



CANDIDATURE AU DISPOSITIF DE REMUNERATION
APPLICABLE AUX STRUCTURES DE SANTE
PLURI-PROFESSIONNELLES

(Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles, publié au JO le 5 août 2017)

Préambule

L'exercice regroupé et coordonné d'équipes pluri professionnelles permet de conforter l'offre de soins de premier recours, de favoriser des parcours de soins efficaces et de répondre aux aspirations de certains professionnels de santé.

Ces regroupements peuvent prendre la forme de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) qui garantissent un accès plus facile aux soins grâce à l'extension des horaires d'ouverture, et à une qualité de prise en charge des patients améliorée.

Le financement de ces activités de coordination réalisées au sein de structures d'exercice collectif a été entre 2009 et 2016 pris en charge dans le cadre de l'expérimentation dite des nouveaux modes de rémunération (ENMR) puis encadré par le règlement arbitral du 23 février 2015.

Le 20 avril 2017, les organisations représentatives des médecins libéraux, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, biologistes, orthoptistes et centres de santé ont signé avec l'Assurance Maladie, un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) sur la coordination des soins et l'exercice regroupé. La politique d'accompagnement des structures pluri-professionnelles (maisons de santé) est ainsi intégrée au champ conventionnel. Depuis sa publication au journal officiel le 5 août, cet accord se substitue au règlement arbitral approuvé en 2015.

L'adhésion de la structure de santé pluri-professionnelle à l'ACI se traduit par une contractualisation tripartite entre la structure, l'ARS et la CPAM du département d'implantation. Le contrat est conclu pour 5 ans.

Equipes et structures concernées

Sont concernés par les dispositions de cet ACI les maisons de santé pluri-professionnelles, mettant en œuvre un projet de santé partagé autour de la prise en charge coordonnée des patients.

Les structures éligibles sont les maisons de santé pluri professionnelles mono ou multi-sites constituées en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) ou susceptibles de l'être dans les 6 mois de la signature du contrat.

La forme juridique est indispensable pour recevoir les rémunérations de l'assurance maladie mais n'est pas un obstacle à la signature du contrat dès lors que cette forme juridique est adoptée dans les 6 mois suivants l'adhésion.

Présentation générale de la rémunération

Le contrat tripartite comporte des indicateurs et objectifs permettant de valoriser financièrement les engagements des structures adhérentes sur 3 grands axes:

- accès aux soins,
- travail en équipe
- développement des systèmes d'information.

Chaque engagement est associé à un nombre de points, le dispositif étant bâti sur un total de 7400 points pour une valeur du point fixée à 7 euros.

Certains de ces engagements sont des prérequis et conditionnent le versement de la rémunération : ils sont dits socles (5050 points / 7400).

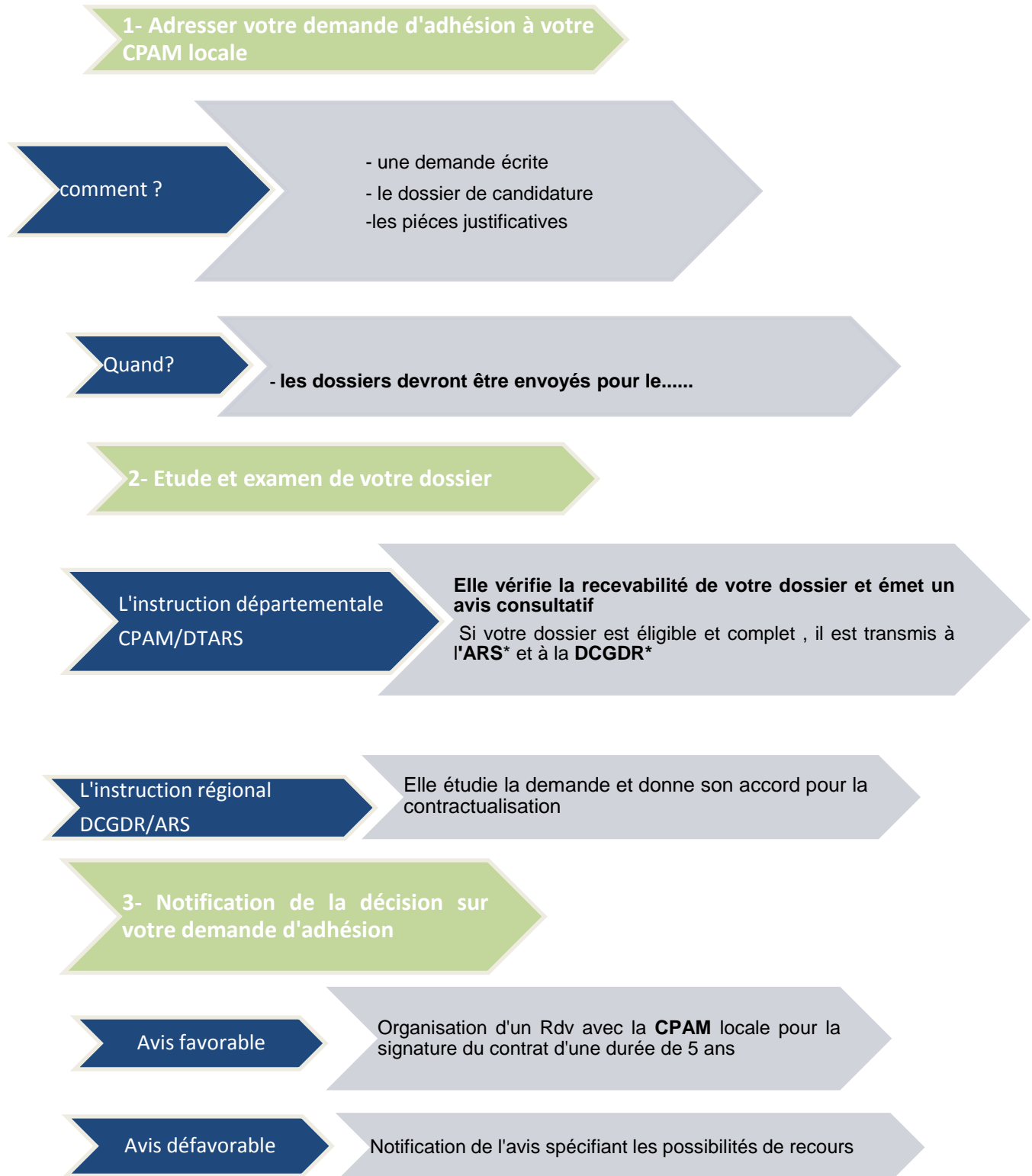
D'autres engagements sont optionnels (2350 points / 7400) et viennent abonder la rémunération socle.

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.

Concrètement, une avance sera versée par l'assurance maladie à la structure constituée en SISA, dans les trois mois suivants la signature du contrat et le solde de la rémunération en début d'année N+1 au regard des résultats définitifs constatés sur les critères.

La rémunération de certains indicateurs étant calculée sur le volume de la patientèle, l'identification précise des professionnels associés à la structure est indispensable.

Vous souhaitez candidater :



*ARS : Agence Régionale de Santé *DTARS : Délégation Territoriale de l'ARS

* DCGDR : Direction de la coordination de la Gestion du Risque de l'Assurance Maladie*CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie (liste des correspondants à contacter en dernière page).

Annexe 1 - Dossier de demande à remplir par la structure

I - Données générales

Votre structure est :

- Une maison de santé pluri professionnelle
- Une maison de santé pluri professionnelle « hors les murs » (*structure composée de différentes antennes, situées à des endroits géographiques distincts. Communément appelée pôle de santé*)

Nom du site :

Numéro FINESS juridique :

Numéro FINESS géographique :

Statut juridique :

Raison sociale :

Adresse du siège social :

.....

Interlocuteur référent :

Téléphone :

Mail :

Pièces à joindre obligatoirement

- Statuts de la structure (SISA) et numéro FINESS
- Si vous n'êtes pas constitué en SISA, 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.
- La charte d'engagement conforme au modèle figurant en annexe 3 du Règlement Arbitral
- Un RIB

*En cas de modification des professionnels de santé associés ou salariés de la structure la liste actualisée doit être transmise à la CPAM de rattachement.

II - Situation de la structure par rapport au indicateurs socles de l'ACI

A la signature du contrat, une avance sur la rémunération finale est versée avec un calcul sur les critères dits socle du contrat.

Merci de préciser votre situation actuelle sur les items suivants et de fournir les pièces justificatives afférentes.

Les 3 critères socle accès aux soins sont obligatoires (pré requis à toute rémunération),

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

- **Critères concernant l'accès aux soins**

Indicateurs Socles :

- « **Amplitude horaire** »
- « **Organisations des soins non programmés** »

La rémunération est de 800 points fixe.

Une minoration des points est appliquée si l'intégralité de l'amplitude horaire (8h – 20h) n'est pas couverte :

- amplitude horaire d'ouverture entre 10h et 12h par jour en semaine et le samedi matin - minoration de 60 points
- amplitude horaire d'ouverture entre 8h et 10h par jour et le samedi matin - minoration de 150 points
- fermeture le samedi matin - minoration de 120 points
- fermeture maximum pendant 3 semaines pendant les congés scolaires dans l'année - minoration de 20 points

Indicateurs optionnels :

Offre diversifiée par les professionnels de la structure :

1 profession médicale ou pharmaciens en sus de la médecine générale **ou** 3 professions paramédicales différentes : 250 points (fixe) niveau 1

1 profession médicale ou pharmaciens en sus de la médecine générale **et** 3 professions paramédicales différentes : 250 points (fixe) niveau 2 (ces points se cumulent avec ceux du niveau 1)

Organisation de consultations de second recours par des professionnels extérieurs à la structure :

Niveau 1 : 1 jour par semaine : 250 points (fixe)

Niveau 2 : 0.5 ETP soit 2,5 jours par semaine : 250 points (fixe) (ces points se cumulent avec ceux du niveau 1)

Nouvel indicateur pour les structures situées en zone sous-dense : valorisation de l'accueil de médecins intervenant dans la structure dans le cadre d'un CSTM (contrat solidarité territoriale médecin défini dans la convention médicale –médecins venant prêter main forte à des confrères dans les zones sous denses) :

Si accueil d'au moins un médecin adhérent au CSTM intervient dans la structure : 200 pts fixe. Cet indicateur se cumule avec l'indicateur sur l'organisation de consultation de second recours.

Missions de santé publique répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS) à choisir dans une liste de thèmes. Par projet 350 points et maximum 2 projets rémunérés.

Nouvel indicateur : Satisfaction des patients : 100 pts fixe

Mise en place, en collaboration si possible avec des représentants des patients, d'outils permettant d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients sur l'organisation et les services offerts par la structure (sur les modalités d'accueil, de contacts avec la structure, etc...) avec :

la mise en place d'un questionnaire, et la mise en place d'adaptations au regard des besoins identifiés (après exploitation des questionnaires ou des réunions d'échanges), et, le cas échéant, l'organisation de réunions avec les usagers de la structure.

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.

- **Critères socle concernant le travail en équipe pluri professionnelle**

Indicateurs Socles :

- « **Fonction de coordination** »

La fonction de coordination est assurée :

- soit par des personnes exerçant au sein de la structure (y compris des professionnels de santé en exercice) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction,
- soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction.

La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes :

- animation de la coordination interprofessionnelle,
- coordination des parcours et des dossiers patients,
- suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé,
- relation avec les institutions (organisme d'assurance maladie, agence régionale de santé,...) ou collectivités.

Rémunération : Fixe - 400 points

Variable : 1 350 points variables (par tranche de 4 000 patients) jusqu'à 8 000 patients, 1 000 points variables (par tranche de 4 000 patients) au-delà de 8 000 patients.

8 protocoles rémunérés au maximum à 100 points par protocole soit 800 points.

- Extension de la liste des pathologies visées.
- Précision de la forme et du contenu que doivent revêtir les protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée des différents professionnels de santé :
 - ❖ s'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés,
 - ❖ être conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires (Haute Autorité de santé – HAS - ; ANSM ; Santé Publique France...),
 - ❖ être adaptés à chaque équipe,
 - ❖ répondre à un vrai besoin,
 - ❖ formaliser et harmoniser des pratiques existantes,
 - ❖ être simples, aisément consultables lors des soins,
 - ❖ préciser le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge et les différentes interactions entre eux (répondre à la question « qui fait quoi quand »),
 - ❖ être réactualisés régulièrement à la lumière des retours d'expérience.

Réaliser au moins 6 réunions par an entre professionnels de la structure autour du cas des patients afin de définir la stratégie de prise en charge du patient et à coordonner sa mise en œuvre.

Rémunération maximale (1 000 points variable par tranche de 4 000 patients) si le nombre de dossiers étudiés correspond à **5 % des patients médecins traitants présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans**. *Les dossiers examinés lors des réunions peuvent concerner également des patients ne remplissant pas ces conditions d'âge ou d'ALD.*

La rémunération est proratisée au regard de ce taux d'atteinte.

Indicateurs Optionnels :

Formation des jeunes : accueil d'au moins deux stages par an (quelle que soit la profession de santé)
- 450 points fixes

Coordination externe

La structure met en place une procédure conforme à la réglementation 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,
- les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation,
- les structures et services médico-sociaux.
- les intervenants sociaux (dans le respect du secret professionnel et de la réglementation applicable).

Cette procédure permet notamment la transmission du volet médical de synthèse (VMS).

Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical partagé est ouvert et alimenté au moins par le VMS.

Rémunération : 200 points variable (par tranche de 4 000 patients)**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

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 31/12/2016, 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.

- **Critères socle concernant le système d'information**

Indicateur Socle

Niveau 1 (socle)

- **Objectif identique : logiciel labellisé ASIP niveau standard ou avancé.**
- **Rémunération :**
 - **500 points fixes**

- **jusqu'à 16 professionnels : 200 points par professionnel de santé** (au sens du code de santé publique) **associés de la structure** (et par dérogation pour les années 2017 et 2018, des professionnels de santé signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure), **ou salariés pour les centres de santé,**
- **au-delà de 16 professionnels : 150 points par professionnel de santé.**
- **La rémunération correspondante est versée au prorata temporis à compter de la date d'acquisition du logiciel.**

Niveau 2 (optionnel)

- Disposer d'un logiciel labellisé ASIP niveau 2 (avancé)
Rémunération : 100 points fixes

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.

III – Missions de santé publique

Bien qu'optionnelles, les missions de santé publique sont des éléments fondateurs de votre projet de santé. Aussi, le contrat pourra prévoir la mise en œuvre de 2 missions de santé publique. Ces missions devront :

- Etre en cohérence avec le PRS, Projet Régional de Santé, en vigueur,

Ou

- Etre choisies dans la liste des thèmes ci-dessous dans la limite de **deux thèmes**.

- 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
- Education thérapeutique et éducation à la santé

Liste des correspondants en charge de l'examen des dossiers

Correspondants ARS

Siège Nancy	Dr Laurence ECKMANN Camille SANCHEZ	laurence.eckmann@ars.sante.fr camille.sanchez@ars.sante.fr	03.83.39.28.92 03.83.39.79.52
DT 54	Jean-Paul CANAUD	jean-paul.canaud@ars.sante.fr	03.57.29.02.58
DT 55	Dr Jean-Pierre GARA Claudine RAULIN Lucien KOUAME	jean-pierre.gara@ars.sante.fr claudine.raulin@ars.sante.fr lucien.kouame@ars.sante.fr	03.29.76.84.34 03.29.76.84.51 03.29.76.84.46
DT 57	Marie DASSONVILLE Marjorie WEBER	marie.dassonville@ars.sante.fr marjorie.weber@ars.sante.fr	03.87.37.56.18 03.87.37.91.42
DT 88	Dr Alain COUVAL Francine CABLE Isabelle RIBS	alain.couval@ars.sante.fr francine.cable@ars.sante.fr isabelle.ribs@ars.sante.fr	03.29.64.66.28 03.29.64.66.81 03.29.64.66.81
DT 08	Hélène BOUDESOCQUE-NOIR Evalie COLLOMB	helene.boudesocque-noir@ars.sante.fr evalie.collomb@ars.sante.fr	03.24.59.72.24 03.24.59.72.15
DT 10	Delphine MAILIER Clarisse FONTAINE	delphine.mailier@ars.sante.fr clarisse.fontaine@ars.sante.fr	03.25.76.21.26 03.25.76.21.19
DT 51	Milène HUGUENIN-ADNET	milene.huguenin-adnet@ars.sante.fr	03.26.66.79.10
DT 52	Béatrice HUOT	beatrice.huot@ars.sante.fr	03.25.30.62.03
DT 68	Marine DANIEL	marine.daniel@ars.sante.fr	03.88.76.76.73
DT 67	Christine MIRALLES	christine.miralles@ars.sante.fr	03 69 49 30 34

Correspondants CPAM

DCGDR	Stéphane FAVRET	Stephane.favret@cpam-basrhin.cnamts.fr	03 88 76 85 72
CPAM 54	Catherine de SOUSA	catherine.de-sousa@cpam-meurtheetmoselle.cnamts.fr	03 83 90 90 40
CPAM 55	Véronique COLLIN	veronique.collin@cpam-barleeduc.cnamts.fr	03 29 79 88 78
CPAM 57	Nathalie RUPP	nathalie.rupp@cpam-moselle.cnamts.fr	03.87.95.81.27
CPAM 88	Catherine LHOMME	catherine.lhomme@cpam-epinal.cnamts.fr rps@cpam-epinal.cnamts.fr	03.29.64.34.86

CPAM 08	David PIRON	david.piron@cpam-charleville.cnamts.fr	03.24.33.73.25
CPAM 10	Marie-Pierre CONTOIS	marie-pierre.contois@cpam-troyes.cnamts.fr	03 25 76 41 47
CPAM 51	Marilyn CHARTON-GREGOIRE	rps@cpam-reims.cnamts.fr	03 26 61 23 09
CPAM 52	Victorine JOURDHEUIL	victorine.jourdheuil@assurance-maladie.fr	03 25 02 85 33

CPAM 67	Can SENLIK	Can.senlik@cpam-basrhin.cnamts.fr	03 88 76 87 90
CPAM 68	CARINE SCHOEN-ZIMMERMANN	carine.schoen-zimmermann@cpam-hautrhin.cnamts.fr	0.811.88.67.68
	Jean-Luc RATHIPANYA	ps@cpam-hautrhin.cnamts.fr	0.811.88.67.68

ELSM 57	Dr Elisabeth Langlois	Elisabeth.beller@elsm-moselle.cnamts.fr	
ELSM 67	Dr Nathalie Naegele	Nathalie.naegele@elsm-basrhin.cnamts.fr	
ELSM 68	Dr Brigitte Hoelt	Brigitte.hoelt@elsm-hautrhin.cnamts.fr	

