



*Affaire suivi par : Anaëlle KERNEIS*

**CONVENTION PLURI-ANNUELLE**

**D’OBJECTIFS ET DE FINANCEMENT**

**EXERCICES 2016 - 2018**

Entre :

D’une part, l’agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

– adresse 241 rue Garibaldi, CS 93383, 69418 LYON CEDEX 03

– représentée par : la directrice générale, Mme Véronique WALLON

Et

D'autre part : le centre de santé *(y inscrire son nom)*

- situé [adresse],

- représenté par [Nom], en qualité de […],

- N°SIRET [numéro siret] [ou N° FINESS si ES [numéro finess]]

Dans le cadre du recrutement du praticien spécialisé en médecine générale :

– nom, prénom :.................................................................................................

– date de recrutement : ……………………………………………………………..

– temps de travail hebdomadaire……………………………………… (joindre le contrat de travail)

– inscrit au tableau de l’ordre du conseil départemental de : ...................................................................

– numéro d’inscription à l’ordre : ..............................................................................................................

– numéro RPPS : ......................................................

**CADRE JURIDIQUE**

**VU** le code de la santé publique et notamment les articles L1435.8 à L.1435-11 et les articles R.1435.16 à R.1435-36 ;

### VU la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 et notamment l'article 56 ;

### VU la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et notamment l'article 158 ;

**VU** l’arrêté du 21 décembre 2015 portant fixation du budget initial et du budget annexe du fonds d’intervention régional du premier exercice de l’agence régionale de santé d’Auvergne-Rhône-Alpes  et ses arrêtés modificatifs;

**VU** le règlement n°360/2012 de la Commission Européenne du 25 avril 2012

**VU** les projets régionaux de santé 2012-2016 de l’agence régionale de santé arrêtés les 25 avril 2012 (Auvergne) et 29 novembre 2012 (Rhône-Alpes);

**VU** le pacte territoire santé 1 et 2

**VU** le dossier de demande de subvention déposé par [Nom bénéficiaire] le [date] auprès de l’agence régionale de santé ;

**Considérant** les suites de l'appel à projet lancé par l'ARS de Rhône-Alpes en 2015 visant à accompagner les gestionnaires dans l'émergence de nouveaux centres de santé, notamment dans les territoires identifiés comme fragiles en termes de démographie médicale.

**Article 1er**

***Champ de la convention***

1.1. Objet de la convention

Cette convention, d’une durée d’un an renouvelable une fois, vise à favoriser l’installation des médecins spécialisés en médecine générale dans des territoires définis par l’agence régionale de santé et caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l’accès aux soins en contrepartie du versement d’un complément de rémunération aux revenus de ses activités salariées de soins exercées en qualité de médecin généraliste.

La présente convention est établie conformément aux dispositions du code de déontologie médicale figurant au code de la santé publique.

1.2. Bénéficiaires

La présente convention est signée entre l'Agence Régionale de Santé et le Centre de Santé mais concerne nominativement un médecin spécialisé en médecine générale recruté depuis moins d'un an (création de poste ou pour pallier la carence de recrutement d'un médecin depuis plus d'un an).

**Article 2**

***Les caractéristiques de l’implantation territoriale du centre de santé permettant de prétendre à la rémunération complémentaire***

Le centre de santé doit être situé dans une zone reconnue comme fragile ou de vigilance par l'ARS ou dans un quartier prioritaire politique de la ville.

**Article 3**

***Modalités de calcul et de versement du complément de rémunération***

3.1 Calcul du complément de rémunération

La rémunération complémentaire est versée au centre de santé. Cette rémunération est fonction de l'activité réalisée par le médecin et est modulée en fonction du temps de travail de ce dernier.

Pour bénéficier de la rémunération complémentaire, le centre de santé doit s'assurer que le médecin salarié justifie d’un seuil minimum d’activité situé entre 100 et 165 consultations de médecine générale au tarif opposable par mois civil, hors PDSA, pendant les 4 premiers mois s'il est recruté pour un temps complet (correspondant à plus de 28 heures de travail hebdomadaire).

Au-delà des 4 premiers mois, le seuil minimum d'activité est fixé à 165 consultations (soit 3 795 € brut par mois) pour un médecin recruté à temps complet.

**Le complément maximum de rémunération pour un médecin recruté à temps complet ne pourra dépasser 3 105€ brut** (correspondant à un calcul sur 165 consultations) ce qui signifie qu'entre 100 et 165 consultations réalisées par mois, l'aide est forfaitisée.

Le montant de la rémunération complémentaire, calculé mensuellement, est égal à la différence entre le montant plafond forfaitaire mensuel (6 900 €) et la rémunération résultant de l'activité générée par le praticien au cours de chaque mois civil, hors PDSA.

Ainsi, quand le médecin, embauché à temps plein, réalise de 165 à 300 consultations, l'aide est calculée au prorata du nombre de consultation réalisé dans une limite de 6900 euros par mois.

Si le médecin réalise moins de 100 consultations au cours des 4 premiers mois et moins de 165 consultations après les 4 premiers mois, aucune rémunération ne sera versée au centre de santé. Il en est de même s'il exerce plus de 300 consultations par mois.

**Si le médecin n'exerce pas à temps complet, la rémunération complémentaire est proratisée en fonction de son temps de travail (cf annexe 2)**

3.2 Versement du complément de rémunération

Le complément de rémunération versé aux centres de santé est financé par le Fond d'Intervention Régional (FIR).

Le financement attribué est de 37 260 euros maximum pour une année.

Le paiement intervient pour moitié en avril et en octobre.

Le montant calculé sur la base de l'activité réelle du médecin est indiqué par la décision attributive.

Avant le 5 avril et avant le 5 octobre de chaque année, le centre de santé s'engage à transmettre à l'ARS une déclaration contenant, au titre de chaque mois civil, le nombre d'acte réalisé au tarif opposable au cours des 6 derniers mois (proposition de déclaration type en annexe 3).

Le recensement du nombre de consultation s'effectue du 1er au dernier jour de chaque mois ce qui signifie qu'un contrat signé en cours de mois prendra effet, pour le calcul de la rémunération complémentaire, le 1er jour du mois suivant.

Le paiement du complément de rémunération s’effectuera après réception de la déclaration du centre de santé portant sur le recensement du nombre de consultation réalisée par le médecin généraliste au cours des 6 mois précédents.

Le complément de rémunération sera versé au bénéficiaire sur le compte suivant :

|  |  |
| --- | --- |
| Identification internationale (IBAN) | Domiciliation |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Conformément à la nomenclature du fonds d’intervention régional (FIR), la destination comptable est le n°MI3-4-2 « exercices regroupés en CDS » sur les crédits d’intervention sur l’exercice courant.

L’agent comptable de l’Agence régionale de santé est désigné assignataire du paiement.

**Article 4**

***Engagements des parties***

4.1. Engagements du centre de santé

Le centre de santé doit embaucher un médecin en contrat à durée indéterminée. Celui-ci doit être recruté depuis moins d'un an (création de poste ou être recruté pour pallier l'absence d'un médecin depuis plus d'un an).

Le centre de santé s'engage à transmettre à l'ARS le contrat de travail du médecin sur lequel apparaît la date de son recrutement et son temps de travail. Le centre s'engage également à adresser à l'ARS au titre de chaque mois civil, le nombre d'acte réalisé par le médecin généraliste.

Le centre de santé s'assure que le médecin généraliste est conventionné en secteur 1.

Le centre de santé ne peut signer simultanément deux contrats avec deux ARS différentes.

4.2. Engagements de l’agence régionale de santé

En contrepartie des engagements définis au paragraphe 4.1, l’ARS, sous réserve de réception des documents justificatifs, verse au centre de santé une rémunération complémentaire fonction du temps de travail du médecin et du nombre de consultation qu'il a réalisé.

Les autres revenus perçus au titre des aides conventionnelles, notamment au titre de l’option démographique et de la rémunération sur objectifs de santé publique, ne sont pas inclus dans ce calcul.

**Article 5**

***Incapacité de travail pour cause de maladie ou de maternité***

Aucun complément de rémunération ne sera versé en cas d’incapacité du praticien à assurer l’activité de soins pour cause de maladie ou de maternité.

**Article 6**

***Remplacement***

Lorsque le médecin généraliste se fait remplacer, il est tenu compte, pour le calcul du complément de rémunération, de l'activité résultant de son remplaçant. Ce dernier doit remplacer le médecin nominativement désigné ci-dessus.

**Article 7**

***Modalités de suivi de la convention***

Des contrôles peuvent être effectués par l’ARS. Celle-ci peut demander au médecin des justificatifs afin de vérifier ses déclarations.

**Article 8**

***Durée de la convention***

La présente convention entre en vigueur à la date de sa signature pour une durée de 1 an. Elle sera reconduite par tacite reconduction pour un an, sauf dénonciation expresse de l'une des deux parties, dans le délai de trois mois précédant la date anniversaire.

**Article 9**

***Evaluation et suivi de l’action***

En application des dispositions de l'article R. 1435-34 du code de la santé publique, l'agence régionale de santé procède à une évaluation des résultats de chaque action financée.

Dans ce cadre, il est demandé au bénéficiaire de transmettre à l’agence régionale de santé :

Direction de l'Offre de Soins

Service 1er recours

241 rue Garibaldi | CS 93383 |

69418 LYON Cedex 03

dans les 2 mois suivant le versement du complément de rémunération, un bilan de l'activité du médecin faisant état du nombre de patient l'ayant déclaré médecin traitant.

Le suivi de l’action est placé sous la responsabilité de l’agence régionale de santé qui procède à l’examen des documents d’évaluation et de contrôle

**Article 10**

***Résiliation de la convention***

10.1. Rupture d’adhésion à l’initiative du centre de santé

Le centre de santé peut à tout moment choisir de ne plus adhérer à la convention, ce qui remet en cause son droit au versement du complément de rémunération prévu à l’article 4 du présent contrat.

Sous réserve de l’observation d’un préavis de deux mois, cette rupture prend effet à la date de réception par l’ARS de la lettre recommandée avec demande d’avis de réception l’informant de cette rupture.

10.2. Rupture d’adhésion à l’initiative de l’agence régionale de santé

Lorsque le centre de santé ne respecte pas les dispositions de la présente convention, l’ARS l’informe par lettre recommandée avec accusé de réception des faits qui lui sont reprochés.

Le centre de santé dispose d’un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations.

A l’issue de ce délai, l’agence peut notifier au centre de santéla fin de son adhésion à la convention et la mesure encourue est le non-paiement du complément de rémunération défini à l’article 3 de la présente convention.

10.3. Lorsque, du fait du centre de santé , les conditions d’exercice requises pour prétendre au versement du complément de rémunération prévu à l’article 4 du présent contrat ne sont plus réunies, le contrat est résilié sans préavis.

L’ARS peut procéder, le cas échéant, à la récupération des sommes indûment versées.

A…………………………………….. le,………………………….

 La directrice générale Le centre de santé de …

|  |  |
| --- | --- |
| **Annexe 1. Rémunération complémentaire de référence pour un temps plein** |  |

Tableau qui explicite la situation d'un médecin embauché à temps complet pendant les 4 premiers mois et au-delà en fonction de son activité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Niveau de rémunération garanti | 300 consultations/ mois | 6900€ brut300 \* 23€ pour 35h (1 ETP) |
| Seuil minimal d'activitépendant les 4 premiers mois | De 100 à 165 consultations/mois  | 3795 € brut |
| Seuil minimal d'activitéau-delà des 4 premiers mois | 165 consultations/mois  | 3 795 € brut (165\*23€) |
| Complément maximum de rémunération |  | 3 105 € brut (6900€ - 3795 €) |

*Exemple :*

Pour 200 consultations réalisées, le complément de rémunération est de (300-200)\*23€ soit 2300 € ou 6900 € - (200\*23 €) = 2300 €

Le centre de santé reçoit le nombre de consultations non réalisé soit : (300 – nbr C réalisé) x 23 euros avec un montant maximum de 3 105 € par mois.

Les compléments de rémunération versés aux centres de santé éligibles sont financés par le FIR de manière mensuelle.

|  |  |
| --- | --- |
| **Annexe 2. Bornes de référence et explications pour le calcul de la rémunération complémentaire** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Temps de travail par semaine | Seuil minimum de consultation/ mois(bornes basses) | Plafond maximum de consultation/mois | Complémente de rémunération maximum par mois |
| + de **28h** | **100** (seuil de 100 ne vaut que pour les 4 premiers mois) ou 1**65** | **300** | **3105 euros** |
| Entre 14h et 27h | **67** (seuil de 67 ne vaut que pour les 4 premiers mois) ou **110** | **200** | **2070 euros** |
| Moins de 14h | **34** (seuil de 34 ne vaut que pour les 4 premiers mois) ou 55 | **100** | **1035 euros** |

Le complément de rémunération auquel peut prétendre le centre de santé est fonction du temps de travail du médecin et de son activité :

* **De 28h et +**, le complément maximum de rémunération est fixé à **3 105 € brut mensuel.**

**Le seuil minimal d'activité et le montant correspondant au plafond sont identiques à un temps plein.**

* **Entre 14h à 27 h**, le complément maximum de rémunération est fixé **à 2/3 de 3 105 €** soit **2070 € brut** mensuel pour un seuil minimal de 67 à 110 consultations puis 110 consultations au-delà du 4ième mois.

Le niveau de rémunération garanti correspond à 200 consultations/mois soit **4 600 € brut mensuel.**

* **Moins de 14h**, le complément maximum de rémunération est fixé à **1/3 de 3 105 €** soit **1 035 € brut** mensuel pour un seuil minimal de 34 à 55 consultations puis 55 consultations au-delà du 4ième mois.

Le niveau de rémunération garanti correspond à 100 consultations/mois soit **2 300 € brut mensuel**

|  |  |
| --- | --- |
| **Annexe 3. Proposition de déclaration type relative à l'exercice du médecin généraliste** |  |

Centre de Santé XXX

Adresse

Représenté par …

Agence régionale de Santé

A l'attention d'Anaëlle Kernéis (service 1er recours )

241 rue Garibaldi

 CS 93 383

69 418 Lyon Cedex

 Ville, le XXX

Madame, Monsieur,

Conformément à la signature de le Convention entre le centre de santé de XXX et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes en date du…

Je certifie que le docteur XXX a réalisé durant le mois de :

-octobre : XXX consultations

-novembre : …

-décembre : ….

-janvier : ….

-février : …

-mars : …

**Ou (en fonction de la période de l'année)**

-avril : XXX consultations

-mai : …

-juin : …

-juillet : …

-aout : …

-septembre : …

Je vous prie d’agréer Madame, Monsieur, l’assurance de ma considération distinguée.

 Pour le centre de santé XXX

 Signature *(et tampon)*