

Question	Réponse de la FFMPS	Interprétation CNAMTS et DSS
Entrée dans le dispositif		
NMR Comment en bénéficier ?	Adresser votre projet de santé à votre référent ARS ou au délégué territorial départemental de votre ARS (DTD). Puis la rencontrer (à votre MSP, c'est mieux pour visite de votre site) pour obtenir une reconnaissance comme MSP. Puis postuler auprès de votre CPAM avec un formulaire officiel à venir.	
Quels sont les critères d'un projet de santé ?	Les critères d'un projet de santé sont définis actuellement dans une circulaire de la DGOS que vous trouverez à http://www.ffmps.fr/index.php/vous-exercez-en-mds/definition-du-projet-de-soins-et-du-projet-professionnel	
NMR et SISA		
Tous les professionnels de santé doivent-ils être associés de la SISA ?	Non, des professionnels de santé peuvent être signataires du projet de santé sans être membres de la SISA.	
Tous les médecins doivent-ils l'être pour que leur patientèle soit prise en compte dans les calculs ?	Non, seront décomptés les patients des MG ayant signé le projet de santé. Cependant, vigilance, car il n'est pas sain pour une équipe de confier la société de gestion seulement à quelques-uns. Quid en cas de différence d'objectifs ?	

Accueil et coordination

Accueil et coordination. Pour certains c'est le même financement et certains trouvent que la différence n'est pas suffisamment faite dans le RA

Cet item donne de la souplesse pour la montée en charge de l'équipe. L'accueil signifie que les patients arrivant dans cette MSP trouvent quelqu'un pour les accueillir : le plus souvent un secrétariat. La coordination peut être assumée soit par une secrétaire compétente, soit par un des professionnels de santé, ou au mieux déléguée à un poste de coordination identifié.

Ouverture

Horaire d'accès aux soins. Peut-on prévoir des dérogations ou de la souplesse ?

C'est prévu, puisque ce sera selon les horaires de la PDS locale. Pour les équipes ne pouvant assurer du 8h 20h de présence, et avec une PDS ne couvrant pas la période, un secrétariat téléphonique d'appoint suffira.
Car ce qui compte est la possibilité pour les patients d'obtenir une réponse au bout du fil.

Le 8h - 20 h ne concerne-t-il que les médecins ?

Au minimum. Mais les IDE sont en règle générale joignables à ces heures, car souvent en activité le soir. Pour pharmacie ou kiné ou autre, c'est le médecin qui doit pouvoir déclencher une demande en dehors d'une éventuelle organisation de la permanence.

ETP, temps de travail

Qu'est-ce qu'un ETP libéral ? La notion d'ETP fait référence à la durée légale du temps de travail qui ne s'applique pas aux libéraux ; considère-t-on qu'un ETP correspond donc à 35 heures ? Une vacation de 8h à 20h et une de 8h à 13h30 constituent-ils donc bien ½ ETP ?

Un ETP = un professionnel de santé exerçant une quantité de 4.5 jours par semaine.
Ce qui est l'usage en France.

Consultations spécialistes

« Consultations de spécialistes du second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure » : quid d'une structure comportant ces professions en interne ?	Si cette profession n'exerce que dans la MSP, ce sont bien 450 points	
Si les interventions de spécialistes extérieurs sont inférieures à 0,5 ETP, est-ce que le calcul des points peut être proportionnel ?	Non, il y a une base de déclenchement des points. Sauf évolution du texte à venir.	

Nombre de patients

La notion de 4000 patients est un critère de calcul ou bien un maximum ? Si par exemple 8000 patients, les points sont-ils multipliés par 2 ?	Si l'équipe compte 8.000 patients, ce sont les points « variables » qui augmentent. Pas les « fixes ».	
La patientèle comptabilisée est celle des médecins. Pourquoi pas celle des autres PS de la MSP ?	Parce que seule la patientèle des médecins est décomptée de manière précise par le choix des patients de leur « Médecin Traitant ».	
Les chiffres concernant la patientèle tiennent-ils compte des régimes autres que le régime général (MSA et RSI) ?	Oui	
Qui définit le chiffre de patients adultes et enfants ?	La CPAM. Cependant, si vous n'êtes pas d'accord avec les chiffres donnés, vous avez loisir d'argumenter à partir de vos listes issues de votre système d'information.	
Les patients bénéficiant de l'AME ne déclarent pas de médecin traitant. Comment dans ces conditions peut-on avoir le nombre de patients AME dans une MSP ?	Il s'agit du nombre de patients en AME ayant consulté les médecins de la MSP. Ce chiffre est connu de l'assurance maladie.	
La patientèle des jeunes médecins est-elle comptabilisée ?	Oui	

Atteinte d'objectifs

<p>Un critère peut-il bien être rempli partiellement ? Peut-on avoir 50% des points pour un critère partiellement rempli, par exemple sur les réunions/staffs pluriprofessionnels ?</p>	<p>Oui sur l'item des 3% de dossiers de patients complexes rempli « <i>Taux de réalisation calculé par rapport à cet objectif</i> ». Il est aussi écrit : « <i>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</i> ».</p>	
<p>Comment calculer le taux d'atteinte du critère sur les réunions pluriprofessionnelles qui présente un double objectif : 1 réunion par mois en moyenne et 3% des patients concernés ? Si l'équipe a organisé 6 staffs dans l'année mais a bien traité les cas de 3 % de ses patients ? Si elle a organisé 20 staffs mais traité seulement les cas de 2% de ses patients ?</p>	<p>Il y a un double critère : réunions autour de protocoles et réunions de revue de dossiers de patients complexes. Les deux types de réunions doivent aboutir à au moins une réunion mensuelle. L'usage le plus courant des MSP est de réaliser des réunions en équipe élargie autour des protocoles, et des réunions réduites aux soignants du patient pour une revue de dossier devant aboutir à des conséquences en terme de suivi. Il n'y a pas de précision sur le calcul proportionnel de ce double objectif. Cela est à préciser.</p>	
<p>Peut-on avoir un taux de réussite sur un critère supérieur à 100% sur un critère et avoir plus de 100% des points ?</p>	<p>Rien de tel dans le texte. Seul le nombre de patients peut faire augmenter le nombre de points</p>	
<p>Peut-on décrocher le socle fixe si les critères du variable ne sont pas tous remplis ?</p>	<p>Oui, le texte est clair : « <i>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, les prérequis sont estimés remplis si l'ensemble des trois critères socles 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 (cf. annexe 1)</i> ».</p>	

<p>Jusqu'au 31/12/2016 (au moins 1 critère obligatoire sur les axes travail en équipe et SI), peut-on avoir des points sur un critère optionnel si les critères socle correspondant sont non remplis ? Exemple fictif : une équipe remplit les critères socle « accès aux soins » et « système d'information » mais n'a ni staff ni protocoles pluriprofessionnels (critères socle pour l'axe travail en équipe) ; en revanche, elle accueille des stagiaires (critère optionnel pour le même axe). A-t-elle les points correspondant à l'accueil des stagiaires, ou l'axe lui est-il « fermé » du fait de l'absence de réponse aux critères socle ?</p>	<p>Oui. Durant cette période de progression, il n'est pas besoin d'avoir tous les items du socle pour ouvrir un droit à l'optionnel.</p>	
<p>Stages des étudiants</p>		
<p>Les 2 stages d'étudiants par an concernent ils toutes les professions ?</p>	<p>Non, au moins une profession.</p>	
<p>Est-il impératif que des étudiants en médecine soient accueillis ?</p>	<p>Les stages des étudiants en médecine font partie du cahier des charges DGOS.</p>	
<p>Existe-t-il un critère de durée pour les stages ?</p>	<p>La durée dépend du temps de stage de chaque profession ou de chaque niveau d'étude.</p>	
<p>Système d'information</p>		
<p>Qu'est-ce qui distinguent les niveaux 1 et 2 des labels ASIP sur les systèmes d'information ?</p>	<p>Les critères sont consultables à : http://esante.gouv.fr/sites/default/files/mcs-lab-fct-cadre_fonctionnel_v2.4.0_31_07_2013.pdf</p>	

Protocoles		
Quelles sont les recommandations de la HAS mentionnée à l'article 3.2 au sujet des protocoles pluriprofessionnels ?	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1216216/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours	
Concernent-elles la forme ou le contenu du protocole ?	La forme.	
Missions santé publique		
Pour les « missions santé publique complémentaires » raisonne-t-on par thématiques et/ou par dispositifs ?	Par dispositif. Mais ceci sous réserve d'une discussion avec les institutions locales (ARS, voire CPAM), comme il est écrit : « <i>Les objectifs fixés et les modalités de vérification du respect des engagements souscrits dans ce cadre sont joints en annexe du présent contrat</i> ».	
Quels dispositifs en vigueur en 2015 (ETP, ESPREC, PAERPA...), qui gère/finance ces programmes ?	ETP et ESPREC peuvent rentrer dans ce dispositif si des financements n'ont pas été alloués par le FIR par ailleurs.	
Vérification du respect des engagements		
Les indicateurs dans le tableau de calcul sont-ils déclaratifs ? Lesquels doit-on justifier ?	Des justificatifs doivent être fournis. Ils sont détaillés dans chaque item de l'article 1 de l'annexe 2.	
Il existe une grande crainte du contrôle des structures par les ARS ou les CPAM.	Les dotations sont de l'argent public. Il est donc logique qu'il y ait vérification des engagements. Les comités nationaux et régionaux seront les garants de la qualité de ces vérifications. Ce sera aux équipes de faire remonter les soucis rencontrés.	

Fiscalité des NMR

Comment déclarer les NMR dans la comptabilité des professionnels de santé ?

Il s'agit d'un dispositif conventionnel.
Les reversions de la SISA aux professionnels conventionnés se déclarent donc comme honoraires conventionnels.

Dispositif global

Quels impacts du changement de portage des NMR par l'Assurance Maladie : quels rôles et complémentarités CPAM, ARS... ?

Les ARS dans la « labélisation » permettant à la MSP de déposer un dossier : évaluation du projet de santé et des critères du cahier des charges DGOS. La CPAM dans le rôle du payeur et donc d'évaluateur des objectifs atteints.

Quels interlocuteurs pour les équipes ?

Les DTD des ARS et à définir côté CPAM.

Quelles modalités de suivi ?

A définir, et à construire avec les comités de suivis.

Faut-il être « labellisé » par l'ARS pour obtenir les NMR ?

Oui. Selon l'organisation locale entre ARS et CPAM. Mais logiquement, l'ARS donne la reconnaissance comme MSP au titre du cahier des charges DGOS en vigueur, avant que la CPAM ne verse les NMR.

Pourquoi l'ETP disparaît-il ?

Ce sont les financements de l'ETP qui existait en ENMR module 2 qui disparaissent. Cependant, des programmes d'ETP peuvent être organisés avec des demandes de financement au FIR par les MSP ou les plateformes territoriales.

Que devient la matrice de maturité ou RAP ?

Cela reste un outil de progression pour les équipes dans une démarche qualité. Il n'y a pas de lien avec les NMR, même si des critères ont été repris

Durée du règlement arbitral

L'arbitrage s'arrête dès que les NMR intègrent le dispositif conventionnel et au plus tard dans 5 ans. Ce n'est donc toujours pas pérenne. Que se passe-t-il dans 5 ans si ça n'a pas bougé sur le plan conventionnel ?

L'arbitrage intervient du fait de l'absence de convention. Si les syndicats décident de renégocier cette affaire, ils le peuvent. Si cela aboutit à une convention, elle est réputé remplacer le règlement arbitral. Cet arbitrage comme toute convention a une durée de 5 ans (art. L162-14-1 du Code de la SS). C'est ensuite une nouvelle négociation. Et à nouveau un règlement arbitral si échec de la négociation.

Utilisation des dotations NMR

Pour pouvoir prétendre à une rémunération, faut-il avoir adhéré au projet de santé de la SISA ou en être sociétaire ?

Non. Il est possible de rémunérer un professionnel qui viendrait accomplir des actions et qui ne ferait pas partie du projet, si l'équipe le veut. Il n'y a pas de lien entre SISA et projet de santé. Le projet de santé est écrit et signé par une maison de santé et non par les sociétaires de la SISA. Même si le projet de santé est annexé aux statuts de la SISA. Il est logique de signer le projet de santé si l'on participe au projet.

Que peuvent rémunérer les SISA avec la dotation des NMR ?

Théoriquement, tout ce qui est décidé par l'assemblée générale de la SISA selon ses statuts. Comme il s'agit d'argent public, tout contrôle (compris de la Cour des Comptes) est possible. Il convient d'utiliser ces sommes aux objectifs fixés dans le projet de santé, au service de la coordination des soins. En priorité : poste de coordinateur, système d'information, indemnisation des temps de coordination interprofessionnelle, prestations non prises en charge par l'assurance pour des patients en situation précaire, projets de santé publique. Il reviendra à la responsabilité de chaque SISA de se poser la question de la pertinence de l'affectation de ces sommes.