

urps ml-infos

LE MAGAZINE DE L' UNION RÉGIONALE MÉDECINS LIBÉRAUX DES HAUTS-DE-FRANCE

 **ORGANISATION
TERRITORIALE**



**Société Interprofessionnelle de
Soins Ambulatoires**

P2 DOSSIER SPÉCIAL

Règlement Arbitral
(nouveaux modes de rémunération)

Plateformes Territoriales d'Appui

P6

PLATEFORMES
TERRITORIALES
D'APPUI
(PTA)

P8

L'AVIS D'UN CONFRÈRE
SPÉCIALISTE :
Le spécialiste médical
libéral a-t-il une place dans
l'organisation territoriale des
soins ?

P8

RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE
PAGE FACEBOOK
SITE INTERNET



« VILLE / HÔPITAL ? »

Les rapports entre la médecine de ville et les établissements hospitaliers fonctionnent depuis longtemps sur la base d'une relation équilibrée permettant, au bénéfice de tous, une prise en charge spécialisée en établissements privés ou publics.

Des commissions ville-hôpital sont en place, aussi bien au CHU que dans d'autres hôpitaux de la région, afin d'améliorer en permanence ce fonctionnement.

Dans ces conditions, la mise en place brutale, sans concertation, d'une consultation de médecine générale de l'hôpital de Maubeuge à Louvroil, paraît remettre en cause cet équilibre. Dans une zone où de nombreux médecins exercent de manière proche, où des pôles de santé existent, et où un projet de mise en place de consultations non programmées, élaboré par les libéraux, accompagné par l'ARS est en voie de finalisation, cette action est vécue, par les médecins de ce territoire et de la région, comme une agression délibérée de l'hôpital contre la médecine libérale et un usage discutable de l'argent public.

Tenant compte du fait que la Fédération Hospitalière de France a nommé un délégué national pour l'extension de l'hôpital vers la ville, avec des délégués régionaux à venir, la « descente en ville » de l'hôpital à Louvroil paraît être le ballon d'essai d'une politique délibérée amenée à se généraliser.

De telles consultations, faisant fi du parcours de soins et du suivi des patients, sont en contradiction totale avec la politique de santé actuelle.

Si la généralisation de cette politique se confirme, la relation entre la médecine de ville et l'hôpital deviendra compliquée et la confiance mutuelle ne pourra perdurer. Nous espérons des prises de position locales, régionales et nationales des différents protagonistes de cette affaire, afin de clarifier la situation et pouvoir continuer à travailler ensemble pour une prise en charge optimisée de nos patients.

Docteur Philippe Chazelle
Président



L'ORGANISATION TERRITORIALE

La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA)

L'exercice coordonné est devenu indispensable du fait des multi pathologies. Ce temps de travail n'était pas rémunéré, il a donc fallu créer un outil permettant de percevoir des rémunérations : la SISA.

SISA

=

Personnalité morale

Société d'exercice pluri professionnel

(contrairement aux SEL / SCP)

Constituée de personnes physiques

(pouvant être également dans d'autres structures : SEL / SCP / autre SISA)

Uniquement les professions médicales, auxiliaires médicaux inscrits au tableau de l'ordre

Au moins 2 médecins + 1 auxiliaire

La SISA permet la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité de chaque associé. Elle permet également, aux associés, d'exercer en commun des activités de coordination¹ thérapeutique, d'éducation thérapeutique² ou de coopération³ entre professionnels de santé. C'est une structure juridique conçue principalement pour les Pôles et Maisons de Santé Pluri professionnels (PMSP).

SON RÔLE

- Percevoir les subventions pour le compte des professionnels et les dons s'ils sont conformes à l'objet de la société (CNAM-Assurance Maladie, Etat, collectivités territoriales). En effet, la SISA permet de percevoir les fonds du Règlement Arbitral (RA, anciennement Nouveaux Modes de Rémunération - NMR).
- Distribuer ces rémunérations complémentaires entre les professionnels. Elle permet le partage de nouvelles rémunérations entre les associés dont les statuts prévoient un exercice en commun.
- Toute personne, même extérieure à la SISA, peut prétendre percevoir des financements sous la forme d'un salaire, d'une indemnité, d'honoraires, etc.

SES STATUTS

Les statuts sont à établir par écrit puis doivent être communiqués aux différents ordres professionnels et à l'Agence Régionale de Santé (ARS) au moins un mois avant leur enregistrement.

Ils déterminent les modalités de fonctionnement de la société :

- Règles de désignation du gérant,
- Modalités d'entrée et de sortie des associés,

- Répartition des charges et rémunérations (inscription possible dans le Règlement Intérieur plutôt que dans les statuts) :
 - > Répartition des bénéfices à la fin de chaque exercice (revenus d'activité) : par défaut, l'administration fiscale

retient les parts détenues par chacun des associés pour assujettir les bénéfices/répartition en fonction du temps de travail possible.

- > Seuls les associés participent aux frais de la SISA (ex : pour les locaux en fonction du temps d'utilisation/ de la superficie).

- > Les associés sont responsables des dettes de la société.
- > Contrairement aux SEL/SCP, pas de partage d'honoraires pour l'activité individuelle de chaque professionnel.

- Règles de décision,
- Etc.

SA FISCALITÉ

- Exonération de TVA pour les sommes versées aux structures par l'assurance maladie dans le cadre des Nouveaux Modes de Rémunération. Déclaration de TVA :
 - > Dans le cadre de services à des non-associés.
 - > En cas de mise en commun des moyens (cas des pharmaciens) ; il faut penser à diviser en 2 structures SCP/SISA).



- Une SISA peut servir à régler des frais dans le cadre de la mise en commun des moyens.
- Commissaire aux comptes obligatoire dès 153 000€ de subventions publiques perçues par la structure promotrice. Une comptabilité unique est requise.
- Possibilité d'être assujetti à l'impôt sur les sociétés + Cotisation Foncière des Sociétés (CFE) à payer.
- Les bénéfices ou pertes sont imposés au nom de chacun des professionnels

de santé associés à proportion des parts sociales détenues ou du temps de travail réalisé.

- Si les fonds des Nouveaux Modes de Rémunération n'ont pas été utilisés, ils peuvent être provisionnés pour l'année suivante en identifiant les opérations ou charges. Sinon, ils sont soumis à l'impôt et pourront être reversés aux associés. Afin d'être conforme à l'esprit des textes, il est toutefois recommandé de les conserver pour l'année suivante.

POUR INFORMATION

• SISA ou SISA+SCM ?

- > SISA = une seule société à gérer.
- > SISA + SCM = éviter les discussions autour des répartitions : la ou les SCM gère(nt) les charges et dépenses liées aux exercices et la SISA celles liées à la coordination et gère le Règlement Arbitral => Dissociation des intérêts et transparence dans la gestion des activités.
- > La SISA n'est pas obligée de choisir de mettre la mise en commun de moyens dans ses

statuts (ex : garder cela dans la SCM).

- Conserver une association ? Cela permet de prendre en compte des professionnels non reconnus par le Code de Santé Publique (Psychologue, éducateur sportif, etc.), mais aussi patients et usagers.
- Le coût d'enregistrement d'une SISA est de 83,96€ + droit fixe des actes innommés (125€) (seulement en cas de transformation).
- La SISA en tant que personne morale peut être actionnaire de la SCI ou d'une SA, propriétaire des murs et d'un patrimoine.

- Pas de montant minimum pour l'apport à la SISA, ni de montant nominal des parts.
- Chaque praticien/associé répond des actes professionnels qu'il accomplit. Le régime de responsabilité individuelle prévu par le code de la santé publique est appliqué à tous les actes professionnels. Les associés sont couverts par une assurance civile professionnelle (RCP).
- Un retraité peut rester associé, mais à travers le Règlement Intérieur, il peut être prévu la cession des parts.

Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

Règlement Arbitral (nouveaux modes de rémunération)

Plateformes Territoriales d'Appui

Le Règlement Arbitral (RA), anciennement Nouveaux Modes de Rémunération (NMR)

Publié au Journal officiel le 27 février 2015, le Règlement Arbitral (RA) est applicable aux structures de santé pluri professionnelles de proximité : les Maisons et Pôles de Santé Pluri professionnels (MSP) constitués en SISA (Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires), et les Centres de santé. Il généralise le principe des rémunérations versées à des structures pluri-professionnelles qui avaient été testées dans le cadre des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR).

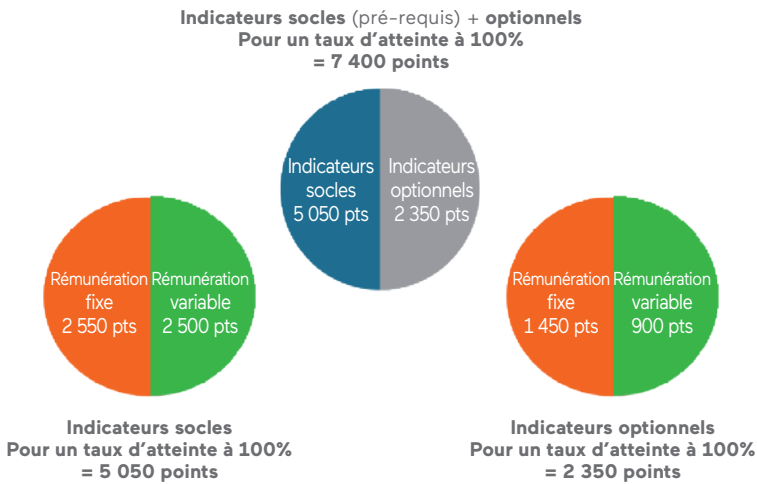
RÔLE

Le Règlement Arbitral, relatif aux soins de proximité, favorise la prise en charge globale du patient en valorisant le travail pluri professionnel de coordination et

en versant à la structure commune une rémunération lorsqu'elle répond aux engagements portant sur 3 axes :

- Accès aux soins,
- Travail en équipe pluri professionnelle,
- Système d'information.

Exemple de rémunération maximale possible pour une patientèle de référence de 4 000 patients. Plus la patientèle sera importante, plus la rémunération de la part variable peut augmenter : 7 400 points (Cf. à droite) x 7€ = 51 800€



Éléments de calcul

Valeur du point = 7€

Patientèle déclarante = nombre de patients ayant déclaré un médecin généraliste de la structure comme médecin traitant + nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ayant au moins 2 consultations de médecin généraliste dans la structure (le tout au 31/12 de l'année de référence).

Indicateurs avec un nombre de points fixes = nombre de points x 7€

Indicateurs avec un nombre de points variables = nombre de points variables x $\frac{\text{patientèle déclarante}}{4000} \times 7€$

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET RÉMUNÉRATION

Il s'agit d'un contrat entre la structure/CPAM/Agence Régionale de Santé sur 5 ans, révisable annuellement au regard de l'atteinte des engagements selon les 3 axes précédemment cités.

Le déclenchement de la rémunération nécessite que les critères du niveau socle (donc les pré-requis, Cf. page de droite) soient respectés.

La rémunération intervient par année civile, au prorata de la date de signature du contrat.

POUR INFORMATION

- Permet un financement supplémentaire à la tarification à l'acte.
- Rémunère de nouvelles activités/pratiques (Système d'Information Partagé, Education Thérapeutique du Patient, Prévention, protocoles).
- Favorise/aide les regroupements de professionnels de santé (coordination).
- Reconnaît le travail des professionnels en dehors des heures de consultations et des actes.

Le Règlement Arbitral arrive à échéance en 2017. La négociation est en cours pour créer une nouvelle convention ou produire un nouveau Règlement Arbitral.

VALEUR DU POINT SELON L'AXE ET L'INDICATEUR

3 axes

Accès aux soins

Travail en équipe pluri professionnelle

Système d'information

2 modes de rémunération : nombre de points fixe ou variable (dans ce cas, une proratisation s'effectue alors en fonction de la patientèle réelle de la structure au 31/12 de l'année de référence. La patientèle de référence est de 4 000 patients).

Indicateurs socles
(pré-requis)
obligatoires.

Rémunération maxi
= **5 050 points maxi** (pour une patientèle 4000 patients) :
fixe : 2 550 points
variable : 2 500 points

Rémunération fixe
1 200 points

1. Ouvrir de 8h à 20h, samedi matin et congés scolaires. Dérogation possible par l'Agence Régionale de Santé en fonction des modalités d'organisation locale de la Permanence Des Soins.
2. Organiser l'accès à des soins non programmés chaque jour ouvré.
3. Mettre en place une fonction de coordination identifiée.

Fournir la charte d'engagement présentant l'ensemble des services.

Axe 1
Rémunération maxi = 1 200 points

Rémunération fixe
500 points

1. Etablir des protocoles pluri professionnels pour les patients concernés par certaines pathologies (voir liste définie dans le contrat type).
2. Mettre en place une concertation pluri professionnelle avec objectif :
 - La tenue d'1 réunion/mois en moyenne et 3% des patients de la structure.

Axe 2
Rémunération maxi = 1 500 points

Rémunération fixe
850 points

1. Mettre en place le système d'information labellisé niveau 1 ASIP santé.
2. Même indicateur que ci-dessus

Rémunération variable
1 500 points

Axe 3
Rémunération maxi = 2 350 points

Indicateurs optionnels
(pour lesquels le contractant a le choix de les réaliser ou non pour augmenter sa rémunération).

Rémunération maxi
= **2 350 points maxi** (pour une patientèle 4000 patients) :
fixe : 1 450 points
variable : 900 points

Rémunération fixe
900 points maxi

1. Consultation au moins 0,5 jour/semaine de spécialistes de 2nd recours ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes extérieurs à la structure. 200 points
2. Idem mais au moins 1 jour/semaine. +250 points
3. Offre de diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale ou au moins 3 professions paramédicales différentes). +225 points
4. Idem mais « et ». +225 points
5. Modulation locale : mission de santé publique (en fonction des spécificités territoriales et des objectifs du PRS) à choisir dans la liste des thèmes (annexe 4 du Règlement Arbitral)
1 projet 350 points
2 projets +350 points

Axe 1
Rémunération maxi = 1 600 points

Rémunération fixe
450 points

1. Formation des jeunes professionnels de santé : 2 stages/an.
2. Mettre en place 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, et
 - les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et
 - les structures et services médicaux sociaux.

Axe 2
Rémunération maxi = 650 points

Rémunération fixe
100 points

1. Mettre en place le système d'information labellisé niveau 1 ASIP santé.

Axe 3
Rémunération maxi = 100 points

TOTAL Axe 1
Rémunération maxi = 2 800 points maxi

TOTAL Axe 2
Rémunération maxi = 2 150 points maxi

TOTAL Axe 3
Rémunération maxi = 2 450 points maxi

TOTAL
Rémunération maxi = 7 400 points maxi (pour une patientèle 4000 patients)

Votre URPS peut :

- Répondre à vos questions.
- Vous aider pour les dossiers de contractualisation avec la CPAM pour le Règlement Arbitral.
- Vous aider dans la rédaction du projet de santé.

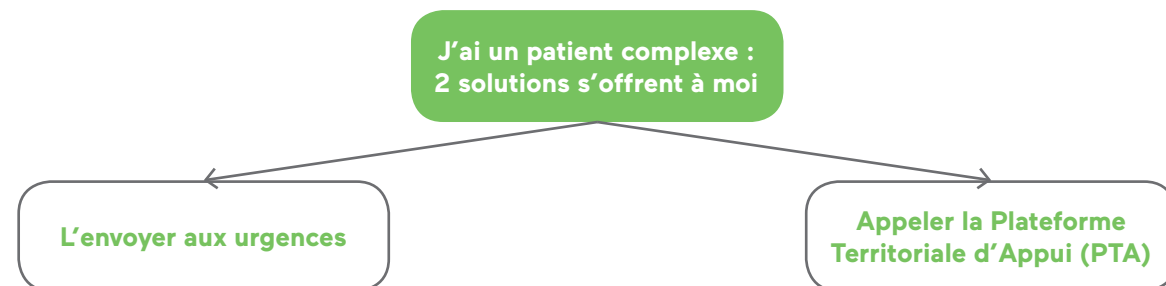
N'hésitez pas à contacter la direction « Offre de Soins » :

Marion Gurruchaga
marion.gurruchaga@urpsml-hdf.fr



Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 74) fait référence aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes à travers le soutien des professionnels de santé/sociaux/médico-sociaux et la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables. De cet article découle le décret du 4 juillet 2016 qui donne le cadre réglementaire des plateformes territoriales d'appui à la coordination des cas complexes.



POUR INFORMATION

> LE PROJET DE LA PLATEFORME DOIT CONTENIR

- Le territoire d'action
- Les services offerts correspondant aux missions (citées ci-dessous)
- Le rôle de l'opérateur
- Les modalités selon lesquelles l'opérateur rend compte de son action aux acteurs du système de santé concernés
- Le schéma cible d'organisation de la plateforme et les étapes de sa mise en place
- La ou les composantes
- Les modalités d'élaboration d'un guichet intégré (outils à déterminer, ex. : numéro unique)
- Le budget prévisionnel

> LA CONVENTION IDENTIFIE

- Le projet de la plateforme
- Le rôle de l'opérateur
- Les engagements des signataires dont les financements alloués par l'ARS
- Les missions que chaque composante met en œuvre
- Les apports de chaque composante au fonctionnement
- Les modalités de la démarche qualité permettant à la plateforme de remplir ses missions
- Les modalités de remontées d'activité de l'opérateur vers l'ARS et les indicateurs d'activité que chaque composante est en charge de produire

> LE SYSTÈME D'INFORMATION

Chaque plateforme d'appui est équipée d'un système d'information unique partagé par chacune des composantes de la plateforme et accessible par les professionnels au travers de leur propre système d'information. Le système d'information permet l'échange et le partage d'informations entre les professionnels concernant une même personne prise en charge. Il peut être mis en place de façon progressive selon un calendrier déterminé dans la convention.

■ Définition d'une composante

L'opérateur, lorsqu'il n'est pas en mesure de mettre en œuvre l'ensemble des missions de la plateforme, peut confier une ou plusieurs de ces missions à une composante. Est qualifiée de composante de la Plateforme Territoriale d'Appui le dispositif, l'acteur ou le professionnel sanitaire, social ou médico-social participant à la mise en œuvre de ses missions.

Chaque composante contribue au fonctionnement de la plateforme par mise à disposition à but non lucratif ou contribution financière.

La PTA passe le relais à la composante la plus à même d'organiser la coordination.

OBJECTIF

La PTA est constituée à l'initiative des acteurs du système de santé **avec une priorité donnée aux professionnels libéraux de terrain**. Elle a pour but de simplifier et

rendre lisible le paysage de la coordination, en proposant un guichet unique sur le territoire.

CIBLE

Toute population en situation complexe (complexité ressentie avant tout par le professionnel).
Le déclenchement du recours à la

plateforme est effectué par le médecin traitant. En cas de demande par un autre professionnel, le médecin traitant valide le déclenchement.

3 TYPES DE MISSIONS

1. Information et orientation des professionnels vers les ressources médicales, sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire.
 - > l'organisation de concertation pluri-professionnelle, planification de la prise en charge et du suivi en veillant à favoriser le maintien à domicile,
 - > la coordination des interventions autour du patient.
2. Appui à :
 - > l'organisation des parcours complexes (évaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins du patient),
3. Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des



parcours, d'accès aux soins et de coordination :
> diffusion d'outils pour le repérage et l'évaluation des situations complexes : ex. : évaluation du risque de précarité, score de dépression, etc.
> aide à l'élaboration et à la diffusion de protocoles pluri-pro.

MISE EN ŒUVRE/CONSTITUTION

Les acteurs doivent élaborer un projet de plateforme, désigner l'opérateur en charge de la mise en œuvre des missions et assurer le suivi des actions. Suite à l'approbation,

une convention est signée entre l'Agence Régionale de Santé, l'opérateur et éventuellement les composantes¹.

ENQUÊTE DE L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL



Cette enquête a pour but de recenser les besoins et les attentes des médecins généralistes et d'établir la forme que pourrait prendre ces plateformes à partir de ces informations.
L'URPS Médecins était partenaire. Elle a participé à la constitution de l'échantillon

en proposant des médecins qui pourraient répondre à l'enquête. L'intérêt était de mettre en avant le point de vue des médecins libéraux et la manière dont ils voient le développement de ces plateformes sur le territoire régional.



Soyez à l'écoute de ce qui se fait sur votre territoire et informez votre URPS de tout projet de Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) afin d'en garder l'initiative.



Votre URPS peut vous aider pour :

- La rédaction du projet de santé.
- Organiser une soirée d'information sur votre territoire
- Le dossier de contractualisation avec les CPAM.
- Monter votre projet de PTA.

N'hésitez pas à contacter la direction « Offre de Soins » : Marion Gurruchaga
marion.gurruchaga@urpsml-hdf.fr

L'AVIS D'UN CONFRÈRE :

Le spécialiste médical libéral a-t-il une place dans l'organisation territoriale des soins ?

Lorsque l'on parle des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), le médecin spécialiste en Médecine Générale évoque, à juste titre, son besoin de soutien social ou médicosocial, lors d'une perte d'autonomie ou d'une décompensation d'un de ses patients.

Comme il est écrit plus haut, la PTA est résumée par « j'appelle la plateforme ou j'envoie aux urgences ». **La loi de Santé, comme la Convention, néglige le spécialiste de ville en organisant essentiellement le réseau 1^{er} recours-Hôpital. Pourtant, il faut aussi voir dans la loi de santé la possibilité, pour le spécialiste, de s'affirmer lui aussi comme un appui dans le parcours du patient.** Il faut organiser ce recours libéral de spécialités autour de pathologies à fort enjeu de santé publique (insuffisance respiratoire, asthme, insuffisance rénale, diabète, risque vasculaire, etc.) au sein des PTA comme des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CTPS) où tous les acteurs seront identifiés. Si nous ne le faisons pas, ce sont les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) qui s'en chargeront. Il en va de l'avenir de la Médecine Libérale.

Docteur José Brasseur

Néphrologue et membre de la Commission « Offre de soins » à l'URPS Médecins



RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE



Le dépistage de la rétinopathie diabétique pour les patients de moins de 70 ans est opérationnel dans toute la région Hauts-de-France.

Sur le site Internet, vous trouverez :

- Tout le descriptif du projet.
- La fiche de prescription type à télécharger.



www.urpsml-hdf.fr/retinopathie-diabetique/

SITE INTERNET / PAGE FACEBOOK

www.urpsml-hdf.fr/



<https://www.facebook.com/URPSMedecinsHDF/>



- ISSN : 2119-1786 - Tirage : 9 850 exemplaires
- Directeur de la publication : Dr Philippe CHAZELLE
- Rédacteur en chef : Dr Philippe CHAZELLE
- Conception / rédaction : Aude GRIMONPREZ
- Création de la maquette : Audacioza Studio
- Comité de rédaction : Drs Philippe CHAZELLE, Françoise COURTALHAC, Bertrand DEMORY, Jean-Paul KORNOBIS, Dominique PROISY et Bénédicte VERMOOTE
- Impression : Imprimerie Calingaert
49 route d'Arras - BP10012
59155 Fâches-Thumesnil cedex
- Crédit photos : Fotolia