

CNAMTS

GUIDE METHODOLOGIQUE

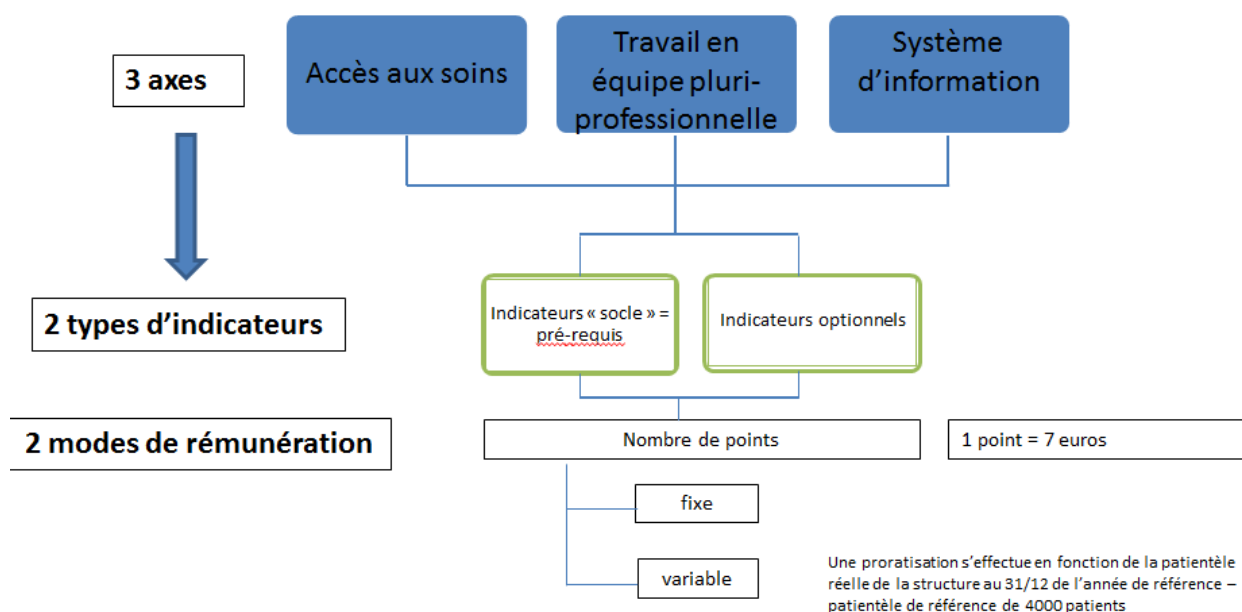
STRUCTURES DE SANTE PLURI- PROFESSIONNELLES DE PROXIMITE

REGLEMENT ARBITRAL

01/06/2016

1. LES ELEMENTS DU CONTRAT

Le contrat est basé sur des engagements (3 axes) définissant des indicateurs socles (pré-requis) et des indicateurs optionnels. L'atteinte de chaque indicateur donne lieu à l'attribution de points fixes ou variables. Chaque point est valorisé à 7 euros et correspond au montant de la rémunération

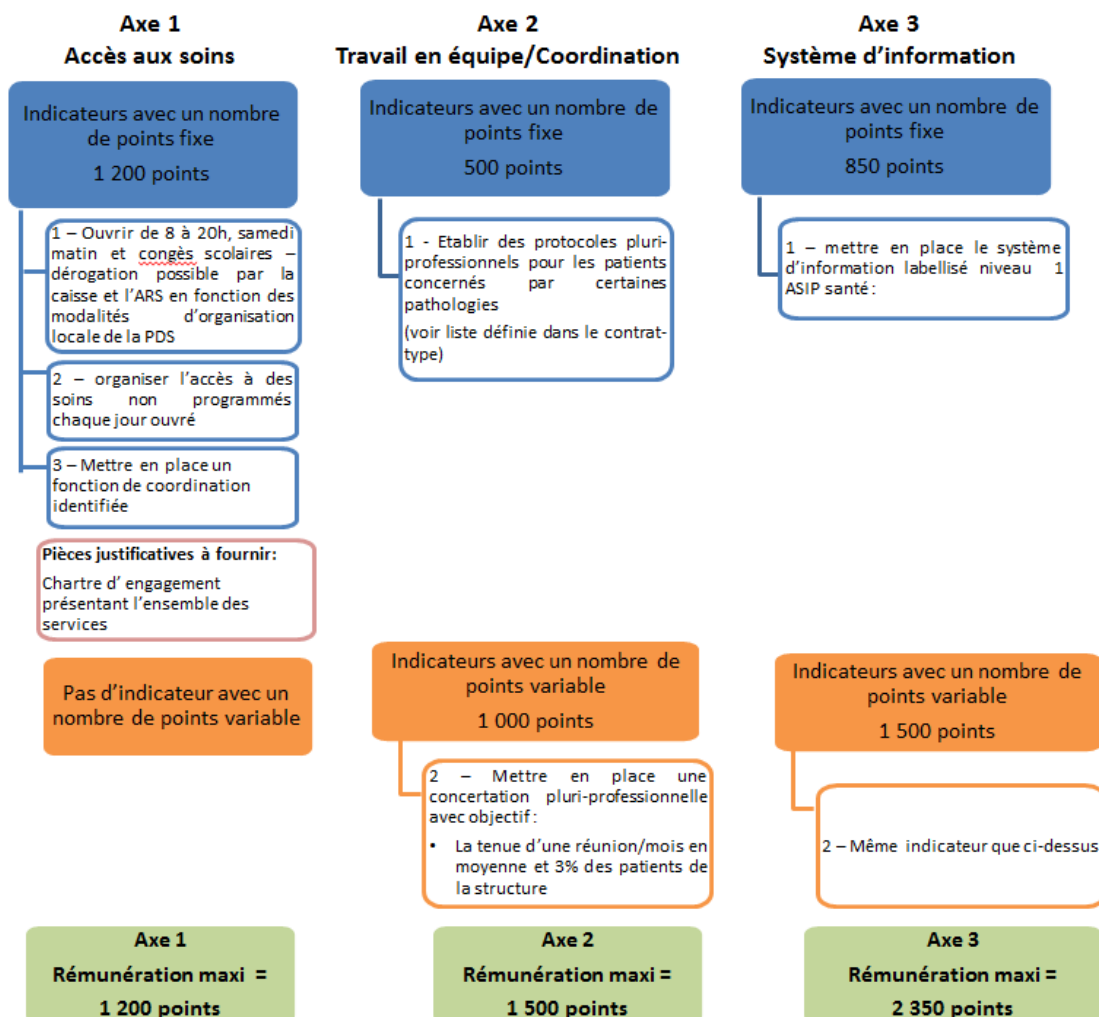


1.1. LES INDICATEURS SOCLES ou PRE-REQUIS

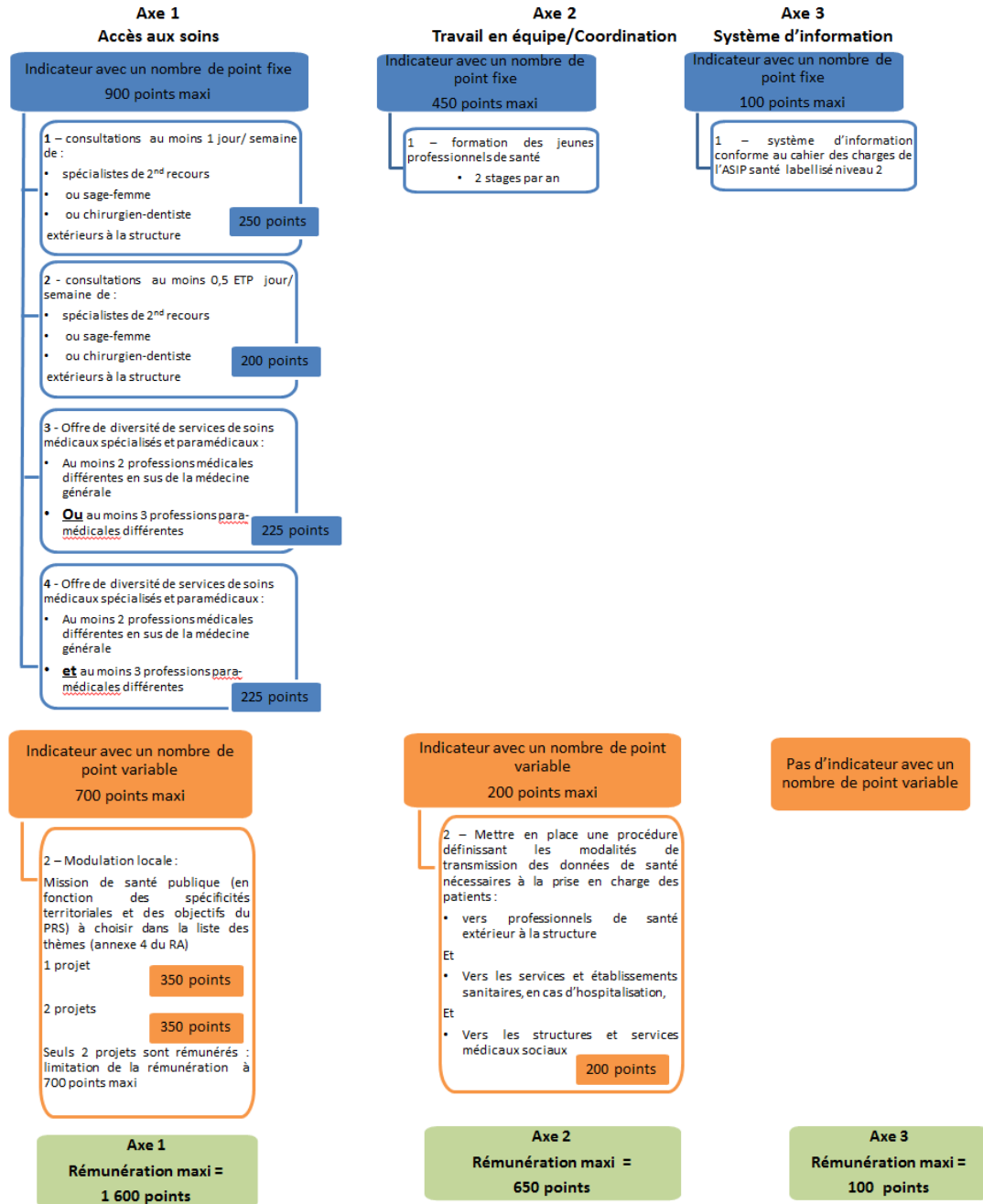
- Il est nécessaire que tous les indicateurs des 3 axes (quel que soit le nombre de points fixe et/ou variable) décrits ci-dessous soient atteints pour prétendre à une rémunération d'où la notion de pré-requis.
- Pour les indicateurs attribuant un nombre de point variable, le nombre de points a été défini pour une « patientèle de référence » de 4 000 patients. Ce nombre de points est ensuite proratisé en fonction de la patientèle réelle de la structure.

Particularités :

- Pour l'axe 1 « accès aux soins » :
 - L'attribution des points (1 200) est globalisée pour les 3 indicateurs. Ceux-ci sont indissociables – les 3 doivent être impérativement remplis pour prétendre à l'attribution des points.
 - La transmission de pièces justificatives est également nécessaire pour l'attribution de ces points
- Pour l'axe 3 « Système d'information »,
 - Un nombre de point fixe et un nombre de point variable pour un seul et même indicateur « Mettre en place le système d'information labellisé niveau 1 de l'ASIP santé »



1.1. LES INDICATEURS OPTIONNELS



- Contrairement aux indicateurs présentés au point précédent, les indicateurs ci-dessous sont en option, ils ne sont pas pré-requis. Le contractant a le choix de les réaliser ou pas pour augmenter sa rémunération.
- Pour les indicateurs attribuant un nombre de point variable, le nombre de points a été défini pour une « patientèle de référence » de 4 000 patients. Ce nombre de points est ensuite proratisé en fonction de la patientèle réelle de la structure.

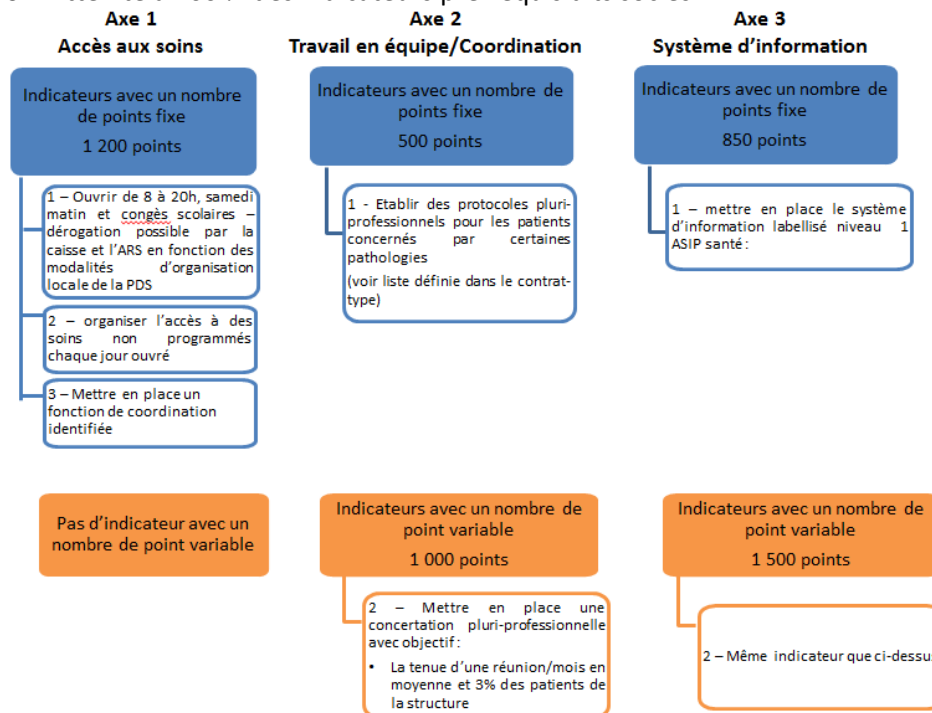
Particularité :

- Pour l'axe 1 « accès aux soins » :
 - 4 indicateurs distincts – chaque indicateur fait l'objet d'un nombre de points. Le contractant n'est pas contraint à tous les atteindre.

1. LA REMUNERATION

1.1. Conditions ouvrant droit à la rémunération

- Atteinte à 100 % des indicateurs pré-requis dits socles :



Dérogation au taux de 100 %

jusqu'au 31 décembre 2016, il n'est pas nécessaire que tous les indicateurs socles soient atteints pour bénéficier de la rémunération mais seulement :

- les **3 indicateurs de l'axe « accès aux soins »** (Horaires d'ouverture, Accès à des soins non programmés, Fonction de coordination identifiée)

et

- au moins **1 des indicateurs des deux autres axes**, « travail en équipe » et « système d'information » (protocoles pluriprofessionnels ou revue de dossiers ou système d'information).

- Transmission des pièces justificatives

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

Rajouter un récap

- Statut de la structure

La structure doit avoir le statut juridique de SISA ou centre de santé.

1.1.Éléments de calcul

1.1.1. Nombre de points

- Pour les indicateurs avec un nombre de points fixes le calcul est simple :

nombre de points fixes x 7 euros

- Pour les indicateurs avec un nombre de point variable, une proratisation est effectuée en fonction de la patientèle de la structure. Le calcul est le suivant :

nombre de points variables x patientèle déclarante x 7 euros
4 000
(patientèle de référence)

- Comment est calculée la patientèle déclarante ?

Le nombre de patients ayant déclaré comme « médecin traitant » un des médecins exerçant au sein de la structure (au 31/12 de l'année de référence)

+

Le nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins 2 soins de médecins généralistes exerçant dans la structure au cours de l'année de référence

= Patientèle déclarante

- Précision sur la notion de « patientèle déclarante »
 - Les médecins exerçant au sein de la structure comme « médecin traitant » sont inclus dans la liste des médecins libéraux associés de la structure au sens juridique du terme (mentionnés dans les statuts de la structure).
 - C'est à partir de cette liste que l'on calcule « la patientèle médecin traitant » de la structure.

Dérogation :

A titre transitoire, pour les années 2015 et 2016, sont également inclus dans cette liste :

- les médecins signataires d'un projet de santé et exerçant au moins **50 % de leur activité au sein d'1 seule** structure constituée en SISA,
- les médecins signataires d'un projet de santé et **exerçant leur activité dans plusieurs SISA**. Dans ce cas, on retient une seule SISA, celle où son activité est la plus importante.

1.1.1. Calcul de la rémunération

- **La rémunération dépend de l'atteinte des indicateurs.** Elle est calculée en fonction du nombre de points obtenus, chaque point étant valorisé à 7 euros.
- **La période d'observation est l'année civile de référence**
- Majoration :
La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité de la structure. Cette majoration est plafonnée à 25 %
 - Eléments de la majoration
Taux de patient de CMUC de la structure comparé au taux national de 7,5%
Taux de patient AME de la structure comparé à la moyenne nationale de 0,4 %

- Calcul : Exemple :

Taux CMUC de la structure= 17,5 %

Taux national = 7,5 %

= 10 points de différence

Taux AME de la structure = 5,4 %

Taux national = 0,4 %

= 5 points de différence

Soit 15 points de différence = **Majoration applicable est égale à 15 %**

Précisions :

Le taux de précarité correspond à la part des patients de la structure bénéficiaires de la CMUC et de l'AME

- Proratisation : la rémunération peut être proratisée en fonction de la date de signature du contrat.

Exception :

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

1.1.2. Paiement de la rémunération

Le montant de la rémunération découlant de l'atteinte des indicateurs est versé au plus tard le 30 avril de l'année qui suit celle de référence.

Une avance de 60 % est accordée :

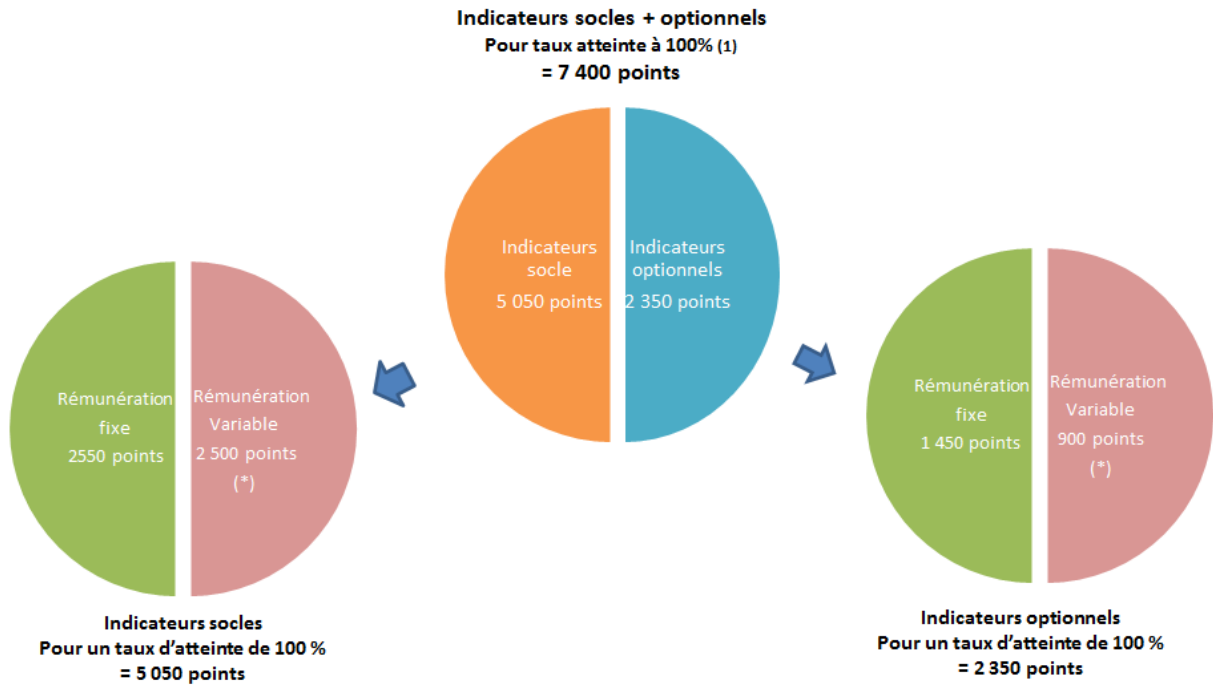
- Dans les 3 mois suivants la signature du contrat, pour la 1^{ère} année
- Pour les années suivantes au plus tard le 30 avril

Le montant de cette avance est égale à :

- 60% de la rémunération calculée pour un taux d'atteinte de 100 % des indicateurs socles avec une proratisation de la patientèle (patientèle calculée au 31/12 de l'année de référence)
- Exception :
Pour les structures signataires du contrat incluses dans l'expérimentation ENMR en 2014, l'avance est calculée en 2015 dans le cadre de l'expérimentation.
- Le versement de l'avance est réalisé uniquement si le statut juridique de la structure le permet (SISA ou Centre de Santé).

Annexe

Rémunération maximale possible pour une patientèle de référence de 4 000 patients



(1) Pour une patientèle dite « de référence » de 4 000 patients