

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE

#### Arrêté du 30 novembre 2004 portant modification du règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale

NOR : SANS0424060A

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et de la ruralité,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-5-9, L. 162-15 et L. 183-1-1 ;

Vu l'arrêté du 13 novembre 1998 modifié portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale ;

Vu l'avis des organisations syndicales représentatives des médecins ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 24 novembre 2004 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 23 novembre 2004 ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Après le chapitre VI de l'arrêté du 13 novembre 1998 susvisé, il est inséré un chapitre VII ainsi rédigé :

#### « CHAPITRE VII

#### « Valorisation de la qualité des pratiques professionnelles dans le cadre des urgences, de la néonatalogie et de la réanimation »

« Art. 13. – Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence des urgences, les chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs qui assurent la prise en charge des urgences au sein des établissements de santé, mentionnés au *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale autorisés à faire fonctionner une unité ou un service d'urgence, ou au sein d'un établissement autorisé à fonctionner en établissement relais conformément à l'article R. 712-69 du code de santé la publique peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type de l'annexe X.

« Les établissements relais ne peuvent percevoir de rémunération à ce titre lorsqu'ils y sont déjà éligibles au titre de l'autorisation d'urgence qui leur est accordée.

« Art. 14. – Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1 500 accouchements, les gynécologues obstétriciens et les anesthésistes-réanimateurs exerçant dans une unité mentionnée à l'article D. 712-75 du code de la santé publique peuvent adhérer à des contrats conformes aux contrats type des annexes XI et XII. La rémunération à laquelle ouvrent droit ces contrats ne se cumule pas avec la majoration forfaitaire pour sujétion particulière mentionnée dans l'arrêté du 27 décembre 2001.

« Art. 15. – Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la surveillance et de la prise en charge des soins spécialisés des nouveau-nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance ou présente des détresses graves ou des risques vitaux, les pédiatres exerçant dans les unités mentionnées à l'article D. 712-90, sous réserve de pratiquer les soins intensifs de néonatalogie, et à l'article D. 712-98 du code de la santé publique peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type de l'annexe XIII. La rémunération à laquelle ouvrent droit ces contrats ne se cumule pas avec la majoration forfaitaire pour sujétion particulière mentionnée dans l'arrêté du 27 décembre 2001.

« Art. 16. – Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge de patients présentant plusieurs défaillances viscérales mettant en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance, les médecins spécialistes mentionnés à l'article D. 712-108 du code de la santé publique exerçant dans une unité mentionnée à l'article D. 712-106 du même code peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type de l'annexe XIV.

« *Art. 17.* – Afin d’organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins intensifs cardiologiques, prévue à l’article D. 712-117 du code de la santé publique, les médecins exerçant dans les unités mentionnées à l’article D. 712-115 du même code peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type de l’annexe XV. »

**Art. 2.** – L’annexe IV de l’arrêté du 13 novembre 1998 susvisé est remplacée par l’annexe IV figurant au présent arrêté.

**Art. 3.** – L’arrêté du 13 novembre 1998 susvisé est ainsi modifié :

1. Au préambule, la dernière phrase est supprimée.
2. A la fin de l’article 14, est insérée la phrase suivante : « La majoration forfaitaire transitoire est applicable jusqu’au 31 décembre 2005. ».
3. Le chapitre VII devient le chapitre VIII et les articles 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 et 21 deviennent respectivement 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 et 26.

**Art. 4.** – Les annexes VII, VIII et IX de l’arrêté du 13 novembre 1998 susvisé sont remplacées par les trois annexes VII, VIII et IX figurant au présent arrêté.

**Art. 5.** – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère des solidarités, de la santé et de la famille, le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et le directeur du budget au ministère de l’économie, des finances et de l’industrie, le directeur général de la forêt et des affaires rurales au ministère de l’agriculture, de l’alimentation, de la pêche et de la ruralité sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l’exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 30 novembre 2004.

*Le ministre des solidarités  
de la santé et de la famille,  
PHILIPPE DOUSTE-BLAZY*

*Le ministre de l’économie,  
des finances et de l’industrie,  
HERVÉ GAYMARD*

*Le ministre de l’agriculture, de l’alimentation  
de la pêche et de la ruralité,  
DOMINIQUE BUSSEREAU*

## A N N E X E I V

### TARIFS DES HONORAIRES, RÉMUNÉRATIONS ET FRAIS ACCESSOIRES

ACTES	MÉTROPOLITAINS	ANTILLES-GUYANE	RÉUNION
<i>Consultation au cabinet</i>			
C.	20,00	22,00	24,00
CALD.	26,00	28,60	31,20
CS.	23,00	25,30	27,60
Majoration (MPC) de la CS dans les conditions prévues par l’article 2 (mesure applicable jusqu’au 31 décembre 2005).	2,00	2,00	2,00
CNPSY.	34,30	37,73	41,16
Majoration (MPC) de la CNPSY pour les neurologues, neuropsychiatres et psychiatres dans les conditions prévues par l’article 2 (mesure applicable jusqu’au 31 décembre 2005).	2,70	2,70	2,70
Majoration transitoire (MTC) pour actes thérapeutiques sanglants non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd effectués dans le cadre de la chirurgie générale, digestive, orthopédico-traumatologique, chirurgie vasculaire, chirurgie cardio-thoracique et vasculaire, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie pédiatrique et chirurgie gynécologique, chirurgie cervico et maxillo-faciale (mesure applicable du 1 <sup>er</sup> octobre 2004 au 31 décembre 2005).	12,5 % de la cotation des actes, soit 0,26 € multiplié par le coefficient de cotation	12,5 % de la cotation des actes, soit 0,26 € multiplié par le coefficient de cotation	12,5 % de la cotation des actes, soit 0,26 € multiplié par le coefficient de cotation
CSC.	45,73	50,61	52,44
<i>Visite au domicile du malade</i>			
V.	20,00	22,00	24,00

ACTES	MÉTROPOLITAINS	ANTILLES-GUYANE	RÉUNION
VS.	20,58	22,64	24,70
VNPSY.	31,25	34,38	37,50
Forfait thermal.	64,03	64,03	64,03
Forfait pédiatrique (FP).	5,00	5,00	5,00
Forfait pédiatrique (FPE).	5,00	5,00	5,00
Majoration de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés à chaque accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés (1).	61,00	61,00	61,00
Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés (2).	228,68	228,68	228,68
<i>Lettres clés</i>			
KC (acte de chirurgie et de spécialité).	2,09	2,09	2,09
KCC.	2,09	2,09	2,09
KE (acte d'écho, doppler).	1,89	1,89	1,89
K (autres actes de spécialité).	1,92	1,92	1,92
<i>Forfait</i>			
KFA.	30,49	30,49	30,49
KFB.	60,98	60,98	60,98
<i>Lettres clés</i>			
SCM (soins conservateurs médecins).	2,32	2,32	2,32
ORT (orthodontie).	2,15	2,15	2,15
PRO (prothèse).	2,15	2,15	2,15
<i>Lettres clés Z</i>			
Z1 (électro-radio).	1,62	1,62	1,62
Z2 (rhumato + pneumo).	1,54	1,54	1,54
Z3 (autres spécialistes et omnipraticiens).	1,33	1,33	1,33
Z4 (spécialistes en radiothérapie).	1,67	1,67	1,67
Zn (actes médecine nucléaire).	1,53	1,53	1,53
Zm (actes de mammographies pratiqués par le médecin).	1,62	1,62	1,62
Lettre clé PRA.	0,44	0,44	0,44
Lettre clé P.	0,28	0,32	0,34
Valeur de la majoration de dimanche et de jour férié (3).	19,06	19,06	19,06
Valeur de la majoration de nuit pour le médecin spécialiste (sauf pour les pédiatres).	25,15	25,15	25,15
Valeur de la majoration de nuit pour le médecin omnipraticien et pour le pédiatre.			
20 heures-00 heure et 06 heures-08 heures.	35,00	35,00	35,00
00 heure-06 heures.	40,00	40,00	40,00
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée MD et MDE applicable au médecin omnipraticien.	10,00	10,00	10,00
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit applicable au médecin omnipraticien.			
20 heures-00 heure et 06 heures-08 heures (MDN).	38,50	38,85	39,20
00 heure-06 heures.	43,50	43,85	44,20
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié (MDD) applicable au médecin omnipraticien (4).	22,60	22,91	23,26
Valeur de la majoration d'urgence (MU) applicable aux omnipraticiens.	22,60	22,91	23,26
Valeur de l'indemnité de déplacement (ID) pour les médecins généralistes, pour les actes effectués à domicile autres que la visite.			
Agglomération PLM (5).	3,50		
Autres agglomérations.	3,50	3,85	4,20
Valeur de l'indemnité de déplacement (ID) pour les médecins spécialistes.			
Agglomération PLM (5).	5,34		
Autres agglomérations.	3,81	4,19	4,57
Valeur de l'indemnité kilométrique (IK).			
Plaine.	0,61	0,67	0,73
Montagne et haute montagne.	0,91	1,01	1,10
A pied ou à ski.	4,57	5,03	5,49
<i>Rémunérations forfaitaires prévues pour l'adhésion à un contrat</i>			
Médecin référent (par an et par patient).	45,73	45,73	45,73

ACTES	MÉTROPOLITAINS	ANTILLES-GUYANE	RÉUNION
De santé publique pour la délivrance des soins palliatifs à domicile :			
* Forfait mensuel du médecin coordonnateur de l'équipe de soins ;	80,00	80,00	80,00
* Forfait mensuel du médecin participant à la coordination ;	40,00	40,00	40,00
* Forfait mensuel de soins	90,00	90,00	90,00
De pratiques professionnelles relatif à la prise en charge de la majoration du forfait de cure thermale.	10	10	10

(1) Et mentionnée au troisième alinéa de l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins.  
(2) Et mentionnée au deuxième alinéa de l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins.  
(3) La majoration s'applique à partir du samedi midi uniquement pour les consultations au cabinet réalisées par le médecin généraliste de garde.  
(4) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.  
(5) les agglomérations correspondent à celles définies par l'INSEE dans son dernier recensement.

## ANNEXE VII

## CONTRAT DE BONNE PRATIQUE RELATIF À LA FONCTION DE COORDINATION ET DE SUIVI PÉRI-OPÉRATOIRE ET POSTOPÉRATOIRE EN CHIRURGIE

Vu :

- l'arrêté du 13 novembre 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale ;
- l'arrêté du 12 août 1999 modifiant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale ;
- l'arrêté du 22 septembre 2003 modifiant le règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale ;
- l'arrêté du 19 décembre 2003 modifiant le règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale ;
- la loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie ;
- l'accord du 10 janvier 2003 entre les caisses nationales d'assurance maladie et 4 syndicats représentatifs des médecins libéraux ;
- l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale ;
- le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994.

*Préambule*

L'évolution de la chirurgie et des spécialités assimilées a été marquée, ces dernières années, par une spécialisation accrue, un progrès technique accéléré, rendant de plus en plus indispensables les prises en charge pluridisciplinaires de la santé des patients et donc la coordination des intervenants.

Par ailleurs, les médecins spécialistes en chirurgie et dans les spécialités assimilées ont constaté une augmentation de leurs primes d'assurance en responsabilité civile professionnelle depuis l'année 2001.

Les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux estiment qu'une analyse des données relatives aux incidents médicaux, d'une part, ainsi qu'une gestion des risques médicaux impliquant les professionnels concernés dans un processus de qualité, d'autre part, sont de nature à améliorer les conditions d'assurabilité des médecins.

Les parties au présent contrat ne méconnaissent pas les réponses qui pourront être apportées à ces questions, notamment par des évolutions législatives et réglementaires créant un observatoire des risques médicaux ainsi qu'une accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins exerçant en établissements de santé.

La mise en place de la CCAM technique puis clinique permettra d'apporter une solution durable et équitable à l'ensemble des spécialités, notamment chirurgicales. Celle-ci pourra intégrer, dans le cadre de forfaits modulables en fonction de l'activité, des dispositions propres à différentes spécialités chirurgicales.

Il est proposé à titre transitoire un contrat de bonne pratique visant la fonction de coordination et de suivi péri-opératoire et postopératoire.

Le présent contrat prévoit en outre des mesures financières spécifiques prenant en compte les particularités de l'exercice de certaines spécialités de chirurgie. Les praticiens exerçant les spécialités suivantes sont concernés : chirurgie générale, urologique, orthopédique et traumatologique, vasculaire, viscérale-digestive.

Le présent contrat de bonne pratique ne peut donc être qu'un dispositif transitoire, destiné à prendre fin à la date d'entrée en vigueur de la classification commune des actes médicaux techniques et de la prise en compte, dans le coût de la pratique intégrée à cette dernière, des montants des primes d'assurance en responsabilité civile professionnelle.

## Article 1<sup>er</sup>

### *Les parties au contrat*

Les parties au contrat de bonne pratique sont :

- d'une part, les caisses nationales d'assurance maladie ;
- d'autre part, les syndicats représentatifs des médecins libéraux.

Les parties ci-dessus identifiées sont désignées au présent contrat sous le terme de parties au contrat.

## Article 2

### *Champ du contrat*

Sont concernés les médecins libéraux spécialistes en chirurgie dont la liste est fixée ci-après, installés à la date d'adhésion au contrat :

- qui ne sont pas autorisés à pratiquer des tarifs différents au sens des alinéas *b* et *c* de l'article 12 de l'arrêté du 13 novembre 1998 susvisé ;
- qui sont autorisés à pratiquer des tarifs différents au sens des alinéas *b* et *c* de l'article 12 de l'arrêté du 13 novembre 1998 susvisé et dont le montant total des honoraires ne comporte pas plus de 35 % de dépassement par rapport aux tarifs opposables, soit un ratio « honoraires sans dépassements/honoraires totaux » égal ou supérieur à 65 % (système d'information inter-régimes 2003).

Les médecins spécialistes en chirurgie concernés par les dispositions de l'alinéa précédent sont les suivantes :

- chirurgie générale ;
- gynécologie-obstétrique ;
- neurochirurgie ;
- oto-rhino-laryngologiste ;
- ophtalmologie ;
- stomatologie ;
- chirurgie urologique ;
- chirurgie orthopédique et traumatologie ;
- chirurgie infantile ;
- chirurgie maxillo-faciale ;
- chirurgie maxillo-faciale et stomatologie ;
- chirurgie plastique reconstructrice et esthétique ;
- chirurgie thoracique et cardio-vasculaire ;
- chirurgie vasculaire ;
- chirurgie viscérale et digestive ;
- obstétriciens.

A titre de critère d'adhésion au contrat, le médecin doit attester avant son adhésion d'une activité minimale correspondant à un nombre d'actes en KC + KCC supérieur à 350 actes en 2003 calculée à partir du système national d'information interrégimes 2003.

Pour les chirurgiens installés en 2003, le seuil d'activité minimale sera calculé au *pro rata temporis*.

Les chirurgiens installés en 2004 sont dispensés de ce seuil, mais devront justifier d'au moins cinq mois d'activité pendant l'année 2004.

## Article 3

### *Objet du contrat relatif à la fonction de coordination et au suivi péri-opératoire et postopératoire des chirurgiens*

Ce contrat est destiné à améliorer la sécurité chirurgicale, par la reconnaissance explicite de l'action coordinatrice du chirurgien lui-même au sein de l'équipe. Ce contrat participera à la régulation médicale du système de soins. Il accompagne ainsi la coordination des soins par la structuration de l'équipe pluridisciplinaire autour du patient hospitalisé.

Proposé au chirurgien, en tant que coordonnateur et coresponsable du parcours du patient dans le processus interventionnel, le contrat met en évidence l'effort de prévention des risques et de précaution que l'opérateur déploie en mobilisant de manière adaptée et organisée les différents acteurs de soins en péri-opératoire en établissements de soins privés et en secteur privé des praticiens hospitaliers publics.

Cette mobilisation s'effectue dans le cadre du respect des normes et réglementations en vigueur et assure par tous les moyens déployés et adaptés le contrôle de la sinistralité chirurgicale. Le suivi de ce dispositif est fondé sur la traçabilité de toutes les actions organisées, ceci afin de pouvoir à terme en évaluer la pertinence et l'efficacité.

#### Article 4

##### *Les engagements du chirurgien*

Le chirurgien adhérent au présent contrat de bonne pratique s'engage à s'impliquer dans un processus de qualité, notamment par l'application des références opposables et des recommandations de bonne pratique.

Le chirurgien adhérent au présent contrat de bonne pratique doit assurer la tenue des documents de suivi et de coordination relevant de son domaine en coopération avec l'anesthésiste réanimateur et en relation avec le médecin traitant.

##### 4.1. La coordination :

Le chirurgien adhérent au contrat de bonne pratique s'engage dans une démarche de coordination.

Les modalités de coordination et le champ de compétence des différents intervenants en service chirurgical ou obstétrical sont formalisées au travers d'un document interne.

Celui-ci délimite et protocolise, au profit du patient hospitalisé entre les partenaires de l'équipe, les actions assurant le meilleur suivi du patient en dehors des situations de détresse ou d'urgence, et la continuité des soins.

Sont particulièrement organisés et décrits le suivi médical et la prise en charge :

- des affections médicales préexistantes et antérieures ;
- des complications péri-opératoire et postopératoires chirurgicales ou obstétricales ;
- des affections nosocomiales ;
- des affections découvertes ou révélées au décours de l'hospitalisation ;
- la coordination interdisciplinaire nécessitée par l'état du patient.

Ce document est présenté à la conférence médicale d'établissement.

##### 4.2. Les documents médicaux associés :

Le chirurgien adhérent au contrat doit assurer la tenue des documents de suivi et de coordination périopératoire.

Il établit et rassemble au sein du dossier médical une fiche « préopératoire » et les documents médicaux associés décrits ci-après :

##### 4.2.1. La fiche préopératoire comporte :

- l'identification du patient ;
- l'identification du praticien prescripteur et initiateur de l'intervention prévue ;
- les coordonnées du médecin traitant indiquées par le patient ;
- la date et heure de la décision ;
- la date et l'heure d'entrée effective ;
- l'établissement et le numéro FINESS ;
- l'identification du praticien réceptionnaire ;
- la zone « urgence ».

##### 4.2.2. Les documents médicaux associés :

La fiche d'entrée :

Complétée par le chirurgien, elle est accessible à tous les intervenants mobilisés autour du patient (infirmières, anesthésistes), descriptive des protocoles de soins prévus, faisant état de leur pertinence face à la situation décrite.

Elle indique notamment, le diagnostic d'entrée et la proposition thérapeutique (y compris le descriptif bénéfique/risque et la mention éventuelle de référentiels ou d'AcBUS).

Cette fiche doit également signaler les « morbidités associées » pouvant interférer avec la décision opératoire (éventuellement une lettre d'adressage y sera adjointe).

Le document d'information :

Etablie par le chirurgien, il est émis dans le cadre de la chirurgie fonctionnelle programmée et est remis au patient afin de requérir son consentement.

Une copie de ce document est conservée dans le dossier médical.

Le dossier médical du patient hospitalisé doit être complété des informations suivantes :

- la traçabilité des prescriptions pré-opératoires, des rendez-vous d'examen complémentaires programmés (les comptes rendus d'examen déjà réalisés seront joints) et un compte rendu de la consultation d'anesthésie si elle précède la décision d'hospitalisation face au degré de gravité décrit ;

- lorsque le chirurgien demande un suivi, un avis médical, chirurgical ou paramédical nécessités par les suites opératoires, les documents relatifs à ces avis ou demandes devront mentionner les motifs du recours aux soins, et seront versés au dossier médical du patient hospitalisé.

Tous ces éléments seront conservés dans le dossier médical du patient hospitalisé.

## Article 5

### *Les engagements de l'assurance maladie*

#### 5.1. Rémunération forfaitaire :

La rémunération forfaitaire est calculée comme suit, en fonction de l'activité facturée en 2004 par le chirurgien concerné :

NIVEAU D'ACTIVITÉ 2004 Coefficients en KC et KCC	MÉDECINS EXERÇANT en secteur I (1)	MÉDECINS AUTORISÉS À PRATIQUER des honoraires différents réalisant 30 % et plus de leurs actes en KC et KCC en tarifs opposables	MÉDECINS AUTORISÉS À PRATIQUER des honoraires différents réalisant entre 10 et 30 % de leurs actes en KC et KCC en tarifs opposables
Moins de 25 000.....	5 000 €	3 000 €	2 000 €
Entre 25 001 et 50 000.....	6 500 €	4 000 €	3 000 €
Plus de 50 000.....	8 000 €	5 000 €	4 000 €
(1) Hors droit permanent à dépassement.			

Pour les praticiens exerçant les spécialités suivantes : chirurgie générale, urologique, orthopédique et traumatologique, vasculaire, viscérale-digestive, le montant de cette rémunération est fixé comme suit :

NIVEAU D'ACTIVITÉ 2004 Coefficients en KC et KCC	MÉDECINS EXERÇANT en secteur I (1)	MÉDECINS AUTORISÉS À PRATIQUER des honoraires différents réalisant 30 % et plus de leurs actes en KC et KCC en tarifs opposables	MÉDECINS AUTORISÉS À PRATIQUER des honoraires différents réalisant entre 10 et 30 % de leurs actes en KC et KCC en tarifs opposables
Moins de 25 000.....	6 000 €	4 000 €	2 400 €
Entre 25 001 et 50 000.....	7 500 €	5 000 €	3 600 €
Plus de 50 000.....	9 000 €	6 000 €	4 800 €
(1) Hors droit permanent à dépassement.			

Pour les chirurgiens installés en 2004 et justifiant d'au moins cinq mois d'activité dans l'année 2004, le montant de cette rémunération est calculé au *pro rata temporis* de la durée d'activité.

Le forfait de coordination et de suivi péri-opératoire de chirurgie fait l'objet d'un versement unique effectué au chirurgien, à l'issue de l'exercice 2004, sous réserve du respect des conditions et des engagements prévus.

Ce versement est conditionné au respect des critères d'activité sur l'année 2004, mais pourra toutefois être anticipé sur la base des résultats d'activité 2003.

#### 5.2. Une participation des caisses aux primes de responsabilité civile professionnelle pour les médecins adhérents :

L'assurance maladie apportera une aide aux médecins adhérant au présent contrat de bonne pratique sous réserve :

- du respect des critères d'adhésion définis à l'article 2 ;
- que leur prime d'assurance rapportée à l'année civile soit, pour l'année 2003, d'un niveau égal ou supérieur à 1 000 €.

Cette aide sera égale, pour les médecins exerçant en secteur I, à la différence entre l'appel des cotisations au titre de l'exercice 2004 et la cotisation réglée en 2001 hors majoration liée à un sinistre avéré et dans la limite d'un plafond ne pouvant excéder 5 000 € par praticien.

Ce plafond est porté à 7 000 € par praticien exerçant les spécialités suivantes : chirurgie générale, urologique, orthopédique et traumatologique, vasculaire, viscérale-digestive.

Pour les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents, cette aide sera égale à une part de la différence entre l'appel des cotisations au titre de l'exercice 2004 et celui réglé en 2001 hors majoration liée à un sinistre avéré (dans la limite d'un plafond ne pouvant excéder 5 000 € par praticien).

Ce plafond est porté à 7 000 € par praticien exerçant les spécialités suivantes : chirurgie générale, urologique, orthopédique et traumatologique, vasculaire, viscérale-digestive.

Le montant de cette aide est fixé comme suit :

	MÉDECINS EXERÇANT en secteur I (1)	MÉDECINS AUTORISÉS À PRATIQUER des honoraires différents réalisant 30 % et plus de leurs actes en KC et KCC en tarifs opposables	MÉDECINS AUTORISÉS À PRATIQUER des honoraires différents réalisant entre 10 et 30 % de leurs actes en KC et KCC en tarifs opposables
Part de la différence entre les primes RCP prise en charge.....	100 %	80 %	60 %
(1) Hors droit permanent à dépassement.			

Cette aide est versée, sous forme d'un versement unique correspondant à l'exercice 2004, au médecin par la caisse d'assurance maladie du lieu d'exercice du professionnel spécialiste sur présentation d'un justificatif.

## Article 6

### *Modalités d'adhésion*

Les médecins ayant, ou n'ayant pas, adhéré au contrat de pratiques professionnelles intégré au règlement conventionnel minimal par l'arrêté du 19 décembre 2003 peuvent adhérer au présent contrat de bonne pratique, sous réserve du respect :

- des critères d'adhésion définis à l'article 2 ;
- et notamment du respect de la pratique d'honoraires sans dépassement évoquée à l'article 2 pour les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents.

Le médecin formalise son adhésion au contrat de bonne pratique par la signature de l'acte d'adhésion joint en annexe au plus tard dans le mois qui suit sa publication au *Journal officiel*.

Lorsque le médecin ne respecte pas les dispositions du contrat de bonne pratique, la caisse de son lieu d'exercice professionnel l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception des faits qui lui sont reprochés et des conséquences. Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au praticien la fin d'adhésion.

La mesure encourue est le non-paiement de la rémunération forfaitaire visée aux articles 5-1 et 5-2. Si le non-respect des engagements est constaté après le versement de la rémunération forfaitaire, la caisse peut procéder à d'éventuelles actions en récupération de la somme indûment versée.

## Article 7

### *Echéance du contrat de bonne pratique*

Le présent contrat porte sur l'année 2004. Mais les médecins pourront y adhérer jusqu'au 31 mars 2005.

## CONTRAT DE BONNE PRATIQUE RELATIF À LA FONCTION DE COORDINATION ET DE SUIVI PÉRI-OPÉATOIRE EN CHIRURGIE

### Acte d'adhésion

A remplir par le médecin qui l'adresse en deux exemplaires à la caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire

#### Identification du médecin

Je soussigné(e), nom : .....

Prénom : .....

Numéro d'identification (qui figure également sur mes feuilles de soins) : .....

Adresse de mon lieu d'exercice principal : .....

déclare adhérer au contrat de bonne pratique relatif à la fonction de coordination et de suivi péri-opératoire en chirurgie et en respecter les dispositions.

*Cachet du médecin.*

Date : .....

*Signature du médecin*

#### Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée le : ..... à effet du : .....

Adhésion non enregistrée et motif : .....  
*Cachet de la caisse d'assurance maladie.*

Date : .....

## ANNEXE VIII

### CONTRAT DE BONNE PRATIQUE RELATIF A LA FONCTION DE COORDINATION ET DE SUIVI PÉRI-OPÉRATOIRE ET POSTOPÉRATOIRE EN ANESTHÉSIE RÉANIMATION

Vu :

- l'arrêté du 13 novembre 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale ;
- l'arrêté du 12 août 1999 modifiant le règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale ;
- l'arrêté du 22 septembre 2003 modifiant le règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale ;
- l'arrêté du 19 décembre 2003 modifiant le règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale ;
- la loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie ;
- l'accord du 10 janvier 2003 entre les caisses nationales d'assurance maladie et quatre syndicats représentatifs des médecins libéraux ;
- l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale ;
- le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994,

#### *Preamble*

Exerçant en activité partagée avec les différents spécialistes chirurgicaux ou obstétricaux, l'anesthésiste réanimateur voit son rôle d'acteur principal de soins reconnu au niveau de la consultation préopératoire, en salle postinterventionnelle, en service de soins intensifs et de réanimation, ou en chirurgie ambulatoire.

Son rôle dans le suivi de la continuité des soins, dans les services d'hospitalisation de chirurgie et d'obstétrique, en coordination avec l'opérateur, notamment en ce qui concerne les affections extra-chirurgicales ou extra-obstétricales péri-opératoires et postopératoires mérite d'être explicitement décrit au sein de l'équipe et cette pratique reconnue par le présent contrat.

Par ailleurs, les médecins spécialistes en anesthésie réanimation ont constaté une augmentation de leurs primes d'assurance en responsabilité civile professionnelle depuis l'année 2000.

Les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux estiment qu'une analyse des données relatives aux incidents médicaux, d'une part, ainsi qu'une gestion des risques médicaux impliquant les professionnels concernés dans un processus de qualité, d'autre part, sont de nature à améliorer les conditions d'assurabilité des médecins.

Les parties au présent contrat ne méconnaissent pas les réponses qui pourront être apportées à ces questions, notamment par des évolutions législatives et réglementaires créant un observatoire des risques médicaux ainsi qu'une accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins exerçant en établissements de santé.

Le présent contrat de bonne pratique ne peut donc être qu'un dispositif transitoire, destiné à prendre fin à la date d'entrée en vigueur de la classification commune des actes médicaux techniques et de la prise en compte, dans le coût de la pratique intégrée à cette dernière, des montants des primes d'assurance en responsabilité civile professionnelle.

Il est proposé, à titre transitoire et dans le cadre du présent contrat, d'une part une reconnaissance de la fonction de coordination et de suivi péri-opératoire et postopératoire et, d'autre part, une participation de l'assurance maladie aux primes en responsabilité civile professionnelle versées par les médecins adhérents.

#### Article 1<sup>er</sup>

##### *Les parties au contrat*

Les parties au contrat de bonne pratique sont :

- d'une part, les caisses nationales d'assurance maladie ;
- d'autre part, les syndicats représentatifs des médecins libéraux.

Les parties ci-dessus identifiées sont désignées au présent contrat sous le terme de parties au contrat.

## Article 2

*Champ du contrat*

Sont concernés les médecins libéraux, spécialistes en anesthésie réanimation installés à la date d'adhésion au contrat :

- qui ne sont pas autorisés à pratiquer des tarifs différents au sens des alinéas *b* et *c* de l'article 12 de l'arrêté du 13 novembre 1998 susvisé ou,
- qui sont autorisés à pratiquer des tarifs différents au sens des alinéas *b* et *c* de l'article 12 de l'arrêté du 13 novembre 1998 susvisé et dont le montant total des honoraires ne comporte pas plus de 35 % de dépassement par rapport aux tarifs opposables, soit un ratio « honoraires sans dépassements/honoraires totaux » égal ou supérieur à 65 % (système d'information interrégimes 2003).

A titre de critère d'adhésion au contrat, le médecin doit attester avant son adhésion d'une activité minimale, correspondant à un nombre de consultations d'anesthésie supérieur à 800, en 2003 calculée à partir du système d'information interrégimes 2003.

Pour les médecins installés en 2003, le seuil d'activité minimale sera calculé au *pro rata temporis*.

Les médecins installés en 2004 sont dispensés de ce seuil mais devront justifier d'au moins cinq mois d'activité dans l'année à la date de la signature du contrat.

## Article 3

*Objet du contrat relatif à la fonction de suivi péri-opératoire et postopératoire des anesthésistes réanimateurs*

Ce contrat est destiné à améliorer la sécurité du suivi péri-opératoire, par la définition consensuelle et explicite du partage des actions coordonnées entre l'opérateur lui-même et l'anesthésiste réanimateur au sein de l'équipe qu'ils forment.

Ce contrat participe à la régulation médicale du système de soins. Il accompagne ainsi la coordination des soins par la structuration de l'équipe pluridisciplinaire autour du patient hospitalisé.

Cette activité s'effectue dans le cadre du respect des normes et réglementations en vigueur et ainsi que des référentiels et accords de bon usage des soins existants.

Le suivi de ce dispositif est fondé sur la traçabilité de toutes les actions effectuées ou organisées, ceci afin de pouvoir, à terme, en évaluer la pertinence et l'efficacité.

## Article 4

*Les engagements de l'anesthésiste réanimateur*

L'anesthésiste réanimateur adhérent au présent contrat de bonne pratique s'engage à s'impliquer dans un processus de qualité, notamment par l'application des références opposables et des recommandations de bonne pratique.

L'anesthésiste-réanimateur adhérent au présent contrat de bonne pratique doit assurer la tenue des documents de suivi et de coordination relevant de son domaine en coopération avec l'opérateur et en relation avec le médecin traitant.

## 4.1. La coordination :

Dès l'entrée en vigueur du présent contrat, les modalités de coordination et le champ de compétence des différents intervenants en service chirurgical ou obstétrical sont formalisées.

Ce document délimite et protocolise, au profit du patient hospitalisé hors des services de soins intensifs ou de réanimation, entre les partenaires de l'équipe, les actions assurant le meilleur suivi du patient en dehors des situations de détresse ou d'urgence, et la continuité des soins.

Sont particulièrement organisés et décrits le suivi médical et la prise en charge :

- des affections médicales préexistantes et antérieures ;
- des complications péri-opératoire et postopératoires chirurgicales ou obstétricales ;
- des affections nosocomiales ;
- des affections découvertes ou révélées au décours de l'hospitalisation ;
- la coordination interdisciplinaire nécessitée par l'état du patient.

Ce document est présenté à la conférence médicale d'établissement.

## 4.2. Les documents médicaux associés :

Le dossier médical du patient hospitalisé doit être complété des informations suivantes :

- les éléments de la traçabilité des prescriptions post-opératoires, voire des rendez-vous d'examens complémentaires programmés (les comptes rendus d'examens, déjà réalisés, seront joints). A cet effet, le compte rendu des visites de suivi et prescriptions effectuées par l'anesthésiste-réanimateur sera noté de manière systématique ;
- lorsque le médecin anesthésiste-réanimateur demande un suivi, un avis médical chirurgical, ou paramédical en péri-opératoire, les documents relatifs à ces demandes devront mentionner les motifs du recours aux soins et seront versés au dossier médical du patient hospitalisé.

Les conclusions de la consultation d'anesthésie sont laissées à la disposition de l'opérateur.

Tous ces éléments seront conservés dans le dossier médical du patient hospitalisé.

## Article 5

### *Les engagements de l'assurance maladie*

#### 5.1. Rémunération forfaitaire :

Le forfait de coordination et de suivi péri-opératoire d'anesthésie réanimation tient compte du niveau d'activité du praticien en tarif opposable sur l'année 2004.

La rémunération forfaitaire est fixée à :

	MÉDECINS EXERÇANT en secteur I (1)	MÉDECINS AUTORISÉS À PRATIQUER des honoraires différents réalisant 60 % et plus de leurs actes en CS en tarifs opposables	MÉDECINS AUTORISÉS À PRATIQUER des honoraires différents réalisant entre 15 et 60 % de leurs actes en CS en tarifs opposables
Montant de la rémunération forfaitaire	5 500 €	3 000 €	2 000 €
(1) Hors droit permanent à dépassement.			

Pour les praticiens installés en 2004 et justifiant d'au moins cinq mois d'activité dans l'année, le montant de cette rémunération est calculé au *pro rata temporis* de la durée d'activité.

Cette rémunération forfaitaire fait l'objet d'un versement annuel unique effectué à l'anesthésiste-réanimateur, à l'issue de l'exercice 2004, sous réserve du respect des conditions et des engagements prévus.

Ce versement est conditionné au respect des critères d'activité sur l'année 2004, mais pourra toutefois être anticipé sur la base des résultats d'activité 2003.

#### 5.2. Une participation des caisses aux primes de responsabilité civile professionnelle pour les médecins adhérents :

L'assurance maladie apportera une aide aux médecins adhérant au présent contrat de bonne pratique sous réserve :

- du respect des critères d'adhésion définis à l'article 2 ;
- que leur prime d'assurance rapportée à l'année civile soit, pour l'année 2003, d'un niveau égal ou supérieur à 1 000 €.

Cette aide sera égale, pour les médecins exerçant en secteur I, à la différence entre l'appel des cotisations au titre de l'exercice 2004 et la cotisation réglée en 2000, hors majoration liée à un sinistre avéré et dans la limite d'un plafond ne pouvant excéder 4 000 € par praticien.

Pour les médecins autorisés à pratiquer des honoraires, cette aide sera égale à une part de la différence entre l'appel des cotisations au titre de l'exercice 2004 et celui réglé en 2000 hors majoration liée à un sinistre avéré (dans la limite d'un plafond ne pouvant excéder 4 000 € par praticien).

Le montant de cette aide est fixé comme suit :

	MÉDECINS EXERÇANT en secteur I (1)	MÉDECINS AUTORISÉS À PRATIQUER des honoraires différents réalisant 60 % et plus de leurs actes en CS en tarifs opposables	MÉDECINS AUTORISÉS À PRATIQUER des honoraires différents réalisant entre 15 et 60 % de leurs actes en CS en tarifs opposables
Part de la différence entre les primes RCP prise en charge dans la limite de 4 000 € .....	100 %	80 %	60 %
(1) Hors droit permanent à dépassement.			

Cette aide est versée, sous forme d'un versement unique correspondant à l'exercice 2004, au médecin par la caisse d'assurance maladie du lieu d'exercice professionnel du médecin spécialiste sur présentation d'un justificatif.

## Article 6

*Modalités d'adhésion*

Les médecins ayant, ou n'ayant pas, adhéré au contrat de pratiques professionnelles intégré au règlement conventionnel minimal par l'arrêté du 19 décembre 2003 peuvent adhérer au présent contrat de bonne pratique, sous réserve du respect :

- des critères d'adhésion définis à l'article 2 ;
- et notamment du respect de la pratique d'honoraires sans dépassement évoquée à l'article 2 pour les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents.

Le médecin formalise son adhésion au présent contrat de bonne pratique par la signature de l'acte d'adhésion joint en annexe dans le mois qui suit sa publication au *Journal officiel*.

Lorsque le médecin ne respecte pas les dispositions du contrat de bonne pratique, la caisse de son lieu d'exercice professionnel l'informe, par lettre recommandée avec accusé de réception, des faits qui lui sont reprochés et des conséquences. Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au praticien la fin d'adhésion.

La mesure encourue est le non-paiement de la rémunération forfaitaire visée aux articles 5-1 et 5-2. Si le non-respect des engagements est constaté après le versement de la rémunération forfaitaire, la caisse peut procéder à d'éventuelles actions en récupération de la somme indûment versée.

## Article 7

*Echéance du contrat de bonne pratique*

Le présent contrat porte sur l'année 2004. Mais les médecins pourront y adhérer jusqu'au 31 mars 2005.

**CONTRAT DE BONNE PRATIQUE RELATIF À LA FONCTION DE SUIVI PÉRI-OPÉRATOIRE ET POST-OPÉRATOIRE EN ANESTHÉSIE RÉANIMATION**

**Acte d'adhésion**

A remplir par le médecin qui l'adresse en deux exemplaires à la caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire

## Identification du médecin

Je soussigné(e), nom : .....  
 Prénom : .....  
 Numéro d'identification (qui figure également sur mes feuilles de soins) : .....  
 Adresse de mon lieu d'exercice principal : .....

déclare adhérer au contrat de bonne pratique relatif à la fonction de suivi péri-opératoire et postopératoire en anesthésie-réanimation et en respecter les dispositions.

*Cachet du médecin*

Date : .....

*Signature du médecin*

## Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée le ..... à effet du .....

Adhésion non enregistrée et motif : .....

*Cachet de la caisse*

Date : .....

## ANNEXE IX

**CONTRAT DE BONNE PRATIQUE PORTANT  
 SUR LA RÉALISATION D'ÉCHOGRAPHIES OBSTÉTRICALES**

Vu :

- l'arrêté du 13 novembre 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale ;

- l'arrêté du 12 août 1999 modifiant le règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale ;
- l'arrêté du 22 septembre 2003 modifiant le règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale ;
- l'arrêté du 19 décembre 2003 modifiant le règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale ;
- la loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie ;
- l'accord du 10 janvier 2003 entre les caisses nationales d'assurance maladie et quatre syndicats représentatifs des médecins libéraux ;
- l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale.

### *Préambule*

La Nomenclature générale des actes professionnels prend mal en compte la complexité de la réalisation des échographies obstétricales. Par ailleurs, la Nomenclature des actes d'échographies obstétricales est mal adaptée à la pratique du dépistage systématique des malformations fœtales en France.

De plus, les médecins spécialistes réalisant des échographies obstétricales ont constaté une augmentation de leurs primes d'assurance en responsabilité civile professionnelle depuis l'année 2001.

Les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux estiment qu'une analyse des données relatives aux incidents médicaux, d'une part, ainsi qu'une gestion des risques médicaux impliquant les professionnels concernés dans un processus de qualité, d'autre part, sont de nature à améliorer les conditions d'assurabilité des médecins.

Les parties au présent contrat ne méconnaissent pas les réponses qui pourront être apportées à ces questions, notamment par des évolutions législatives et réglementaires créant un observatoire des risques médicaux ainsi qu'une accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins exerçant en établissements de santé.

Le présent contrat de bonne pratique ne peut donc être qu'un dispositif transitoire, destiné à prendre fin à la date d'entrée en vigueur de la classification commune des actes médicaux techniques et de la prise en compte, dans le coût de la pratique intégrée à cette dernière, des montants des primes d'assurance en responsabilité civile professionnelle. Ce contrat porte sur la réalisation des échographies obstétricales.

Une démarche de même nature sera proposée aux médecins généralistes conventionnés libéraux réalisant des échographies obstétricales dans le cadre d'un contrat de bonne pratique.

### Article 1<sup>er</sup>

#### *Les parties au contrat*

Les parties au contrat de bonne pratique sont :

- d'une part, les caisses nationales d'assurance maladie ;
- d'autre part, les syndicats représentatifs des médecins libéraux.

Les parties ci-dessus identifiées sont désignées au présent contrat sous le terme de parties au contrat.

### Article 2

#### *Champ du contrat*

Sont concernés les médecins libéraux spécialistes installés à la date d'adhésion au contrat :

- qui ne sont pas autorisés à pratiquer des tarifs différents au sens des alinéas *b* et *c* de l'article 12 de l'arrêté du 13 novembre 1998 susvisé ;
- qui sont autorisés à pratiquer des tarifs différents au sens des alinéas *b* et *c* de l'article 12 de l'arrêté du 13 novembre 1998 susvisé et dont le montant total des honoraires ne comporte pas plus de 35 % de dépassement par rapport aux tarifs opposables, soit un ratio « honoraires sans dépassements/honoraires totaux » égal ou supérieur à 65 %.

A titre de critère d'adhésion au contrat, le médecin doit attester d'une activité, correspondant à un seuil minimum annuel qui ne pourra être inférieur à 380 échographies obstétricales, calculé sur l'année civile précédant l'année d'adhésion au contrat.

Pour les médecins installés en 2003, le seuil d'activité sera calculé au *pro rata temporis*.

Les médecins installés en 2004 sont dispensés de ce seuil mais devront justifier d'au moins cinq mois d'activité d'échographie obstétricale dans l'année de signature du contrat.

### Article 3

#### *Objet du contrat*

Ce contrat concerne la réalisation d'échographies obstétricales :

1. Avec un équipement de qualité composé :
  - d'un échographe de moins de sept ans disposant du doppler pulsé, du ciné-loop et d'une capacité de stockage d'au moins 200 images ;
  - d'au moins deux sondes, dont une endovaginale,
  - d'un carnet de surveillance dans lequel doivent être consignés les interventions techniques sur l'appareil ainsi que ses éventuels dysfonctionnements.
2. Donnant lieu à un compte rendu détaillé. Lorsque le Comité national technique de l'échographie de dépistage prénatal aura défini le contenu de ce CR, le professionnel adhérent aura l'obligation d'utiliser ce document type.

#### Article 4

##### *Engagements du professionnel*

Le médecin spécialiste adhérent au présent contrat de bonne pratique s'engage à s'impliquer dans un processus de qualité, notamment par l'application des références opposables et des recommandations de bonne pratique.

Le médecin spécialiste adhérent au présent contrat de bonne pratique s'engage à pratiquer les échographies obstétricales dans les conditions visées à l'article 3 et à transmettre au service médical sur sa demande le compte rendu des échographies obstétricales ainsi que les éléments permettant la réalisation du contrôle de qualité des équipements utilisés.

#### Article 5

##### *Engagements de l'assurance maladie*

##### 5.1. Rémunération forfaitaire :

En contrepartie de ses engagements, le praticien percevra une rémunération forfaitaire, définie dans le tableau ci-dessous, en fonction de l'activité du praticien facturée sur l'année 2004.

Avec son acte d'adhésion, le praticien devra adresser à la caisse du lieu de son exercice un document attestant du nombre d'échographies réalisées en 2003. Le praticien produira sur demande de la caisse d'assurance maladie tous les éléments permettant de vérifier cette déclaration.

Le montant de cette rémunération est fixé comme suit :

NIVEAU D'ACTIVITÉ 2004 Nombre d'échographies obstétricales	MÉDECINS EXERÇANT en secteur I (1)	MÉDECINS AUTORISÉS À PRATIQUER des honoraires différents réalisant 30 % et plus de leurs actes en KE en tarifs opposables	MÉDECINS AUTORISÉS À PRATIQUER des honoraires différents réalisant entre 10 et 30 % de leurs actes en KE en tarifs opposables
Inférieur à 1500 .....	2 000 €	1 500 €	1 000 €
Egal ou supérieur à 1500 .....	4 000 €	3 000 €	2 000 €
(1) Hors droit permanent à dépassement.			

Pour les praticiens installés en 2004 et justifiant d'au moins cinq mois d'activité dans l'année, le montant de cette rémunération est calculé au *pro rata temporis* de la durée d'activité.

Sous réserve du respect des conditions et des engagements contractuels, la caisse d'assurance maladie du lieu d'exercice du praticien lui versera ce forfait sous forme d'un versement unique à l'issue de l'exercice 2004. Ce versement est conditionné au respect des critères d'activité sur l'année 2004, mais pourra toutefois être anticipé sur la base des résultats d'activité 2003.

##### 5.2. Participation des caisses aux primes de responsabilité civile professionnelle (RCP) pour les médecins adhérents :

L'assurance maladie apportera une aide aux médecins adhérent au présent contrat de bonne pratique sous réserve :

- du respect des critères d'adhésion définis à l'article 2 ;
- que leur prime d'assurance rapportée à l'année civile soit, pour l'année 2003, d'un niveau égal ou supérieur à 1 000 €.

Cette aide sera égale, pour les médecins exerçant en secteur I, à la différence entre l'appel des cotisations au titre de l'exercice 2004 et celui réglé en 2001 hors majoration liée à un sinistre avéré (dans la limite d'un plafond ne pouvant excéder 4 000 € par praticien).

Pour les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents, cette aide sera égale à une part de la différence entre l'appel des cotisations au titre de l'exercice 2004 et celui réglé en 2001 hors majoration liée à un sinistre avéré (dans la limite d'un plafond ne pouvant excéder 4 000 € par praticien).

Le montant de cette aide est fixé comme suit :

	MÉDECINS EXERÇANT en secteur I (1)	MÉDECINS AUTORISÉS À PRATIQUER des honoraires différents réalisant 30 % et plus de leurs actes en KE en tarifs opposables	MÉDECINS AUTORISÉS À PRATIQUER des honoraires différents réalisant entre 10 et 30 % de leurs actes en KE en tarifs opposables
Part de la différence entre les primes RCP prise en charge dans la limite de 4 000 € .....	100 %	80 %	60 %
(1) Hors droit permanent à dépassement.			

Cette aide est versée, sous forme d'un versement unique correspondant à l'exercice 2004, au médecin par la caisse d'assurance maladie du lieu d'exercice professionnel du médecin spécialiste sur présentation d'un justificatif.

## Article 6

### *Modalités d'adhésion*

Les médecins ayant, ou n'ayant pas, adhéré au contrat de pratiques professionnelles intégré au règlement conventionnel minimal par l'arrêté du 19 décembre 2003 peuvent adhérer au présent contrat de bonne pratique, sous réserve du respect :

- des critères d'adhésion définis à l'article 2 ;
- et notamment du respect de la pratique d'honoraires sans dépassement évoquée à l'article 2 pour les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents.

Le médecin formalise son adhésion au contrat de bonne pratique par la signature de l'acte d'adhésion joint en annexe au plus tard dans le mois qui suit sa publication au *Journal officiel*.

Lorsque le médecin ne respecte pas les dispositions du contrat de bonne pratique, la caisse de son lieu d'exercice professionnel l'informe, par lettre recommandée avec accusé de réception, des faits qui lui sont reprochés et des conséquences. Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au praticien la fin d'adhésion. La mesure encourue est le non-paiement des contreparties financières prévues aux articles 5-1 et 5-2. Si le non-respect des engagements est constaté après le versement de la rémunération forfaitaire, la caisse peut procéder à d'éventuelles actions en récupération de la somme indûment versée.

## Article 7

### *Echéance du contrat de bonne pratique*

Le présent contrat porte sur l'année 2004. Mais les médecins pourront y adhérer jusqu'au 31 mars 2005.

### CONTRAT DE BONNE PRATIQUE PORTANT SUR LA RÉALISATION D'ÉCHOGRAPHIES OBSTÉTRICALES \*

#### **Acte d'adhésion**

A remplir par le médecin qui l'adresse en deux exemplaires à la caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire

#### Identification du médecin

Je, soussigné(e), nom : .....

Prénom : .....

Numéro d'identification (qui figure également sur mes feuilles de soins) : .....

Adresse de mon lieu d'exercice principal : .....

Déclare adhérer au contrat de bonne pratique portant sur la réalisation d'échographies obstétricales et en respecter les dispositions.

*Cachet du médecin*

Date : .....  
*Signature du médecin* .....

Accusé de réception de la caisse

- Adhésion enregistrée le ..... à effet du .....
- Adhésion non enregistrée et motif :.....  
*Cachet de la caisse d'assurance maladie*

Date : .....

## ANNEXE X

### CONTRAT POUR L'ORGANISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES

Conclu entre :

L'union régionale des caisses d'assurance maladie de .....  
ci-après appelée « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »,  
D'une part,

Et :

Le réseau des chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs exerçant dans le cadre de services d'urgence de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n° [UPATPOU, SAU, POSU] et dans le cadre d'un établissement autorisé à fonctionner en établissement relais conformément à l'article R. 712-69 du code de la santé publique ci-après appelé « le réseau »,  
D'autre part.

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des urgences, les chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs du réseau s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles des urgences annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de professionnels du réseau devant, pour chaque période, assurer une présence sous la forme d'une astreinte opérationnelle de 12 heures assurée les nuits, week-ends et jours fériés.

Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des astreintes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 150 € par période d'astreinte opérationnelle de 12 heures assurée les nuits, week-ends et jours fériés.

## ANNEXE XI

### CONTRAT POUR L'ORGANISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES À LA PERMANENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES ACCOUCHEMENTS DANS LES UNITÉS D'OBSTÉTRIQUE MENTIONNÉES À L'ARTICLE D. 712-75 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET PRATIQUANT PLUS DE 1 500 ACCOUCHEMENTS PAR AN

Conclu entre :

L'union régionale des caisses d'assurance maladie de .....  
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »,  
D'une part,

Et :

Le réseau des gynécologues obstétriciens exerçant dans le cadre de l'unité d'obstétrique de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n° ..... ci-après appelée « le réseau »,  
D'autre part.

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1 500 accouchements, les gynécologues obstétriciens s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de gynécologues obstétriciens devant assurer, en application du 18<sup>e</sup> alinéa de l'article D. 712-84 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit (de 20 heures à 8 heures), les dimanches ou les jours fériés (de 8 heures à 20 heures).

Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68 € par période de garde assurée.

## ANNEXE XII

CONTRAT POUR L'ORGANISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES À LA PERMANENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES ACCOUCHEMENTS DANS LES UNITÉS D'OBSTÉTRIQUE MENTIONNÉES À L'ARTICLE D. 712-75 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE RÉALISANT PLUS DE 1 500 ACCOUCHEMENTS PAR AN

Conclu entre :

L'union régionale des caisses d'assurance maladie de .....  
ci-après appelée « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »,

D'une part,

Et :

Le réseau des anesthésistes réanimateurs exerçant dans le cadre de l'unité d'obstétrique de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n° ..... ci-après appelée « le réseau »,

D'autre part.

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1 500 accouchements, les anesthésistes réanimateurs s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre d'anesthésistes réanimateurs devant assurer, en application du 19<sup>e</sup> alinéa de l'article D. 712-84 code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit (de 20 heures à 8 heures), les dimanches ou les jours fériés (de 8 heures à 20 heures).

Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68 € par période de garde assurée.

## ANNEXE XIII

CONTRAT POUR L'ORGANISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES À LA PERMANENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS EN UNITÉS DE RÉANIMATION NÉONATALE MENTIONNÉE À L'ARTICLE D. 712-98 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DANS LES UNITÉS DE NÉONATOLOGIE PRATIQUANT LES SOINS INTENSIFS DE NÉONATOLOGIE MENTIONNÉE À L'ARTICLE D. 712-90 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Conclu entre :

L'union régionale des caisses d'assurance maladie de ..., ci-après appelée « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »,

D'une part,

Et :

Le réseau des pédiatres exerçant dans le cadre de l'unité de réanimation néonatale de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n° ..... ou de l'unité de néonatalogie pratiquant des soins intensifs de néonatalogie dans le cadre de l'autorisation n° ....., ci-après appelé « le réseau »,

D'autre part.

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la surveillance et de la prise en charge des soins spécialisés des nouveau-nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance ou présente des détresses graves ou des risques vitaux, les pédiatres s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de pédiatres devant assurer, en application du D. 712-96 ou du 1<sup>er</sup> de l'article D. 712-101 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit, de 20 heures à 8 heures, les dimanches ou les jours fériés de 8 heures à 20 heures.

Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68 € par période de garde assurée.

## ANNEXE XIV

CONTRAT POUR L'ORGANISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES À LA PERMANENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS EN UNITÉS DE RÉANIMATION PRÉVUE À L'ARTICLE D. 712-106 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Conclu entre :

L'union régionale des caisses d'assurance maladie de ....., ci-après appelée « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »,

D'une part,

Et :

Le réseau des médecins spécialistes disposant d'une qualification en réanimation médicale exerçant dans le cadre de l'unité de réanimation de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n° ....., ci-après appelé « le réseau »,

D'autre part.

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge de patients présentant plusieurs défaillances viscérales mettant en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance, les médecins spécialistes mentionnés à l'article D. 712-108 du code de la santé publique s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de médecins spécialistes concernés devant assurer, en application de l'article D. 712-106 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde la nuit, de 20 heures à 8 heures, les dimanches ou les jours fériés, de 8 heures à 20 heures.

Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68 € par période de garde assurée.

## ANNEXE XV

### CONTRAT POUR L'ORGANISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES À LA PERMANENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS EN UNITÉS DE SOINS INTENSIFS CARDIOLOGIQUES PRÉVUE À L'ARTICLE D. 712-117 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Conclu entre :

L'union régionale des caisses d'assurance maladie de ....., ci-après appelée : « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »,

D'une part,

Et :

Le réseau des médecins spécialistes mentionnés à l'article D. 712-19 du code de la santé publique exerçant dans le cadre de l'unité de soins intensifs cardiologiques de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n° ....., ci-après appelé « le réseau »,

D'autre part.

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins intensifs cardiologiques, les médecins spécialistes mentionnés à l'article D. 712-119 du code de la santé publique s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de médecins spécialistes concernés devant assurer, en application de l'article D. 712-117 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde la nuit, de 20 heures à 8 heures, les dimanches ou les jours fériés, de 8 heures à 20 heures.

Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68 € par période de garde assurée.