

## SANTÉ

### PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE  
ET DES FINANCES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

Union nationale des caisses d'assurance maladie

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

*Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins*

*Direction de l'offre de soins*

Département des professions de santé  
[structures.pluripro@cnamts.fr](mailto:structures.pluripro@cnamts.fr)

*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction du financement du système de soins

Bureau des relations avec les professionnels de santé  
Myriam Benhammou / Laurent Butor  
[dss-cooperations@sante.gouv.fr](mailto:dss-cooperations@sante.gouv.fr)

#### **Instruction DSS/SD1B/CNAMTS/DPROF n° 2015-142 du 24 avril 2015 relative à la mise en œuvre du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité**

NOR : AFSS1510433J

Validée par le CNP le 24 avril 2015. – Visa CNP 2015-74.

*Date d'application* : immédiate.

*Résumé* : modalités de mise en œuvre du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité, publié le 27 février 2015.

*Mots clés* : coordination entre professionnels de santé – ENMR – règlement arbitral.

*Références* :

Code de la santé publique ;

Code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité.

*Annexes* :

Annexe 1. – Présentation du dispositif.

Annexe 2. – Circuit de traitement des demandes de contractualisation.

Annexe 3. – Liste des pièces du dossier de demande de souscription au contrat.

Annexe 4. – Contrat type relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité.

Annexe 5. – Charte d'engagement vis-à-vis des patients.

Annexe 6. – Tableau de remontée des contrats signés (fait l'objet d'un envoi particulier aux services).

Annexe 7. – Fiches par indicateur.

Annexe 8. – Note méthodologique relative au contrat proposé aux structures interprofessionnelles de proximité.

Annexe 9. – FAQ soins de proximité.

*La ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de l'économie et des finances et le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé (pour application); Mesdames et Messieurs les directeurs des caisses primaires d'assurance maladie (pour application).*

## INSTRUCTION RELATIVE À LA MISE EN ŒUVRE DU RÈGLEMENT ARBITRAL APPLICABLE AUX STRUCTURES DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES DE PROXIMITÉ

Avril 2015

### TABLE DES MATIÈRES

#### Introduction

1. Rappel du contenu du règlement arbitral
2. Description des indicateurs
3. Identification des structures éligibles et promotion du dispositif
  - 3.1. Structures éligibles
  - 3.2. Promotion du nouveau mode de contractualisation auprès des structures
4. Circuit d'analyse des demandes de contractualisation
  - 4.1. Réception et examen administratif des demandes de souscription du contrat par les CPAM
  - 4.2. DCGDR / ARS: Examen et décision sur les demandes de souscription du contrat
  - 4.3. Organisation de la signature du contrat par la CPAM de rattachement de la structure
  - 4.4. Remontée des contrats signés au niveau national
5. Calcul des avances au niveau national
6. Liquidation et paiement des avances
7. Mise en place des comités de suivi des structures pluriprofessionnelles
  - 7.1. Comité national de pilotage des structures pluriprofessionnelles
  - 7.2. Comités régionaux de suivi des structures pluriprofessionnelles
8. Accompagnement et suivi par les ARS des structures pluriprofessionnelles

#### Annexes

- Annexe 1: Présentation du dispositif (diaporama joint à ce document)
- Annexe 2: Circuit de traitement des demandes de contractualisation
- Annexe 3: Liste des pièces du dossier de demande de souscription au contrat
- Annexe 4: Contrat type relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité
- Annexe 5: Charte d'engagement vis-à-vis des patients au format word
- Annexe 6: Tableau de remontée des contrats signés (fait l'objet d'un envoi particulier aux services)
- Annexe 7: Fiches par indicateur:
  - Fiche Indicateur « Accès aux soins – Socle »
  - Fiche Indicateur « Accès aux soins – Missions complémentaires définies au niveau régional »
  - Fiche Indicateur « Accès aux soins – Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et/ou paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure »
  - Fiche Indicateur « Accès aux soins – Organisation de consultations de spécialistes de second recours ou sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure »
  - Fiche Indicateur: « Travail en équipe/Coordination – Partage et structuration de l'information »
  - Fiche Indicateur: « Travail en équipe/Coordination – Partage et structuration de l'information »
  - Fiche Indicateur: « Travail en équipe/Coordination – Coordination externe »

- Fiche Indicateur: « Travail en équipe/Coordination – Formation de professionnels de santé »
- Fiche Indicateur: « Travail en équipe/Coordination – Protocoles pluri-professionnels »
- Fiche Indicateur « Travail en équipe/Coordination – Revues de dossiers »

Annexe 8: Note méthodologique relative au contrat proposé aux structures interprofessionnelles de proximité (note jointe à ce document)

Annexe 9: FAQ soins de proximité

## Introduction

Le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité a été approuvé par arrêté du 23 février 2015 publié au *Journal officiel* du 27 février 2015.

Ce règlement arbitral a pour objectif de pérenniser les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) des structures de santé pluriprofessionnelles formalisées (maisons de santé au sens de l'article L. 6323-3 du code de la santé publique<sup>1</sup> et centres de santé) mises en place dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, arrivées à échéance le 31 décembre 2014, en les faisant entrer dans le champ conventionnel.

Cette entrée généralise le financement de la coordination dans les structures mentionnées plus haut, sous réserve de la signature d'un contrat, sans limitation en nombre de structures concernées.

Le règlement arbitral se substitue à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) dont la négociation n'a pas abouti fin octobre 2014. Il est arrêté pour une durée de cinq ans. Toutefois les partenaires conventionnels doivent engager une négociation en vue d'élaborer un nouvel accord dans les deux ans suivant son entrée en vigueur. Cette obligation n'impose pas l'obligation de conclure un nouvel accord dans ces délais. On peut donc considérer que la durée d'application du règlement arbitral décrit dans cette instruction est bien de cinq ans.

Il met en place une rémunération spécifique aux structures pluriprofessionnelles en contrepartie d'un certain nombre d'engagements reposant sur 3 axes :

- l'accès aux soins ;
- le travail en équipe ;
- l'utilisation d'un système informationnel partagé.

Des instructions ont d'ores-et-déjà été communiquées aux DCGDR et transmises aux CPAM (message DCGDR du 13 mars 2015) et aux référents en ARS concernant la phase accélérée de contractualisation et de versement de l'avance au titre de l'année 2015 pour les structures précédemment intégrées dans les ENMR.

Les présentes instructions visent à vous présenter les modalités de gestion du dispositif et plus particulièrement :

- le détail des engagements du contrat ;
- la promotion du dispositif ;
- le circuit d'analyse des demandes de contractualisation des structures pluriprofessionnelles (incluses précédemment dans les ENMR ou nouvelles structures) ;
- les modalités de contractualisation ;
- les modalités de remontées des contrats signés au niveau national pour le calcul des avances versées aux structures.

Les modalités de suivi du respect des engagements et de calcul de la rémunération feront l'objet d'instructions complémentaires.

Cette instruction vise la mise en œuvre du règlement arbitral, essentiellement dans la phase de contractualisation, sans préjudice des dispositifs partenariaux mis en place au plan local et régional pour accompagner l'élaboration du projet porté par les professionnels.

La mise en œuvre du règlement arbitral permet de poursuivre les objectifs ministériels de la stratégie nationale de santé et du pacte territoire santé. En effet, l'évaluation des expérimentations a montré que les structures pluriprofessionnelles permettent d'améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des patients. Elles renforcent également l'attractivité des professions de santé, et permettent de lutter efficacement contre la désertification médicale. Ces objectifs stratégiques correspondent à des enjeux forts pour le système de soins, qui justifient un objectif opérationnel ambitieux : déployer dans les territoires 1 000 maisons de santé pluriprofessionnelles d'ici 2017. Les agences régionales de santé jouent un rôle clef dans l'atteinte de cet objectif en phase avec les projets régionaux de santé, au regard de leur action en faveur du virage ambulatoire et de l'amélioration des parcours de santé, en particulier dans les territoires fragiles.

### 1. Rappel du contenu du règlement arbitral

En application du règlement arbitral, afin de bénéficier de la rémunération prévue au titre de la coordination, les structures doivent signer avec l'ARS et la CPAM un contrat tripartite d'une durée de cinq ans, conforme au contrat-type annexé au règlement arbitral et figurant à l'annexe 4 de la présente instruction.

---

<sup>1</sup> Maisons de santé mono ou multisites (appelées usuellement « pôles de santé »).

La modélisation de cette rémunération la rapproche de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) prévue dans le cadre de la convention médicale. Elle repose sur :

- la distinction entre les engagements « socle » pour chacun des trois axes d'engagement, prérequis pour toute rémunération, et des engagements optionnels ou bonus, modulables pour certains au niveau local ;
- la distinction, pour les engagements « socle » comme optionnels, d'une part fixe et d'une part variable, liée à la taille de la patientèle ;
- un calcul du niveau de rémunération en fonction du respect des engagements, mesuré par des indicateurs et selon un système de points (1 point = 7 €).

Est joint pour mémoire le diaporama présentant le contenu du règlement arbitral (cf. annexe I – Diaporama).

## 2. Description des indicateurs

Pour chaque engagement du contrat une fiche récapitule le contenu et les caractéristiques de l'indicateur :

- critère socle ou optionnel ;
- rémunération :
  - fixe ou variable en fonction de la patientèle de la structure ;
  - nombre de points ;
- description précise de l'indicateur ;
- type de justificatif demandé pour attester du respect de l'engagement ;
- réponses aux questions posées par les CPAM et les ARS à la suite des premières instructions.

Cf. annexe 7 – Fiches par indicateur.

Par ailleurs, une note méthodologique détaille le fonctionnement du contrat et notamment les conditions de déclenchement de la rémunération, le calcul de la patientèle et du taux de précarité (cf. annexe 8 – Note méthodologique).

## 3. Identification des structures éligibles et promotion du dispositif

### 3.1. Structures éligibles

Sont éligibles à la signature d'un contrat :

- les maisons de santé pluriprofessionnelles mono ou multi site<sup>2</sup> :
  - constituées en société dont le statut juridique permet de percevoir des rémunérations de l'assurance maladie ; en l'état de la réglementation, seules les sociétés constituées sous forme de SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoire) ont la possibilité de percevoir ce type de rémunération de l'assurance maladie ;
  - ou à titre dérogatoire, des professionnels ou une structure non encore constitués sous la forme juridique requise (donc sous forme de SISA actuellement) : ces professionnels ou ces structures peuvent signer un contrat (signature du contrat par l'ensemble des professionnels) sous réserve de l'engagement des membres de se constituer sous cette forme dans un délai maximum de six mois<sup>3</sup> à compter de la signature du contrat : cet engagement doit être formalisé expressément ;
- les centres de santé qui ont la possibilité de contractualiser pour l'année 2015 (qu'ils aient été inclus précédemment dans les ENMR ou non) dans l'attente de l'entrée en vigueur de l'accord national des centres de santé en cours de négociation.

L'accord national des centres de santé en cours de négociation devant intégrer une transposition des dispositions du règlement arbitral, des instructions complémentaires seront diffusées une fois cet accord national signé afin de vous préciser les modalités d'articulation entre le règlement arbitral et l'accord national des centres de santé.

### 3.2. Promotion du nouveau mode de contractualisation auprès des structures

La promotion de ce nouveau mode de contractualisation valorisant le travail de coordination des professionnels de santé au sein des structures pluriprofessionnelles est assurée prioritairement par les ARS. En effet, cette promotion s'inscrit pleinement dans le cadre de leurs missions d'organisa-

---

<sup>2</sup> Ayant un ou plusieurs sites géographiques.

<sup>3</sup> Potentiellement la constitution en SISA peut donc intervenir en année N+1 alors que la souscription du contrat a eu lieu en année N ; dans ce cas la rémunération au titre de l'année N peut avoir lieu dès lors qu'au moment du versement (en N + 1) la structure est constituée en SISA.

tion de la répartition de l'offre de soins sur le territoire, d'accompagnement ou d'aide à l'installation ou au regroupement des professionnels et d'accompagnement des porteurs de projet de maisons de santé pluriprofessionnelle, dont elles constituent, en phase précontractuelle, les interlocuteurs privilégiés.

Les CPAM peuvent, bien entendu, être associées à cette démarche de promotion notamment grâce à leur réseau d'accompagnement des professionnels de santé (délégués de l'assurance maladie, conseillers informatique service) en coordination avec le DCGDR.

#### **4. Circuit d'analyse des demandes de contractualisation**

Un schéma du circuit d'analyse des demandes de contractualisation est disponible en annexe 2.

##### *4.1. Réception et examen administratif des demandes de souscription du contrat par les CPAM*

Les structures intéressées (ou les professionnels de santé qui souhaitent constituer une structure (cf. supra) par le contrat en faveur du développement du travail en équipe pluriprofessionnelle doivent déposer un dossier constitué des pièces listées en annexe 3 auprès de leur CPAM de rattachement.

Rôle de la CPAM :

La CPAM procède à une première analyse du dossier déposé (vérification de la complétude du dossier) et, le cas échéant, contacte la structure pour demander la transmission de pièces complémentaires si le dossier n'est pas complet.

Elle donne un premier avis sur la recevabilité de la demande et transmet le dossier au DCGDR et à l'ARS pour examen.

Pour faciliter la constitution du dossier, les membres de la structure peuvent bien évidemment être reçus par la CPAM.

##### *4.2. DCGDR/ARS: examen et décision sur les demandes de souscription du contrat*

L'examen des demandes de souscription du contrat est réalisé conjointement par le DCGDR et l'ARS.

Dans ce cadre, il convient de mettre en place, au niveau régional, des réunions régulières de concertation entre les personnes en charge de ce dossier au niveau de l'ARS et de la coordination régionale de l'Assurance maladie afin d'examiner les dossiers reçus.

La fréquence de ce groupe de concertation est à définir en fonction du nombre de dossiers présentés au niveau de la région.

Ces réunions permettent de procéder à :

- la vérification de l'éligibilité de la structure au contrat ;
- l'examen par l'ARS de la cohérence du projet de santé de la structure avec le projet régional de santé ;
- l'étude par l'ARS de la possibilité d'accorder, si elle est demandée, une dérogation sur les amplitudes horaires d'ouverture de la structure en lien avec l'organisation régionale de la PDSA ;
- l'identification par l'ARS des missions de santé publique pouvant être proposées à la structure en vue d'une intégration au contrat (limite de 2 missions par contrat) notamment au regard du projet régional de santé. La liste des missions de santé publique présentes en annexe 4 du règlement arbitral est une liste fermée. Toutefois, bien évidemment, la structure peut participer à d'autres missions de santé publique dans un autre cadre avec, le cas échéant, la possibilité de bénéficier d'un autre mode de financement (notamment sur le fonds d'intervention régional – FIR). Pour assurer une cohérence d'ensemble à ces missions, il est possible d'annexer au contrat (issu du règlement arbitral) ces missions de santé publique auxquelles participe la structure et qui sont définies, voire financées, dans un autre cadre.

Les membres de la structure peuvent être reçus par ce groupe de concertation.

Au regard de ces éléments, le groupe de concertation arrête une décision sur la demande de souscription au contrat.

Les DCGDR transmettent les décisions prises aux CPAM de rattachement des différentes structures.

#### 4.3. Organisation de la signature du contrat par la CPAM de rattachement de la structure

La CPAM notifie à la structure la décision prise quant à sa demande de contractualisation.

En cas d'avis favorable à la signature du contrat

La CPAM de rattachement notifie à la structure la décision d'accord concernant sa demande de contractualisation et organise un rendez-vous avec la structure pour la signature du contrat (cf. annexe 4 – Contrat type au format word).

Afin de tenir compte des éventuelles contraintes d'organisation, ce rendez-vous peut être tripartite (structure/CPAM/ARS) ou avoir lieu entre la CPAM et la structure avant transmission du contrat à l'ARS pour signature.

A l'occasion de ce rendez-vous, sont remis à la structure (si ces documents n'ont pas été remis précédemment) :

- un exemplaire du règlement arbitral ;
- un exemplaire du contrat signé ;
- le modèle de la charte d'engagement vis-à-vis des patients (cf. annexe 5 – Charte d'engagement au format word) ;
- les fiches par indicateurs (cf. annexe 7 – Fiches par indicateur) ;
- la note méthodologique (cf. annexe 8 – Note méthodologie).

En cas de décision de refus de contractualisation

Les décisions de refus de contractualisation sont notifiées par la CPAM de rattachement aux structures non retenues pour signer un contrat par l'assurance maladie et l'ARS.

Cette notification précise :

- le(s) motif(s) de la décision (absence de cohérence entre le projet de santé de la structure et le projet régional de santé, etc.) ;
- la possibilité pour la structure de saisir le comité régional de suivi des structures pluriprofessionnelles de son lieu d'implantation dans un délai de deux mois suivant la réception du courrier notifiant le refus de contractualisation (cf. art. 10.1 du règlement arbitral).

#### 4.4. Remontée des contrats signés au niveau national

Pour le calcul des avances à verser aux structures ayant souscrit un contrat

Il est demandé aux DCGDR de transmettre mensuellement à la CNAMTS les informations relatives aux contrats signés dans leur région.

Dans ce cadre, un tableau de remontées est mis à disposition des caisses (cf. annexe 6 – Tableau de remontée des contrats signés). Il vise à recueillir l'ensemble des éléments nécessaires pour procéder au calcul de l'avance à verser à la structure :

- région/département ;
- identification de la structure (FINESS<sup>4</sup>, nom, type de structure) ;
- liste des professionnels associés ou salariés (N° AM pour les libéraux uniquement/N° RPPS/nom/prénom/spécialité des professionnels de santé avec menu déroulant).

Cette remontée est à réaliser, la dernière semaine de chaque mois, par mail à l'adresse générique structures.pluripro@cnamts.fr :

- la 1<sup>re</sup> remontée pour les contrats signés sera à réaliser la semaine du 25 au 29 mai 2015.

Pour le suivi du dispositif par l'administration centrale

Il est demandé aux ARS de transmettre trimestriellement les informations relatives aux contrats signés dans leur région, en utilisant le tableau de remontées mentionné plus haut.

Cette remontée est à réaliser la première semaine des mois de février, juin et octobre, par mail à l'adresse générique dss-cooperations@sante.gouv.fr.

### 5. Calcul des avances au niveau national

Comme indiqué à l'article 5.4 du règlement arbitral, un dispositif d'avance est mis en place afin de permettre aux structures d'engager les investissements nécessaires à l'atteinte des différents engagements du contrat.

---

<sup>4</sup> Les structures organisées sous forme de SISA doivent impérativement faire l'objet d'un enregistrement FINESS.

Le versement de cette avance doit intervenir :

- pour la 1<sup>re</sup> année de signature du contrat : dans les trois mois suivant la signature du contrat ;
- pour les années suivantes : au moment du versement du solde de la rémunération au titre de l'année précédente soit au plus tard le 30 avril.

Le montant de cette avance fait l'objet d'un calcul au niveau national. Il correspond à :

- 60 % de la somme qui serait versée pour un taux de réalisation de 100 % des engagements socles en prenant en compte le volume de patientèle constatée au 31 décembre de l'année précédant l'année de référence (cf. note méthodologique pour la définition de la patientèle prise en compte).

Les montants des avances à verser seront transmis par la CNAMTS aux DCGDR.

Rappel :

Le versement de l'avance ne peut intervenir qu'à la condition que le statut juridique de la structure le permette (SISA ou centre de santé).

Il convient donc de mettre en attente le versement de l'avance aux structures ne répondant pas à cette condition jusqu'à leur constitution en SISA (cf. point 3.1).

## 6. Liquidation et paiement des avances

Le versement des rémunérations (avances et soldes) est réalisé par la caisse de rattachement de la structure.

La création de codes prestations spécifiques pour la liquidation des rémunérations (avances et soldes) est en cours. Des instructions complémentaires vous seront diffusées une fois ces codes disponibles en production.

Dans l'attente, les avances au titre du contrat devront être versées selon les mêmes modalités que celles appliquées pour les structures ex-ENMR et doivent donc être réalisées par une saisie manuelle dans CAP en compte 656xxx11745.

Les taux de répartition à appliquer sont les suivants :

- ventilation M/A selon le taux : M = 98,19 % AT = 1,81 % ;
- ventilation RG/autres régimes selon la clef de répartition inter-régimes du FIR : RG = 85,4864 % AR : 14,5136 %.

*Remontées des avances versées aux structures ex-ENMR*

*Par ailleurs, il sera demandé aux DCGDR seconde quinzaine de mai de procéder à la remontée des informations relatives aux avances versées aux structures ex-ENMR dans le cadre de la phase accélérée de contractualisation (cf. message DCGDR du 13 mars 2015).*

## 7. Mise en place des comités de suivi des structures pluriprofessionnelles

### 7.1. Comité national de pilotage des structures pluriprofessionnelles

Conformément au règlement arbitral, ce comité a une double vocation d'impulsion et de coordination des actions menées tant au niveau national que local. Il a pour mission de :

- veiller au respect des dispositions du règlement arbitral ;
- émettre des avis en cas de difficultés rencontrées dans la désignation des membres d'un comité régional ;
- suivre la montée en charge des contrats conclus conformément au contrat type ;
- valider le cadre du suivi et des évaluations défini par l'assurance maladie et émettre un avis sur les conclusions relatives à ceux-ci (engagement de l'assurance maladie dans le RA à définir et mettre en place un programme d'évaluation du dispositif au plus tard un an après entrée en vigueur du RA).

Vous serez informés de la mise en place de ce comité national par de prochaines instructions.

### 7.2. Comités régionaux de suivi des structures pluriprofessionnelles

Conformément au règlement arbitral, des comités régionaux de suivi des structures pluriprofessionnelles doivent être mis en place dans chaque région.

Ce comité a pour mission d'assurer le suivi du présent règlement arbitral au niveau régional et a notamment pour objet de :

- veiller au respect des dispositions du règlement arbitral au niveau régional ;



- émettre des avis en cas de difficultés de mise en œuvre des contrats conclus conformément au contrat-type figurant en annexe 2;
- suivre la montée en charge des contrats conclus conformément au contrat-type figurant en annexe 2;
- émettre des avis en cas de saisine une structure dans les cas définis à l'article 10 du règlement arbitral:
  - sur une décision de refus de contractualisation;
  - sur une procédure de résiliation du contrat initiée par une caisse d'assurance maladie.

Une concertation entre le DCGDR et l'ARS sera organisée en amont des réunions des comités régionaux.

Les modalités de mise en place de ces comités régionaux feront l'objet d'une instruction spécifique. Cette mise en place n'interviendra qu'une fois le comité national de suivi des structures pluri-professionnelles mis en place.

### **8. Accompagnement et suivi par les ARS des structures pluriprofessionnelles**

En lien avec l'assurance maladie, les ARS accompagnent les structures pluriprofessionnelles, notamment en apportant ou en orientant vers une expertise juridique, fiscale, en matière de formation ou concernant les systèmes d'information nécessaires au regroupement et au fonctionnement d'une équipe de soins coordonnés.

Les ARS s'assurent également de l'articulation avec les dispositifs contractuels poursuivant des objectifs connexes (contrats de territoire, dispositifs prévus dans le cadre du pacte territoire santé, etc.), en particulier ceux impliquant les collectivités territoriales ou les autres régimes d'assurance maladie que le régime général.

Les ARS suivront la mise en œuvre du dispositif prévu par le règlement arbitral dans le cadre des instances existantes, en articulation avec le suivi des mesures du pacte territoire santé et dans le respect de leur rôle global en matière de pilotage au niveau régional de la stratégie nationale de santé.

Toutes les interrogations relatives à la mise en œuvre et au fonctionnement de ce dispositif sont à envoyer à l'adresse dédiée :

- pour le réseau de l'assurance maladie [structures.pluripro@cnamts.fr](mailto:structures.pluripro@cnamts.fr) ;
- pour le réseau des ARS [dss-cooperations@sante.gouv.fr](mailto:dss-cooperations@sante.gouv.fr).

Pour les ministres et par délégation :

*Le directeur général de l'UNCAM,*  
N. REVEL

*Le directeur de la sécurité sociale,*  
T. FATOME

ANNEXE 1

PRÉSENTATION DU DISPOSITIF

*(Cf. diaporama joint à cette instruction.)*

# Règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri- professionnelles de proximité

Avril 2015



La santé progresse avec vous

1

## L'aboutissement d'une expérimentation de 4 ans

- ✓ **Objectifs initiaux : tester l'efficacité et l'efficience de nouveaux modes de rémunération**
  - ✓ Une rémunération à l'acte majoritaire pour les professionnels de santé libéraux
  - ✓ Peu adaptée à la prise en charge des malades chroniques, à la démographie médicale notamment dans certaines zones
  - ✓ Un système dont l'efficience peut être améliorée
- ✓ **Quatre années d'expérimentations pilotées par les ARS qui ont permis d'affiner le modèle**
  - ✓ 150 structures sélectionnées dans le module 1 à compter de 2010
  - ✓ Un modèle affiné qui a permis d'inclure 150 nouvelles structures dans un module 1 bis renoué en 2014
- ✓ **Évaluation IRDES : montre l'importance de cibler les structures les plus performantes en privilégiant certains critères comme la fonction de coordination et le système d'information partagé**



## Rappel : Négociation de l'accord interprofessionnel sur les soins de proximité - ACI (art. II de l'article L162-14-1 CSS)

- ❑ **Professions concernées** : médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, biologistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures podologues, transporteurs sanitaires, audioprothésistes, opticiens, professionnels de l'appareillage et centres de santé.
- ❑ **Objectif de la négociation** : pérenniser les nouveaux modes de rémunération (ENMR) des structures de santé pluri professionnelles formalisées (maisons de santé, centres de santé) valorisant un certain nombre d'engagements (3 axes : accès aux soins, travail en équipe et système informationnel partagé).
- ❑ **24 octobre 2014** : Projet de texte final ACI soumis aux organisations syndicales pour signature.
- ❑ **6 novembre 2014** : Constat de la rupture des négociations.
- ❑ **17 novembre 2014** : Saisine par l'UNCAM de l'arbitre, Bertrand Fragonard, désigné par la présidente du HCAAM et chargé de rédiger un règlement arbitral dans un délai de 3 mois.
- ❑ **17 février 2015** : Remise par B. Fragonard du projet de règlement arbitral à la Ministre.
- ❑ **27 février 2015** : Publication du règlement arbitral au JO (Arrêté du 23 février 2015).
- ❑ **28 février 2015** : Entrée en vigueur du règlement arbitral.



## Portée et champ d'application

- ✓ Les partenaires conventionnels devront engager des négociations en vue d'élaborer un nouvel accord conventionnel interprofessionnel, au plus tard dans les deux ans, soit avant début mars 2017
- ✓ En cas d'absence d'accord, le règlement arbitral est applicable pour une durée de 5 ans, soit jusqu'à début mars 2020 au plus tard
- ✓ Les équipes et structures concernées :

**Maisons de santé pluri-professionnelles** mono ou multi sites, constituées en société dont le statut juridique permet de percevoir des rémunérations de l'AM (SISA)

*A titre dérogatoire, afin de prendre en compte les délais nécessaires à la constitution de ce type de société, des professionnels ou une structure non encore constitués sous la forme juridique requise peuvent signer un contrat sous réserve de l'engagement de ses membres de se constituer sous cette forme dans un délai maximum de six mois à compter de la signature du contrat.*

**Centres de santé** (articulation prévue avec l'accord national en cours de négociation)

*Contractualisation possible des centres de santé pour l'année 2015 dans l'attente de l'entrée en vigueur de l'accord national des centres de santé. Ensuite, les structures devront opérer un choix entre ce contrat et l'accord national.*

## Mise en œuvre du règlement arbitral : un contrat tripartite

- ✓ Chaque structure retenue par la CPAM et l'ARS (nécessaire cohérence entre le projet de santé de la structure et le projet régional de santé) signe un contrat conforme au contrat-type (*annexé au RA*) pour 5 ans.
- ✓ **Le contrat tripartite Structure/CPAM/ARS** comporte :
  - des engagements selon 3 axes : **Accès aux soins, Travail en équipe, Système d'information,**
  - certains de ces engagements sont considérés comme **des prérequis** conditionnant le versement de la rémunération dits **engagements « socle »**,
  - et d'autres engagements sont dits « **optionnels** », dont certains modulables au niveau local (*à partir d'une liste de thèmes définis en annexe 4 du RA*),
  - Les deux niveaux de rémunération (« socles » et « optionnels ») contiennent chacun une partie fixe et une partie variable (en fonction de la taille de la patientèle de la structure).
  - une rémunération par points** en fonction du respect de ces engagements, mesurés par des indicateurs.

## Mise en œuvre du règlement arbitral : la rémunération

La rémunération est fonction de l'atteinte des objectifs dont certains sont des prérequis pour un total de 7 400 points (*patientèle de référence de 4 000 patients*)

- ☐ 5 050 points pour le niveau socle dont 2 550 pour la partie fixe et 2 500 pour la partie variable (*en fonction de la patientèle*)
- ☐ 2 350 points pour le niveau optionnel dont 1 450 pour la partie fixe et 900 pour la partie variable (*en fonction de la patientèle*)

Le nombre de points mentionnés dans le tableau en Annexe 1 du règlement arbitral (repris infra) correspond à un taux de réalisation de 100% des engagements

La valeur du point est fixée à 7 €

Pour la partie variable de la rémunération, le nombre de points est établi pour une **patientèle de référence moyenne de 4 000 patients**

- ☐ Définition de la patientèle : la patientèle est la somme du nombre de patients ayant déclaré un des médecins exerçant au sein de la structure comme médecin traitant (*au 31 décembre de l'année de référence*) et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans la structure au cours de l'année de référence.

La rémunération peut être majorée en fonction du **taux de précarité** de la structure (patients CMUC et AME). Si ce taux est supérieur au taux national, une majoration égale à cette différence est applicable au montant de la rémunération (règle appliquée séparément pour CMUC et AME, cf. note méthodologique).



## La Rémunération Socle (Prérequis)

### Accès aux soins (1 200 pts)

#### Rémunération fixe (1200 points)

1. Ouverture de 8 à 20 h, samedi matin et congés scolaires (*dérogation possible par la caisse et l'ARS en fonction des modalités d'organisation locale de la PDS*)
2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré
3. Fonction de coordination identifiée. Une charte d'engagement présentant l'ensemble de ces services est mise à disposition des patients

#### Pas de rémunération variable

### Travail en équipe/ coordination (1 500 pts)

#### Rémunération fixe (500 points)

1. Protocoles pluri-professionnels pour les patients concernés par certaines pathologies (liste définie dans le contrat type)

#### Rémunération variable (1000 points)

1. Concertation pluri-professionnelle formalisée et régulière (1 réunion/mois). Ces revues de dossier portent sur des affections visées à l'article 3.2 du RA. Compte rendu intégré dans le dossier informatisé du patient, sous forme paramétrable permettant la requête informatique et alimentant le dossier médical partagé. Comptes rendus mis à disposition du service médical de l'assurance maladie. Objectif: 1 réunion/mois en moyenne et 3 % des patients de la structure. *Taux de réalisation calculé par rapport à cet objectif*

### Système d'information (2 350 pts)

#### Rémunération fixe (850 points)

1 - Système d'information labellisé niveau 1 ASIP santé, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat (ou le 31 décembre 2016 pour les contrats signés en 2015). Au-delà de cette date, dossiers informatisés des patients partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé (33 % des patients la 1<sup>ère</sup> année suivant la mise en place du logiciel et 66 % la 2<sup>ème</sup> année).

Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2016, le critère est réputé rempli si la structure dispose d'un système d'information partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et compatible avec le DMP.

#### Rémunération variable (1500 points)

**Pour le système d'information défini ci-dessus la rémunération comporte une partie fixe et une partie variable**

## La Rémunération partie optionnelle

**Accès aux soins**  
(Maximum 1 600 points)

### Rémunération fixe (900 points) :

- 1 - Consultations spécialistes de 2nd recours ou sage-femme ou chirurgien dentiste extérieurs à la structure, au moins 1 J/semaine **(250 points)**
- 2 - Idem au moins 0,5 ETP **(200 points supplémentaires)**
- 3 - Offre diversité services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux : au moins 2 professions médicales différentes en sus de la MG ou au moins 3 professions paramédicales différentes **(225 points supplémentaires)**
- 4 - Idem avec au moins 2 professions médicales différentes en sus de la MG et au moins 3 professions paramédicales différentes **(225 points supplémentaires)**

### Rémunération variable (700 points)

- **Modulation locale** : Missions de santé publique (en fonction spécificités territoriales et objectifs du PRS) à choisir dans la liste des thèmes (annexe 4 du RA)
- > 350 points par projet (maximum de 2 projets rémunérés soit 700 points).

**Travail en équipe/ coordination**  
(maximum 650 points)

### Rémunération fixe (450 points)

- 1 - Formation des jeunes professionnels de santé (2 stages/an)

### Rémunération variable (200 points)

- Mise en place procédure définissant modalités de transmission données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers PS extérieurs à la structure et vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux.

Cette procédure permet notamment la transmission du volet de synthèse médicale (VSM) défini par HAS établi par le MT complété des informations recueillies par les autres PS de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge.

Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la structure est ouvert et alimenté au moins par le VSM **(200 points)**.

**Système d'information**  
(maximum 100 points)

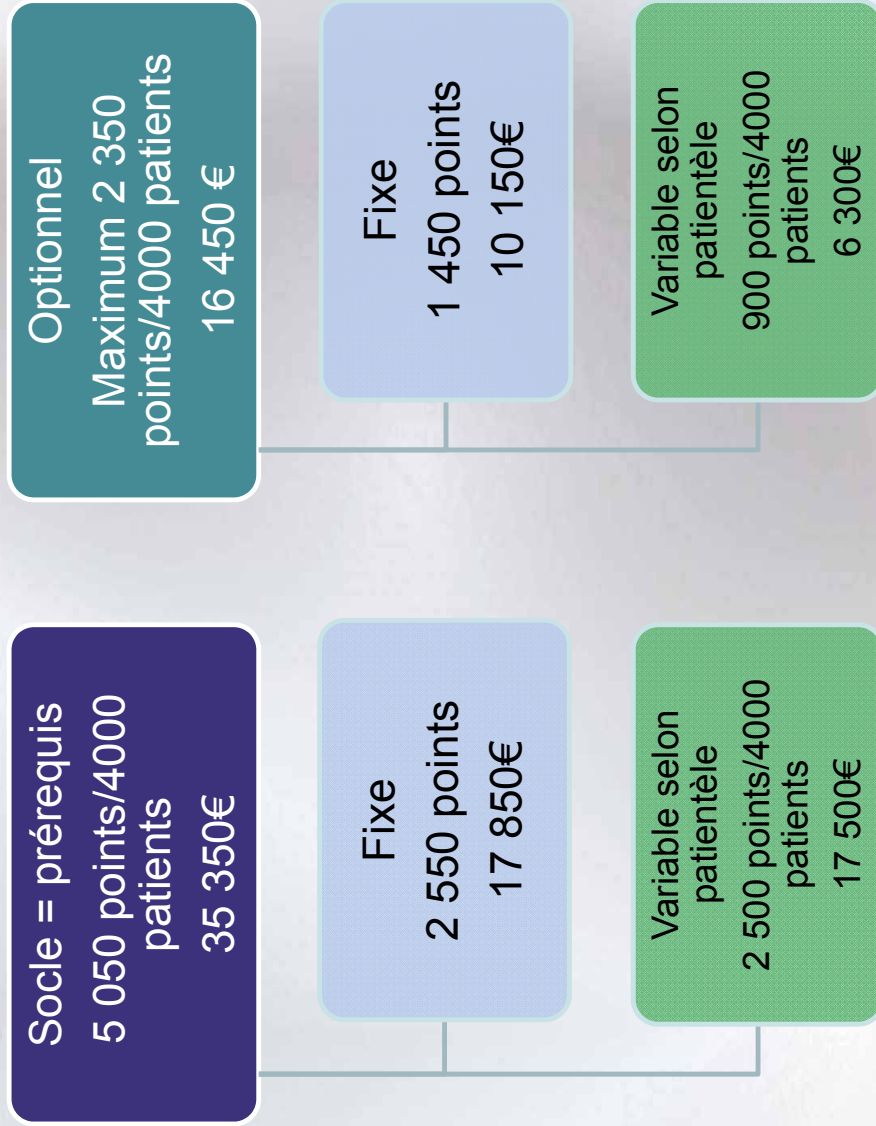
### Rémunération fixe – 100 points

- 1 - Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2

### Pas de rémunération variable

## La Rémunération

Pour une structure de référence avec 4 000 patients  
7 400 points = 51 800 € hors majoration pour précarité



## La Rémunération

- ✓ Le déclenchement de la rémunération nécessite que les critères appartenant au niveau socle et définis comme des prérequis soient respectés.
- ✓ Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2016, les prérequis sont estimés remplis si l'ensemble des trois critères socles de l'axe accès aux soins et au moins un des critères socles des deux autres axes (travail en équipe ou système d'information) sont respectés.
- ✓ La période d'observation des engagements s'effectue par année civile.
- ✓ Le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération sont proratisés en fonction de la date de signature du contrat au cours de l'année civile de référence.
- ✓ Par exception, pour les contrats souscrits avant le 30 septembre 2015, le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération s'effectuent sur toute l'année 2015.



## Les modalités de versement de la rémunération

- ✓ L'organisme local d'assurance maladie procède au calcul de la rémunération sur la base des justificatifs produits par la structure permettant de vérifier le niveau de réalisation des engagements. La liste des justificatifs à fournir par la structure figure dans le contrat type.
- ✓ Le versement de la rémunération calculée est effectué au plus tard le 30 avril de l'année qui suit celle servant de référence pour le suivi des engagements.
- ✓ Le versement de la rémunération ne peut intervenir que si le statut juridique de la structure permet son versement (SISA ou centre de santé) y compris pour le versement des avances.

## Un dispositif d'avances mis en place

Un dispositif d'avance mis en place afin de permettre à la structure d'engager les investissements nécessaires :

- **avance de 60%** versée au titre de l'année en cours **dans les trois mois** suivant la signature du contrat pour la 1<sup>ère</sup> année, puis, les années suivantes, au moment du versement du solde de la rémunération au titre de l'année précédente, au plus tard le 30 avril,
- ✓ avance calculée sur la base de la somme qui serait versée pour un taux de réalisation de 100% des engagements socles, prenant en compte le volume de patientèle, constatée au 31 décembre de l'année précédant l'année de référence,
- ✓ versement de l'avance réalisé sous réserve que le statut juridique de la structure le permette (SISA ou CDS)
- par exception, pour les structures signataires du contrat incluses dans l'expérimentation ENMR en 2014 (potentiellement 300 structures), l'avance est calculée en 2015 sur la base du montant versé à la structure au titre de l'année 2014 dans le cadre de l'expérimentation.

## Phase transitoire pour les « ex-ENMR »

Afin de faciliter la transition entre le dispositif des ENMR et la mise en œuvre du règlement arbitral, des dispositions transitoires sont prévues pour les 2 premières années d'application 2015 et 2016 :

- ✓ dans le cas où le montant de la rémunération dû à la structure signataire du contrat, calculé conformément aux dispositions du tableau figurant en annexe 1, est inférieur au montant perçu au titre de l'année 2014 par une structure incluse dans les ENMR, cette dernière perçoit une somme complémentaire :
- Au titre de l'année 2015, la structure perçoit un montant complémentaire de rémunération correspondant au différentiel du montant de rémunération entre les deux dispositifs (100%).
- Au titre de l'année 2016, la structure perçoit un montant complémentaire de rémunération correspondant à la moitié du différentiel du montant de rémunération entre les deux dispositifs (50%).

## Les instances de suivi

### □ Un comité de pilotage national

#### Composition :

#### ✓ 2 sections :

- ✓ Section sociale composée de 15 représentants de l'UNCAM (70% régime général, 15% MSA, 15% RSI) soit 11 sièges pour le RG, 2 pour le RSI, 2 MSA.
- ✓ Section professionnelle composée de 12 représentants des différentes professions de santé susceptibles d'exercer au sein des structures pluri professionnelles et de 3 représentants des centres de santé

#### ✓ et, à titre consultatif :

- ✓ 1 représentant de l'Etat,
- ✓ 3 personnalités qualifiées : 2 représentants de FFMPs (fédération française des maisons pluri-professionnelles et pôles de santé) de 2 professions différentes et 1 personnalité qualifiée en économie de la santé.

#### Missions

- ✓ double vocation d'impulsion et de coordination des actions menées tant au niveau national que local
- ✓ suit la montée en charge des contrats conclus conformément au contrat type
- ✓ valide le cadre du suivi et des évaluations défini par l'assurance maladie et émet un avis sur les conclusions relatives à ceux-ci (engagement de l'assurance maladie dans le RA à définir et mettre en place un programme d'évaluation du dispositif au plus tard un an après entrée en vigueur du RA).

#### Mise en place :

- ✓ Installé dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur du règlement arbitral (fin mai 2015), il se réunit en tant que de besoin et au minimum 2 fois par an.





## Les instances de suivi

### □ Des comités régionaux

#### Composition :

- 2 sections identiques à celle du comité national de pilotage :
  - ✓ Section sociale composée de 15 représentants de l'UNCAM,
  - ✓ Section professionnelle composée de 12 représentants des différentes professions de santé susceptibles d'exercer au sein des structures pluri professionnelles et de 3 représentants des centres de santé
- et, à titre consultatif :
  - ✓ un représentant de l'agence régionale de santé,
  - ✓ un représentant désigné par les URPS des professions concernées par le règlement arbitral,
  - ✓ le représentant des structures siégeant à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, choisi parmi les responsables des centres, maisons et pôles de santé.

#### Missions :

- ✓ veiller au respect des dispositions du règlement arbitral au niveau régional,
- ✓ émettre des avis en cas de difficultés de mise en œuvre des contrats conclus conformément au contrat-type,
- ✓ suivre la montée en charge des contrats conclus conformément au contrat-type figurant en annexe 2,
- ✓ émettre des avis en cas de recours des structures non retenues par la CPAM et l'ARS pour contractualiser ou en cas de résiliation par la caisse (cf. procédure définie à l'article 10 du RA).

#### Mise en place :

- ✓ Après la mise en place du comité national.

## Modalités pratiques de contractualisation

### 1. Phase accélérée pour les structures ex-ENMR (jusqu'au 15/04/15)

Pour assurer la continuité avec le dispositif expérimental ENMR pour les structures déjà rémunérées (modules 1 et 1 bis), une procédure accélérée est mise en place pour :

- ✓ préparer la contractualisation en priorité avec ces structures,
- ✓ verser les avances prévues par le règlement arbitral avec une procédure « allégée » dès le mois de mars 2015 sur la base d'une lettre d'engagement (avant la contractualisation définitive).

1- Semaine du 9 mars 2015 : Mise à disposition par la Caisse Nationale (CNAMTS) de la liste des structures intégrées aux ENMR contenant notamment l'identification de la structure, les montant versés au titre de 2014 et le montant de l'avance à verser au titre de 2015 (60% du montant versé en 2014 au titre des ENMR).

2- Semaine du 16 mars 2015 : Envoi par les caisses aux structures ayant perçu une rémunération en 2014 au titre des ENMR d'un courrier avec le règlement arbitral et une lettre d'engagement permettant de formaliser leur volonté de contractualisation et leur demande de versement de l'avance (*dans l'attente de la contractualisation définitive devant intervenir avant fin juin 2015*)

3- Jusqu'au 15 avril 2015 : Les structures, qui le souhaitent, retourneront cette lettre d'engagement signée à la caisse (avec copie à l'ARS) afin de percevoir l'avance de 60%.



## Modalités pratiques de contractualisation - mise en œuvre conjointe ARS-assurance maladie

- ✓ Phase 1 : Démarchage et animation territoriale par l'ARS, en lien avec l'assurance maladie, pour susciter les projets
- ✓ Phase 2 : Contractualisation ARS-CPAM-structure sur la base du contrat type
  - ✓ Envoi des pièces par la structure candidate à la CPAM de rattachement, pour gestion administrative et examen de la recevabilité avant envoi à l'ARS et au DCGDR pour une décision conjointe
  - ✓ Rôle spécifique de l'ARS (outre la recevabilité de la candidature) : vérification de la cohérence avec le projet régional de santé, accord sur la dérogation éventuelle sur les amplitudes horaires selon PDSA et définition des missions de santé publique.
  - Signature à l'issue d'un examen conjoint ARS-assurance maladie
  - Versement de l'avance dans les 3 mois après la signature du contrat.
- ✓ Phase 3 : Accompagnement et suivi des structures par l'assurance maladie et l'ARS tout au long de l'année
- ✓ Phase 4 (année N+1) : Versement de la rémunération par l'assurance maladie ou résiliation du contrat par décision conjointe ARS-AM avant le 30 avril de l'année N+1
  - ✓ En T1 de l'année N+1 : une instruction des dossiers par les CPAM pour procéder au versement des rémunérations et une articulation AM/ARS pour décider de la poursuite ou résiliation du contrat.



## L'objectif ministériel de 1000 Maisons de Santé Pluri-professionnelle (MSP) d'ici 2017

- ✓ Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), axe fort de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) et du virage ambulatoire
  - 200 MSP en 2012, 600 aujourd'hui
  - Améliore l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge
  - Renforce l'attractivité des professions de santé et limite la désertification médicale
  - En lien avec le pacte territoire santé
- ✓ Les enjeux d'une généralisation dans le cadre conventionnel :
  - Pérenniser le financement : après 6 ans d'expérimentations, ce nouveau cadre apporte une visibilité aux « pionniers » comme aux futurs candidats
  - Stabiliser le financement : les évolutions du modèle, le contenu ou le niveau du financement relèvent désormais des partenaires conventionnels
  - Ouvrir aux nouveaux candidats, sur la base de candidatures ouvertes mais en conformité avec les engagements requis dans le contrat type :
    - Un travail de prospective et d'accompagnement qui repose sur l'expertise des ARS, en lien avec l'assurance maladie
    - Un réseau régional avec les « pionniers » qui peut contribuer à la diffusion du dispositif et des meilleures pratiques.



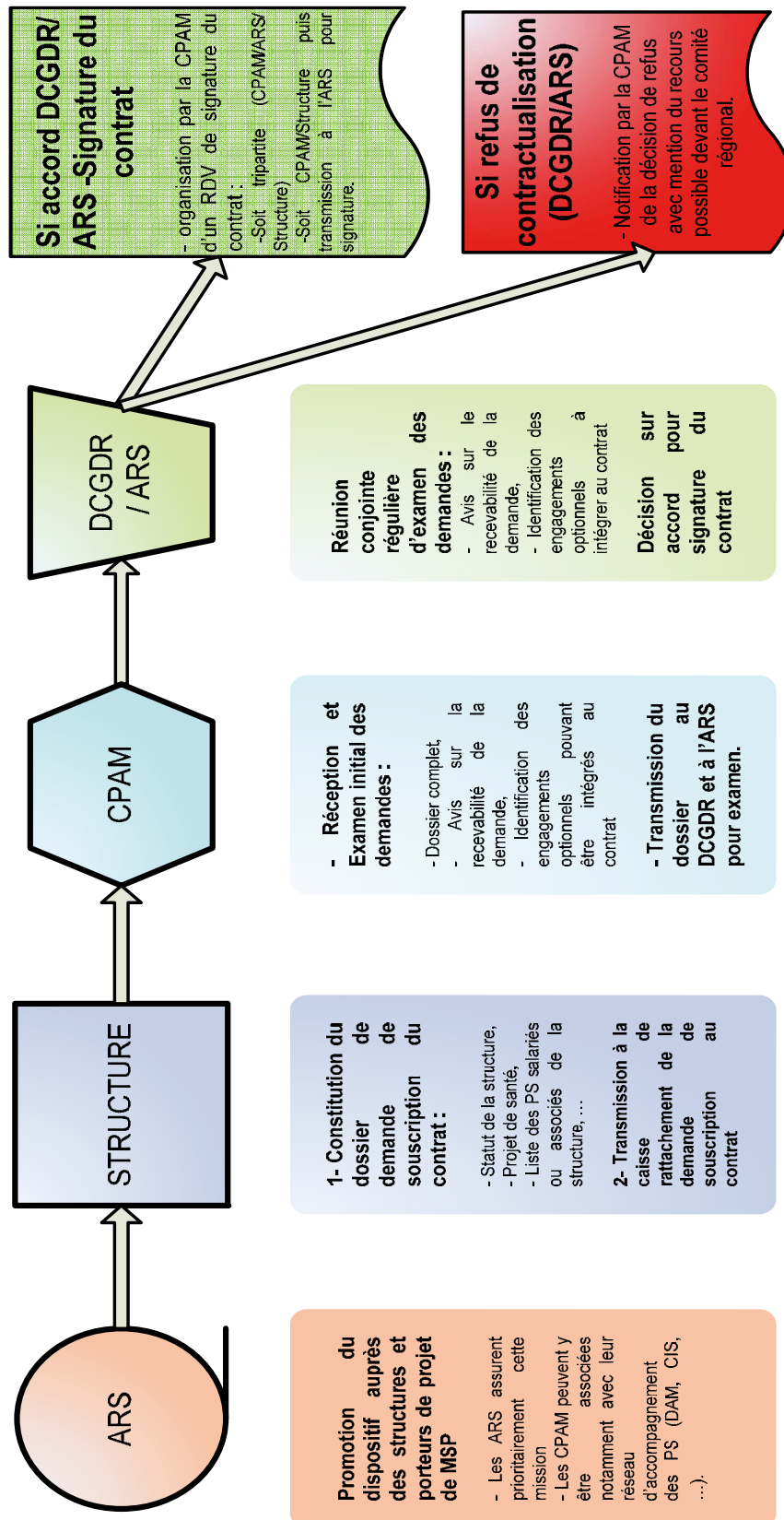
## L'objectif ministériel de 1000 Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) d'ici 2017

- ✓ Un enjeu de suivi et d'accompagnement au niveau national
  - ❑ Un suivi particulier de la signature des contrats types pour les « ex-ENMR »;
  - ❑ Le suivi de la diffusion implique de prévoir un échange régulier entre assurance maladie, ARS, administration centrale sur les projets ou conclusions de nouveaux contrats. L'organisation de ce suivi doit s'articuler avec les échéances du suivi conventionnel.
  
- ✓ Un cadre d'échanges techniques à maintenir pour faciliter l'exercice regroupé de professionnels libéraux
  - ❑ Dans le cadre conventionnel, un rôle spécifique des ARS pour les missions de santé publique prévues à l'annexe 4 du règlement;
  - ❑ Au-delà du dispositif conventionnel, les initiatives des ARS sont toujours possibles pour encourager la création de MSP ou orienter leurs pratiques
  - ❑ Des échanges techniques doivent se poursuivre, en s'appuyant sur l'expertise des correspondants ENMR en région, sur les sujets juridiques (statuts), fiscaux ou de systèmes d'information
  - ❑ Un nécessaire accompagnement des professionnels pour se structurer en SISA, définir un projet de santé, acquérir un SI partagé, etc. (NB: des formations EHESP pour des animateurs ARS et des coordonnateurs de MSP bientôt disponibles).



ANNEXE 2

CIRCUIT DE TRAITEMENT DES DEMANDES DE CONTRACTUALISATION



## ANNEXE 3

### LISTE DES PIÈCES DU DOSSIER DE DEMANDE DE SOUSCRIPTION AU CONTRAT

#### 1. Pièces obligatoires pour le dossier d'adhésion

Statuts de la structure (SISA) et numéro FINESS.

Statuts actuels de la structure et/ou attestation d'engagement des membres (membres de la future SISA) à se constituer sous forme de SISA dans un délai maximal de six mois à compter de la signature du contrat.

Projet de santé de la structure.

Pour les structures en exercice libéral, la liste des professionnels de santé libéraux associés (ou futurs associés de la structure en cas de SISA non encore constituée) de la structure avec indication pour chaque professionnel: des nom et prénom, des numéros AM (numéro utilisé pour la facturation à l'assurance maladie) et du numéro RPPS, le cas échéant, de la profession exercée et pour les médecins de la spécialité.

Pour les centres de santé, l'ensemble des numéros de facturation du centre (numéros FINESS) et la liste des professionnels de santé salariés de la structure avec indication pour chaque professionnel: des nom et prénom, de la profession exercée et pour les médecins de la spécialité.

#### 2. Pièces facultatives

Ces pièces facultatives peuvent être communiquées, le cas échéant, par la structure au moment du dépôt de son dossier. Elles permettent de faciliter l'examen conjoint de l'assurance maladie et de l'ARS sur la recevabilité du dossier notamment au regard de la situation de la structure par rapport aux engagements souscrits dans le cadre du contrat proposé:

Exemples de documents pouvant être fournis:

- document attestant des horaires d'ouverture de la structure (et la demande éventuelle de dérogation au regard de l'organisation régionale spécifique du dispositif de PDSA);
- document attestant de l'organisation des consultations de second recours ou d'accès à des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes (contrats avec les professionnels intervenant sous forme de vacations, etc.);
- document attestant de la mise en place de procédures de transmission des données médicales nécessaires aux professionnels de santé extérieurs à la structure intervenant dans la prise en charge des patients de la structure ainsi qu'aux services et établissements sanitaires et médico-sociaux en cas d'hospitalisation;
- copie des attestations de stages réalisés au sein de la structure;
- copie des factures de logiciels, bon de commande, contrats de maintenance, abonnement ou location attestant que le système d'information est partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et est compatible avec le DMP ou attestant de la mise en place d'un système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou 2;
- liste des missions de santé publique complémentaires que la structure souhaite voir intégrer à son contrat.

ANNEXE 4

CONTRAT TYPE RELATIF AUX STRUCTURES DE SANTÉ  
PLURIPROFESSIONNELLES DE PROXIMITÉ

**Identification des signataires**

Entre :

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de .....,

Et

Le directeur de l'agence régionale de santé de .....,

Et

La structure professionnelle, identification de la structure (nom, adresse, numéro FINESS de la société constituée),

Représentée par agissant en qualité de représentant de la structure

Ou représentée par les personnes suivantes membres de la structure en cours de constitution sous une forme juridique lui permettant de percevoir des rémunérations de l'assurance maladie en son nom

Ou

Le centre de santé (*nom, adresse, numéro FINESS du centre de santé*)

Représentée par agissant en qualité de représentant de la structure

Vu le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité publié au *Journal officiel* du,

il est convenu ce qui suit:

PRÉAMBULE

Le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité publié au *Journal officiel* du prévoit la définition d'un contrat-type sur la base duquel les structures pluriprofessionnelles et les centres de santé, les organismes locaux de l'assurance maladie et les agences régionales de santé peuvent s'engager dans une démarche en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficacité des soins.

L'objectif du présent contrat est de :

- renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients ;
- améliorer l'articulation entre les services et établissements de santé, les structures et services médicosociaux et le secteur ambulatoire pour assurer la continuité des parcours des patients ;
- conforter l'offre de soins de premier recours.

Article 1<sup>er</sup>

*Engagements de la structure*

Afin d'assurer la qualité et l'efficacité des soins, la structure signataire du présent contrat s'engage à mettre en place une organisation susceptible d'améliorer la prise en charge des patients.

Dans le cas où la structure signataire du présent contrat n'est pas constituée à la date de signature dudit contrat sous la forme juridique requise pour la perception de rémunérations de l'assurance maladie en son nom, elle s'engage à se constituer sous cette forme dans un délai maximal de six mois à compter de la signature du présent contrat. Aucun versement de l'assurance maladie, y compris sous forme d'avance telle que définie à l'article 3 du présent contrat, ne peut intervenir au bénéfice de la structure avant que cette dernière ne soit constituée sous la forme juridique requise.

Dans cette hypothèse, une fois la structure constituée sous la forme requise pour la perception de rémunérations de l'assurance maladie en son nom, un nouveau contrat, identique dans ses termes au précédent, est signé avec le représentant de la structure.

Le projet de santé de la structure est annexé au présent contrat ainsi que la liste des professionnels de santé libéraux associés de la structure ou la liste des professionnels de santé salariés exerçant dans le centre de santé signataire.



La structure doit informer l'organisme local d'assurance maladie, une fois par an, des modifications intervenant dans cette liste.

### 1.1. Accès aux soins

#### Engagements socle

##### 1.1.1. Amplitude des horaires d'ouverture

Assurer des horaires d'ouverture couvrant au moins la période de recours non incluse dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires: de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins et sous réserve d'une dérogation de l'agence régionale de santé et de l'organisme d'assurance maladie, inscrite dans le contrat, y compris durant les périodes de congés scolaires et délivrer aux patients, en dehors de ces heures d'ouverture, une information claire et accessible, sous la forme, notamment d'un message d'accueil téléphonique.

##### 1.1.2. Accès à des soins non programmés

Permettre, chaque jour ouvré, l'accès à des soins non programmés.

##### 1.1.3. Fonction d'accueil et de coordination

Mettre en place une fonction de coordination (organisation de l'accueil et orientation des patients, gestion des plannings, organisation des interventions, information des patients sur leurs droits, etc.) avec un responsable identifié.

Une charte d'engagement conforme au modèle figurant en annexe 3 du règlement arbitral applicable aux structures pluriprofessionnelles de proximité formalise l'ensemble de ces engagements pris auprès des patients. Elle est affichée dans la structure et sur le site Ameli, dès lors que le service sur Ameli est opérationnel.

Une copie de la charte d'engagement est transmise à l'organisme local d'assurance maladie.

#### Engagements optionnels

Les structures qui le souhaitent peuvent s'engager sur les objectifs suivants afin de bénéficier d'une rémunération complémentaire.

##### 1.1.4. Missions complémentaires définies au niveau régional

Participer à la réalisation de la mission de santé publique complémentaire en fonction des objectifs du projet régional de santé (PRS) pouvant répondre à un besoin spécifique de la région en matière de (2 choix au maximum parmi les thèmes figurant en annexe 4 du règlement arbitral applicable aux structures pluriprofessionnelles de proximité). Les objectifs fixés et les modalités de vérification du respect des engagements souscrits dans ce cadre sont joints en annexe du présent contrat.

La dérogation aux horaires d'ouverture de 8 heures à 20 heures et le samedi matin, en fonction du dispositif régional de permanence des soins, dépend également du niveau régional.

##### 1.1.5. Offre d'une diversité de services spécialisés et paramédicaux

Assurer, dans les locaux, l'organisation de consultations de second recours par des médecins spécialistes ou d'accès à des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes sur des créneaux horaires définis; au moins un jour par semaine et possibilité d'une valorisation supplémentaire si ces créneaux de consultation sont équivalents à au moins 0,5 équivalent temps plein (ETP).

Offrir une diversité de services de soins médicaux spécialisés et/ou paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure pour les centres de santé (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale et/ou au moins 3 professions paramédicales différentes).

Dans ce cadre, la structure doit transmettre à l'organisme local d'assurance maladie tout document attestant de l'organisation de ces consultations de second recours ou d'accès à des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes (contrats avec les professionnels intervenant sous forme de vacations, etc.). Ces documents précisent le temps d'intervention dans la structure de ces professionnels de santé.

La présence de l'offre diversifiée de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure pour les centres de santé est vérifiée par l'organisme local d'assurance maladie au regard de la liste des professionnels de santé intervenant au sein de la structure fournie conformément aux dispositions de l'article 1<sup>er</sup>.

## 1.2. Travail en équipe pluriprofessionnelle

### Engagements socle

#### 1.2.1. Revues de dossiers

Organiser régulièrement (en moyenne une fois par mois) une concertation formalisée entre les médecins et les autres professionnels de santé de la structure autour des dossiers de certains patients dont les affections correspondent aux thèmes suivants (prévus à l'art. 3 du règlement arbitral applicable aux structures pluriprofessionnelles de proximité):

- patients porteurs d'affections sévères décompensées ou compliquées: insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, mal perforant plantaire du diabétique, accident iatrogénique;
- patients pour lesquels une intervention pluriprofessionnelles est susceptible de prévenir la désinsertion socio-professionnelle: lombalgies chroniques; syndrome dépressif;
- patients bénéficiant de soins itératifs pour lesquels la stratégie de prise en charge peut être à réévaluer: lombalgiques, diabétiques non autonomes pour leur insulinothérapie;
- patients poly-médiqués pour lesquels le risque iatrogénique doit être reconsidéré;
- patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté: sujets âgés, patients poly-pathologiques, soins palliatifs, suivi post AVC.

Un compte rendu de ces revues de dossiers doit être intégré dans le dossier informatisé du patient sous une forme paramétrable permettant une requête informatique. Ces comptes rendus sont, à sa demande, mis à disposition du service médical de l'Assurance maladie.

Si la structure n'est pas encore équipée du système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou 2 dans les conditions définies à l'article 3, elle transmet le taux de réalisation de l'objectif par voie écrite. Dès lors que la structure est équipée dudit système d'information, sont transmis à l'organisme local d'assurance maladie les résultats de la requête informatique permettant d'attester du pourcentage de patients de la structure ayant fait l'objet d'un compte rendu issu de ces réunions de concertation intégré dans leur dossier informatisé.

Les comptes rendus de réunions peuvent être transmis, à sa demande, au service médical de l'assurance maladie.

#### 1.2.2. Protocoles pluri-professionnels

La structure élabore, en référence aux recommandations de la HAS, des protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies définies supra. Ces protocoles précisent le rôle et les temps d'intervention des différents professionnels impliqués dans la prise en charge, ainsi que les modalités de transmission entre professionnels des informations nécessaires à une bonne coordination des soins.

Une copie de ces protocoles peut être transmise, à sa demande, au service médical de l'assurance maladie.

### Engagement optionnel

Les structures qui le souhaitent peuvent s'engager sur l'indicateur suivant afin de bénéficier d'une rémunération complémentaire:

#### 1.2.3. Coordination externe

Transmettre les données médicales nécessaires (volet de synthèse médicale – VSM, informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge, etc.) aux professionnels de santé extérieurs à la structure intervenant dans la prise en charge ainsi qu'aux services et établissements sanitaires et médico-sociaux en cas d'hospitalisation.

Ouvrir et alimenter un dossier médical électronique (notamment par le VSM) ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la structure dans le respect de la réglementation en vigueur pour chaque patient hospitalisé.

Transmettre, dans le respect du secret professionnel et de la réglementation applicable, les données nécessaires à la prise en charge par un intervenant social (document de liaison).

La structure fournit à l'organisme local d'assurance maladie tout document attestant de la mise en place de ces procédures.

#### 1.2.4. Formation de professionnels de santé

Constituer un terrain de stages de formation pour les professionnels de santé, à raison d'au moins deux stages par an et selon les modalités propres à chaque profession.

La structure fournit à l'organisme local d'assurance maladie la copie des attestations de stages réalisés en son sein.

### 1.3. *Système d'information*

#### Engagements socle

##### 1.3.1. Partage et structuration de l'information

Mettre en place, au sein de la structure, un système d'information labellisé de niveau 1 par l'ASIP, administré et partagé au moyen d'habilitations différenciées au plus tard au 31 décembre de l'année de signature du contrat (ou pour les contrats signés en 2015, le 31 décembre 2016). Au-delà de cette date, les dossiers informatisés des patients doivent être partagés au moyen d'habilitations différenciées entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient. La valorisation est fonction de la part des patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Elle doit atteindre 33 % la première année suivant la mise en place du logiciel, et 66 % la deuxième année.

Par dérogation jusqu'au 31 décembre 2016, cet engagement est réputé satisfait temporairement si les professionnels de la structure se dotent d'un système d'information partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et compatible avec le DMP, ou d'un système d'information pluri-professionnel labellisé par l'ASIP santé. À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, la mise en place d'un système d'information labellisé par l'ASIP est obligatoire.

Utiliser une messagerie sécurisée, qui sera intégrée au logiciel métier dès lors que les conditions techniques le permettront, pour l'échange d'information entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient, que ceux-ci exercent au sein ou à l'extérieur de la structure.

La rémunération correspondante est versée prorata temporis à compter de la date d'acquisition du système d'information.

La structure transmet à l'organisme local d'assurance maladie une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location attestant que le système d'information est conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou de manière transitoire, dans les conditions définies supra, attestant que le système d'information est partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et est compatible avec le DMP. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.

Dès lors que la structure est équipée du système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou 2, sont transmis à l'organisme local d'assurance maladie les résultats de la requête informatique permettant d'attester du pourcentage de patients de la structure pour lesquels un dossier informatisé et partagé est renseigné.

#### Engagement optionnel

##### 1.3.2. Système d'information à fonctions avancées

Les structures qui le souhaitent peuvent s'engager sur l'objectif suivant afin de bénéficier d'une rémunération complémentaire :

Mettre en place, au sein de la structure, un système d'information labellisé de niveau 2 par l'ASIP, administré et partagé au moyen d'habilitations différenciées.

La structure transmet à l'organisme local d'assurance maladie une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location attestant que le système d'information est conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2.

## Article 2

### *Modalités de vérification du respect des engagements du contrat*

La structure s'engage à transmettre à l'organisme local d'assurance maladie l'ensemble des justificatifs prévus à l'article 1<sup>er</sup> du présent contrat permettant la vérification du niveau de réalisation des différents engagements. Cette transmission doit s'effectuer au plus tard le 31 janvier de l'année suivant l'année civile servant de référence pour le suivi des engagements.

L'organisme local d'assurance maladie procède, en tant que de besoin, et conformément à la réglementation, aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements en contrepartie desquels est versée une rémunération calculée dans les conditions définies à l'article 3 du présent contrat.

L'agence régionale de santé s'assure de la cohérence des engagements de la structure dans le cadre du contrat avec les dispositions du projet de santé qui lui est annexé. Elle peut être amenée à proposer à la structure des modifications du projet de santé au regard du contenu des engagements remplis dans le cadre du contrat notamment ceux relatifs aux missions de santé publique répondant à des spécificités territoriales définies à l'annexe 4 du règlement arbitral. En cas de modification du projet de santé, un avenant au contrat est signé pour intégrer ces modifications.

### Article 3

#### *Conditions de versement de la rémunération*

En contrepartie du respect des engagements définis dans l'article 1<sup>er</sup> du présent contrat, l'organisme local d'assurance maladie s'engage à verser à la structure une rémunération dans les conditions définies au présent article.

Cette rémunération n'est pas due lorsque les engagements correspondants font l'objet d'une rémunération dans le cadre d'un autre accord, contrat, convention ou règlement.

#### *3.1. Les modalités de calcul de la rémunération*

La rémunération est versée sur la base d'un ensemble d'engagements relevant des trois axes définis à l'article 1<sup>er</sup> du présent contrat: accès aux soins, travail en équipe pluriprofessionnelle et systèmes d'information.

La rémunération annuelle dépend de l'atteinte des résultats pour l'ensemble des engagements.

Elle comprend une rémunération de base liée à l'atteinte des résultats pour les engagements socle et une rémunération supplémentaire liée à l'atteinte des résultats pour les engagements optionnels.

Les deux niveaux de rémunération (socle et optionnel) comportent chacun une partie fixe et une partie variable (en fonction de la patientèle de la structure définie ci-dessous).

Le déclenchement de la rémunération nécessite que les critères appartenant au niveau socle et définis comme des prérequis soient respectés.

Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2016, sont estimés remplis les prérequis si l'ensemble des trois critères socle de l'axe accès aux soins et au moins un des critères socles des deux autres axes (travail en équipe ou système d'information) sont respectés.

La rémunération est calculée en fonction des points correspondant aux critères remplis.

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'ensemble des prérequis indiqués dans le tableau du point 3.2 doivent être respectés pour déclencher la rémunération.

L'ensemble du dispositif est basé sur un total de 7 400 points, pour une patientèle de référence de 4 000 patients:

- 5 050 points pour le niveau socle, dont 2 550 pour la partie fixe et 2 500 pour la partie variable (en fonction de la patientèle);
- 2 350 points pour le niveau optionnel, dont 1 450 pour la partie fixe et 900 pour la partie variable (en fonction de la patientèle).

Le nombre de points correspond à un taux de réalisation de 100 %.

La valeur du point est fixée à 7 €.

Pour la partie variable de la rémunération, le nombre de points est établi pour une patientèle de référence moyenne de 4 000 patients, définie comme suit.

La patientèle de référence est définie pour une structure de référence pour laquelle la somme du nombre de patients ayant déclaré un des médecins exerçant au sein de la structure comme médecin traitant (patientèle déclarante au 31 décembre de l'année de référence) et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans la structure, au cours de l'année de référence, est égale à 4 000.

Dans l'hypothèse d'une modification des dispositions législatives sur la désignation d'un médecin traitant, la règle de prise en compte de la patientèle des enfants reste applicable pour le calcul de la rémunération au titre de l'année civile suivant celle d'entrée en vigueur desdites dispositions législatives.

La partie variable de la rémunération est calculée au prorata de la patientèle ainsi calculée pour la structure, par rapport à la patientèle de référence de 4 000 patients, définie ci-dessus.

Pour certains critères, la rémunération est liée au niveau d'atteinte des objectifs fixés.

Des niveaux de rémunération intermédiaires sont fixés pour certains engagements en fonction du niveau de réalisation de l'objectif pour permettre une montée en charge progressive sur la période.

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité de la structure.

Le taux de précarité est défini comme le rapport entre le nombre de patients bénéficiaires de la CMUC-C, d'une part, et de l'AME, d'autre part, ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure et le nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure.

Pour les patients bénéficiaires de la CMU-C, si le taux est supérieur à la part calculée au niveau national de 7,5 %, ou, pour les patients bénéficiaires de l'AME, si le taux est supérieur à la part calculée au niveau national de 0,4 %, une majoration égale à la différence entre le taux national et le taux de la structure en pourcentage est applicable au montant de la rémunération. La majoration appliquée est au maximum de 25 %.

La période d'observation des engagements s'effectue par année civile.

Le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération sont proratisés en fonction de la date de signature du contrat au cours de l'année civile de référence.

Par exception, pour les contrats souscrits avant le 30 septembre 2015, le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération s'effectuent sur toute l'année 2015.

## 3.2. Le contenu de la rémunération

RÉMUNÉRATION /axe	RÉMUNÉRATION FIXE: Critères et nombre de points	RÉMUNÉRATION VARIABLE: Critères et nombre de points pour une patientèle de référence de 4 000 patients	TOTAL Nombre de points pour 4 000 patients
Rémunération SOCLE critères prérequis pour déclencher la rémunération (3)	2 550	2 500	5 050
1. Accès aux soins	3 critères: 1. Ouverture de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin (4) et pendant les congés scolaires; 2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré; 3. Fonction de coordination (organisation de l'accueil et orientation des patients, gestion des plannings, organisation des interventions, etc.) organisée avec un responsable identifié. Objectif: respect des engagements et formalisation dans charte d'engagement affichée.	1 200	1 200
2. Travail en équipe pluri-professionnelle	1 critère: Elaboration par la structure, en référence aux recommandations de la HAS, de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies visées à l'article 3.2 du règlement arbitral.	500	500
3. Système d'information	1 critère: Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat (ou le 31 décembre 2016 pour les contrats signés en 2015). Au-delà de cette date, dossiers informatisés des patients partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient. La valorisation est fonction de la part des patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Elle doit atteindre 33 % la première année suivant la mise en place du logiciel, et 66 % la 2 <sup>e</sup> année. Par dérogation jusqu'au 31 décembre 2016, ce critère est considéré rempli si la structure dispose d'un logiciel partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et compatible avec le DMP.	1 000	1 500
	Partie fixe de la rémunération : 850	Partie variable de la rémunération : 1 500	2 350

Rémunération optionnelle	<p>4 critères :</p> <p>Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure, au moins 1 jour/semaine.</p> <p>Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure, au moins 0,5 ETP (points supplémentaires).</p> <p>Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure pour les centres de santé (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale ou au moins 3 professions paramédicales différentes).</p> <p>Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de centres de santé (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale et au moins 3 professions paramédicales différentes) (points supplémentaires).</p>	1 450	<p>1 critère</p> <p>Missions de santé publique répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS) à choisir dans la liste des thèmes (annexe 4). Par projet 350 points et maximum 2 projets rémunérés</p>	900	2 350
	250	250		700	1 600
1. Accès aux soins	200	200			
	225	225			
	225	225			
2. Travail en équipe pluriprofessionnelle		450	<p>1 critère :</p> <p>Mise en place d'une procédure définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux. Cette procédure permet notamment la transmission du volet de synthèse médical (VSM) tel que défini par la Haute Autorité de santé (HAS) établi par le médecin traitant complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge. Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la structure dans le respect de la réglementation est ouvert et alimenté au moins par le VSM.</p>	200	650
3. Système d'information	100	100			100
Total socle et optionnel si tous les critères et objectifs sont remplis	4 000	4 000		3 400	7 400

(1) Par dérogation jusqu'en 2016, les prérequis sont les 3 critères socle de l'accès aux soins et au moins 1 des critères relevant de l'un des 2 autres axes (travail en équipe ou système d'information).

(2) Sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins et sous réserve d'une dérogation de l'agence régionale de santé et de l'organisme d'assurance maladie, inscrite dans le contrat.

### 3.3. *Les modalités de versement de la rémunération*

Sur la base des justificatifs produits par la structure (*cf.* art. 2 du présent contrat) permettant de vérifier le niveau de réalisation des engagements, l'organisme local d'assurance maladie procède au calcul de la rémunération en fonction de ce niveau de réalisation comparé à l'objectif.

Le versement de la rémunération calculée selon ces modalités est effectué au plus tard le 30 avril de l'année qui suit celle servant de référence pour le suivi des engagements et ce, sous réserve que les justificatifs aient été fournis par la structure dans les délais prévus à l'article 2 du contrat.

Le versement de la rémunération ne peut intervenir que si le statut juridique de la structure permet son versement (*cf.* art. 1<sup>er</sup> du présent contrat).

### 3.4. *Les modalités de versement d'une avance*

Afin de permettre à la structure d'engager les investissements nécessaires pour la réalisation des engagements, un dispositif d'avances est mis en place.

Pour la première année une avance de 60 % est versée au titre de l'année en cours dans un délai de deux mois suivant la signature du présent contrat, puis, les années suivantes, au moment du versement du solde de la rémunération au titre de l'année précédente, au plus tard le 30 avril.

Les avances sont calculées sur la base du montant correspondant à la somme qui serait versée dans l'hypothèse d'un taux de réalisation de 100 % de l'ensemble des engagements socle tels que définis à l'article 1<sup>er</sup> du présent contrat, en prenant en compte le volume de patientèle de référence de la structure (patientèle constatée au 31 décembre de l'année N – par rapport à l'année de référence) pour les engagements pondérés par le volume de la patientèle, sous réserve que le statut juridique de la structure permette son versement.

Par exception, pour les structures signataires du contrat qui étaient incluses dans l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération en 2014, l'avance est calculée en 2015 sur la base du montant versé à la structure au titre de l'année 2014 dans le cadre de ladite expérimentation.

Cette avance fait l'objet d'un remboursement à l'organisme d'assurance maladie dans les cas suivants :

- résiliation du contrat à l'initiative de la structure ou de l'organisme local dans les conditions définies à l'article 5 du présent contrat ; dans le cas où la structure a perçu une avance au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue, cette avance fait l'objet d'un remboursement à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation ;
- dans les cas où l'application des modalités de calcul de la rémunération dans les conditions définies à l'article 3 conduit à un versement inférieur au montant de l'avance voire à une absence de rémunération, cette avance fait l'objet d'un remboursement total ou partiel à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date de notification relative au paiement de la rémunération.

### 3.5. *Mise en place d'une phase transitoire pour les structures incluses dans les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)*

Afin de faciliter la gestion de la phase transitoire entre le dispositif des ENMR et le dispositif du règlement arbitral, dans le cas où le montant de la rémunération dû à la structure signataire du contrat, calculé conformément aux nouvelles modalités de rémunération définies à l'article 3.2 du présent contrat, est inférieur au montant perçu au titre de l'année 2014 par la structure dans le cadre des ENMR, cette dernière perçoit une somme complémentaire.

Au titre de l'année 2015, la structure perçoit un montant complémentaire de rémunération correspondant au différentiel du montant de rémunération entre les deux dispositifs.

Au titre de l'année 2016, la structure perçoit un montant complémentaire de rémunération correspondant à la moitié du différentiel du montant de rémunération entre les deux dispositifs.

## Article 4

### *Durée du contrat et conclusion d'avenants*

La durée du contrat est de cinq ans, dans la limite de la durée de validité du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité.

Un avenant au contrat peut être conclu en cas de modification du projet de santé de la structure intervenu notamment après vérification par l'agence régionale de santé de la cohérence des engagements de la structure dans le cadre du contrat avec les dispositions du projet de santé qui lui est annexé.



## Article 5

### *Modalités de résiliation du contrat*

La structure signataire du présent contrat a la possibilité de le résilier en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'assurance maladie et à l'agence régionale de santé signataires dudit contrat. Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation.

Dans cette hypothèse, aucune rémunération calculée dans les conditions définies à l'article 3 du présent contrat ne peut être perçue par la structure au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue.

Le contrat peut également faire l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'assurance maladie ou de l'agence régionale de santé dans le cas où la structure ne satisfait pas à ses obligations de transmission des justificatifs définies à l'article 2 du présent contrat permettant la vérification du niveau de réalisation des différents engagements et le calcul de la rémunération et ce, sur deux années consécutives. Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local de l'assurance maladie. Dans ce délai, la structure a la possibilité de saisir le comité régional de suivi des structures pluriprofessionnelles du lieu d'implantation de la structure dans les conditions définies à l'article 10 du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité. Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

Le contrat fait l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'assurance maladie ou de l'agence régionale de santé dans le cas où la structure est bénéficiaire d'un autre accord, contrat, convention ou règlement comportant une rémunération au titre des engagements identiques à ceux dudit contrat.

Fait à ..... en ..... [nombre de signataires] exemplaires le .....,

Pour le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de .....

Pour le directeur de l'agence régionale de santé de .....

Pour la structure pluriprofessionnelle, identification de la structure (nom, adresse, numéro FINESS de la société constituée)

Représentée par agissant en qualité de représentant de la structure

Ou représentée par les personnes suivantes membres de la structure en cours de constitution sous une forme juridique lui permettant de percevoir des rémunérations de l'assurance maladie en son nom

Pour le centre de santé (nom, adresse, numéro FINESS du centre de santé)

Représentée par agissant en qualité de représentant de la structure

ANNEXE 5

CHARTRE D'ENGAGEMENT VIS-À-VIS DES PATIENTS

(au format word)

La maison de santé ..... ou le centre de santé .....  
regroupe des professionnels de santé des professions suivantes: .....

Cet exercice regroupé nous permet de vous apporter une qualité de service répondant à vos besoins de santé.

Notre engagement s'articule autour de 3 axes.

**Vous offrir un accès aux soins pendant une large plage horaire**

Les professionnels de santé de notre maison (ou centre) s'organisent pour vous garantir un accueil couvrant de larges amplitudes horaires.

Nous vous accueillons de 8 heures à 20 heures du lundi au vendredi et le samedi matin de 8 heures à 12 heures et notre secrétariat est joignable selon les modalités suivantes .....

En dehors de ces horaires d'ouverture, la maison ..... ou le centre ..... est joignable au numéro suivant .....

Des informations vous sont communiquées pour vous orienter immédiatement vers les solutions les plus adaptées au regard de votre état de santé.

**Vous permettre d'être reçu sans rendez-vous en cas de nécessité**

Nous sommes organisés pour répondre rapidement à vos demandes de soins et pouvoir, si votre état de santé le nécessite, vous recevoir dans la journée.

**Vous accueillir et vous accompagner dans votre prise en charge**

L'organisation en maison de santé ou /centre de santé nous permet de vous assurer un accueil par du personnel dédié tous les jours de ..... à .....

Cet accueil organisé permet, au-delà de la prise de rendez-vous auprès des professionnels intervenant dans la structure, de:

- coordonner les informations vous concernant entre les différents professionnels de la maison ou / centre amenés à assurer votre suivi médical;
- vous orienter vers les professionnels de santé ou services internes ou extérieurs à la maison ou/centre dont vous avez besoin;
- organiser les échanges nécessaires avec les établissements de santé ou établissements et services médico-sociaux lorsque votre état de santé le nécessite et notamment avant et après toute hospitalisation.

## ANNEXE 7

### FICHES PAR INDICATEUR

Ces fiches ont pour objectif de présenter les indicateurs du contrat et notamment les justificatifs à transmettre et les conditions d'atteinte de l'engagement.

#### FICHE INDICATEUR « ACCÈS AUX SOINS – SOCLE »

Intitulé de l'indicateur : « Favoriser l'accès aux soins ».

Type d'indicateur : SOCLE – Prérequis.

Rémunération :

Fixe

Nombre de points : 1200 points.

Valeur du point : 7 euros.

#### Détail des critères et modulations possibles

3 Critères :

##### 1. Amplitude des horaires d'ouverture

Assurer des horaires d'ouverture couvrant au moins la période de recours non incluse dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires.

En pratique, la structure s'engage à être ouverte de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin et pendant les congés scolaires.

Toutefois, une modulation de ces horaires peut être accordée par l'ARS en fonction des modalités d'organisation locale de la PDSA précisées dans le cahier des charges régional de la PDSA. Cette modulation est inscrite dans le contrat signé par la structure.

##### 2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré

Les professionnels de santé de la structure s'organisent pour recevoir chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés.

##### 3. Fonction de coordination organisée avec un responsable identifié

Identification d'un responsable de la coordination au sein de la structure, en charge de l'organisation de l'accueil et de l'orientation des patients, de la gestion des plannings, de l'organisation des interventions, de l'information des patients sur leurs droits, etc.

Cette fonction de coordination au sein de la structure peut être occupée indifféremment par un professionnel de santé ou par du personnel administratif. L'objectif est de mettre en place une organisation permettant d'assurer :

- l'accueil des patients ;
- l'information concernant leurs droits (notamment pour les patients CMUC, ACS) ;
- leur orientation auprès des différents professionnels exerçant au sein de la structure ;
- la coordination des informations les concernant entre les différents professionnels de santé de la structure amenés à assurer leur suivi médical ;
- le cas échéant, leur orientation vers les professionnels de santé, les services ou les établissements sanitaires ou médico-sociaux que leur prise en charge nécessite ;
- la gestion des plannings des différents professionnels de la structure, permettant une prise en charge coordonnée des patients en fonction de leurs besoins ;
- etc.

#### Conditions de déclenchement de la rémunération

Le respect de ces trois indicateurs conditionne le déclenchement de la rémunération.

#### Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Une « charte d'engagement vis-à-vis des patients », conforme au modèle figurant en annexe 3 du règlement arbitral, doit être établie par la structure afin de formaliser l'ensemble de ces engagements.

Cette charte est affichée au sein de la structure (dans les différents sites en cas de structures ayant plusieurs sites géographiques) et transmise à la caisse d'assurance maladie de rattachement de la structure.

À terme, cette charte sera mise en ligne sur le site ameli dès lors que le service correspondant sur ameli sera opérationnel.

#### Réponses aux questions les plus fréquentes

*L'amplitude des horaires d'ouverture concerne-t-elle uniquement les horaires des médecins ou chaque profession ?*

C'est la structure qui doit être en mesure d'assurer cette amplitude d'horaires d'ouverture (ouverture des locaux sur les périodes indiquées). Toutefois, cette exigence ne nécessite pas que l'ensemble des professionnels exerçant dans la structure soient présents durant cette amplitude horaire.

*Quel niveau de détail est attendu pour considérer le critère « Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré » comme rempli ?*

Dans son projet de santé, la structure expose la façon dont elle organise, chaque jour, la prise en charge des patients souhaitant un avis médical ou se présentant pour des soins non programmés :

- disponibilités des différents professionnels de santé de la structure pour une régulation téléphonique des demandes ;
- possibilités de consultations dans la journée : plages horaires dédiées pour chaque professionnel ; journées dédiées assurées à tour de rôle par chacun des médecins de la structure...

Ces modalités sont précisées dans la charte d'engagement.

FICHE INDICATEUR « ACCÈS AUX SOINS – MISSIONS COMPLÉMENTAIRES DÉFINIES AU NIVEAU RÉGIONAL »

Intitulé de l'indicateur: «Participer à la réalisation de mission(s) de santé publique complémentaire(s) en fonction des objectifs du projet régional de santé (PRS), pouvant répondre à un besoin spécifique de la région».

Type d'indicateur: optionnel.

Rémunération:

Variable

Nombre de points: 350 points par mission de santé publique inscrite dans le contrat (pour une patientèle de 4000 patients), dans la limite de 2 missions différentes par contrat, soit 700 points au maximum (pour une patientèle de 4 000 patients).

Valeur du point: 7 euros.

Détail des critères et modulations possibles

Les missions complémentaires définies au niveau régional sont à choisir avec l'ARS et la CPAM parmi la liste des thèmes figurant en annexe 4 du règlement arbitral:

- actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale;
- lutte contre la tuberculose;
- surpoids et obésité chez l'enfant;
- souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans;
- prévention du suicide;
- prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie) pour les régions non incluses dans les expérimentations PAERPA;
- prévention périnatale;
- éducation thérapeutique et éducation à la santé.

La ou les missions choisies (dans la limite de 2) doivent répondre à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé.

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Les objectifs fixés dans le cadre de la ou des mission(s) choisies au moment de la signature du contrat, sont définis dans une annexe au contrat. Dans cette annexe, figurent également les modalités de vérification du respect des engagements souscrits par la structure.

Conditions de déclenchement de la rémunération

La rémunération est versée dès lors que la caisse d'assurance maladie de rattachement de la structure et l'ARS constatent après vérification que les engagements pris par la structure en annexe du contrat sont respectés.

Réponses aux questions les plus fréquentes

*La liste des missions de santé publique définie à l'annexe 4 du règlement arbitral est-elle limitative?*

La liste des missions de santé publique présentes en annexe 4 du règlement arbitral est effectivement une liste fermée. Toutefois, bien évidemment, la structure peut participer à d'autres missions de santé publique dans un autre cadre avec, le cas échéant, la possibilité de bénéficier d'un autre mode de financement (notamment sur le fonds d'intervention régional – FIR). Pour assurer une cohérence, il est possible d'annexer au contrat (issu du règlement arbitral) ces missions de santé publiques auxquelles participe la structure et qui sont définies voire financées dans un autre cadre.

FICHE INDICATEUR « ACCÈS AUX SOINS – OFFRE D'UNE DIVERSITÉ DE SERVICES DE SOINS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS ET/OU PARAMÉDICAUX ASSURÉE PAR LES PROFESSIONNELS ASSOCIÉS DE LA STRUCTURE OU SALARIÉS DE LA STRUCTURE »

Intitulé de l'indicateur: « Offre d'une diversité de services spécialisés et paramédicaux permettant de faciliter l'accès aux soins des patients par les professionnels associés ou salariés de la structure ».

Type d'indicateur: optionnel.

Rémunération:

Fixe

Nombre de points: 500 points dont:

- 225 points pour le niveau 1;
- 225 points supplémentaires pour le niveau 2.

Valeur du point: 7 euros.

Détail des critères et modulations possibles

2 Niveaux:

Niveau 1. Présence, parmi les professionnels associés de la structure ou salariés du centre de santé, d'au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale ou d'au moins 3 professions paramédicales différentes.

L'atteinte de ce critère permet à la structure de disposer de 225 points.

Niveau 2. Présence, parmi les professionnels associés de la structure ou salariés du centre de santé, d'au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale ET d'au moins 3 professions paramédicales différentes.

Si le niveau 2 est atteint, la structure pourra bénéficier de 225 points supplémentaires liés à l'atteinte du niveau 2 (points qui s'ajoutent aux points du niveau 1).

Au total, l'atteinte du niveau 2 ouvrira à la structure le bénéfice de 500 points sur cet indicateur:

- 225 points liés à l'atteinte du niveau 1; et
- 225 points supplémentaires liés à l'atteinte du niveau 2.

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Pour permettre la vérification de ces critères la structure transmet:

La liste des professionnels de santé intervenant au sein de la structure précisant, pour chaque professionnel associé de la structure ou salarié de la structure (pour les centres de santé):

- l'identité;
- le numéro AM (pour les professionnels libéraux);
- le numéro RPPS (pour les professions qui en disposent);
- la profession;
- la spécialité médicale pour les médecins.

Cette liste est à transmettre au moment de la demande de contractualisation. En cas de modification des professionnels associés ou salariés de la structure, la liste actualisée doit être transmise à la caisse d'assurance maladie de rattachement de la structure.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Au regard de la liste des associés ou salariés (pour les centres de santé) de la structure transmise, la vérification de l'atteinte de ces critères est effectuée.

FICHE INDICATEUR « ACCÈS AUX SOINS – ORGANISATION DE CONSULTATIONS DE SPÉCIALISTES DE SECOND RECOURS OU SAGE-FEMME OU CHIRURGIEN-DENTISTE EXTÉRIEURS À LA STRUCTURE »

Intitulé de l'indicateur: « Organisation de consultations de spécialistes de second recours ou sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure ».

Type d'indicateur: optionnel.

Rémunération:

Fixe

Nombre de points: 450 points dont:

- 250 points pour le niveau 1;
- 200 points pour le niveau 2.

Valeur du point: 7 euros.

Détail des critères et modulations possibles

2 Niveaux:

Niveau 1. Organisation, au sein de la structure, de consultations de second recours réalisées par des médecins spécialistes ou d'accès à des sages-femmes ou à des chirurgiens-dentistes extérieurs à la structure, sur des créneaux horaires définis et représentant une présence équivalente à au moins un jour par semaine pour l'ensemble de ces disciplines.

L'atteinte de ce critère permet à la structure de disposer de 250 points.

Niveau 2. Organisation, au sein de la structure, de consultations de second recours réalisées par des médecins spécialistes ou d'accès à des sages-femmes ou à des chirurgiens-dentistes extérieurs à la structure, sur des créneaux horaires définis et représentant une présence équivalente à au moins 0,5 ETP pour l'ensemble de ces disciplines.

Si le niveau 2 est atteint, la structure pourra bénéficier de 225 points supplémentaires liés à l'atteinte du niveau 2 (points qui s'ajoutent aux points du niveau 1).

Au total, l'atteinte du niveau 2 ouvrira à la structure le bénéfice de 450 points sur cet indicateur:

- 250 points liés à l'atteinte du niveau 1; et
- 200 points supplémentaires liés à l'atteinte du niveau 2.

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Pour permettre la vérification de ces critères la structure transmet:

- tout document attestant de l'organisation de ces consultations de second recours ou d'accès à des sages-femmes ou à des chirurgiens-dentistes. Ces documents précisent le temps d'intervention dans la structure de chaque professionnel. Par exemple: contrats avec les professionnels intervenant sous forme de vacations, etc.).

Conditions de déclenchement de la rémunération

Au regard des documents transmis permettant d'attester de l'organisation de ces consultations de second recours, la vérification de l'atteinte de ces critères est effectuée.

FICHE INDICATEUR: « TRAVAIL EN ÉQUIPE/COORDINATION – PARTAGE ET STRUCTURATION DE L'INFORMATION »

Intitulé de l'indicateur: « Partage et structuration de l'information ».

Type d'indicateur: SOCLE – Prérequis.

Rémunération:

Mixte

Nombre de points:

– 850 points (part fixe);

– 1 500 points (part variable sur une base de patientèle de référence de 4 000 patients).

Valeur du point: 7 euros.

Critères et modulations possibles

**2 phases**

Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2016, pour remplir cet indicateur, la structure doit être dotée:

- d'un système d'information partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et compatible avec le DMP; ou
- d'un système d'information pluri-professionnel labellisé par l'ASIP santé (niveau 1 ou 2).

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, pour remplir cet indicateur, la structure doit:

- avoir mis en place dans la structure un système d'information pluri-professionnel labellisé *a minima* niveau 1 par l'ASIP santé;
- les dossiers informatisés des patients doivent être partagés au moyen d'habilitations différenciées entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient; la valorisation est fonction de la part de patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Cette part doit atteindre 33 % la 1<sup>re</sup> année suivant la mise en place du logiciel et 66 % la deuxième année.

Ces deux conditions sont cumulatives.

Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Pour permettre la vérification de ces critères la structure transmet:

- une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location attestant que le système d'information est conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1;
- de manière transitoire (jusqu'au 31 décembre 2016), transmission des justificatifs attestant que le système d'information est partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et est compatible avec le DMP.

Précision: ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.

Pour les structures ayant un système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou 2:

- transmission des résultats de la requête informatique permettant d'attester du pourcentage de patients de la structure pour lesquels un dossier informatisé et partagé est renseigné.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Au regard des documents transmis permettant d'attester du niveau de partage et de structuration de l'information au sein de la structure, la vérification de l'atteinte de ces critères est effectuée.

À noter: la rémunération correspondante est versée *pro rata temporis* à compter de la date d'acquisition du système d'information



FICHE INDICATEUR: « TRAVAIL EN ÉQUIPE/COORDINATION – PARTAGE  
ET STRUCTURATION DE L'INFORMATION »

Intitulé de l'indicateur: « Partage et structuration de l'information ».

Type d'indicateur: optionnel.

Rémunération:

Fixe

Nombre de points: 100 points.

Valeur du point: 7 euros.

Critères et modulations possibles

Disposer d'un système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2.

Ce système d'information est administré et partagé au moyen d'habilitations différenciées entre les membres de la structure.

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Pour permettre la vérification de ces critères la structure transmet:

- une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location attestant que le système d'information est conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2.

Précision: ces documents comportent la date d'acquisition ou mise en service de l'équipement.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Au regard des documents transmis permettant d'attester du niveau de partage et de structuration de l'information au sein de la structure, la vérification de l'atteinte de ces critères est effectuée.

À noter: la rémunération correspondante est versée *pro rata temporis* à compter de la date d'acquisition du système d'information.

FICHE INDICATEUR: « TRAVAIL EN ÉQUIPE/COORDINATION – COORDINATION EXTERNE »

Intitulé de l'indicateur: « Coordination externe ».

Type d'indicateur: optionnel.

Rémunération:

Variable

Nombre de points: 200 points (sur la base d'une patientèle de référence de 4 000 patients).

Valeur du point: 7 euros.

Détail des critères et modulations possibles

Transmettre les données médicales nécessaires aux professionnels de santé extérieurs à la structure intervenant dans la prise en charge ainsi qu'aux services et établissements sanitaires ou médico-sociaux en cas d'hospitalisation.

Informations médicales visées:

- volet de synthèse médicale (VSM);
- informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge...

Mise en place d'une procédure:

1. Élaboration d'un document précisant la ou les procédures mise(s) en place pour organiser la transmission des informations médicales nécessaires à la prise en charge des patients de la structure par des professionnels de santé extérieurs ou, en cas d'hospitalisation par des services et établissements sanitaires ou médico-sociaux.

Cette procédure doit notamment prévoir les modalités de transmission du volet médical de synthèse du patient, établi par le médecin traitant conformément aux recommandations de la HAS, complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure et nécessaires à la continuité de la prise en charge.

2. Pour chaque patient hospitalisé, ouverture d'un dossier médical électronique, alimenté au moins par le volet de synthèse médicale.

Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Pour permettre la vérification de ces critères la structure transmet tout document attestant de la mise en place de ces procédures:

- description de la procédure mise en place pour la transmission des informations vers les services ou structures extérieurs amenés à prendre en charge les patients de la structure;
- document ou requête attestant de l'ouverture d'un DMP alimenté au moins par le VSM pour tous les patients de la structure amenés à être hospitalisés.

FICHE INDICATEUR : « TRAVAIL EN ÉQUIPE/COORDINATION –  
FORMATION DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ »

Intitulé de l'indicateur : « Formation de professionnels de santé ».

Type d'indicateur : optionnel.

Rémunération :

Fixe

Nombre de points : 450 points.

Valeur du point : 7 euros.

Détail des critères et modulations possibles

Constituer un terrain de stages de formation pour les professionnels de santé.

Conditions :

- au moins deux stages par an ;
- quelle que soit la profession des stagiaires accueillis.

Par exemple, le critère est réputé rempli si la structure a accueilli un stagiaire médecin généraliste et un stagiaire infirmier.

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Pour permettre la vérification de ces critères la structure transmet :

- les copies des attestations de stages réalisés au sein de la structure dans l'année.

FICHE INDICATEUR : « TRAVAIL EN ÉQUIPE/COORDINATION –  
PROTOCOLES PLURI-PROFESSIONNELS »

Intitulé de l'indicateur : « Protocoles pluri-professionnels ».

Type d'indicateur : SOCLE – Prérequis.

Rémunération :

Fixe

Nombre de points : 500 points.

Valeur du point : 7 euros.

Détail des critères et modulations possibles

Élaboration par la structure, en référence aux recommandations de la HAS, de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par certaines pathologies :

- patients porteurs d'affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, mal perforant plantaire du diabétique, accident iatrogénique ;
- patients pour lesquels une intervention pluriprofessionnelle est susceptible de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques, syndrome dépressif ;
- patients bénéficiant de soins itératifs pour lesquels la stratégie de prise en charge peut être à réévaluer : lombalgiques, diabétiques non autonomes pour leur insulinothérapie ;
- patients poly-médiqués pour lesquels le risque iatrogénique doit être reconsidéré ;
- patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés, patients poly-pathologiques, soins palliatifs, suivi post AVC.

En conformité avec les référentiels existants, notamment les guides parcours de la HAS, ces protocoles précisent :

- le rôle et les temps d'intervention des différents professionnels impliqués dans la prise en charge ;
- les modalités de transmission entre professionnels des informations nécessaires à une bonne coordination des soins.

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Pour permettre la vérification de ces critères la structure transmet :

- tout document attestant de l'élaboration de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge des 5 catégories de patients listées.

Le service médical de l'assurance maladie a la possibilité de demander à la structure la transmission d'une copie de l'ensemble des protocoles élaborés pour procéder à la vérification du respect de la réalisation de ce critère.

Réponses aux questions les plus fréquentes

*Comment obtenir les recommandations de la HAS pour servir de référence à la réalisation des protocoles pluri-professionnels ?*

Les recommandations de la HAS sont accessibles sur le site de la HAS au lien suivant :

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1216216/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1216216/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours).

FICHE INDICATEUR « TRAVAIL EN ÉQUIPE/COORDINATION – REVUES DE DOSSIERS »

Intitulé de l'indicateur : « Revues de dossiers ».

Type d'indicateur : SOCLE – Prérequis.

Rémunération :

Variable

Nombre de points : 1 000 points (pour une patientèle de référence de 4000 patients).

Valeur du point : 7 euros.

Détail des critères et modulations possibles

Organiser régulièrement des réunions de concertation pluriprofessionnelles formalisées entre les médecins et les autres professionnels de santé de la structure autour des dossiers de certains patients complexes présentant les affections suivantes :

- patients porteurs d'affections sévères compliquées ou décompensées: insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, mal perforant plantaire du diabétique, accident iatrogénique;
- patients pour lesquels une intervention pluriprofessionnelle est susceptible de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle: lombalgies chroniques, syndrome dépressif;
- patients bénéficiant de soins itératifs pour lesquels la stratégie de prise en charge peut être à réévaluer: lombalgiques, diabétiques non autonomes pour leur insulinothérapie;
- patients poly-médiqués pour lesquels le risque iatrogénique doit être reconsidéré;
- patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté: sujets âgés, patients poly-pathologiques, soins palliatifs, suivi post AVC.

Un compte rendu de la réunion est intégré, sous une forme paramétrable permettant une requête informatique, dans le dossier informatisé de chaque patient concerné.

Objectifs :

- organisation d'une réunion/mois en moyenne;
- les revues de dossier doivent concerner chaque année 3 % des patients de la structure.

Modalités de vérification du respect de l'indicateur :

Le taux de réalisation de cet objectif est calculé par rapport à la fréquence de ces réunions et au nombre de dossiers examinés (précisions infra).

Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l'indicateur

La structure transmet à l'organisme local d'assurance maladie :

- le planning des réunions de concertation intervenues dans l'année, précisant les dates des réunions et le nombre de dossiers étudiés lors de chacune d'entre elles;
- les résultats d'une requête informatique permettant d'attester du pourcentage de patients de la structure dont le dossier a fait l'objet d'une réunion de concertation avec compte rendu intégré au dossier informatisé. Jusqu'au 31 décembre 2016, si la structure n'est pas encore équipée d'un système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé lui permettant une telle requête, elle transmet par voie écrite le taux de réalisation de l'objectif.

Le service médical de l'assurance maladie a la possibilité de demander à la structure la transmission d'une copie des comptes rendus pour procéder à la vérification du respect de la réalisation de ce critère.

## ANNEXE 8

### NOTE MÉTHODOLOGIQUE RELATIVE AU CONTRAT PROPOSÉ AUX STRUCTURES INTERPROFESSIONNELLES DE PROXIMITÉ

#### **Indicateurs et rémunération**

Référence : arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité.

##### Sommaire

1. Organisation des indicateurs
  - 1.1. Les indicateurs socles
  - 1.2. Les indicateurs optionnels
2. Conditions de déclenchement de la rémunération
3. Observation du respect des engagements et rémunération
  - 3.1. Observation des engagements
  - 3.2. Calcul de la rémunération
    - 3.2.1. Proratisation du nombre de points en fonction de la patientèle réelle de la structure
    - 3.2.2. Majoration de la rémunération selon le taux de précarité de la structure
    - 3.2.3. Proratisation de la rémunération selon la date de signature
  - 3.3. Versement de la rémunération
  - 3.4. Principe et versement de l'avance
4. Glossaire

### 1. Organisation des indicateurs

Le contrat est basé sur des engagements reposant sur 3 axes :

- l'accès aux soins ;
- le travail en équipe pluriprofessionnelle ;
- le système d'information.

Chaque axe comprend 2 niveaux de rémunérations :

- une rémunération de base liée à l'atteinte des engagements « socle » définis comme des prérequis ;
- une rémunération supplémentaire liée à l'atteinte des engagements « optionnels ».

La rémunération est valorisée par un nombre de points attribués à chaque indicateur (valeur du point = 7 €).

Selon les indicateurs, le nombre de point est soit :

- fixe ;
- variable, le nombre de points attribués étant proratisé en fonction de la patientèle réelle de la structure au 31 décembre de l'année de référence ;
- mixte, comportant une partie fixe et une partie variable.

A noter : pour les rémunérations variables, le nombre de points indiqué au regard de l'indicateur correspond à une patientèle dite « de référence » de 4000 patients.

Les schémas présents au point 1.1 et 1.2 précisent pour chaque axe :

- les engagements socles et optionnels ;
- Les parts fixes et variables de la rémunération.

1.1. Les indicateurs socles

**Accès aux soins  
(1 200 points)**

**Rémunération fixe (1200 points)**

1. Ouverture de 8 à 20 h, samedi matin et congés scolaires (dérogation possible par la caisse et l'ARS en fonction des modalités d'organisation locale de la PDS)
2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré
3. Fonction de coordination identifiée.

Une charte d'engagement présentant l'ensemble de ces services est mise à disposition des patients.

**Pas de rémunération variable**

**Travail en équipe /  
Coordination  
(1 500 points)**

**Rémunération fixe (500 points)**

1. Protocoles pluri-professionnels pour les patients concernés par certaines pathologies (liste définie dans le contrat type)

**Rémunération variable (1000 points)**

1. Concertation pluriprofessionnelle formalisée et régulière (1 réunion/mois). Ces revues de dossier portent sur des affections visées à l'article 3.2 du RA. Compte rendu intégré dans le dossier informatisé du patient, sous forme paramétrable permettant requête informatique et alimentant le dossier médical partagé. Comptes rendus mis à disposition du service médical de l'assurance maladie.

Objectif : 1 réunion/mois en moyenne et 3 % des patients de la structure. Taux de réalisation calculé par rapport à cet objectif.

**Système d'information  
(2 350 points)**

**Rémunération fixe (850 points)**

1 - Système d'information labellisé niveau 1 ASIP santé, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat (ou le 31 décembre 2016 pour les contrats signés en 2015).

Au-delà de cette date, dossiers informatisés des patients partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé (33 % des patients la 1ère année suivant la mise en place du logiciel et 66 % la 2ème année).

*Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2016, le critère est réputé rempli si la structure dispose d'un système d'information partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et compatible avec le DMP.*

**Rémunération variable (1500 points)**

Pour le système d'information défini ci-dessus la rémunération comporte une partie fixe et une partie variable



1.2. Les indicateurs optionnels

**Accès aux soins  
(max - 1 600 points)**

**Rémunération fixe (900 points)**

- 1 - Consultations spécialistes de 2nd recours ou sage-femme ou chirurgien dentiste extérieurs à la structure, au moins 1 J/ semaine (250 points)
- 2 - Idem au moins 0,5 ETP (200 points supplémentaires)
- 3 - Offre diversité services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux : au moins 2 professions médicales différentes en sus de la MG ou au moins 3 professions paramédicales différentes (225 points supplémentaires)
- 4 - Idem avec au moins 2 professions médicales différentes en sus de la MG et au moins 3 professions paramédicales différentes (225 points supplémentaires).

**Rémunération variable (700 points)**

- **Modulation locale** : Missions de santé publique (en fonction spécificités territoriales et objectifs du PRS) à choisir dans la liste des thèmes (annexe 4 du RA) > 350 points par projet (maximum de 2 projets rémunérés soit 700 points).

**Travail en équipe /  
Coordination  
(max - 1 450 points)**

**Rémunération fixe (450 points)**

- 1 - Formation des jeunes professionnels de santé (2 stages/an)

**Rémunération variable (1000 points)**

- Mise en place procédure définissant modalités de transmission données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers PS extérieurs à la structure et vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux.

Cette procédure permet notamment la transmission du volet de synthèse médicale (VSM) défini par HAS établi par le MT complété des informations recueillies par les autres PS de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge.

Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la structure est ouvert et alimenté au moins par le VSM (200 points).

**Système d'information  
(max - 100 points)**

**Rémunération fixe (100 points)**

- 1 - Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2

**Pas de rémunération variable**

## 2. Conditions de déclenchement de la rémunération

Le déclenchement de la rémunération est conditionné au respect des critères appartenant au niveau socle et définis comme des prérequis à savoir :

- les 3 critères socles de l'axe « accès aux soins » (horaires d'ouverture, accès à des soins non programmés, fonction de coordination identifiée);
- les 2 critères socles de l'axe « travail en équipe/coordination » (protocoles pluri-professionnels, revues de dossiers);
- le critère socle de l'axe « système d'information ».

Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2016, les prérequis sont estimés remplis si les critères suivant sont respectés :

- les 3 critères socles de l'axe « accès aux soins » (horaires d'ouverture, accès à des soins non programmés, fonction de coordination identifiée); et
- au moins un des critères socles des deux autres axes (« travail en équipe » ou « système d'information »).

Le versement de la rémunération intervient uniquement si le statut juridique de la structure le permet (SISA ou centre de santé).

## 3. Observation du respect des engagements et rémunération

### 3.1. Observation des engagements

L'observation des engagements s'effectue par année civile.

Les structures doivent transmettre l'ensemble de pièces justificatives relatives au respect de leurs engagements avant la fin du mois de janvier N+1 (soit avant le 31 janvier 2016 pour la vérification du respect des engagements sur l'année 2015).

A noter : Les justificatifs à transmettre sont précisés dans les fiches de présentation des différents critères du contrat.

### 3.2. Calcul de la rémunération

La rémunération est fonction de l'atteinte des objectifs pour un total de 7 400 points pour un taux de réalisation de l'ensemble des engagements de 100 % et pour une patientèle dite « de référence » de 4 000 patients :

- 5 050 points pour le niveau socle dont 2 550 pour la partie fixe et 2 500 pour la partie variable (en fonction de la patientèle);
- 2 350 points pour le niveau optionnel dont 1 450 pour la partie fixe et 900 pour la partie variable (en fonction de la patientèle).

#### 3.2.1. Proratisation du nombre de points en fonction de la patientèle réelle de la structure

Définition de la patientèle : la patientèle de la structure correspond à la somme du nombre de patients ayant déclaré un des médecins exerçant au sein de la structure comme médecin traitant (au 31 décembre de l'année de référence) et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans la structure au cours de l'année de référence.

Le nombre de points attribué pour la part variable de la rémunération est proratisé en fonction de la patientèle réelle de la structure au 31 décembre de l'année de référence.

*Exemple : une structure ayant une patientèle de 8 000 patients et réalisant 100 % de l'ensemble de ses engagements bénéficiera pour la part variable de la rémunération de 6 800 points (détail du calcul :  $3\,400 \text{ points} \times 8\,000/4\,000$  contre 3 400 points pour une patientèle de 4 000 patients).*

#### 3.2.2. Majoration de la rémunération selon le taux de précarité de la structure

Définition du taux de précarité : Le taux de précarité correspond à la part représentée par les patients bénéficiaires de la CMUC et de l'AME parmi les patients de la structure.

Si le taux de précarité de la structure est supérieur au taux national, une majoration égale à la différence entre les 2 taux est applicable au montant de la rémunération (majoration plafonnée à 25 %) :

*Exemple : Si la structure a :*

- un taux de patient de CMU-C de 17,5 % contre une moyenne nationale de 7,5 % ;*
- et un taux de patient AME de 5,4 % contre une moyenne nationale de 0,4 %, elle bénéficiera d'une majoration du montant de sa rémunération de 15 % (correspondant aux 10 pts de différence sur le taux de patients CMUC et au 5 pts de différence sur le taux de patients AME).*

### 3.2.3. Proratisation de la rémunération selon la date de signature

Le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération sont proratisés en fonction de la date de signature du contrat au cours de l'année civile de référence.

Par exception, pour les contrats souscrits avant le 30 septembre 2015, le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération s'effectuent sur toute l'année 2015 sans proratisation.

### 3.3. Versement de la rémunération

Le versement de la rémunération calculée est effectué au plus tard le 30 avril de l'année qui suit celle servant de référence pour le suivi des engagements (au plus tard le 30 avril 2016 pour la rémunération au titre de l'année 2015).

### 3.4. Principe et versement de l'avance

Afin de permettre aux structures signataires du contrat d'engager les investissements nécessaires, un dispositif d'avance est mis en place :

- une avance correspondant à 60 % de la somme qui serait versée pour un taux de réalisation de 100 % des engagements socles, en prenant en compte le volume de patientèle (constatée au 31 décembre de l'année précédant l'année de référence) est versée :
  - par exception, pour les structures signataires du contrat incluses dans l'expérimentation ENMR en 2014, l'avance est calculée en 2015 sur la base du montant versé à la structure au titre de l'année 2014 dans le cadre de l'expérimentation ;
- le paiement de cette avance intervient :
  - pour la 1<sup>re</sup> année : dans les trois mois suivant la signature du contrat ;
  - les années suivantes : au moment du versement du solde de la rémunération au titre de l'année précédente, au plus tard le 30 avril ;
- le versement de l'avance est réalisé uniquement si le statut juridique de la structure le permet (SISA ou Centre de Santé).

## 4. Glossaire

Indicateur optionnel : engagements optionnels dont l'atteinte permet d'obtenir une rémunération supplémentaire.

Indicateur socle : engagements socles dits « prérequis » dont l'atteinte conditionne le déclenchement de la rémunération.

Patientèle de référence : la patientèle dite « de référence » pour une structure pluriprofessionnelle est de 4000 patients. Pour les rémunérations variables, le nombre de points indiqué au regard de l'indicateur correspond à une patientèle dite « de référence » de 4000 patients.

Patientèle réelle de la structure : la patientèle réelle de la structure correspond à la somme du nombre de patients ayant déclaré un des médecins exerçant au sein de la structure comme médecin traitant (au 31 décembre de l'année de référence) et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans la structure au cours de l'année de référence.

Rémunération fixe : rémunération pour laquelle le nombre de point est fixe (pas de proratisation en fonction de la patientèle réelle de la structure).

Rémunération variable : rémunération pour laquelle le nombre de points attribué à la structure est proratisé en fonction de la patientèle réelle de la structure au 31 décembre de l'année de référence.

Rémunération mixte : rémunération comportant une partie fixe et une partie variable.

Règlement arbitral (RA) : texte à portée réglementaire (approuvé par arrêté) définissant les modalités de rémunération des structures de santé pluriprofessionnelles (maisons de santé pluriprofessionnelles monosite ou multisites et centres de santé) valorisant les activités mutualisées au sein de ces structures.

## FAQ SOINS DE PROXIMITÉ

Mise à jour: avril 2015

Sommaire:

Contractualisation

Les structures concernées

Mise en œuvre

Les documents à fournir

Analyse des dossiers: CPAM, ARS et DCGDR

Conclusion du contrat

Dispositif d'avances

Modalités de calcul

Les indicateurs

Engagements socle

Engagements optionnels

## CONTRACTUALISATION

Sous-thèmes:

Contractualisation

Les structures concernées

Mise en œuvre

Les documents à fournir

Analyse des dossiers: CPAM, ARS et DCGDR

Conclusion du contrat

### Les structures concernées

*Question 1: quelle entité est désignée par le terme de «structure» dans l'article 2 du règlement arbitral?*

Réponse 1

La structure est entendue comme la SISA ou le centre de santé.

*Question 2: sélection des structures: La ministre annonçant le financement de 1000 équipes de soins de proximité d'ici 2017.*

*Comment les structures seront-elles choisies? Y aura-t-il des appels à projet? Y aura-t-il des quotas pour chaque région? Si oui comment sera-t-il fixé?*

Réponse 2

Il n'y a pas de quotas mis en place pour la signature du contrat et il n'y aura pas d'appels à projets.

En revanche, un examen conjoint des demandes de conventionnement présentées par les structures va être réalisé entre l'assurance maladie et les ARS notamment au regard de la cohérence du projet de santé de la structure avec le projet régional de santé (cf. article du 2 du règlement arbitral).

### Mise en œuvre

*Question 1: quel est le délai de mise en place de ce nouveau dispositif en 2015 et notamment pour les nouveaux sites qui souhaiteront en bénéficier?*

Réponse 1

Pour les structures précédemment intégrées aux ENMR: inclusion dès le mois de mars dans le dispositif sur la base d'une lettre d'engagement à retourner signée avant le 15 avril 2015 pour permettre le versement de l'avance.

Pour la contractualisation (structures ex ENMR et nouvelles structures), les instructions vont être diffusées courant avril pour permettre le démarrage du processus de contractualisation dès fin avril.

### Les documents à fournir

*Question 1: quels sont les documents demandés aux structures pour contracter?*

Réponse 1

La liste des pièces à fournir pour le dépôt de la demande de souscription au contrat est disponible auprès de la caisse de rattachement et de l'agence régionale de santé.

*Question 2: notion d'associés de la structure: à l'article 2, il est indiqué que les structures doivent transmettre la «liste des PS libéraux associés de la structure».*

*La notion d'associés est-elle entendue au sens juridique du terme ou au sens des professionnelles associés au projet de santé?*

## Réponse 2

La liste des PS associés à la structure est entendue comme la liste des PS libéraux associés de la structure au sens juridique du terme (mentionnés dans les statuts de la structure)

Dans le cadre des centres de santé, la structure devra transmettre la liste des PS salariés de la structure.

### **Analyse des dossiers: CPAM, ARS et DCGDR**

*Question 1: les signataires du contrat: parle-t-on de Caisse primaire locale ou de caisse locale unique et de la coordination GDR du régime général?*

## Réponse 1

La CPAM du lieu d'implantation de la structure procédera à la vérification de la complétude du dossier de demandes de contractualisation et transmettra les dossiers complets au DCGDR (Direction de la Coordination et de la Gestion du Risque) et à l'ARS pour instruction et prise de décision concernant l'éligibilité de la structure au dispositif. Puis, le directeur de la CPAM du lieu d'implantation de la structure sera le signataire du contrat conjointement avec l'ARS et la structure.

*Question 2: quel est le rôle de l'ARS? Comment l'ARS pourra-t-elle continuer à suivre les MSP, les pôles de santé-centres de santé si l'Assurance maladie reprend la main sur ce dossier?*

## Réponse 2

L'ARS a un rôle d'accompagnement des structures et de promotion du contrat auprès de celle-ci.

En outre, elle est impliquée dans l'instruction des demandes de contractualisation (analyse conjointe ARS /DCGDR sur l'éligibilité de la structure et rôle d'identification des missions régionales pouvant être allouées à la structure ainsi que positionnement sur les dérogations pouvant être accordée concernant les horaires d'ouverture de la structure).

Elle est également cosignataire du contrat avec la CPAM et la structure.

### **Conclusion du contrat**

*Question 1: avenant au contrat: le projet de santé et la liste des PS sont annexés au contrat. L'ARS peut être amenée à proposer des modifications du projet de santé notamment pour les missions de santé publique. A chaque modification, cela fera l'objet d'un avenant?*

## Réponse 1

En cas de modification du projet de santé de la structure, un avenant devra être signé afin de prendre en compte ces modifications (cf. article 6 du règlement arbitral et article 2 du contrat type).

*Question 2: les caisses de l'AROMSA et du RSI sont-elles également signataires du contrat?*

## Réponse 2

Le contrat sera signé uniquement avec la CPAM (ou CGSS) et l'ARS.

## DISPOSITIF D'AVANCES

Sous-thèmes :  
Modalités de calcul

### Modalités de calcul

*Question 1: patientèle: pour l'année N, c'est la patientèle de l'année N – 1 qui est considérée. Mais est-ce la patientèle considérée pour l'attribution de la dotation finale, ou juste pour le calcul de l'avance, avec régularisation une fois la patientèle de l'année N connue ?*

Réponse 1

La patientèle de l'année N-1 sert de base pour le calcul de l'avance uniquement. Une régularisation sera faite au moment du paiement du solde (début année N+1) avec prise en compte de la patientèle au 31/12 de l'année N.

*Question 2: patientèle: à quel niveau est réalisé le calcul de la patientèle et quelles données sont prises en compte pour ce calcul ?*

Réponse 2

Le calcul de la patientèle réelle de la structure est réalisé par la CNAMTS.

Cette patientèle correspond aux :

- nombre de patients ayant déclaré un des médecins exerçant au sein de la structure comme médecin traitant (au 31 décembre de l'année de référence) ;
- nombres d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans la structure (associés au sens juridique ou salariés de la structure) au cours de l'année de référence (cf. article du RA et 3.1 du contrat type),

en prenant en compte tous les patients quel que soit leur régime d'affiliation.

*Question 3: taux de précarité: à quel niveau est réalisé le calcul du taux de précarité et comment sont identifiés les patients CMUC et AME ?*

Réponse 3

L'identification des patients de la structure bénéficiaires de la CMUC et de l'AME et le calcul du taux de précarité de la structure sont réalisés au niveau de la CNAMTS.

- le taux de patients CMU-C correspond à la part représentée par les patients bénéficiaires de la CMUC (ayant eu au moins un acte facturé par un médecin généraliste de la structure) parmi les patients de la structure ;
- le taux de patients AME correspond à la part représentée par les patients bénéficiaires de l'AME (ayant eu au moins un acte facturé par un médecin généraliste de la structure) parmi les patients de la structure.

## LES INDICATEURS

Sous-thèmes :

Les indicateurs

Engagements socle

Engagements optionnels

### Engagements socle

*Question 1 : systèmes d'informations : la condition de la labellisation ASIP constituera un obstacle difficile à franchir pour certains sites ENMR qui ont fait le choix d'un logiciel de partage d'informations qui n'est pas labellisé : que pourra-t-on leur proposer ?*

Réponse 1

Une phase provisoire est mise en place jusqu'au 31/12/2016: engagement socle réputé respecté si SI partagé entre plusieurs professionnels et compatibles avec le DMP (SI labellisé ASIP requis qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017) CF ARTICLE 1.3 contrat type ARTICLE 3.3 du RA.

*Question 2 : horaires d'ouverture : l'amplitude des horaires d'ouverture concerne-t-elle uniquement les horaires des médecins ou chaque profession ?*

Réponse 2

C'est la structure qui doit être en mesure d'assurer cette amplitude d'horaires d'ouverture (ouverture des locaux sur les périodes indiquées). Toutefois, cette exigence ne nécessite pas que l'ensemble des professionnels exerçant dans la structure soient présents durant cette amplitude horaire.

*Question 3 : horaires d'ouverture : concernant les dérogations sur les horaires d'ouverture seront-elles accordées ? Quelle forme doivent-elles revêtir ?*

Réponse 3

Une modulation de ces horaires peut éventuellement être accordée par l'ARS et la Caisse en fonction des modalités d'organisation locale de la PDSA précisées dans le cahier des charges régional de la PDSA. En cas d'accord, cette modulation fera l'objet d'une inscription dans le contrat signé par la structure (cf. article 3 du RA et 1.1 du contrat type).

*Question 4 : accès à des soins non programmés chaque jour ouvré : quel niveau de détail est attendu pour considérer le critère « Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré » comme rempli ?*

Réponse 4

Dans son projet de santé, la structure expose la façon dont elle organise, chaque jour, la prise en charge des patients souhaitant un avis médical ou se présentant pour des soins non programmés:

- disponibilités des différents professionnels de santé de la structure pour une régulation téléphonique des demandes;
- possibilités de consultations dans la journée : plages horaires dédiées pour chaque professionnel ; journées dédiées assurées à tour de rôle par chacun des médecins de la structure...

Ces modalités sont précisées dans la charte d'engagement.

*Question 5 : fonction de coordination organisée : qu'est-il attendu concrètement par le terme « responsable identifié » ? Est-ce un secrétariat physique partagé à minima entre médecins ? Un temps de travail de coordonnateur (type coordonnateur) ?*

Réponse 5

Cette fonction de coordination au sein de la structure peut être occupée indifféremment par un professionnel de santé ou par du personnel administratif.

L'objectif est de mettre en place une organisation permettant d'assurer :

- l'accueil des patients ;



- l'information concernant leurs droits (notamment pour les patients CMUC, ACS);
- leur orientation auprès des différents professionnels exerçant au sein de la structure;
- la coordination des informations les concernant entre les différents professionnels de santé de la structure amenés à assurer leur suivi médical;
- le cas échéant, leur orientation vers les professionnels de santé, les services ou les établissements sanitaires ou médico-sociaux que leur prise en charge nécessite;
- la gestion des plannings des différents professionnels de la structure, permettant une prise en charge coordonnée des patients en fonction de leurs besoins;
- etc.

### Engagements optionnels

*Question 1: mission de santé publique: la liste des missions de santé publique définie à l'annexe 4 du règlement arbitral est-elle limitative?*

#### Réponse 1

La liste des missions de santé publique présentes en annexe 4 du règlement arbitral est effectivement une liste fermée. Toutefois, bien évidemment, la structure peut participer à d'autres missions de santé publique dans un autre cadre avec, le cas échéant, la possibilité de bénéficier d'un autre mode de financement (notamment sur le fonds d'intervention régional –FIR).

Pour assurer une cohérence, il est possible d'annexer au contrat (issu du règlement arbitral) ces missions de santé publiques auxquelles participe la structure et qui sont définies voire financées dans un autre cadre.

*Question 2: terrains de stage: est-ce une obligation de 2 stages par an auprès de chaque profession représentée dans la MSP (2 stages de MG, 2 stages d'IDE, etc.), ou 2 stages par an tous professionnels confondus (sous-entendu qu'il n'y a pas l'obligation qu'un médecin reçoive un stagiaire: si une infirmière reçoit 2 stagiaires dans l'année, cela suffit?)*

#### Réponse 2

L'indicateur sera considéré comme rempli dès lors que 2 stages par an sont réalisés dans la structure dans l'année quelle que soit la profession des stagiaires.

*Question 3: comment obtenir les recommandations de la HAS pour servir de référence à la réalisation des protocoles pluri-professionnels?*

#### Réponse 3

Les recommandations de la HAS sont accessibles sur le site de la HAS au lien suivant:

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1216216/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1216216/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours).

ANNEXE 9

# FAQ SOINS DE PROXIMITE

Mise à jour : **Avril 2015**

FAQ Soins de proximité – Avril 2015

## Sommaire :

<b>Contractualisation .....</b>	<b>3</b>
Les structures concernées .....	4
Mise en œuvre.....	4
Les documents à fournir.....	4
Analyse des dossiers : CPAM, ARS et DCGDR .....	5
Conclusion du contrat.....	6
<b>Dispositif d’avances .....</b>	<b>7</b>
Modalités de calcul .....	8
<b>Les indicateurs .....</b>	<b>9</b>
Engagements socle .....	10
Engagements optionnels.....	11

FAQ Soins de proximité – Avril 2015

## Contractualisation

Sous-thèmes :

<b>Contractualisation .....</b>	<b>3</b>
Les structures concernées .....	4
Mise en œuvre.....	4
Les documents à fournir.....	4
Analyse des dossiers : CPAM, ARS et DCGDR .....	5
Conclusion du contrat.....	6

FAQ Soins de proximité – Avril 2015

### Les structures concernées

**Question 1 :** *Quelle entité est désignée par le terme de "structure" dans l'article 2 du règlement arbitral ?*

#### Réponse 1

La structure est entendue comme la SISA ou le centre de santé.

**Question 2 :** *Sélection des structures : La ministre annonçant le financement de 1000 équipes de soins de proximité d'ici 2017. Comment les structures seront-elles choisies ? Y aura-t-il des appels à projet ? Y aura-t-il des quotas pour chaque région ? Si oui comment sera-t-il fixé ?*

#### Réponse 2

Il n'y a pas de quotas mis en place pour la signature du contrat et il n'y aura pas d'appels à projets.

En revanche, un examen conjoint des demandes de conventionnement présentées par les structures va être réalisé entre l'assurance maladie et les ARS notamment au regard de la cohérence du projet de santé de la structure avec le projet régional de santé (cf. article du 2 du règlement arbitral).

### Mise en œuvre

**Question 1 :** *Quel est le délai de mise en place de ce nouveau dispositif en 2015 et notamment pour les nouveaux sites qui souhaiteront en bénéficier ?*

#### Réponse 1

Pour les structures précédemment intégrées aux ENMR : inclusion dès le mois de mars dans le dispositif sur la base d'une lettre d'engagement à retourner signée avant le 15 avril 2015 pour permettre le versement de l'avance.

Pour la contractualisation (structures ex ENMR et nouvelles structures), les instructions vont être diffusées courant avril pour permettre le démarrage du processus de contractualisation dès fin avril.

### Les documents à fournir

**Question 1 :** *Quels sont les documents demandés aux structures pour contracter ?*

#### Réponse 1

La liste des pièces à fournir pour le dépôt de la demande de souscription au contrat est disponible auprès de la caisse de rattachement et de l'agence régionale de santé.

FAQ Soins de proximité – Avril 2015

**Question 2 :** *Notion d'associés de la structure : A l'article 2, il est indiqué que les structures doivent transmettre la "liste des PS libéraux associés de la structure".*

*La notion d'associés est-elle entendue au sens juridique du terme ou au sens des professionnelles associés au projet de santé ?*

**Réponse 2**

La liste des PS associés à la structure est entendue comme la liste des PS libéraux associés de la structure au sens juridique du terme (mentionnés dans les statuts de la structure)

Dans le cadre des centres de santé, la structure devra transmettre la liste des PS salariés de la structure.

Analyse des dossiers : CPAM, ARS et DCGDR

**Question 1 :** *Les signataires du contrat : Parle-t-on de Caisse primaire locale ou de caisse locale unique et de la coordination GDR du régime général ?*

**Réponse 1**

La CPAM du lieu d'implantation de la structure procédera à la vérification de la complétude du dossier de demandes de contractualisation et transmettra les dossiers complets au DCGDR (Direction de la Coordination et de la Gestion du Risque) et à l'ARS pour instruction et prise de décision concernant l'éligibilité de la structure au dispositif. Puis, le directeur de la CPAM du lieu d'implantation de la structure sera le signataire du contrat conjointement avec l'ARS et la structure.

**Question 2 :** *Quel est le rôle de l'ARS ? Comment l'ARS pourra-t-elle continuer à suivre les MSP, les pôles de santé-centres de santé si l'Assurance maladie reprend la main sur ce dossier?*

**Réponse 2**

L'ARS a un rôle d'accompagnement des structures et de promotion du contrat auprès de celle-ci.

En outre, elle est impliquée dans l'instruction des demandes de contractualisation (analyse conjointe ARS /DCGDR sur l'éligibilité de la structure et rôle d'identification des missions régionales pouvant être allouées à la structure ainsi que positionnement sur les dérogations pouvant être accordée concernant les horaires d'ouverture de la structure).

Elle est également cosignataire du contrat avec la CPAM et la structure.

FAQ Soins de proximité – Avril 2015

### Conclusion du contrat

**Question 1 :** *Avenant au contrat : Le projet de santé et la liste des PS sont annexés au contrat. L'ARS peut être amenée à proposer des modifications du projet de santé notamment pour les missions de santé publique. A chaque modification, cela fera l'objet d'un avenant ?*

#### Réponse 1

En cas de modification du projet de santé de la structure, un avenant devra être signé afin de prendre en compte ces modifications (cf. article 6 du règlement arbitral et article 2 du contrat type).

**Question 2 :** *Les caisses de l'AROMSA et du RSI sont-elles également signataires du contrat ?*

#### Réponse 2 :

Le contrat sera signé uniquement avec la CPAM (ou CGSS) et l'ARS.

FAQ Soins de proximité – Avril 2015



**Dispositif d'avances**

Sous-thèmes :

Modalités de calcul ..... 8



FAQ Soins de proximité – Avril 2015

Dispositif d'avances

### Modalités de calcul

**Question 1 : Patiente** : Pour l'année N, c'est la patientèle de l'année N-1 qui est considérée. Mais est-ce la patientèle considérée pour l'attribution de la dotation finale, ou juste pour le calcul de l'avance, avec régularisation une fois la patientèle de l'année N connue ?

#### Réponse 1

La patientèle de l'année N-1 sert de base pour le calcul de l'avance uniquement. Une régularisation sera faite au moment du paiement du solde (début année N+1) avec prise en compte de la patientèle au 31/12 de l'année N.

**Question 2 : Patiente** : A quel niveau est réalisé le calcul de la patientèle et quelles données sont prises en compte pour ce calcul ?

#### Réponse 2

Le calcul de la patientèle réelle de la structure est réalisé par la CNAMTS.

Cette patientèle correspond aux :

- nombre de patients ayant déclaré un des médecins exerçant au sein de la structure comme médecin traitant (au 31 décembre de l'année de référence)
- nombres d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans la structure (associés au sens juridique ou salariés de la structure) au cours de l'année de référence (cf. article du RA et 3.1 du contrat type)

en prenant en compte tous les patients quel que soit leur régime d'affiliation.

**Question 3 : Taux de précarité** : A quel niveau est réalisé le calcul du taux de précarité et comment sont identifiés les patients CMUC et AME ?

#### Réponse 3

L'identification des patients de la structure bénéficiaires de la CMUC et de l'AME et le calcul du taux de précarité de la structure sont réalisés au niveau de la CNAMTS.

- Le taux de patients CMUC correspond à la part représentée par les patients bénéficiaires de la CMUC (ayant eu au moins un acte facturé par un médecin généraliste de la structure) parmi les patients de la structure.
- Le taux de patients AME correspond à la part représentée par les patients bénéficiaires de l'AME (ayant eu au moins un acte facturé par un médecin généraliste de la structure) parmi les patients de la structure.

## Les indicateurs

Sous-thèmes :

<b>Les indicateurs</b> .....	<b>9</b>
Engagements socle .....	10
Engagements optionnels .....	11

FAQ Soins de proximité – Avril 2015

Les indicateurs

### Engagements socle

**Question 1 :** systemes d'informations : la condition de la labellisation ASIP constituera un obstacle difficile à franchir pour certains sites ENMR qui ont fait le choix d'un logiciel de partage d'informations qui n'est pas labellisé : que pourra-t-on leur proposer ?

#### Réponse 1

Une phase provisoire est mise en place jusqu'au 31/12/2016 : engagement socle réputé respecté si SI partagé entre plusieurs professionnels et compatibles avec le DMP (SI labellisé ASIP requis qu'à partir du 1er janvier 2017) CF ARTICLE 1.3 contrat type ARTICLE 3.3 du RA.

**Question 2 :** Horaires d'ouverture : L'amplitude des horaires d'ouverture concerne-t-elle uniquement les horaires des médecins ou chaque profession ?

#### Réponse 2

C'est la structure qui doit être en mesure d'assurer cette amplitude d'horaires d'ouverture (ouverture des locaux sur les périodes indiquées). Toutefois, cette exigence ne nécessite pas que l'ensemble des professionnels exerçant dans la structure soient présents durant cette amplitude horaire.

**Question 3 :** Horaires d'ouverture : Concernant les dérogations sur les horaires d'ouverture seront-elles accordées ? Quelle forme doivent-elles revêtir ?

#### Réponse 3

Une modulation de ces horaires peut éventuellement être accordée par l'ARS et la Caisse en fonction des modalités d'organisation locale de la PDSA précisées dans le cahier des charges régional de la PDSA. En cas d'accord, cette modulation fera l'objet d'une inscription dans le contrat signé par la structure (cf. article 3 du RA et 1.1 du contrat type).

**Question 4 :** Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré : Quel niveau de détail est attendu pour considérer le critère « Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré » comme rempli ?

#### Réponse 4

Dans son projet de santé, la structure expose la façon dont elle organise, chaque jour, la prise en charge des patients souhaitant un avis médical ou se présentant pour des soins non programmés:

- disponibilités des différents professionnels de santé de la structure pour une régulation téléphonique des demandes ;
- possibilités de consultations dans la journée : plages horaires dédiées pour chaque professionnel ; journées dédiées assurées à tour de rôle par chacun des médecins de la structure...

Ces modalités sont précisées dans la charte d'engagement.

FAQ Soins de proximité – Avril 2015

Les indicateurs

**Question 5 :** *Fonction de coordination organisée : Qu'est-il attendu concrètement par le terme "responsable identifié" ? Est-ce un secrétariat physique partagé à minima entre médecins ? Un temps de travail de coordonnateur (type coordonnateur) ?*

**Réponse 5**

Cette fonction de coordination au sein de la structure peut être occupée indifféremment par un professionnel de santé ou par du personnel administratif.

L'objectif est de mettre en place une organisation permettant d'assurer :

- l'accueil des patients ;
- l'information concernant leurs droits (notamment pour les patients CMUC, ACS) ;
- leur orientation auprès des différents professionnels exerçant au sein de la structure ;
- la coordination des informations les concernant entre les différents professionnels de santé de la structure amenés à assurer leur suivi médical ;
- le cas échéant, leur orientation vers les professionnels de santé, les services ou les établissements sanitaires ou médico-sociaux que leur prise en charge nécessite ;
- la gestion des plannings des différents professionnels de la structure, permettant une prise en charge coordonnée des patients en fonction de leurs besoins ;
- etc.

**Engagements optionnels**

**Question 1 :** *mission de santé publique : La liste des missions de santé publique définie à l'annexe 4 du règlement arbitral est-elle limitative?*

**Réponse 1**

La liste des missions de santé publique présentes en annexe 4 du règlement arbitral est effectivement une liste fermée. Toutefois, bien évidemment, la structure peut participer à d'autres missions de santé publique dans un autre cadre avec, le cas échéant, la possibilité de bénéficier d'un autre mode de financement (notamment sur le fonds d'intervention régional –FIR).

Pour assurer une cohérence, il est possible d'annexer au contrat (issu du règlement arbitral) ces missions de santé publiques auxquelles participe la structure et qui sont définies voire financées dans un autre cadre.

**Question 2 :** *Terrains de stage : Est-ce une obligation de 2 stages par an auprès de chaque profession représentée dans la MSP (2 stages de MG, 2 stages d'IDE, etc.), ou 2 stages par an tous professionnels confondus (sous-entendu qu'il n'y a pas l'obligation qu'un médecin reçoive un stagiaire : si une infirmière reçoit 2 stagiaires dans l'année, cela suffit ?)*

**Réponse 2**

L'indicateur sera considéré comme rempli dès lors que 2 stages par an sont réalisés dans la structure dans l'année quelle que soit la profession des stagiaires.

FAQ Soins de proximité – Avril 2015

Les indicateurs

*Question 3 : Comment obtenir les recommandations de la HAS pour servir de référence à la réalisation des protocoles pluri-professionnels ?*

**Réponse 3**

Les recommandations de la HAS sont accessibles sur le site de la HAS au lien suivant :

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1216216/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1216216/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours).