

## CONTRAT TYPE RELATIF AUX STRUCTURES DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLES DE PROXIMITÉ

### *Identification des signataires*

Entre :

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de XXXX

Et

Le directeur de l'agence régionale de santé de XXXXX

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 pluri-professionnelles de proximité publié au Journal officiel du

Il est convenu ce qui suit :

### ***Préambule***

Le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité publié au Journal officiel du prévoit la définition d'un contrat-type sur la base duquel les structures pluri-professionnelles 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 1er** **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 pluri-professionnelles 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 pluri-professionnelles 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 1er.

## 1.2. Travail en équipe pluri-professionnelle

### *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'article 3 du règlement arbitral applicable aux structures pluri-professionnelles 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 pluri-professionnelles 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 : lombalgies, 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. A compter du 1er 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 1er 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 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 1er du présent contrat : accès aux soins, travail en équipe pluri-professionnelle 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.

A partir du 1er 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 <u>FIXE</u> : critères et nombre de points	RÉMUNÉRATION <u>VARIABLE</u> : critères et nombre de points pour une patientèle de référence de 4 000 patients	TOTAL Nombre de points pour 4 000 patients		
<b>Rémunération SOCLE <i>critères prérequis pour déclencher la rémunération (3)</i></b>		<b>2 550</b>	<b>2 500</b>	<b>5 050</b>	
<b>1. Accès aux soins</b>	<p><u>3 critères :</u></p> <p>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</p> <p><b>Objectif : respect des engagements et formalisation dans charte d'engagement affichée.</b></p>	<b>1 200</b>		<b>1 200</b>	
<b>2. Travail en équipe pluri- professionnelle</b>	<p><u>1 critère :</u></p> <p>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.</p>	<b>500</b>	<p><u>1 critère :</u></p> <p>Concertation formalisée et régulière (en moyenne une fois par mois) entre médecins et autres professionnels de santé. Ces revues pluri- professionnelles portent sur des affections visées à l'article 3.2 du règlement arbitral.</p> <p>Compte rendu intégré dans 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.</p> <p><b>Objectif : 1 réunion/mois en moyenne et 3 % des patients de la structure sous réserve de leur consentement au partage d'information. Taux de réalisation calculé par rapport à cet objectif</b></p>	<b>1 000</b>	<b>1 500</b>
<b>3. Système d'information</b>	<p><u>1 critère :</u></p> <p>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</p>				

	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 2e 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.			
	Partie fixe de la rémunération : <b>850</b>	Partie variable de la rémunération : <b>1 500</b>		<b>2 350</b>
<b>Rémunération OPTIONNELLE</b>	<b>1 450</b>		<b>900</b>	<b>2 350</b>
<b>1. Accès aux soins</b>	4 critères :		1 critère	
	Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure, au moins 1 J/semaine.	<b>250</b>	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). <b>Par projet 350 points et maximum 2 projets rémunérés</b>	<b>700</b>
	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).	<b>200</b>		
	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).	<b>225</b>		
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).	<b>225</b>			
				<b>1 600</b>
<b>2. Travail en équipe pluri-professionnelle</b>	1 critère :		1 critère :	
	Formation des jeunes professionnels de santé (2 stages/an).	<b>450</b>	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	<b>200</b>
				<b>650</b>

			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.		
<b>3. Système d'information</b>	1 critère : Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2	<b>100</b>			<b>100</b>
<b>Total SOCLE ET OPTIONNEL si tous les critères et objectifs sont remplis</b>		<b>4 000</b>		<b>3 400</b>	<b>7 400</b>
<p>(3) 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).</p> <p>(4) 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.</p>					

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

Sur la base des justificatifs produits par la structure (cf. article 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. article 1er 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 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 - 1 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 pluri-professionnelles 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 pluri-professionnelles du lieu d'implantation de la structure dans les conditions définies à l'article 10 du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles 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 XXXX en XXXX [nombre de signataires] exemplaires le XXXX,

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

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

Pour la structure pluri-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

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

Représentée par agissant en qualité de représentant de la structure