire individuelle observée durant les X années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés mais au regard de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins constituant le groupe sur la période de référence.

Cependant, chaque médecin du groupe adhère de manière individuelle à l'option.

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Par dérogation, pour la fixation des taux d'engagement dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable réalisée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours des trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés.

Les taux d'engagement dans l'option sont fixés en tenant compte à la fois de la pratique tarifaire de l'activité réalisée en cabinet de ville libéral, des trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés et de l'activité au sein des structures sur la même période.

Cas particulier des médecins titulaires des titres visés à l'article 37 n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2013 :

Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles à l'option de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie à l'article X, à l'exception des spécialités de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu. La part d'activité à tarif opposable est fixée selon les mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30%.

## **Article 12. Engagement de l'assurance maladie**

*Note DL :*

- Les médecins OPTAM-CO bénéficient du TO des secteurs 1, avec un K à 20%.
- A la différence avec l'OPTAM : PAS DE Rémunération sous la forme d'une Prise en charge d'une partie des cotisations sociales (maladie, allocations familiales et ASV) uniquement sur les actes réalisés au TO. Ce versement est réalisé à N+1. Il varie de 3 à 8,7 % selon la spécialité (voir tableau). Cela pousse à la réalisation des actes en TO et permet aux complémentaires de ne prendre en charge que le reste à charge sur les consultations Hors ALD. Cette prise en charge diminue de 10 à 100 % en fonction du respect des objectifs.
- Contrôle et information trimestriel.
- Tacite reconduction annuelle et Résiliation avec un préavis de 1 mois
- La caisse peut également engager, à l'encontre des médecins qui n'ont pas respecté de manière manifeste les termes de leur contrat, une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option
- Les médecins aux CAS peuvent signer l'OPTAM ou l'OPTAM CO(chir et Gyneco-Obs)

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

En outre, les parties signataires souhaitent que le niveau de la majoration forfaits modulables (modificateur K) applicable aux actes de chirurgie et aux actes d'accouchements définie dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article 162-1-7 du code de la sécurité sociale soit porté à 20% pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables et pour les adhérents à l'option (OPTAM-CO). La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Pour les médecins éligibles à l'OPTAM-CO qui choisiraient d'adhérer à l'OPTAM défini aux articles 40 et suivant, le niveau de la majoration forfaits modulables (modificateur X **nom à définir**) applicable à leurs actes de chirurgie et aux actes d'accouchements définie

dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article 162-1-7 du code de la sécurité sociale reste à 11,5%.

### **Article 13. Avenant à l'option**

Pendant la durée de l'option, les évolutions des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement et la part d'activité réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifié conformément aux dispositions de l'annexe 21.

### **Article 14. Modalités d'adhésion et durée de l'option**

Le médecin déclare son souhait d'adhérer à l'option auprès de la CPAM ou de la CGSS de son lieu d'installation, dans les conditions définies à l'article 50, par le biais d'un contrat conforme au contrat-type dont le modèle figure à l'annexe 20 qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception. Est joint au contrat un état de la pratique tarifaire du médecin sur les X années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés établi conformément aux dispositions de l'article 50.

La caisse enregistre l'adhésion à la date de réception de cette lettre et adresse au médecin un courrier attestant cet enregistrement.

L'adhésion à l'option (OPTAM-CO) est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

### **Article 15. Modalités de suivi des engagements**

A compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin, chaque trimestre, sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des dépassements d'honoraires. Le médecin est informé de la mise à disposition de ces données sur Espace Pro.

Si, à l'issue de deux trimestres consécutifs, la caisse constate le non-respect par le médecin de l'un ou l'autre des engagements souscrits dans le cadre de l'option, elle lui adresse un courrier d'avertissement signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le non-respect des engagements est constaté à l'issue d'une année civile, une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies à l'article 55.2.

A l'issue de chaque année civile, quelle que soit la date d'adhésion à l'option dans l'année, l'assurance maladie procède à la vérification du respect des engagements dans l'option. Cette vérification intervient lorsque les données consolidées de l'année N sont disponibles (activité en date de soins réalisée sur l'année N et liquidés à la date du 31 mars de l'année N+1).

### Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

- Pour la vérification du respect des engagements dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures. Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des établissements précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

## **Article 16. Modalités de résiliation**

### **Article 16.1 Modalités de résiliation par le médecin**

Le médecin ayant adhéré à l'option peut s'opposer à la reconduction tacite de l'option à la date anniversaire de celle-ci.

Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception reçue par la caisse au plus tard un mois avant l'échéance de l'option.

Cette résiliation est effective à la date d'échéance de l'option. A compter de cette date, le médecin perd les avantages conférés par l'option.

Le médecin peut également décider de résilier à tout moment son adhésion à l'option. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation est effective un mois après réception du courrier par la caisse.

### **Article 16.2 Modalités de résiliation par la caisse**

La caisse qui, dans les conditions définies précédemment, constate à l'issue de chaque année civile telle que définie à l'article 50, le non-respect par un médecin de ses engagements 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. La procédure prévue au présent article s'applique également en cas de constatation par la caisse, dans un délai de deux mois après l'envoi par la caisse de la proposition de l'avenant prévu à l'article 52, de l'absence de signature du médecin. La caisse adresse à l'issue de ce délai un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant à l'option.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception des courriers définis aux paragraphes précédents 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 86, avec une possibilité d'appel en CPN. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.

A compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages conférés par l'option.

La caisse peut également engager à l'encontre des médecins qui n'ont pas respecté de manière manifeste les termes de leur option, une récupération des sommes versées.

**Article 17. Impact de la nouvelle convention sur le contrat d'accès aux soins défini dans le cadre de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011**

Les contrats d'accès aux soins souscrits dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont prorogés jusqu'au 31/12/2016 dans les conditions définies en annexe 17.

Les médecins qui à la date d'entrée en vigueur de la présente convention ne sont pas adhérent au contrat d'accès aux soins issu de la convention de 2011 précitée ont la possibilité d'adhérer à ce contrat dans les conditions définies à l'annexe 17.

Aucune adhésion au contrat d'accès aux soins issu de la convention de 2011 dans les conditions définies à l'annexe 17 n'est possible à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Dans les contrats d'assurance maladie complémentaire déjà souscrits à titre collectif ou individuel, les partenaires conventionnels demandent aux pouvoirs publics de considérer que les garanties faisant référence au "contrat d'accès aux soins" visent désormais l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

**Article 18. Modalités de mise en œuvre de l'option OPTAM-CO**

L'option pratique tarifaire maîtrisée OPTAM-CO est ouverte à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017. Les médecins adhérent au contrat d'accès aux soins issu de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 se voient proposer d'adhérer à la nouvelle option en signant un avenant au contrat.

**Article 19. Suivi des pratiques tarifaires**

Chaque année, les partenaires conventionnels suivent la mise en œuvre de l'OPTAM-CO et vérifient l'équilibre des contreparties financières du dispositif au regard du nombre des médecins ayant adhéré à l'option et de leur pratique tarifaire.