# CONTRAT RELATIF AUX STRUCTURES DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLES

Vu le code de la sécurité sociale et notamment son article L. 162-14-1 II ;
Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L. 6323-1 et L. 6323-3 ;
Vu l'arrêté du 24 07 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures pluri-professionnelles.

Il est conclu entre

**Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de Mont de Marsan**
M. Bruno PONCET
207 rue Fontainebleau
40013 MONT DE MARSAN CEDEX

**Le Directeur de la Délégation Départementale des Landes de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine**
M. Didier COUTEAUD
9 avenue Antoine DUFAU
BP 329
40011 MONT DE MARSAN CEDEX

Et **la structure pluri-professionnelle** :

- raison sociale : MSP POLE SANTE DES BATIDES
- numéro FINESS juridique : 400015400
- numéro FINESS géographique : 400014890
- type de structure : maison de santé multi-sites
- adresse : 3 rue des ESBERITS
  40120 SARBAZAN
- représentée par Madame le docteur Catherine SILLET, agissant en qualité de représentante de la structure

*Préambule*

L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluri-professionnelles publié au Journal officiel du 05 08 2017 prévoit la définition d'un contrat-type sur la base duquel les structures pluri-professionnelles, maisons de santé mono-site ou multi-sites 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'efficience des soins.

Ce contrat valorise le travail en équipe réalisé au sein de ces structures qui favorise l'optimisation des parcours des patients.

L'objectif du présent contrat est de :

- renforcer la prévention, l'efficience 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. Les structures éligibles au contrat

Les structures pluri-professionnelles éligibles au présent contrat sont les maisons de santé mono-site ou multi-sites et les centres de santé définis aux articles L. 6323-3 et L. 6323-1 du code de la santé publique.

Les maisons de santé mono-site ou multi-sites concernées sont celles remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- être constituées en société dont le statut juridique permet de percevoir des rémunérations de l'assurance maladie au nom de la structure elle-même dans le respect de la réglementation fiscale et comptable, comme la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).

A titre dérogatoire et, 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 pour la perception de la rémunération de l'assurance maladie, peuvent signer le présent contrat sous réserve de l'engagement de ses membres (cosignataires du contrat) de se constituer sous cette forme dans un délai maximum de six mois à compter de la signature du contrat.

Aucun versement de l'assurance maladie, y compris sous forme d'avance telle que définie à l'article 7 du présent contrat, ne peut intervenir au bénéfice de la structure avant que cette dernière ne soit constituée sous la forme juridique requise.

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.

- avoir élaboré un projet de santé en cohérence avec le projet régional de santé.

Les centres de santé éligibles au présent contrat sont ceux ayant élaboré un projet de santé en cohérence avec le projet régional de santé et n'ayant pas adhéré à l'accord national des centres de santé publié au journal officiel du 30 septembre 2015. La signature du présent contrat n'est

pas cumulable avec l'adhésion à l'accord national des centres de santé publié au journal officiel du 30 septembre 2015.

Sont annexés au présent contrat :

- le projet de santé de la structure,
- les statuts de la structure (pour les maisons de santé),
- le cas échéant, la ou les missions de santé publique sur lesquelles la structure s'est engagée conformément aux dispositions prévues à l'article 2.1 du présent contrat,
- la liste des professionnels de santé libéraux associés de la structure (ou des futurs associés pour les structures en cours de constitution en SISA),
- la liste des professionnels signataires du projet de santé exerçant au moins 50% de leur activité au sein de la structure (pour les années 2017 et 2018 uniquement),
- la liste des professionnels assurant des vacations au sein de la structure,
- 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.

## Article.2. Les indicateurs du contrat

Le présent contrat met en place une rémunération modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs organisés autour des axes, accès aux soins, qualité et coordination des soins avec l'appui notamment d'un système informationnel partagé.
Le contenu des indicateurs du contrat est précisé au présent article.
Les modalités de valorisation des indicateurs et les justificatifs à transmettre pour permettre l'appréciation de l'atteinte des indicateurs sont précisés à l'article 4 du présent contrat.

**Article.2.1 Les indicateurs relatifs à l'accès aux soins**

| Catégorie | Libellé court | Contenu indicateur |
|---|---|---|
| Socle Prérequis | Horaires d'ouverture et soins non programmés | 1. Amplitude des horaires d'ouverture :<br>La structure doit être ouverte de 8 heures à 20 heures* en semaine et le samedi matin de 8h à 12h* et pendant les congés scolaires (rémunération maximale) :<br>- ouverture de la structure sur l'amplitude horaire sans nécessité que l'ensemble des professionnels soient présents durant cette amplitude horaire,<br><br>La structure bénéficie d'une rémunération minorée dans les conditions définies à l'article 4.1 du présent contrat si les plages horaires d'ouverture sont d'une amplitude comprise entre 8h et 12h en semaine ou si la structure est fermée le samedi matin.<br>**sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins ambulatoire et sous réserve d'une dérogation de l'agence régionale de santé et de l'organisme d'assurance maladie inscrite dans le contrat.* |
| | | 2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré :<br>Les professionnels de santé de la structure s'organisent pour recevoir chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés :<br>- disponibilité des différents professionnels de santé de la structure pour une régulation des demandes (physique ou téléphonique),<br>- possibilité de consultations dans la journée : plages horaires dédiées pour chaque professionnel ; journées dédiées ou plages horaires assurées à tour de rôle par chacun des médecins de la structure … . |
| Optionnel | Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens ou de soins paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure (niveau 1) | Présence parmi les associés de la structure (*et par dérogation pour les années 2017 et 2018, parmi les professionnels de santé signataires du projet de santé exerçant au moins 50% de leur activité au sein de la structure)* ou parmi les salariés du centre de santé d'au moins une profession médicale (spécialités médicales hors médecine générale, sages-femmes, chirurgiens-dentistes), ou pharmacien(s) d'officine **ou** de 3 professions paramédicales différentes.<br>Les professions prises en compte dans cet indicateur sont celles visées dans la 4ème partie du code de la santé publique et reconnues comme professionnels de santé. |

| Catégorie | Libellé court | Contenu indicateur |
|---|---|---|
| Optionnel | Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens et de soins paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure (niveau 2) | Présence parmi les associés de la structure *(et par dérogation pour les années 2017 et 2018, parmi les professionnels de santé signataires du projet de santé exerçant au moins 50% de leur activité au sein de la structure)* ou parmi les salariés du centre de santé d'au moins une profession médicale (spécialités médicales hors médecine générale, sages-femmes, chirurgiens-dentistes) ou pharmacien(s) d'officine **et** de 3 professions paramédicales différentes.<br>Les professions prises en compte dans cet indicateur sont celles visées dans la 4ème partie du code de la santé publique et reconnues comme professionnels de santé. |
| Optionnel | Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure (niveau 1) | Organisation de consultations de second recours (spécialités médicales hors médecine générale) ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d'officine par des professionnels extérieurs à la structure, représentant en moyenne 2 jours par mois. |
| Optionnel | Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure (niveau 2) | Organisation de consultations de second recours (spécialités médicales hors médecine générale) ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d'officine par des professionnels extérieurs à la structure représentant en moyenne au minimum 2,5 jours par semaine (soit 0,5 équivalent temps plein). |
| Optionnel | Accueil de médecins intervenant dans la structure dans le cadre d'un CSTM | Valorisation de l'intervention au sein de la structure d'au moins un médecin signataire d'un contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) défini dans la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 216 (médecins installés hors zones sous denses qui viennent prêter main forte à leurs confrères exerçant en zones sous denses). |
| Optionnel | Missions de santé publique | Réalisation de missions de santé publique à choisir dans la liste des thèmes listés en annexe 2 ou s'inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS). |

| Catégorie | Libellé court | Contenu indicateur |
|---|---|---|
| Optionnel | Satisfaction des patients | 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…)<br>avec :<br>- la mise en place d'un questionnaire,<br>et<br>- la mise en place d'adaptations au regard des besoins identifiés (après exploitation des questionnaires ou des réunions d'échanges),<br>et, le cas échéant, l'organisation de réunions avec les usagers de la structure. |

Article.2.2 **Les indicateurs relatifs à la qualité et à la coordination des soins**

| Catégorie | Libellé court | Contenu indicateur |
|---|---|---|
| Socle Prérequis | 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.<br>La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes :<br>- animation de la coordination interprofessionnelle,<br>- coordination des parcours et des dossiers patients,<br>- suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé,<br>- relation avec les institutions (organisme d'assurance maladie, agence régionale de santé,…) ou collectivités. |
| Socle | Protocoles pluri-professionnels | Elaboration de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé.<br>Ces protocoles doivent :<br>- s'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés,<br>- être conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires (Haute Autorité de santé – HAS - ; ANSM ; Santé Publique France…),<br>- être adaptés à chaque équipe,<br>- répondre à un vrai besoin,<br>- formaliser et harmoniser des pratiques existantes.<br>- être simples, aisément consultables lors des soins.<br>- 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 »).<br>- être réactualisés régulièrement à la lumière des retours d'expérience.<br>Les protocoles doivent porter en priorité sur les thèmes listés à l'annexe 3 de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures pluri-professionnelles.<br><br>Les protocoles élaborés sur des thèmes n'appartenant pas à la liste figurant dans cette annexe font l'objet d'un examen au cas par cas par l'Assurance Maladie en vue d'une éventuelle valorisation. |

| Catégorie | Libellé court | Contenu indicateur |
|---|---|---|
| Socle | Concertation pluri-professionnelle | Organisation d'au moins 6 réunions par an entre professionnels de la structure autour du cas des patients présentant l'une des thèmes listés à l'annexe 3 de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures pluri-professionnelles.<br>Ces réunions visent à définir la stratégie de prise en charge du patient et à coordonner sa mise en œuvre.<br>Un compte rendu est intégré dans le dossier informatisé du patient, sous une forme paramétrable permettant une requête informatique et alimente le dossier médical partagé.<br>Pour déclencher la rémunération, le nombre de dossiers étudiés doit correspondre 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.<br>** Pour les années 2017 et 2018, la patientèle prise en compte correspond à la somme du nombre de patients ayant déclaré un des médecins associés de la structure (et par dérogation des médecins signataires du projet de santé et exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure) ou le centre de santé comme médecin traitant (patientèle déclarante au 31 décembre 2017 et au 31 décembre 2018) et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant bénéficié d'au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans la structure.*<br>*A compter de l'année 2019, la patientèle correspond à la patientèle médecin traitant déclarée des médecins associés de la structure ou du centre de santé (quel que soit l'âge des patients) au 31 décembre de l'année de référence.* |
| Optionnel | Formation des jeunes professionnels | La structure constitue un terrain de stages de formation pour les professionnels de santé, à raison d'au moins deux stages par an (quelle que soit la profession de santé) et selon les modalités propres à chaque profession. |

| Catégorie | Libellé court | Contenu indicateur |
|---|---|---|
| -Optionnel | 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 :<br>- les professionnels de santé extérieurs à la structure,<br>- les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation,<br>- les structures et services médico-sociaux.<br>- les intervenants sociaux (dans le respect du secret professionnel et de la réglementation applicable).<br>Cette procédure permet notamment la transmission du volet médical de synthèse (VMS) 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 partagé est ouvert et alimenté au moins par le VMS. |

**Article.2.3 Les indicateurs relatifs au système d'information**

| Catégorie | Libellé court | Contenu indicateur |
|---|---|---|
| Socle Prérequis | Système d'information niveau standard | La structure dispose d'un système d'information labellisé niveau « standard » par l'ASIP Santé intégrant les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'une structure pluri-professionnelle.<br>Ces fonctionnalités sont précisées sur le site de l'ASIP Santé.<br><br>Les dossiers des patients de la structure sont informatisés et partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient. |
| Optionnel | Système d'information niveau avancé | La structure dispose d'un système d'information labellisé niveau « avancé » par l'ASIP Santé intégrant des fonctionnalités supplémentaires utiles au fonctionnement d'une structure pluri-professionnelle.<br>Ces fonctionnalités sont précisées sur le site de l'ASIP Santé. |

## Article.3. Le calcul de la patientèle de la structure

La patientèle de la structure correspond au nombre de patients (quel que soit l'âge) ayant déclaré comme « médecin traitant » un des médecins associés de la structure exerçant au sein de la structure (au 31/12 de l'année considérée) ou un des médecins salariés du centre de santé.
Par dérogation, pour les années 2017 et 2018, afin de tenir compte notamment de la montée en charge progressive du dispositif médecin traitant de l'enfant instauré par la loi de modernisation de notre système de santé, la patientèle de la structure est calculée selon les modalités suivantes :

**La patientèle de la structure pour 2017 et 2018 est égale à la somme :**

- du nombre de patients de plus de 16 ans ayant déclaré comme « médecin traitant » un des médecins associés de la structure ou un des médecins signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure sans en être associés ou un des médecins salariés du centre de santé prise en compte au 31/12 de l'année de référence,
- et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant bénéficié dans l'année d'au moins 2 soins de médecins généralistes associés de la structure (ou par dérogation signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure sans en être associés) ou de médecins généralistes salariés du centre de santé.

## Article.4. La valorisation des indicateurs

L'atteinte des indicateurs définis à l'article 2 du présent contrat donne lieu à l'attribution de points fixes ou variables selon les modalités définis au présent article.
La valeur du point est fixée à 7 euros.
Le nombre de points indiqué pour chaque indicateur au présent article correspond à un taux de réalisation de 100 % de l'indicateur.

Pour les indicateurs dont la valorisation est basée sur un nombre de points fixes, l'atteinte de l'indicateur donne lieu à l'attribution à la structure du nombre de points définis.

Pour les indicateurs dont la valorisation est basée sur un nombre de points variables, le nombre de points indiqués au présent article correspond à une patientèle de référence de 4 000 patients (correspondant à la patientèle moyenne des maisons de santé) et le nombre de professionnels pour l'indicateur sur le système d'information.

Le calcul des points est proratisé en fonction de la patientèle de la structure définie à l'article 3 du présent contrat selon le calcul suivant :

**Calcul des points pour les indicateurs variables**

Nombre de points variables x Patientèle de la structure / Patientèle de référence (4 000)

Pour l'indicateur sur le système d'information, le nombre de points est variable non pas en fonction de la patientèle mais du nombre de professionnels de santé par tranche de nombre de professionnels de santé exerçant au sein de la structure.

**Article.4.1 Les indicateurs relatifs à l'accès aux soins**

| Catégorie | Libellé court | Valorisation | Justificatifs |
|---|---|---|---|
| Socle et prérequis | Horaires d'ouverture et soins non programmés | 800 points fixes si couverture de l'intégralité de l'amplitude horaire ou si une dérogation a été accordée au regard des modalités d'organisation de la permanence des soins ambulatoire.<br><br>Application à ce nombre de points d'une minoration si la structure n'est pas ouverte sur la totalité de l'amplitude horaire :<br>- amplitude horaire d'ouverture entre 10h et 12h par jour en semaine et le samedi matin : minoration de 60 points<br>- amplitude horaire d'ouverture entre 8h et 10h par jour et le samedi matin : minoration de 150 points<br>- fermeture le samedi matin : minoration de 120 points<br>- fermeture maximum pendant 3 semaines pendant les congés scolaires dans l'année : minoration de 20 points | Transmission de la copie de la charte d'engagement de la structure vis-à-vis des patients *(modèle type joint en annexe 4 du présent accord)*.<br>Cette charte est affichée dans la structure. |



09

| Catégorie | Libellé court | Valorisation | Justificatifs |
|---|---|---|---|
| Optionnel | Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens ou de soins paramédicaux niveau 1. | 250 points fixes | Transmission de la liste des professionnels de santé 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)* au 31 décembre de l'année avec pour chaque professionnel les informations suivantes : nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité médicale.<br>ou de la liste des professionnels de santé salariés pour les centres de santé. |
| Optionnel | Offre d'une diversité de services de soins médicaux ou de pharmaciens et de soins paramédicaux niveau 2. | 250 points fixes<br>Ces points se cumulent avec ceux du niveau 1. | |
| Optionnel | Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure niveau 1. | 250 points fixes | Transmission de la liste des professionnels ayant réalisé des vacations au sein de la structure au cours de l'année écoulée précisant pour chaque professionnel les informations suivantes : nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession médicale ou spécialité médicale, temps moyen hebdomadaire de présence au sein de la structure, intervention dans le cadre d'un CSTM ou non (production de la copie du CSTM). |
| Optionnel | Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure niveau 2. | 250 points fixes<br>Ces points se cumulent avec ceux du niveau 1. | |
| Optionnel | Accueil de médecins intervenant dans la structure dans le cadre d'un CSTM (contrat solidarité territoriale médecin) | 200 points fixes | |

| Catégorie | Libellé court | Valorisation | Justificatifs |
|---|---|---|---|
| Optionnel | Missions de santé publique | 350 points variables par mission réalisée dans l'année écoulée.<br>2 missions peuvent être rémunérées au maximum.<br>Une mission au plus peut être rémunérée pour chacun des thèmes retenus. | La (ou les) mission(s) retenue(s) est (sont) précisée(s) dans une annexe au contrat de la structure précisant le contenu, les modalités de mise en œuvre de la mission ainsi que les justificatifs à transmettre. |
| Optionnel | Satisfaction des patients | 100 points fixes. | Tout document permettant d'attester de la mise en place d'outils permettant d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients sur l'organisation et les services offerts par la structure et des adaptations réalisées au regard des besoins identifiés. |

**Article.4.2 Les indicateurs relatifs à la qualité et à la coordination des soins**

| Catégorie | Libellé court | Valorisation | Justificatifs |
|---|---|---|---|
| Socle et prérequis | Fonction de coordination | 700 points fixes<br>+ 1 350 points variables (par tranche de 4 000 patients) jusqu'à 8 000 patients<br>+ 1 000 points variables (par tranche de 4 000 patients) au-delà de 8 000 patients. | Transmission des documents attestant de la mise en place d'une fonction de coordination 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 : contrat de travail, fiche de poste, … . |
| Socle | Protocoles pluri-professionnels | 100 points fixes par protocole. 8 protocoles peuvent être rémunérés au maximum. | Transmission à l'organisme d'assurance maladie des protocoles élaborés. |
| Socle | Concertation pluri-professionnelle | 1 000 points variables<br>Si au moins 6 réunions par an et un nombre de dossiers étudiés correspondant à 5 % des patients médecins traitants* présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans.<br><br>La rémunération est proratisée au regard de ce taux d'atteinte. | Transmission par la structure du calendrier des réunions précisant pour chaque réunion le nombre de dossiers examinés.<br>Les comptes rendus des réunions de concertations sont mis à disposition du service médical de l'assurance maladie à sa demande. |

| Catégorie | Libellé court | Valorisation | Justificatifs |
|---|---|---|---|
| Optionnel | Formation des jeunes professionnels | 450 points fixes | Transmission à l'organisme local d'assurance maladie de la photocopie des attestations de stages réalisés au sein de la structure ou de la photocopie des conventions de stages permettant d'identifier :<br>- le nom du stagiaire,<br>- la profession concernée par la formation,<br>- les dates de réalisation du stage. |
| Optionnel | Coordination externe | 200 points variables | Transmission de tout document attestant de la mise en place de ces procédures de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers :<br>- les professionnels de santé extérieurs à la structure,<br>- les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation.<br>- les structures et services médico-sociaux.<br>- les intervenants sociaux. |

### Article.4.3 Les indicateurs relatifs au système d'information

| Catégorie | Libellé court | Valorisation | Justificatifs |
|---|---|---|---|
| Socle et Prérequis | Système d'information niveau standard | 500 points fixes<br>+ 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 (en équivalent temps plein) jusqu'à 16 professionnels,<br>+150 points par professionnel de santé au-delà de 16 professionnels.<br>*La rémunération correspondante est versée au prorata temporis à compter de la date d'acquisition du logiciel.* | Transmission de la copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats d'abonnement, de maintenance ou de location permettant de vérifier que le système d'information fait bien partie des logiciels labellisés par l'ASIP santé. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement. |
| Optionnel | Système d'information niveau avancé | 100 points fixes | |

### Article.5. Les 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 listés aux articles 4.1 à 4.3 du présent contrat permettant la vérification du niveau de réalisation des différents indicateurs.

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.

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 ainsi qu'à la vérification, le cas échéant, de la réalisation des missions de santé publique annexées au contrat.

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 définies conformément aux dispositions de l'annexe 2 de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures pluri-professionnelles. En cas de modification du projet de santé, un avenant au contrat est signé pour intégrer ces modifications.
La période d'observation des engagements s'effectue par année civile.
Le suivi du respect des engagements est proratisé en fonction de la date de signature du contrat au cours de l'année civile de référence.

### Article.6. Les modalités de calcul de la rémunération versée

#### Article.6.1 Calcul de la rémunération des indicateurs

L'assurance maladie procède au calcul de la rémunération en fonction du niveau de réalisation des indicateurs.

L'atteinte de chaque indicateur donne lieu à l'attribution de points fixes ou variables.

La valeur du point est fixée à 7 euros.

Pour les indicateurs dont la valorisation est basée sur un nombre de points fixes aux articles 4.1 à 4.3 du présent contrat, la rémunération est calculée de la manière suivante :
**Rémunération fixe** = Nombre de points fixes x 7 euros

Pour les indicateurs dont la valorisation est basée sur un nombre de points variables en fonction de la patientèle, le nombre de points indiqués aux articles 4.1 à 4.3 du présent accord correspond au nombre de points attribué en cas d'atteinte de l'indicateur pour une patientèle de référence de 4 000 patients (correspondant à la patientèle moyenne des maisons de santé).

Le nombre de points attribué est proratisé en fonction de la patientèle de la structure définie à l'article 3 du présent contrat selon le calcul suivant :

**Rémunération variable** = Nombre de points variables **x** Patientèle de la structure / Patientèle de référence (4 000 patients) × 7 euros

A titre d'exemple :
Pour l'indicateur relatif à la « fonction de coordination », une structure ayant atteint l'indicateur et ayant une patientèle de 10 000 patients bénéficiera de la rémunération suivante sur cet indicateur :
Nombre de points = 700 points fixes + 1 350 points variables × (8 000 / 4000) + 1 000 points variables × (2 000 / 4000) = 700 + 2 700 + 500 = 3 900 points
Rémunération = 3 900 points × 7 euros = 27 300 euros.

Pour l'indicateur sur le système d'information. le nombre de points est variable non pas en fonction de la patientèle mais du nombre de professionnels de santé par tranche de nombre de professionnels de santé exerçant au sein de la structure.

A titre d'exemple, une structure atteignant l'indicateur « système d'information niveau standard » et composée de 20 professionnels bénéficiera de la rémunération suivante pour cet indicateur :
Nombre de points = 500 points fixes + 200 points/PS × 16 + 150 points/PS × 4 = 500 + 3 200 + 600 = 4 300 points
Rémunération = 4 300 points × 7 euros = 30 100 euros.

La rémunération attribuée à la structure correspond à la somme des rémunérations calculées pour les indicateurs atteints par la structure.

Le montant de cette rémunération est proratisé, le cas échéant, en fonction de la date de signature du contrat au cours de l'année civile de référence.

### Article.6.2 Calcul d'une majoration de précarité

La rémunération versée à la structure est majorée en fonction du taux de précarité de la structure.
Le taux de précarité de la structure est défini en fonction du taux de patients CMUC et du taux de patients bénéficiaires de l'AME parmi la file active de la structure.

Le taux de patients CMUC de la structure est égal :

- au nombre de patients bénéficiaires de la CMUC ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste associé de la structure *(ou par dérogation, pour les années 2017 et 2018, signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de son activité au sein de la structure sans en être associé)* ou salarié du centre de santé
- divisé par le nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure associé de la structure *(ou par dérogation, pour les années 2017 et 2018, signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de son activité au sein de la structure sans en être associé)* ou salarié du centre de santé.

Le taux de patients AME de la structure est égal :

- au nombre de patients bénéficiaires de l'AME ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste associé de la structure *(ou par dérogation, pour les années 2017 et 2018, signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de son activité au sein de la structure sans en être associé)* ou salarié du centre de santé
- divisé par le nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure associé de la structure *(ou par dérogation, pour les années*

*2017 et 2018, signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de son activité au sein de la structure sans en être associé)* ou salarié du centre de santé.

Le taux de patients CMUC et le taux de patients AME de la structure sont comparés aux taux nationaux de patients CMUC (7,5 %) et AME (0,4 %) afin de calculer la majoration de précarité de la structure selon les modalités suivantes :

- si la structure a une part de patients CMUC supérieure à la moyenne nationale et une part de patients AME supérieure à la moyenne nationale :

  La majoration de précarité est égale à :
  (Taux de patients CMUC de la structure – Taux national CMUC) + (Taux de patients AME de la structure – Taux national AME)

- si la structure a une part de patients CMUC supérieure à la moyenne nationale et une part de patients AME égale ou inférieure à la moyenne nationale :

  La majoration de précarité est égale à :
  Taux de patients CMUC de la structure – Taux national CMUC

- si la structure a une part de patients AME supérieure à la moyenne nationale et une part de patients CMUC égale ou inférieure à la moyenne nationale :

  La majoration de précarité est égale à :
  Taux de patients AME de la structure – Taux national AME

La majoration de précarité appliquée à la structure est plafonnée à 25 %.

## Article.7. Les modalités de versement de la rémunération

### Article.7.1 Les conditions de déclenchement de la rémunération

Le déclenchement de la rémunération nécessite que les indicateurs socle et définis comme des prérequis listés aux articles 2.1 à 2.3 du présent contrat soient respectés. Il s'agit des indicateurs « Horaires d'ouverture et soins non programmés », « Fonction de coordination » et « Système d'information niveau standard ».

Par dérogation, pour les structures disposant d'un système d'information se voyant retirer la labellisation par l'ASIP Santé, le déclenchement de la rémunération intervient dès lors que les indicateurs socles et prérequis précités sont atteints à l'exception de l'indicateur « Système d'information niveau standard ».

Cette dérogation s'applique durant deux années civiles : l'année civile durant laquelle la labellisation a été retirée par le logiciel et l'année civile suivante. Durant cette période, la

structure conserve le bénéfice, à titre dérogatoire, des rémunérations liées à l'indicateur sur le système d'information sous réserve que celui-ci ait été atteint les années précédentes.

La rémunération, calculée selon les modalités définies à l'article 6 du présent contrat, est versée au plus tard le 30 avril de l'année qui suit l'année au titre de laquelle le versement est effectué en fonction de l'atteinte des engagements et ce, sous réserve que les justificatifs aient été fournis par la structure dans les délais prévus à l'article 5.

Le versement de la rémunération ne peut intervenir que si le statut juridique de la structure permet son versement (cf. article 1).

La rémunération n'est pas due lorsque les indicateurs correspondants font l'objet d'une rémunération dans le cadre d'un autre accord, contrat, convention ou règlement mobilisant un financement relevant de l'Assurance Maladie.

### Article.7.2 Le 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.

Une avance de 60 % est versée au titre de l'année en cours dans un délai de trois mois suivant la signature du contrat pour la première 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.

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 indicateurs socles tels que définis aux articles 2.1 à 2.3 du présent contrat, en prenant en compte la patientèle de la structure définie à l'article 3 pour les indicateurs dont la valorisation est basée sur un nombre de points variables et le nombre de professionnels pour l'indicateur sur le système d'information.

Le versement de l'avance est réalisé sous réserve que le statut juridique de la structure permette son versement (cf. article 1).

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 9 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 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.

### Article.7.3 Les dispositions spécifiques aux nouvelles structures

Les structures nouvellement créées sont entendues comme les structures ayant déposé leur projet de santé à l'agence régionale de santé depuis moins d'un an à la date de souscription du contrat.

Par dérogation, durant les deux premières années civiles d'adhésion de la structure au contrat (année civile durant laquelle l'adhésion au contrat est intervenue et année civile suivant l'adhésion), le déclenchement de la rémunération pour les nouvelles structures intervient dès lors que deux des indicateurs socles définis comme des prérequis aux articles 2.1 à 2.3 du présent contrat sont atteints (« Horaires d'ouverture et soins non programmés », « Fonction de coordination », « Système d'information niveau standard »).

En outre, durant cette période, ces nouvelles structures bénéficient d'une garantie de versement d'une rémunération annuelle minimale de 20 000 euros pour une année complète (sous réserve du respect des deux prérequis précités). Ce montant est proratisé en fonction de la date d'adhésion au contrat de la structure.

Ces nouvelles structures bénéficient également sur cette même période d'une garantie de versement d'une avance, telle que prévue à l'article 7.2 du présent contrat, d'un montant minimum de 12 000 euros pour une année complète. Ce montant est proratisé en fonction de la date d'adhésion au contrat.

## Article.8. La durée du contrat et la conclusion d'avenants

La durée du contrat est de cinq ans, dans la limite de la durée de validité de l'accord conventionnel interprofessionnel applicable aux structures de santé pluri-professionnelles.

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.9. Les modalités de résiliation du contrat

### Article.9.1 La résiliation à l'initiative de la structure

La structure signataire du présent contrat a la possibilité de résilier ce contrat 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.

### Article.9.2 La résiliation par la caisse d'assurance maladie et l'agence régionale de santé

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 les cas suivants :

- si la structure ne satisfait pas à ses obligations de transmission des justificatifs, définies à l'article 4 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 ;
- si la structure ne remplit plus les conditions d'éligibilité au contrat.

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 la commission paritaire régionale des structures pluri-professionnelles de son ressort géographique selon la procédure définie à l'article 11 de l'accord conventionnel interprofessionnel.
Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

### Article.9.3 Les conséquences de la résiliation

En cas de résiliation du contrat, quelle que soit l'origine de celle-ci, le calcul de la rémunération due au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue est effectué au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.
Dans le cas où la rémunération calculée selon les modalités ci-dessus venait à être inférieure à l'avance versée à la structure dans les conditions définies à l'article 7.2 du présent contrat au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue, quelle que soit l'origine de celle-ci, la structure est tenue de procéder au remboursement de la différence à *l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date* effective de la résiliation.

Fait à MONT DE MARSAN en 3 exemplaires le 01/10/2020,
Date d'effet du contrat : 01/08/2020

Le directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Mont de Marsan
M. Bruno PONCET

Le Directeur de la Délégation Départementale des Landes de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine
M. Didier COUTEAUD

La structure pluri-professionnelle :
MSP POLE SANTE DES BATIDES, représentée par Madame le docteur Catherine SILLET.
agissant en qualité de représentante de la structure