

CANDIDATURE AU DISPOSITIF DE REMUNERATION
APPLICABLE AUX STRUCTURES DE SANTE
PLURI-PROFESSIONNELLES DE PROXIMITE
(*Règlement arbitral du 23 02 2015 - JO du 27 02 2015*)

Préambule

L'exercice regroupé et coordonné d'équipes pluri professionnelles, qui peut prendre la forme de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), est un outil permettant notamment de conforter l'offre de soins de premier recours et de répondre aux aspirations de certains professionnels de santé.

Le financement de ces activités de coordination réalisées au sein de structures d'exercice collectif a été entre 2009 et 2014 pris en charge dans le cadre de l'expérimentation dite des nouveaux modes de rémunération (ENMR).

L'évaluation nationale de ce dispositif étant positive, les pouvoirs publics ont décidé de pérenniser le financement de ces activités pluri-professionnelles et coordonnées en définissant un cadre juridique pérenne.

Un texte conventionnel dénommé « règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité », approuvé par arrêté du 23 février 2015 et publié au Journal Officiel (JO) le 27 février 2015, acte désormais la possibilité, pour une structure qui respecterait les critères d'éligibilité fixés, de bénéficier d'un financement dans ce cadre spécifique.

L'engagement individuel de la structure se traduit par une adhésion au contrat tripartite relatif aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité (les signataires étant la structure, l'ARS et la CPAM du lieu d'implantation), contrat conclu pour une durée de 5 ans.

Equipes et structures concernées

Sont concernés par les dispositions de ce règlement arbitral les maisons de santé pluri-professionnels, mettant en œuvre un projet de santé partagé autour de prises en charge coordonnées pour les patients.

Les structures éligibles sont les maisons de santé pluri professionnelles sur « lieu unique » ou sur « lieux éclatés » constituées en SISA ou susceptibles de l'être dans les 6 mois de la signature du contrat.

La forme juridique de la SISA 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

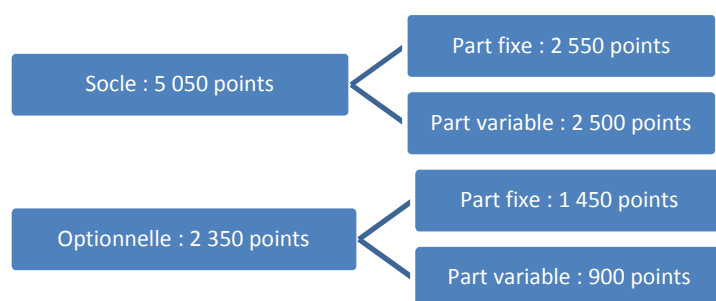
Le contrat tripartite comporte des indicateurs et objectifs permettant de valoriser financièrement les engagements des structures adhérentes sur 3 grands chapitres :

1. l'accès aux soins,
2. le travail en équipe et
3. le développement des systèmes d'information.

Chaque engagement est associé à un nombre de points, l'ensemble du dispositif est fondé sur un total de 7 400 points pour une patientèle de référence de 4000 patients (valeur du point fixée à 7 euros).

Pour chaque critère, la rémunération peut avoir :

- une part fixe
- une part variable (en fonction de la patientèle de la structure, et sur une base calculée pour une patientèle moyenne de 4000 patients)



Les engagements sont dits socle (5050 points/7400) ou optionnels (2350/7400), l'atteinte des premiers étant un pré requis pour déclencher la rémunération des seconds.

Par dérogation et jusqu'au 31 décembre 2016, l'atteinte des pré-requis (engagements socle) sera examinée sur des bases restreintes par rapport au périmètre défini dans le contrat.

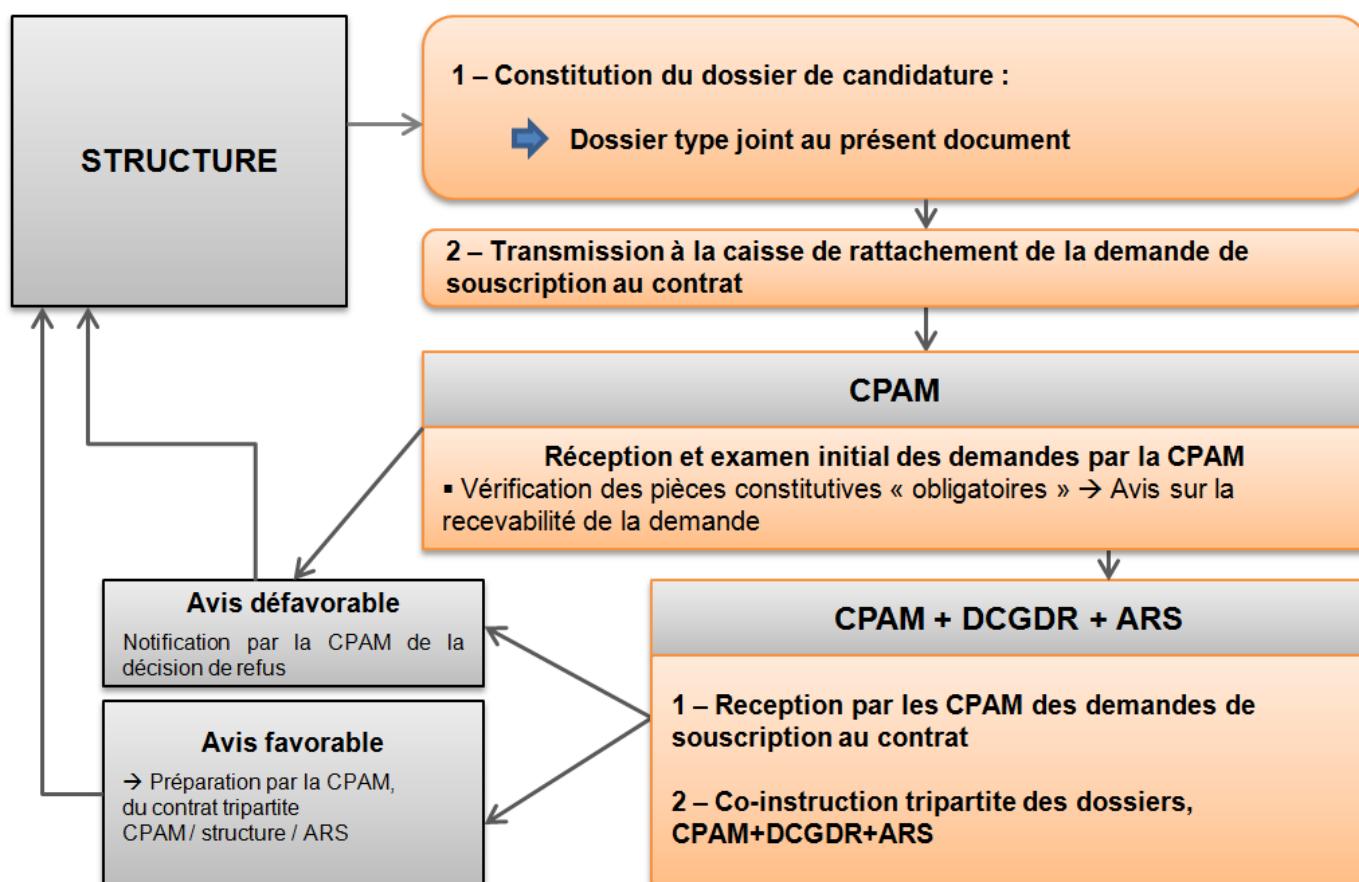
Concrètement, une avance sera versée par l'assurance maladie à la structure constituée en SISA, dans les trois mois suivants la signature du contrat. Le solde de la rémunération interviendra en début d'année N+1 au regard des résultats définitifs constatés pour les différents engagements du règlement arbitral.

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

Pour aller plus loin :

- Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité
- Tableau de Synthèse des critères socles et optionnels (Annexe 7)

Vous souhaitez candidater ? Quelle procédure



* ARS : Agence Régionale de Santé

* 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 ci-dessous)

⇒ **Merci de transmettre votre dossier de candidature par mail à votre CPAM.**

CPAM	Contact	Coordonnées
ARTOIS	Marie-Françoise FALSONE	marie-francoise.falsone@cpam-artois.cnamts.fr
COTE D'OPALE	Christine DELPIERRE	christine.delpierre@cpam-cotedopale.cnamts.fr
FLANDRES	Bruno BOCQUET	bruno.bocquet@cpam-flandres.cnamts.fr
HAINAUT	Christelle KAS	christelle.kas@cpam-hainaut.cnamts.fr
LILLE DOUAI	Martine WOLNIEWICZ	martine.wolniewicz@cpam-lille-douai.cnamts.fr
ROUBAIX-TOURCOING	Cécile BOUSSEKEY	cecile.boussekey@cpam-roubaix-tourcoing.cnamts.fr
SOMME	François BENARD	francois.benard@cpam-amiens.cnamts.fr
OISE	Valérie LERAT	valerie.lerat@cpam-oise.cnamts.fr elysabeth.de-backer@cpam-oise.cnamts.fr
AISNE	Sylvie PETITHOMME	sylvie.petithomme@cpam-aisne.cnamts.fr

DOSSIER DE CANDIDATURE

I - Données générales

⇒ ***Merci de transmettre votre dossier de candidature par mail à votre CPAM.***

Liste des pièces obligatoires à joindre à votre dossier de candidature

- Statuts de la structure (SISA)
 - Le cas échéant, une attestation d'engagement des membres 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
- Numéro FINESS
- 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 (à compléter directement dans le tableau suivant) :
 - des nom et prénom,
 - de la profession exercée.
 - des numéros AM (numéro utilisé pour la facturation à l'assurance maladie),
 - du numéro RPPS.

Votre structure est :

Une maison de santé pluri professionnelle sur lieu unique
Une maison de santé pluri professionnelle multisites ou « sur lieux éclatés »

Nom du site :

Numéro FINESS (EJ/ ET) :

Statut juridique :

Adresse du siège social :

.....

Interlocuteur référent :

Téléphone :

Mail :

Professionnels de l'équipe :

Nom-Prénom	Profession	Numéro Assurance Maladie (AM)	Numéro RPPS

II - Situation de la structure : pièces justificatives à transmettre concernant les indicateurs socles

Complétez votre candidature avec les pièces justificatives correspondant aux 6 critères socle explicités ci-dessous.

Les critères 1, 2 et 3 concernent l'accès aux soins. Ceux relatifs au travail en équipe pluriprofessionnelle sont les critères 4 et 5. Le 6^{ème} critère socle concerne le système d'information.

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

A noter :

- **Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2016, les critères 1, 2 et 3 sont obligatoires (pré requis à toute rémunération) et seul un critère parmi les critères 4, 5 et 6 est exigible pour permettre le déclenchement de la rémunération.**
- **A partir du 1^{er} janvier 2017, les 6 critères socle seront obligatoires.**

1. Ouverture de 8 h à 20 h en semaine et le samedi matin et pendant les congés scolaires

Pièces à transmettre pour attester de l'engagement :

- Une « charte d'engagement » pour formaliser l'ensemble des engagements. Elle sera affichée au sein de la structure ou dans les différents sites en cas de MSP multi-sites. (modèle type en Annexe 1)

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

2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré

Pièces à transmettre pour attester de l'engagement :

- Document descriptif de l'organisation mise en place
Copie du projet de santé ou autre document précisant la prise en charge quotidienne de patients ayant besoin de soins non programmés (exemple : planning prévoyant une plage réservée).

3. Fonction de coordination organisée avec un responsable identifié (organisation de l'accueil et orientation des patients, organisation des interventions, etc.)

Pièces à transmettre pour attester de l'engagement :

- Document descriptif de la coordination mise en place.
Possibilité d'identifier un ou plusieurs responsable pour la coordination de la structure (professionnels de santé et /ou personnels administratifs).

4. Protocoles pluri-professionnels

Pièces à transmettre pour attester de l'engagement :

- Copie des protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge des patients concernés par certaines pathologies mis en œuvre dans la structure (Annexe 3)

Ces protocoles précisent :

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

Les recommandations de la HAS sont accessibles sur le site de la HAS au lien suivant : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1216216/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours

5. Revues de dossiers

Pièces à transmettre pour attester de l'engagement :

- 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 (Annexe 4)
- 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.

Information : 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.

6. Partage et structuration de l'information

Pièces à transmettre pour attester de l'engagement :

- 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 labellisé ASIP (niveau 1 ou 2);
- Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2016, pour remplir cet indicateur, la structure doit transmettre 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.

A compter du 1er janvier 2017, pour remplir cet indicateur, la structure doit (conditions cumulatives) :

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

III - Situation de la structure : Pièces justificatives à transmettre concernant les indicateurs optionnels

Merci de compléter votre candidature en indiquant les critères optionnels sur lesquels l'équipe se positionne.

La liste des pièces demandées est indiquée à titre de conseil, vous pouvez adresser tout document attestant de la réponse de la structure aux différents critères.

Consultations avancées

Intervention d'un spécialiste de 2nd recours et/ou une sage femme et/ou un chirurgien dentiste extérieur à la MSP :

- Soit 1j par semaine
- Soit 0.5 équivalent temps plein

Pièces à transmettre pour attester de l'engagement :

- document attestant de l'organisation des consultations de second recours ou d'accès à des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes (contrats avec les professionnels intervenant sous forme de vacations, etc.). Possibilité de remplir le tableau de synthèse proposé en Annexe 5

Missions de santé publique :

Pièces à transmettre pour attester de l'engagement :

- liste des missions de santé publique complémentaires que la structure souhaite voir intégrer à son contrat (seul 2 projets pourront être valorisés dans le cadre du règlement arbitral) – Annexe 6.

Formation des jeunes professionnels de santé

Pièces à transmettre pour attester de l'engagement :

- copie des attestations de stages réalisés au sein de la structure (au moins 2 stages par an, toutes professions confondues).

Formalisation d'une procédure de transmission des données patients avec les professionnels de santé extérieurs à la structure, les établissements de santé, les structures et services médico-sociaux

Pièces à transmettre pour attester de l'engagement :

- document attestant de la mise en place de procédures de transmission des données de santé nécessaires : (et/ou)
 - aux professionnels de santé extérieurs intervenant dans la prise en charge des patients de la MSP
 - aux services et établissements sanitaires en cas d'hospitalisation
 - aux services médico-sociaux

Information : Cette procédure doit définir les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients (notamment la transmission du volet de synthèse médical). Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la MSP dans le respect de la réglementation est ouvert et alimenté au moins par le VSM.

Fait à le

M/Mme/Dr.....agissant pour le compte de (nom de la structure)

Signature

CHARTRE D'ENGAGEMENT DE LA MAISON DE SANTE DE.....

La maison regroupe des professionnels de santé des professions suivantes :

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Cet exercice regroupé nous permet de vous apporter une qualité de service répondant à vos besoins de santé. Notre engagement s'articule autour de 3 axes.

Vous offrir un accès aux soins pendant une large plage horaire

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

Nous vous accueillons de 8 heures à 20 heures du lundi au vendredi et le samedi matin de 8 heures à 12 heures.

En dehors de ces horaires d'ouverture, la maison de santé deest joignable au numéro suivantDes informations vous sont communiquées pour vous orienter immédiatement vers les solutions les plus adaptées au regard de votre état de santé.

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

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

Vous accueillir et vous accompagner dans votre prise en charge

L'organisation en maison de santé nous permet de vous assurer un accueil par du personnel dédié selon les modalités suivantes..... (Heures d'ouverture du secrétariat)

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

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

Signatures des professionnels de santé de la structure :

ANNEXE 2 – Fiche de poste pour la coordination en MSP

Les pôles et maisons de santé, pluridisciplinaires par définition, sont composés au minimum de 2 médecins généralistes et 1 paramédical (infirmier, kiné, ...) qui ont défini en commun un projet de santé. Mais en moyenne, ils sont composés de plus de 9 professionnels de santé, médecins et paramédicaux. Afin que ces établissements fonctionnent bien et que les médecins et paramédicaux puissent consacrer le plus de temps possible à leurs patients, un certain nombre de missions transverses de coordination doivent être assurées.

Dans la plupart des cas, un **coordonnateur** est requis par ces maisons de santé pluridisciplinaires pour assurer la pérennité des missions **administratives**, des missions de **communication** et pour suivre les relations internes et externes à la maison de santé. Avoir recours à un coordonnateur en charge de ces différentes missions assure aux professionnels de la santé exerçant en libéral de se concentrer pleinement sur leur cœur de métier. D'après une étude réalisée en **Bourgogne**, sur 28 MSP interrogées, 22 ont déclarés avoir recours à des **coordonnateurs administratifs** (95% étant des femmes).

Les missions du coordonnateur en maison de santé

La mission essentielle du coordonnateur de maison de santé pourrait tenir en un mot : « faire tourner la boutique ». Cela nécessite de pouvoir : animer l'équipe pluri-professionnelle, faire avancer les projets transverses (dont par exemple la mise en place du Système d'information partagé entre les différents professionnels de santé), gérer les interfaces externes de la maison de santé (organisation des créneaux de vacations externes, gestion des relations avec les hôpitaux, l'ARS, la commune ou le territoire...), gérer la communication et la signalétique de la maison de santé pour les patients. Le tout a pour unique objectif d'améliorer l'offre de soins et les services rendus aux patients.

Quatre missions essentielles sont en général attribuées au coordonnateur :

- **La Gestion administrative de la structure (pôle ou maison de santé).** Cette mission peut inclure :
 - La gestion comptable ou le suivi comptable
 - La gestion des ressources humaines : gestion des bulletins de salaires, des congés du personnel, etc.
 - La gestion des achats : fournitures de papèterie et consommables, petit matériel médical (pansements, cotons...)
 - La gestion du bâtiment : appels de loyers et charges, gestion des petits travaux d'entretiens, gestion du circuit d'hygiène, etc.
- **La communication interne :** animer la communauté des professionnels de santé qui composent l'équipe, de façon régulière et collégiale. Cela inclut :
 - La mise en place de réunions d'équipes régulières, avec ordre du jour et compte-rendu
 - La gestion des nouveaux arrivants dans la structure : remplaçants, internes, stagiaires, des vacataires...
 - Organisation et partage des plannings...
- **La communication externe :** il s'agit de gérer les relations de la maison de santé, en tant qu'entité, avec les différents interlocuteurs externes, via leurs représentants ou intervenants :
 - Hôpitaux et cliniques du secteur
 - Agence Régionale de santé
 - Ecoles et universités
 - Commune ou communauté de communes, territoire au sens large
- **L'offre de soins aux patients :** Comment aider les professionnels de santé à améliorer l'expérience des patients au sein de la maison de santé ? Par exemple :
 - Gestion de la signalétique
 - Organisation des flux (passage au secrétariat, puis en salle d'attente...)
 - Mise en place d'une enquête de satisfaction auprès des patients.Eventuellement, le coordonnateur peut être amené à mettre en place un site internet pour la structure et à le maintenir régulièrement.

LISTE DES PATHOLOGIES CONCERNEES POUR L'AXE TRAVAIL EN EQUIPE / COORDINATION

La structure élabore, en référence aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), des protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les thématiques suivantes, considérées comme prioritaires :

- Patients porteurs d'affections sévères compliquées ou décompensées :
 - insuffisance cardiaque,
 - BPCO,
 - asthme instable,
 - mal perforant plantaire du diabétique,
 - accident iatrogénique.

- Patients pour lesquels une intervention pluri-professionnelle est susceptible de prévenir la désinsertion socio-professionnelle :
 - lombalgies chroniques,
 - syndrome dépressifs.

- Patients bénéficiant de soins itératifs pour lesquels la stratégie de prise en charge peut être à réévaluer :
 - lombalgiques,
 - diabétiques non autonomes pour leur insulinothérapie.

- Patients poly-médiqués pour lesquels le risque iatrogénique doit être reconsidéré.

- Patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté :
 - sujets âgés,
 - patients poly-pathologiques,
 - soins palliatifs,
 - suivi post-AVC.

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

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

Lien de la HAS sur les protocoles pluri-professionnels :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1216216/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours

Exemple de protocole :

Maison de santé de
Prise en charge pluri professionnelle du patient diabétique

Date de création :

Référent :

Professionnels concernés :

- Médecins de la MSP
- IDE
- Podologue
- Diététicienne
- Psychologue
- Endocrinologues
- Ophtalmologues

Population cible :

Objectifs :

Evaluation :

Mise en œuvre :

- Suivi d'un patient diabétique :
- Mesure d'impact :
- Modalités de transmission :

Lieu de consultation du protocole : Classeur, PC

Référence :

Liste des professionnels adhérents au protocole :

ANNEXE 4 –

Compte-rendu de la réunion de concertation pluri-professionnelle (RCP) du.....

L'organisation de la RCP doit être formalisée avec un rythme clairement établi adapté à la spécialité et à l'activité (mais doit être d'au moins 1fois par mois) et doit comprendre :

- un **coordonnateur** : son rôle est d'établir la liste des patients dont le dossier doit être analysé à la prochaine réunion, d'en avvertir les professionnels membres « permanents » de la RCP ainsi que le médecin référent des patients, et de convoquer le cas échéant des représentants de disciplines utiles pour les discussions envisagées ;
- un secrétariat ;
- la traçabilité systématique de toutes les décisions dont au moins un exemplaire doit être placé dans le dossier du malade (papier ou électronique).

<u>Réunions de concertation pluriprofessionnelles en 2016</u>		
	Professionnels de santé présents	Nombre de dossiers vus
Date de réunion :		
Date de réunion :		
Date de réunion :		
Date de réunion :		
Date de réunion :		
Date de réunion :		
Date de réunion :		
Date de réunion :		
Date de réunion :		
Date de réunion :		
Date de réunion :		
Date de réunion :		
Date de réunion :		
Date de réunion :		
Date de réunion :		

Fait à le

M/Mme/Dr.....agissant pour le compte de la MSP

Signature

ANNEXE 5 – CONSULTATION AVANCEE – Tableau à compléter

Consultations avancées dans la MSP de

Nom	Prénom	Professions : Chirurgien dentiste ou sage femme ou spécialité	Nombre d'ETP (équivalent Temps Plein)

LISTE DES MISSIONS DE SANTE PUBLIQUE

- 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)
- Prévention périnatale
- Education thérapeutique et éducation à la santé

ANNEXE 7 – TABLEAU DE CALCUL DE LA REMUNERATION

RÉMUNÉRATION / Axe	RÉMUNÉRATION FIXE : critères et nombre de points	RÉMUNÉRATION VARIABLE : critères et nombre de points pour une patientèle de référence de 4 000 patients	Total pr 4000 patients		
Rémunération SOCLE	critères prérequis pour déclencher la rémunération	2 550	2 500	5 050	
Accès aux soins	<p>1. Ouverture de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin et pendant les congés scolaires,</p> <p>2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré,</p> <p>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>Objectif : respect des engagements et formalisation dans charte d'engagement affichée.</p>	1 200		1 200	
Travail en équipe pluri-professionnelle	<p>4. Elaboration par la structure, en référence aux recommandations de la HAS, de protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies visées à l'article 3.2 du règlement arbitral.</p>	500	<p>5. 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. 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>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</p>	1 000	1 500
Systeme d'information	<p>6. Systeme d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat (ou le 31 décembre 2016 pour les contrats signés en 2015). Au-delà de cette date, dossiers informatisés des patients partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient. La valorisation est fonction de la part des patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Elle doit atteindre 33 % la première année suivant la mise en place du logiciel, et 66 % la 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.</p>				
	Partie fixe de la rémunération : 850	Partie variable de la rémunération : 1 500		2 350	

Rémunération OPTIONNELLE		1450		900	2350
1. Accès aux soins	4 critères : Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure, au moins 1 J/semaine	250	1 critère (2 missions maximum) : 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 du règlement arbitral). 350 points par projet / max 2 projets rémunérés	700	1600
	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)	200			
	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).	225			
	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).	225			
2. Travail en équipe pluri-professionnelle	1 critère : Formation des jeunes professionnels de santé (2 stages/an).	450	1 critère : Mise en place d'une procédure définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux. Cette procédure permet notamment la transmission du volet de synthèse médical (VSM) tel que défini par la Haute Autorité de santé (HAS) établi par le médecin traitant complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge. Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la structure dans le respect de la réglementation est ouvert et alimenté au moins par le VSM.	200	650
3. Système d'information	1 critère : Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2	100			100
Total SOCLE+OPTIONNEL si tous les critères et objectifs sont remplis		4000		3400	7400